Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen (IVAN II- Betaversion) als Konsequenz der Sozialpädiatrischen Stufendiagnostik (IVAN I)

Interdisziplinäre Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe ENtwicklungdiagnostik (IVAN)

Koordinator: Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting (BVKJ)
PD. Dr. Friedrich Ebinger (DGKJ)
Dr. Folkert Fehr, Sinsheim (DGAAP)
Dr. Christian Fricke, Hamburg (DGSPJ)
Dr. Helmut Hollmann, Bonn (DGSPJ)
Dr. Norbert Knieß, Ingolstadt (DGAAP)
Manfred Mickley, Berlin- Rostock (DGSPJ, BAG-Psychologen)
Dr. Andreas Oberle, Stuttgart (DGSPJ)

Prof. Dr. Volker Mall, München (DGSPJ) – Mitarbeit bei der Endfassung

Das IVAN II Papier wurde wie das IVAN I Papier von den Verbänden der Deutschen Kinder- und Jugendmedizin erstellt. Die beteiligten Verbände waren:
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeine ambulante Pädiatrie (DGAAP)
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
Weitere Fachgesellschaften waren nur indirekt über die Vertretung der Verbände beteiligt.
Die hier veröffentlichte Beta- Version ist eine von den zeichnenden Verbänden konsentierte Fassung. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hat an der Fassung mitgewirkt, ihre Zeichnung aber von der Zustimmung der Konventgesellschaften abhängig gemacht (s. Fußnote 1 und 2). Die Begleitdiskussion hat ergeben, dass in einer weiteren Diskussionsrunde eine Fortentwicklung der vorliegenden Beta- Version unter Einbeziehung weiterer Fachgesellschaften eine weitere Qualitätssteigerung erbringen wird. Es ist geplant auf der Basis der Beta- Version das IVAN II Papier in einer erweiterten Arbeitsgruppe fortzuentwickeln. Bis dahin gilt die hier publizierte Fassung.

Inhaltsverzeichnis

Die Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen (IVAN II) - Wie ist das Papier zu lesen?

1.0 Die Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen
1.1 Grundsätze der Sozialpädiatrischen Behandlung
1.2 Sozialpädiatrische Therapie bei Entwicklungsstörungen
1.3 Behandlungsziele
1.4 Berücksichtigung von Ressourcen und Risikofaktoren
1.5 Besondere Aspekte der Sozialpädiatrischen Behandlung in der Basisversorgung
1.6 Ebenen sozialpädiatrischer Behandlung
1.6.1 Kinder- und Jugenarztpraxen, zum Teil mit Spezialversorgungsangeboten
1.6.2 Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ)
1.6.3 Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin/ Sozialpädiatrische Fachkliniken/ Kinder- Rehakliniken

2.0 Übersicht zu den Interventionen
2.1 Heilmittel und assoziierte Interventionen
2.1.1 Grundlagen
2.1.2 Frühe Intervention – Überblick
2.1.3 Konduktive Förderung nach PETÖ
2.1.4 Physiotherapie
2.1.5 Hippotherapie
2.1.6 Logopädie
2.1.7 Ergotherapie
2.1.8 „Lerntherapie“ und neuropsychologische Ansätze
2.1.9 Osteopathie
2.1.10 Musiktherapie
2.1.11 Kunst- und Kreativtherapie
2.2 Psychotherapie und das Vorgehen bei einzelnen Störungsbildern
2.2.1 Grundlagen und allgemeine Wirkfaktoren
2.2.2 Einzelne ausgewählte Störungsbilder Psychotherapie
2.2.3 Spezifische Verfahren und Vorgehensweisen
2.3 Eingliederungs- und Jugendhilfe
2.3.1 Soziale Hilfen
2.3.2 Jugendhilfe
2.3.3 Pädagogik
2.3.4 Wie funktioniert die Vernetzung der primärversorgenden Sozialpädiatrie im Sozialraum
2.4 Heilpädagogik
2.4.1 Kernauftrag der Heilpädagogik
2.4.2 Heilpädagogische Diagnostik
2.4.3 Heilpädagogische Behandlung
2.4.4 Arbeit mit dem sozialen Umfeld
2.5 Selbsthilfe- Dachverband Kindernetzwerk e.V.

3.0 Sozialpädiatrische Behandlung (IVAN II) als Konsequenz Sozialpädiatrische Stufendiagnostik (IVAN I)
3.1 Sozialpädiatrische Behandlung (Grundversorgung) in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
3.1.1 Diagnostik und Handlungsplanung
3.1.2 Interventionen
3.1.3 Evaluation und weiteres Vorgehen
3.2 Sozialpädiatrische Behandlung in der gehobenen Versorgungsstufe
3.2.1 Diagnostik und Handlungsplanung
3.2.2 Interventionen
3.2.3 Evaluation und weiteres Vorgehen
3.3 Zusammenfassung

4.0 Anhang
4.1 Erstellung eines Ressourcenprofils
4.2 Heilmittel und assoziierte Interventionen
4.3 Literaturdarstellung zu Kapitel 2.2 (Evidenztabellen und anschließend Literaturzitate)
4.3.1 Evidenztabellen zu Kapitel 2.2
4.3.2 Literaturverzeichnis zu Kapitel 2.2
4.4 Charakteristische Fälle zur Behandlung in der Sozialpädiatrie unter dem Aspekt der Stufenversorgung
4.4.1 Behandlung auf der Ebene der Grundversorgung in der Praxis
4.4.2 Behandlung in einem kombinierten Setting Praxis- Institution.
4.4.3 Behandlungen in Institutionen (SPZ, Klinik, KJPP)
4.5 Verzeichnis regionaler Ressourcen – Formulare, Arbeitshilfen

Präambel - Die Sozialpädiatrische Behandlung von Jugendlichen (IVAN II) - Wie ist das Papier zu lesen?

Das Papier hat eine komplexe Aufgabenstellung. Einerseits müssen die Grundzüge der Diagnostik und Behandlung mit sozialpädiatrischem Bedarf dargestellt werden, andererseits ist es erforderlich, die derzeit in Deutschland angebotenen Therapien, Maßnahmen und Hilfen darzustellen. Weiterhin müssen die strukturellen Voraussetzungen beschrieben und die Anforderungen der gestuften Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt werden. Deshalb wurde das Papier in vier Kapitel unterteilt, die in Aufbau und Konzeption voneinander abweichen.

Im Kapitel 1 werden die Grundzüge der sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Zentrale Botschaft dieses Kapitels ist die Vermeidung von reaktiven einfachen funktionellen Antworten auf komplexe Entwicklungsstörungen und Krankheiten.

Im Kapitel 2 wird eine umfassende Übersicht zu therapeutischen und fördernden Maßnahmen vorgestellt. Die Herangehensweise bei diesem Kapitel ist entsprechend den Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich.
Im Kapitel 2.1 werden die Heilmittel und assoziierten Interventionen beschrieben. Neben wissenschaftlichen Studien und Zusammenfassungen werden auch andere nicht wissenschaftlich anerkannte Methoden beschrieben, die im Versorgungsalltag eine Rolle spielen.
Im Kapitel 2.2 werden Grundlagen, Verfahren und Rahmenbedingungen der Psychotherapie beschrieben, in erster Linie als Anleitung zur Handhabe und Standards. In der Anlage (Kapitel 4) findet sich ein ausführliches Verzeichnis zu Literatur und Standards.
Das Kapitel 2.3 zu den sozialen und pädagogischen Hilfen beschreibt im Wesentlichen die gesetzliche Situation. Die Entscheidungen zu ihrem Einsatz werden durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen, Verordnungen und Finanzierungsvorschriften vorgegeben.
Das Kapitel 2.4 beschreibt den Kernauftrag der Heilpädagogik mit den diagnostischen und heilpädagogischen Behandlungsmaßnahmen unter dem besonderen Aspekt der Arbeit im sozialen Umfeld.
Das Kapitel 2.5 stellt das Kindernetzwert als Dachorganisation der Selbsthilfeorganisationen vor, da die Selbsthilfe im sozialpädiatrischen Behandlungskonzept einen wichtigen Stellenwert hat.
Im Kapitel 3 wird das Grundverständnis der Sozialpädiatrischen Behandlung wie in Kapitel 1 und 2 ausgeführt zusammengefasst. Damit wird die im IVAN I-Papier definierte dreistufige Diagnostik mit einer Behandlung in der Grundversorgung und in der gehobenen Versorgungsstufe korreliert.
Die in dieser Synthese dargestellte Vorgehensweise und Empfehlung wird in Abbildung 3.4 (Tabelle) zusammengefasst.
Die Fallbeispiele im Anhang (Kapitel 4) tragen der Tatsache Rechnung, dass Sozialpädiatrische Behandlung sowohl in der Praxis als auch in Institutionen, aber auch in einer kombinierten Form regelmäßig vor Ort stattfindet.

Das Papier in der vorliegenden Fassung ist eine Arbeits- und Diskussionsgrundlage und soll kontinuierlich weiterentwickelt und an sich ändernde Rahmenbedingungen angepasst werden.

1.0 Die Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Das Stufenkonzept der Sozialpädiatrischen Diagnostik wurde im IVAN-I-Papier 2016 publiziert (Hollmann et al. 2016) Die IVAN-II-Gruppe hat zur Aufgabe, unter Berücksichtigung der sozialpädiatrischen Grundlagen eine Definition der therapeutischen Konsequenzen aus den Diagnostikergebnissen nach den Kriterien des IVAN-I-Papiers vorzunehmen. Diese Definition hat die verschiedenen Ebenen der sozialpädiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berücksichtigen.

Unter „**Behandlung“** sind sowohl die medizinischen Maßnahmen als auch die pädagogischen Interventionen zusammengefasst. **„Therapie“** umfasst die funktionellen Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) und die Formen der Psychotherapie. Therapien sind nur bei Störungen der Entwicklung indiziert. „**Förderung“** bezieht sowohl die kindzentrierten Förderungen (Pädagogik, Sonderpädagogik) als auch kind- oder umfeldzentrierte Maßnahmen (Sozialhilfemaßnahmen, Jugendhilfe) ein. Eine pädagogische Förderung steht grundsätzlich jedem Kind und Jugendlichen zu. Bei Auffälligkeiten in der Entwicklung sind spezielle pädagogische Maßnahmen zu überprüfen und zu initiieren.

Im Alltag ist zunehmend festzustellen, dass primär soziale Probleme durch medizinische Therapien kompensiert werden sollen (sog. „Medikalisierung des pädagogischen Systems“). Es ist unbestritten, dass Entscheidungen und Konzepte im pädagogischen System z.T. erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben können. Bei negativen Auswirkungen sind die Entscheidungen und Konzepte innerhalb des pädagogischen Systems zu überprüfen und Korrekturen vorzunehmen. Eine ersatzweise medizinische Behandlung z.B. bei unpassenden Rahmenbedingungen ist abzulehnen.

1.1 Grundsätze der Sozialpädiatrischen Behandlung

Die Behandlung in der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie umfasst Prävention, Diagnostik, Beratung, Förderung, Therapie und Rehabilitation. Die Achtung, Bewahrung und Stärkung der natürlichen Autonomie des Kindes und seiner Familie bilden Grundvoraussetzungen des Behandlungsprozesses. Die Behandlung erfolgt nach dem Prinzip der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) unter Berücksichtigung der Bereiche.

Bereich **E** Entwicklungsstand/Intelligenz
Bereich **K** Körperlich-neurologischer Befund
Bereich **P** Psychischer Befund
Bereich **S** Sozialer Kontext
Bereich **A** Abklärung der Ätiologie

Zu berücksichtigen sind ebenso die Kriterien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) der WHO. Weiterhin werden zur Erstellung des Behandlungskonzeptes die Erkenntnisse aus den prognostischen Faktoren und aus den Ressourcen-Profilen der Systeme Kind, Familie, Umwelt und von betreuenden professionellen Mitarbeitern einbezogen.

Grundlage der sozialpädiatrischen Behandlung ist das bio-psycho-soziale Modell, sowohl in der Diagnostik als auch in den therapeutischen Konsequenzen. Damit beschränkt sich die entwicklungs- und sozialpädiatrische Intervention nicht auf eine rein funktionelle Therapie, wie dies in früheren Jahren betont der Fall war, sondern muss ebenso die soziale und emotionale Entwicklung unterstützen. Übergeordnetes Ziel ist die Teilhabe (Partizipation) des Patienten in Familie und Gemeinwesen.

Ziele der Behandlungsmaßnahmen in der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sind Prävention, Heilung und Linderung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen, Behinderungen und deren Komplikationen sowie Verbesserung der Lebensqualität, Stärkung des Selbstwertgefühles, der Selbstbestimmung und der psychischen Adaptation von Kind / Jugendlichem und Familie.

Dies geht nur, wenn Patient und Familie aktiv und lösungsorientiert in den Behandlungsprozess einbezogen sind und den Ablauf soweit wie möglich verantwortlich mitbestimmen. Eigenaktivität und eigene Problemlösungsstrategien sind zu fördern. Den Eltern sollen Anregungen und Material zur Verfügung gestellt werden, um sie in den Behandlungsprozess einzubeziehen und diesen somit in die Befähigung zur eigenen Handlung zu überführen.

1.2 Sozialpädiatrische Therapie bei funktionellen Störungen

Maßnahmen bei Entwicklungsstörungen und Behinderungen von Kindern und Jugendlichen sollen dazu beitragen, das individuell vorhandene Entwicklungspotential bestmöglich zur Entfaltung zu bringen. Die Grenzen dieses persönlichen Entwicklungskorridors sind durch genetische Anlage und Auswirkung der die Störung bedingenden Erkrankung gegeben.

Übergeordnete Ziele aller Maßnahmen sind das Erreichen bzw. die Optimierung der sozialen Teilhabe, bestmögliche Bewältigung der Alltagssituationen durch den Patienten sowie die Stärkung der elterlichen Kompetenzen. Darin eingeschlossen sind die Verbesserung der Bewegungskompetenz, Handlungs- und Wahrnehmungskompetenz, Kommunikationskompetenz sowie der sozialen und emotionalen Kompetenz des Patienten.

Zentrales Anliegen jeder Therapie ist die Erreichung eines vorher definierten Zieles, nicht die Korrektur von Symptomen. Ein isolierter Störungsbefund im Rahmen standardisierter Testdiagnostik ist alleine keine Indikation für funktionelle Therapiemaßnahmen wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. Der Einsatz von medizinisch-funktionellen Therapien in Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie hat sich zur Erreichung der übergeordneten Ziele bewährt, die im vorstehenden Absatz ausgeführt sind. Zusammenfassend ist die Auffassung eines „basalen“ Vorgehens abzulösen durch die Vereinbarung alltagsrelevanter Ziele, die hinsichtlich Zeitaufwand, Erreichbarkeit und Kosten prüfbar und damit qualitätsgesichert zu erbringen sind.

In der Sozialpädiatrie können Verknüpfungen von Maßnahmen interdisziplinär und multiprofessionell hergestellt werden. Auch dabei sind die vorstehenden Ausführungen zur Therapie generell zu beachten. Heilmittel dürfen nicht als Ersatz für heilpädagogische Maßnahmen oder eine eigentlich indizierte Psychotherapie verordnet oder anstelle von psychotherapeutischen Maßnahmen verwendet werden.
Nicht im Heilmittelkatalog erfasste Maßnahmen können hinsichtlich Sinn und Effektivität vom verordnenden Arzt mit bedacht und den Eltern zur Anwendung vorgeschlagen werden. Dabei sind die anderen Modalitäten bei der Beantragung, Umsetzung wie ggf. auch einer finanziellen Beteiligung für die Eltern zu beachten. Einzelheiten sind in Kapitel 2.3 „Eingliederungs- und Jugendhilfe“ ausgeführt.

Im komplementären Versorgungssystem ist die Erstellung regionaler Netzwerke anzustreben. Hierbei müssen Institutionen der heilpädagogischen wie interdisziplinären Frühförderung ebenso eingebunden sein wie Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Besonders zu beachten sind die Übergänge, z.B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die ausreichende Vorhaltung mobil-aufsuchender Leistungsangebote und niederschwelliger Zugangsmöglichkeiten. Gerade hierbei müssen in Anbetracht der stetig zunehmenden Problematik unzureichend geförderter und vernachlässigter Kinder auch neue Wege der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit Diensten der Sozial- und Jugendämter sowie des Öffentlichen Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienstes gefunden werden.

Die seit 2006 zunehmend aufgebauten lokalen und regionalen Netzwerke der „Frühen Hilfen“ stellen einen weiteren wichtigen Baustein insbesondere auch mit sekundärpräventivem Arbeitsauftrag dar.

Zusammenfassung:
Grundlage des ärztlichen und interdisziplinären Handelns in der Sozialpädiatrie, gleich ob in Praxis, SPZ oder Klinik, sind die jeweils gültigen Leitlinien der AWMF. Die Feststellungen aus den aktuellen Qualitätspapieren der Sozialpädiatrie sind auf allen Ebenen der Intervention zu berücksichtigen. Die Sozialpädiatrische Behandlung nach IVAN-II stellt die Anleitung und Einbeziehung der Patienten und ihrer Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Ressourcen in den Vordergrund. Alle beteiligten Fachkräfte in der Sozialpädiatrischen Behandlung sollen somit als Aufgabe und Auftrag artikulieren, dass die Befähigung der Ratsuchenden zum eigenen Handeln mit konkreten alltagsbezogenen Zielsetzungen gleich welcher Art angestrebt wird.

1.3 Behandlungsziele

Die Behandlungsziele in allen Entwicklungs-, Verhaltens- und psychischen Bereichen sind zu definieren. Die Begriffe **„Behandlung/Maßnahme“** beziehen sich im Folgenden stets auf alle Interventionen der verschiedenen Hilfesysteme nach SGB, wie in der Einleitung zu diesem Kapitel ausgeführt.

Therapieziele im engeren Sinne sind die Beseitigung der Ursachen von Erkrankungen, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen, die Verminderung der Symptomatik und das Verhindern von Komplikationen und progredienten Verläufen.

Übergeordnete Ziele sind die bestmögliche soziale Integration und Bewältigung der Situation für den Patienten und die Stärkung der elterlichen Kompetenz. Zu beachten ist das Auftreten unerwünschter Wirkungen durch die Behandlungsmaßnahmen. Neben verfahrensspezifischen unerwünschten Wirkungen sind Risiken zu beachten, insbesondere:

- Zeitliche Überlastung
- Fortschreibung von Störungsmustern
- Verschwendung von emotionalen, interaktiven, sozialen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen
- Einschränkung der eigenen Beziehungs- und Handlungskompetenz des Patienten bei Übertherapie

Integraler Bestandteil **des Behandlungsprozesses ist** die Aufklärung über Ziele, voraussichtlichen Umfang und Dauer der geplanten jeweiligen Therapie oder Förderung. Ein wesentlicher Aspekt ist außerdem, realistische Möglichkeiten und Grenzen der Intervention zu vermitteln. Weiterhin ist es notwendig, Bezugspersonen zur wertschätzenden Kooperation im Behandlungsprozess zu gewinnen. Eine geeignete Begleitung der Familie muss als Teil der Behandlung angeboten werden, um die Ressourcen zu stärken und zu nutzen. Dabei ist es wichtig, ein gemeinsames Verständnis für den Entwicklungsstand und das Verhalten des Kindes / Jugendlichen zu erarbeiten, respektive zu erweitern.

Der Behandlungsprozess erfordert eine regelmäßige Überprüfung der im Behandlungsplan festgelegten Zielsetzungen sowie der Interaktion. Hierzu ist eine entsprechende Dokumentation unerlässlich. Aus den erhobenen Befunden ergeben sich Ansätze für die Fortführung, Modifikation oder Begrenzung der Therapie bzw. Förderung. Gegebenenfalls muss im Sinne des diagnostisch- therapeutischen Prozesses auch die Diagnose überprüft, ggf. die Diagnostik erweitert werden.

Die **Dauer einer Intervention** ist abhängig von:

- Art und Schweregrad der Störung
- Motivation
- Prognose
- Effekten
- Ziel
- Form

In der funktionellen Therapie sind Therapiepausen sinnvoller Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Unter Verlaufskontrollen dienen sie der:

• Beobachtung der spontanen Weiterentwicklung des Patienten
• Beurteilung des Transfers therapeutischer Inhalte in den Alltag
• Überprüfung der weiteren Therapie-Notwendigkeit
• zeitlichen Entlastung der Familie

Das **Ende einer Therapie bzw. Förderung** ist gegeben bei:
• Erreichen des Behandlungszieles oder
• Erreichen angemessener Eigenkompetenz
Bei Behandlungsresistenz oder mangelnder -motivation ist es notwendig, Ursachen zu identifizieren und im Dialog mit Patient und Familie das Vorgehen zu adaptieren.

1.4 Berücksichtigung von Ressourcen und Risikofaktoren

Eine essentielle Basis der sozialpädiatrischen Behandlung ist die Einbeziehung der Ressourcen von Familie, Kind und Umfeld. Folgende Bereiche sind in die Analyse mit einzuziehen:

- Familie- zeitliche Ressourcen insgesamt
- Familie- kognitiv sprachliche Ressourcen
- Familie- emotional- soziale Ressourcen
- Familie- Lebensbdingungen/Rahmenbedingungen
- Kind
- KITA- Kindergarten- Schule
- Weiteres Umfeld

Differenziert wird das Resoucenprofil mit Schutzfaktoren und Belastungsfaktoren im Anhang in der Tabelle 5.1 dargestellt. Die Schutzfaktoren und Belastungsfaktoren sind als „green“ und „red“ flags aufgeführt und erleichtern damit die Erstellung eines „Ressourcenclusters“.

Die Erkenntnisse aus der Ressourcenanlyse sind zentraler Bestandteil für die Behandlungsplanung.

1.5 Besondere Aspekte der Sozialpädiatrischen Behandlung in der Basisversorgung (Vertragsarztpraxis)

IVAN II ist im Bereich der Basisversorgung von besonderer Bedeutung, da nach auffälliger Entwicklungsdiagnostik (IVAN I) Maßnahmen der Behandlung aus der Position des Lotsen im Gesundheitswesen heraus erwogen werden müssen. Bevor eine Auffälligkeit oder Störung klassifiziert, diagnostische Entscheidungen gefällt oder individualisierte Interventionen maßgeschneidert werden können, ist es wichtig, die kognitiven Fähigkeiten, Alltagsfertigkeiten und Umgebungsfaktoren zu untersuchen (IVAN I), um evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. Wie ist aber die Evidenzlage für spezifische Maßnahmen bei spezifischen diagnostischen Konstellationen? Gibt es literaturgestützte Algorithmen, um die kindliche Entwicklung bei umschriebenen Störungen der Teilhabe zu fördern?

IVAN II will Betrachtungsebenen, Vorgehensweisen und Interventionen mit einer systematischen Methode zur Analyse von Resultaten von Testverfahren für individualisierte Interventionen erfassen. Denn nur aufgrund einer klaren und robusten Systematik können modifizierende, akkomodierende, ameliorierende oder kompensierende Maßnahmen geplant, implementiert und evaluiert werden (SMARTiI, Mascolo 2008). Diese Maßnahmen können dem Grade an Komplexität nach unterschieden werden.

Für den primärversorgenden Pädiater ergeben sich vier Ebenen mit je eigener Strategie (siehe Schaubild).

1. **Einfache Probleme: Einfachen Lösungen**

   Technik: Wahrnehmen – kategorisieren - handeln

   Bsp.: Untrainierter Linkshänder wird eingeschult und mit Rechtshändermaterial und -techniken exponiert. Einfache Lösung: Linkshändertraining mit entsprechendem Material

2. **Komplizierte Probleme: Erst mal analysieren**

   Technik: Wahrnehmen – analysieren – handeln

   Bsp.: Unklare Entwicklungsverzögerung Retardierungssyndrom ätiologisch einordnen. Es braucht viel Erfahrung, um mit einem Minimum an Fragen, Tests, Verfahren und Geld zum Ziel zu kommen.

3. **Komplexe Probleme: Testballons steigen lassen**

   Technik: Sondieren - wahrnehmen – handeln

   Bsp.: Eingliederung für ein mehrfachbehindertes Kind in eine Regeleinrichtung planen. Komplexe Lösung: Beteiligte im fluiden Netzwerk um das Kind herum erkennen, Auftrag klären, Ressourcen analysieren, Zusammenarbeit definieren, eigenen Beitrag leisten, kontinuierlich justieren.

4. **Chaos: Erst mal Stabilisieren**

   Technik: Stabilisieren - wahrnehmen – handeln

   oder wahrnehmen – stabilisieren – handeln?

   Bsp.: Eine Familie löst sich auf. Kinder und Eltern erkranken. Die Eltern können sich nicht ausreichend kümmern. Chaotische Lösung: Eigene Handlungsoptionen und Hauptgefahren identifizieren, Notfallhandlungen ausführen,

Netzwerkfragmente wahrnehmen, längerfristige parallele und serielle Handlungen projektieren

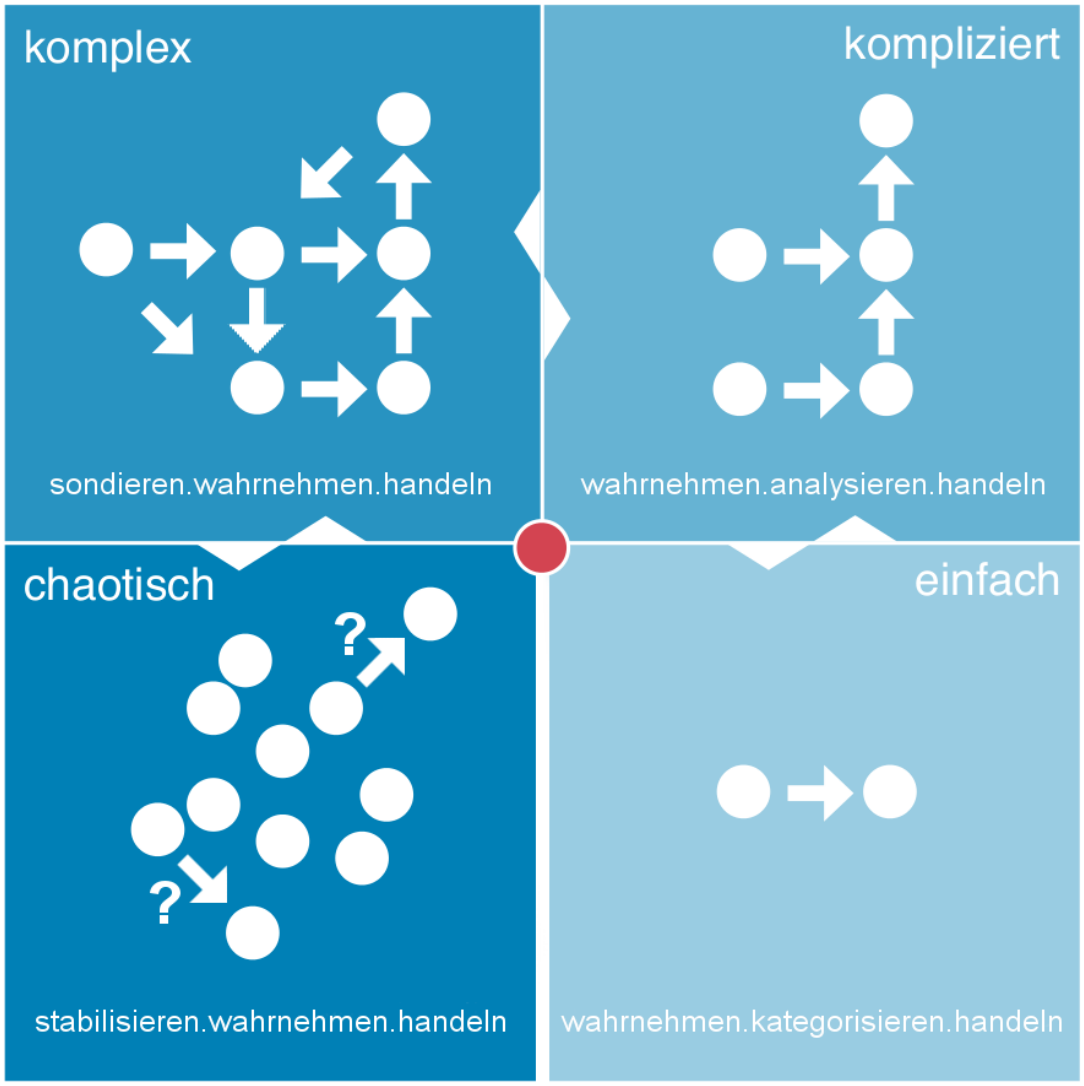


Abb.1.1: Ausgehend von der vorgefundenen Situation sind verschiedene Vorgehensweisen zu wählen.

Diese Ebenen hängen insofern zusammen, als dass der primärversorgende Pädiater immer handlungsfähig ist, wenn er einen Teil des Problems wahrgenommen hat. Das bedeutet, dass Kinder, Familien und Primärversorger sich zum ersten Schritt, einer ersten Maßnahmen ermächtigen, ohne damit vorwegzunehmen, damit das „ganze Stück“ (Goffman) zu sehen und zu verstehen. Wer hier wen ermächtigt, scheint eine kultursensitive Frage an ein komplexes System zu sein. Handelt es sich beispielsweise um eine hierarchisch-relationale Beziehung von Eltern und primärversorgendem Kinder- und Jugendarzt, spielt der letztere die Rolle des Lotsen. Psychologisch autonome Eltern erwarten dagegen, gleichberechtigt in den Behandlungsprozeß einbezogen und maßgeblich an der Suche nach Lösungswegen beteiligt zu werden. Beratung stellt hier den Rahmen zu Verfügung und erarbeitet mit der Familie das Vorgehen.

Familie und Arzt entwickeln sich im diagnostisch-therapeutischen Prozess gemeinsam. Treten Mitbehandler hinzu, ist es wichtig, mit ihnen nicht nur Fakten zu teilen, sondern sie in die Gesamtproblematik einzuweisen.

1.6 Ebenen sozialpädiatrischer Behandlung

Jeder Kinder- und Jugendarzt ist sozialpädiatrisch tätig, wenn er seine Aufgabe ernst nimmt und den Anspruch des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin erfüllt. Durch das gegliederte Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland finden verschiedene Versorgungsmaßnahmen teils abhängig vom Schweregrad gestuft, teils komplementär unter therapeutischen Gesichtspunkten an verschiedenen Orten statt. Dies kann einerseits die Quantität, bzw. Intensivität, andererseits die Qualität der Versorgung betreffen. Nach den sozialpädiatrischen Konzepten arbeiten in erster Linie von Kinder- und Jugendärzten geleitete Einrichtungen:

1.6.1 Kinder- und Jugendarztpraxen, zum Teil mit Spezialversorgungsangeboten
1.6.2 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
1.6.3. Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin/ Sozialpädiatrische Fachkliniken/ Kinder- und Jugend- Rehakliniken

In dieser Aufstellung finden Institutionen wie öGD, „Frühe Hilfen“, Frühförderstellen oder kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgungsstrukturen keine Darstellung, da die Konzepte institutionsspezifisch abweichen.

1.6.1 Kinder- und Jugendarztpraxen, zum Teil mit Spezialversorgungsangeboten

In dieser Versorgungsebene findet die grundlegende sozialpädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der Familie und des Umfeldes statt. Der Kinder- und Jugendarzt in der Praxis hat den Vorteil, die Patienten und ihre Familien in der Regel schon über eine lange Zeit zu kennen und die psychosozialen Rahmenbedingungen nur ergänzend durch eine erweiterte Anamnese erarbeiten zu müssen. Im IVAN-I-Papier wird dieser Versorgungsstruktur insbesondere die Versorgung der Stufe 1 (Screening-Ebene-, Früherkennungsuntersuchung) und der Basisdiagnostik (Stufe 2) zugeordnet. Bieten die Praxisstrukturen besondere Angebote, so können in Einzelfällen in Verbindung mit einem Netzwerk auch Behandlungen in der Stufe 3 erfolgen. Dies ist aber bundesweit gesehen eher selten. Jeder Kinder- und Jugendarzt hat je nach seinen Zeitressourcen die Möglichkeit, Diagnostik und Therapie der Stufe 2 bis in die Stufe 3 hinein selbst zu indizieren, aber auch zu steuern. Er kann dann den Patienten überweisen, um in Kooperation mit den Institutionen die Behandlung zu fortzuführen.

In der Praxis besteht die Möglichkeit der Abrechnung nach der GOÄ für Privatpatienten und dem EBM für die gesetzlich (GKV) versicherten Patienten. Für die Diagnostik stehen im EBM die Ziffern 04350 bis 04353 zur Verfügung. Wird die Diagnostik durch medizinisches Hilfspersonal durchgeführt, können die Ziffern 35600 bis 35602 eingesetzt werden, die grundsätzlich eine kostendeckende Vergütung darstellen. In den letzten Jahren wurden zusätzlich die Ziffern für die sozialpädiatrisch orientiert eingehende Beratung, Erörterung und / oder Abklärung (04355) und die Ziffer zur weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung (04356) eingeführt. Ergänzt werden können diese Ziffern durch den Einsatz der Ziffer 04230 (je 10 Min. ärztliches Gespräch). Die Kinder- und Jugendärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie können darüber hinaus die neuropädiatrischen Abrechnungsziffern in Ansatz bringen.

1.6.2 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Die nach §119 SBG V ermächtigten sozialpädiatrische Zentren bieten in der Bundesrepublik Deutschland eine weitgehend flächendeckende Versorgung. Je nach regionaler Konzeption sind z.T. Anfahrtswege bis zu 50 km erforderlich. Bei so großen Entfernungen muss in verstärktem Maße auf die Kooperation mit regionalen Strukturen gesetzt und unter Umständen im Wesentlichen die Steuerung durch ein SPZ vorgenommen werden. Die sozialpädiatrischen Zentren sind in ihrer Struktur durch das Altöttinger Papier (Hollmann et al 2016) definiert. Nach dem Altöttinger Papier zertifizierte SPZ-Leiter erfüllen die Voraussetzung zur Behandlung nach den Papieren IVAN-I und IVAN-II.

Die Vergütung der sozialpädiatrischen Zentren erfolgt entsprechend des SBG V pauschal. Die Pauschale verhandelt jedes SPZ mit den Krankenkassen. Die Vergütungen schwanken in der Bundesrepublik Deutschland derzeit sehr stark (über 100%), so dass durch eine unzureichende Finanzierung die Versorgung nach den vorgegebenen Kriterien zum jetzigen Zeitpunkt nicht flächendeckend erfolgen kann. Hier liegt ein wesentliches Problem zur sozialpädiatrischen Versorgung nach den Papieren IVAN-I und –II.

1.6.3 Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin/ Sozialpädiatrische Fachkliniken/ Kinder- Rehakliniken

Sozialpädiatrische Diagnostik, Beratung und Therapie findet mit Priorität ambulant statt, wie vorstehend ausgeführt. Grundsätzlich ist jede Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sozialpädiatrisch tätig und arbeitet nach sozialpädiatrischen Ansätzen. Im Rahmen der Spezialisierung der Kinder- und Jugendkliniken in der Bundesrepublik Deutschland sind die Schwerpunktorientierungen allerdings sehr unterschiedlich. Die Kinder- und Jugendkliniken, die als Abteilung oder in Kooperation ein sozialpädiatrisches Zentrum oder auch eine neuropädiatrische Abteilung haben, sind in der Regel in diesem Bereich stärker tätig als andere Kinder- und Jugendkliniken, die derartige Strukturen nicht haben und ihre Spezialisierung eher auf anderen Gebieten führen.

Daneben werden stationäre entwicklungsorientierte Behandlungen auch in einem Teil der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit angeschlossenem SPZ durchgeführt. Dies muss über das jeweilige klinikassoziierte SPZ erfragt werden. Gleiches gilt für die Aufnahme auf pädiatrisch-psychosomatischen Stationen.

Im indizierten Fall stehen ergänzend zur prioritären ambulanten Vorgehensweise spezielle entwicklungsorientierte stationäre Behandlungen zur Verfügung. Diese werden in den sozialpädiatrischen Fachkliniken mit unterschiedlichen Schwerpunkten vorgehalten, sowohl als entwicklungsneurologische Kinder- und Jugendstation als auch besonders als Eltern-Kind-Station. Die Adressen sind zu finden unter: www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-kliniken/

Einzelheiten des Vorgehens bei der Behandlung in den entwicklungs- und sozialpädiatrischen Fachkliniken sind im Positionspapier zur Strukturqualität der BAG der Sozialpädiatrischen Fachkliniken aufgeführt:

www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-stationaere-sozialpaediatrie-mai-2017.pdf .

Die Kliniken für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ergänzen die stationären Behandlungsoptionen bei entwicklungs- und sozialpädiatrischen Krankheits- und Störungsbildern mit krankheitsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen je nach Standort. Einzelheiten hierzu sind zu finden unter:
www.dgspj.de/category/kinder--rehazentren/

Die Finanzierung der Sozialpädiatrie an Kinder- und Jugendkliniken sowie in den Sozialpädiatrischen Fachkliniken ist im Wesentlichen durch Einsatz der OPS- Ziffer 9-403.- (Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrische psychosomatische Pädiatrie) möglich. Diese OPS bietet die Möglichkeit zur Finanzierung einer maßnahmengesteuerten Behandlung von drei bis 56 Tagen. Hierzu sind verschiedene Therapieoptionen (OPS 9.403.0 bis 9-403.8 sowie 9.403.x) auswählbar. Die verschiedenen OPS-Ziffern definieren die einzusetzenden Maßnahmen. Die Refinanzierung erfolgt über das DRG- System (B46Z, U41Z und U43Z). Diesen Ziffern liegt aufwandbezogen eine Vergütung zugrunde, die von den Häusern im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen verhandelt wird.

An welcher Stelle dieser verschiedenen Versorgungsebenen die sozialpädiatrische Behandlung erfolgt, ist in erster Linie von der Komplexität der Erkrankung abhängig. Eine große Rolle spielen aber auch die regionalen Versorgungsstrukturen mit ihren unterschiedlichen Zuständigkeiten und Versorgungsangeboten. Im IVAN-I und IVAN-II-Papier wird aus diesem Grund die diagnostische und therapeutische Empfehlung am Patienten orientiert dargestellt. Die regionale Umsetzung in den unterschiedlichen Strukturen muss vor Ort beurteilt, abgesprochen und umgesetzt werden.

2.0 Übersicht zu den Interventionen

2.1 Heilmittel und assoziierte Interventionen

Maßnahmen der Entwicklungstherapie werden seit Mitte des 20. Jahrhunderts intensiv angewendet. Während zunächst motorische Störungen und dementsprechend Physiotherapie im Mittelpunkt standen, wurde dies nachfolgend auf die Sprachtherapie/Logopädie und schließlich auf weitere Entwicklungsbereiche und Funktionen einschließlich des Verhaltens in der Ergotherapie erweitert.

Parallel entstanden neben diesen kindzentrierten medizinischen, primär funktionellen Maßnahmen auch Konzepte, ausgehend von der Heil- und Frühpädagogik, die mehr auf die allgemeine Entwicklungsunterstützung ausgerichtet sind und familienorientiert vorgehen.

Nach einer Phase der vermeintlichen Konkurrenz ist inzwischen generell die Auffassung vorherrschend, dass sich beide Ansatzpunkte ergänzen. Dabei ist die Position der Familie stark in den Mittelpunkt gerückt, insbesondere wenn es um die Intervention bei globalen Entwicklungsstörungen und persistierenden Behinderungen geht. Gleiches gilt für präventive Ansätze bei gut definierten Gruppen von Kindern mit erhöhtem Entwicklungsrisiko, beispielsweise nach Frühgeburt oder bei ungünstiger und benachteiligender sozioökonomischer Situation.

Die Bemühungen in der Therapieforschung zur Evaluation sind insgesamt im Resultat eher dürftig. Generell ist festzustellen: breit angelegte Interventionen zeigen wenig signifikante Effekte, aufgaben- und störungsspezifische Vorgehensweisen sind eindeutig überlegen.

Nachfolgend werden zu einzelnen therapeutischen Vorgehensweisen relevante Literaturdaten vorgestellt, um den aktuellen Stand des Wissens zu dokumentieren und eine wissenschaftlich fundierte Basis für die Entscheidungsrationale der behandelnden und im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie auch verordnenden Kinder- und Jugendärzte zu geben. Die gesetzlich verankerte ärztliche Therapiefreiheit bleibt hiervon unberührt.

Die Zusammenstellung basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche in der Cochrane-Bibliothek. Mittels Mesh-Analyse wurden folgende Parameter einbezogen: child, child development, developmental disabilities, speech motor function, physiotherapy, speech therapy, occupational therapy, music therapy, treadmill, gangway and gait analysis, early intervention, cognitive stimulation. Ausgehend von den dabei identifizierten Arbeiten wurde vertiefend nach weiterführender Spezialliteratur gesucht.

Daneben wurden aktuelle Publikationen der DGSPJ zugezogen, die im Zentralen Qualitäts-Arbeitskreis sämtlich einen review-Prozess durchlaufen haben.

Die ausführlichen Literatur-Zitate sind im Anhang (Kapitel 4.2) in identischer Reihenfolge und Numerierung in der Volltextform aufgeführt.

Nachfolgend werden zur besseren Übersicht jeweils nur die Einschätzungen der IVAN- Arbeitsgruppe wiedergegeben. Zum Teil ist eine Gesamteinschätzung des jeweiligen Themas aufgeführt. Bei einigen Unterkapiteln, insbesondere bei den häufiger eingesetzten Methoden, zu denen auch Metaanalysen vorliegen, erfolgen mehrere Einschätzungen.

2.1.1. GRUNDLAGEN

Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen. Version 2.0, März 2016

Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, Greening M, Binnig M, Mattern E, Heldmann P, Wasner M, Braun C, Lohkamp M, Marotzki U, Kraus E, Oltman R, Müller C, Corsten S, Lauer N, Schade V, Kempf S. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

https://www.freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Übersicht zu den Möglichkeiten der Therapieforschung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten, Koordination durch Cochrane Deutschland.

Der Leitfaden beschreibt, wie evidenzbasierte Maßnahmen für versorgungsrelevante Gesundheitsprobleme ausfindig gemacht und im Rahmen von wissenschaftlichen Studien für den jeweiligen Kontext übertragen werden können. „Der Leitfaden soll den Transfervorgang von vielversprechenden, d. h. evidenzbasierten und übertragbaren komplexen Interventionen aus dem Originalkontext in die Routineversorgung unterstützen.“

2.1.2. FRÜHE INTERVENTIONEN – ÜBERBLICK

Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 24; (11):Cd005495. doi: 10.1002/14651858.CD005495.pub4.

Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants.

Spittle A1, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Maßnahmen der frühen Entwicklungsförderung bei Frühgeborenen unter professioneller Anleitung verändern die Interaktion mit dem Säugling und Kleinkind. Hiermit lassen sich in bestimmtem Umfang nachweisbare Effekte auf die motorische und kognitive Entwicklung induzieren. Für eine durchgreifende Nachhaltigkeit über das Vorschulalter hinaus gibt es bisher keine sicheren Belege. Eine in Entstehung befindliche zerebrale Bewegungsstörung lässt sich durch keine Therapiemethode verhindern.

2.1.3 KONDUKTIVE FÖRDERUNG nach PETÖ

Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses "Heil- und Hilfsmittel" des Gemeinsamen Bundesausschusses GB-A über die Beratungen gemäß §138 SGB V vom 18. Mai 2005

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-256/2005-05-18-Abschluss-Petoe.pdf

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Die Zusammenfassung belegt die generelle Problematik im Gesundheitssystem, wo zu einem bestimmten Zeitpunkt die Liste der verordnungsfähigen Heilmittel geschlossen worden ist und neue Maßnahmen nur noch aufgenommen werden können, wenn sie einen „zusätzlichen“ Nutzen nachweisen können. Die konduktive Förderung nach Petö ist bei korrekter Indikationsstellung (leichtere Form der Zerebralparese, ausreichende Kognition) anderen Interventionen z. B. der Physio- und Ergotherapie im Effekt mindestens ebenbürtig (vgl. nachfolgende Literatur).

2.1.4 PHYSIOTHERAPIE

BMC Pediatr. 2016; 16: 193.

Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis

Barbara R. Lucas; Elizabeth J. Elliott; Sarah Coggan; Rafael Z. Pinto; Tracy Jirikowic; Sarah Westcott McCoy; and Jane Latimer

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese sehr große Meta-Analyse der australischen Arbeitsgruppe verweist auf die grundlegende Problematik des Nachweises von sicheren Effekten durch Therapie überhaupt bei motorisch-funktionellen Störungen, sowohl bei Umschriebener Entwicklungsstörung der Motorik als auch bei CP. Von großer Bedeutung ist das Fazit, wonach dies noch am ehesten bei einer Therapie-Durchführung mit konkreter aufgabenzentrierter Betätigungsorientierung zu erreichen ist. Damit entsprechen auch etliche, in den Heilmittel-Richtlinien für Physiotherapie benannte allgemeine und unspezifische Zielsetzungen nicht mehr dem Stand des Wissens.

Dev Med Child Neurol. 2013 Mar; 55(3):229-37. doi: 10.1111/dmcn.12008. Epub 2012 Oct 29.

Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis.

Smits-Engelsman BC1, Blank R, van der Kaay AC, Mosterd-van der Meijs R, Vlugt-van den Brand E, Polatajko HJ, Wilson PH.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch diese Meta-Analyse der europäischen Arbeitsgruppe zu Umschriebenen Entwicklungsstörungen der Motorik UEM/Developmental Cordination Disorder DCD verweist auf die Überlegenheit eines aufgabenorientierten Vorgehens in der Therapie gegenüber theoriegeleiteten Ansätzen. Wichtig ist die Feststellung, dass sich dabei die nachweisbaren positiven Auswirkungen auf die Motorik im Vergleich zu fehlender Intervention sowohl durch entsprechend ausgerichtete Physio- wie auch Ergotherapie erreichen lassen.

Developmental Medicine and Child Neurology 2013 Oct; 55(10):885-910

A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence [with consumer summary]

Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, Stumbles E, Wilson S-A, Goldsmith S

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Dies ist die aktuell größte Übersicht (166 eingeschlossene Artikel) zu sämtlichen möglichen Maßnahmen in der Behandlung einer Zerebralparese. Entsprechend der Heterogenität der Krankheitsbilder wurden 131 Parameter bestimmt mit 21 eindeutig zu empfehlenden Maßnahmen. Diese reichen von der Überwachung mit „Hüft-Ampel“ über Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin A bis zu streng aufgabenspezifischen Trainingsprogrammen wie CIMT. Wiederum bestätigt sich: spezifischer die Maßnahme indiziert werden kann, umso eher sind positive Effekte zu erwarten.

Developmental Medicine and Child Neurology 2016 Sep; 58(9):900-909

Effectiveness of motor interventions in infants with cerebral palsy: a systematic review [with consumer summary]

Morgan C, Darrah J, Gordon AM, Harbourne R, Spittle A, Johnson R, Fetters L

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch dieser Artikel der seit vielen Jahren im Thema aktiven Arbeitsgruppe stellt heraus, dass bei Patienten mit CP die Interventionen moderate bis große Effekte erzeugen können, die Eigenaktivität des Kindes zu motorischer Aktivität, eine entsprechend modifizierte und motorisch anregende Umgebungsgestaltung und ein aufgabenspezifisches Training beinhalten.

Pediatrics 2013 Sep; 132(3):e735-e746

Enriched environments and motor outcomes in cerebral palsy: systematic review and meta-analysis

Morgan C, Novak I, Badawi N

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wiederum bestätigt sich, dass das Konzept des „enriched environment“ EE mit der Gestaltung einer anregenden, fördernden Umgebung ein hilfreicher Ansatz in der CP-Behandlung ist mit zumindest Nachweis einer gewissen Effektstärke. Zukünftige Studien sollen die konkreten Auswirkungen von definierten Rahmenbedingungen des EE überprüfen.

Geräteunterstützte Physiotherapie

Generell zeigen bei Entwicklungsstörungen der Motorik solche Vorgehensweisen eine höhere Evidenz, die fokussiert auf umschriebene motorische Aktivitäten ausgerichtet sind. Dabei wird zunehmend auch technische und gerätebasierte Unterstützung angeboten. In der Frühform war dies das konventionelle Laufband mit Assistenz durch ein oder besser zwei Physiotherapeuten, später ergänzt durch die EDV-gesteuerte Assistenz auf dem elektronisch individuell adaptierten Laufband (z. B. „Lokomat ®“). In den letzten Jahren ist dies um den ganz anders gearteten Ansatz der vibrationsunterstützten Physiotherapie erweitert worden, die funktionelle Verbesserungen über die bereits frühzeitig ab dem ausklingenden Säuglingsalter mögliche Beeinflussung der Muskel-Knochen-Einheit erreichen will.

Hierzu werden nachfolgend aktuelle reviews aus der Cochrane Bibliothek zitiert.

Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 29;7:CD009242.

Treadmill interventions in children under six years of age at risk of neuromotor delay

https://doi.org/10.1002/14651858.CD009242.pub3

Valentín-Gudiol M[1], Mattern-Baxter K, Girabent-Farrés M, Bagur-Calafat C, Hadders-Algra M, Angulo-Barroso RM.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch bei hochwertiger Datenbasis bleibt eine große Heterogenität in der Zusammenstellung der Gruppen von Patienten im Vorschulalter. Erwartungsgemäß bestätigen sich gewisse positive Übungseffekte bei der systematischen Struktur, die durch das Laufband technisch und konstant vorgegeben ist. Die „Kraft für signifikante Resultate bleibt aber weiterhin limitiert".

Laufband-Training ist einer von mehreren ergänzenden Bausteinen in der physiotherapeutischen Übungsbehandlung. Aufwand und möglicher Nutzen sollen individuell abgewogen werden.

Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Jun 18;14:1607-1625.

Vibration therapy (VT) in patients with cerebral palsy: a systematic review.

Ritzmann R, Freiburg, Stark C, Köln, Krause A Köln.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Geräte zum Einsatz im Vibrationstraining (z. B. „Galileo ®") sind auch für den Einsatz zuhause vergleichsweise einfach verfügbar. Damit eröffnet sich eine breitere Option der täglichen Anwendung für und durch den Patienten bereits im Vorschulalter. Die Autoren sprechen zu Recht bei der Vielzahl untersuchter Parameter zurückhaltend von „Adaptationen" in Bezug auf erkennbare Effekte, weisen aber auch diesem Vorgehen eine supplementäre Position zu als Erweiterung der Optionen einer übungsbasierten Physiotherapie sowie von neuropharmakologischer Interventionen.

2.1.5 HIPPOTHERAPIE

Developmental Medicine and Child Neurology 2011 Aug; 53(8):684-691

Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: a meta-analysis

Zadnikar M, Kastrin A

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Der spezielle und aufwendige Ansatz der tiergestützten Intervention mit Reiten scheint zumindest in Teilbereichen von motorischen Basisfunktionen (Posturale Kontrolle, Balance) positive Effekte bei Kindern mit CP zu generieren.

Neuropediatrics 49(3) February 2018

Impact of hippotherapy on gross motor function and quality of life in children with bilateral cerebral palsy. A randomized open-label cross- over study

Deutz U, Heussen N, Weight-Usiger K, Leiz S, Raabe C, Polster T, Steinbüchel D, Moll C, Lücke T, Krägeloh-Mann I, Hollmann H, Häusler M

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Dies ist die erste publizierte Multicenter-Arbeit in einem crossover-design. Auch hier bestätigt sich der positive Effekt der tiergestützten Intervention auf dem Pferd bei Kindern mit CP, allerdings nur in Teilbereichen von motorischen Basisfunktionen; aufrechter Stand und Gang werden unterstützt (signifikanter Anstieg in Dimension E der GMFM als Messinstrument). Hingegen ergaben sich für den Gesamt-Score keine signifikanten Veränderungen, ebenso nicht in Bezug auf die Lebensqualität. Unter Kontext-Aspekten ist der Hinweis auf die Abbrecher-Quote bei Kindern aus sozial benachteiligendem Milieu wichtig in Hinblick auf die Sicherung von Chancengleichheit.

2.1.6 LOGOPÄDIE

Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD004110.

Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder.

Law J, Garrett Z, Nye C.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Meta-Analyse ist unverändert (vgl. nachfolgende Arbeit) seit 2003 die Grundlage für die prospektive Effektabschätzung bei Einleitung einer Sprachtherapie.

Artikulations- und Wortschatz-Probleme können vergleichsweise zuverlässig und erfolgreich angegangen werden. Für rezeptive SES ist der Wirksamkeitsnachweis unsicher, und bei grammatikalischen Störungen sind die Ergebnisse widersprüchlich. Für die Therapiedurchführung bedeutsam ist die Einschätzung, dass keine signifikanten Differenzen hinsichtlich der Art der Therapiedurchführung (einzeln, in der Gruppe, per Anleitung für die Eltern) bestanden.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017

Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders (intervention protocol)

http://www.cochrane.org/CD012490/BEHAV_speech-and-language-therapy-children-speech-or-language-delay

Law J, Dennis JA, Charlton JJV.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Nachfolge-Studie zur Meta-Analyse von 2003. Das Protokoll des eingeleiteten Studien-Designs ist publiziert. Resultate sind noch nicht vorhanden.

Dev Med Child Neurol. 2015 Mar; 57(3):223-8. doi: 10.1111/dmcn.12630.

Integrating external evidence of intervention effectiveness with both practice and the parent perspective: development of 'What Works' for speech, language, and communication needs.

Law J[1], Roulstone S, Lindsay G.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Arbeit präsentiert einen völlig neuen Ansatz der Therapiegestaltung bei SES. Die professionelle Sicht der Therapeuten wird der elterlichen Sicht und Erwartung gegenüber gestellt. Es offenbaren sich bedeutsame Differenzen. Wie in der Diskussion ausgeführt erscheint es sehr sinnvoll, hier eine Annäherung durch systematischen Abgleich herbei zu führen.

Arch Dis Child. 2009 Feb; 94(2): 110–116.

Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial

Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J and Philippi H

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Das „Heidelberger Elterntraining“ hat seit dieser Publikation der randomisierten kontrollierten Studie zunehmend Eingang gefunden in die systematische Sprachanbahnung bei „Späten Sprechern“ (late talker) im 3. Lebensjahr. Es zeigt sich als hilfreich in der Unterstützung von sprachförderndem Elternverhalten.

Sprachförderung:

Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom (10. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Wilken, E. (2008).

Wilken hat in Deutschland mit der Einführung der Gebärden-unterstützen Kommunikation (GuK) speziell für Kinder mit Down-Syndrom die Anwendung lautsprachunterstützender Gebärden deutlich vorangetrieben. Die Datenlage zur Effektivität des Einsatzes lautsprachunterstützender Gebärden bei Kindern mit globaler Entwicklungsstörung ist schwach. Es existieren nur wenige Studien mit aussagekräftiger Stichprobengröße, die nachfolgend aufgeführt werden.

Sprachheilarbeit, 2012, 4, 184-191.

Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Eine Befragung von Eltern

Wagner, S. & Sarimski, K.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Mit der Untersuchung werden die vorhandenen Erfahrungswerte unterstützt.

Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2010; 53, 350-364.

Romski, M. A., Sevcik, R. A., Adamson, L. B., Cheslock, M., Smith, A., Barker, R. M. & Bakeman, R. Randomized Comparison of Augmented and Nonaugmented Language Interventions for Toddlers with Development Delays and Their Parents.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch diese Studie unterstützt den Ansatz. Interventionen mit Gebärden-unterstützter Sprachanbahnung und gleichzeitiger Anleitung der Eltern haben einen positiven Effekt bei jungen Kindern, die erst über einen sehr kleinen Wortschatz mit weniger als 10 Worten verfügen. Hindernde Effekte der GuK wurden nicht beobachtet.

Die folgende Studie wurde zwar an gesunden Kindern durchgeführt, hat aber auf Grund ihrer Stichprobengröße und ihres RCT-Designs nach wie vor hohe Bedeutsamkeit:

Acredolo, L. P., Goodwyn, S. W. & Brown, C. A. (2000). Impact of symbolic gesturing on early language development. Journal of Nonverbal Behaviour, 24 (2), 81-103.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Studie wurde zwar an gesunden Kleinkindern durchgeführt, hat aber aufgrund ihrer Stichprobengröße (103 Kinder im Alter von 11 Monaten) und ihres RCT-Designs nach wie vor hohe Bedeutsamkeit. Es wurden keine negativen Effekte auf die Sprachentwicklung registriert, eher eine mögliche Unterstützung im Sinne der erleichterten Anbahnung.

KUGEL: **K**ommunikation mit **u**nterstützenden **G**ebärden – ein **El**tern-Kind-Gruppenprogramm zur systematischen Anleitung der engsten Bezugspersonen.

von Maydell, D., Burmeister, H. & Buschmann, A. (2014).

In: Sallat, S., Spreer, M. & Glück, C.W. (Hrsg.): Sprache professionell fördern. Kompetent-vernetzt-innovativ. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Mit dem Programm **KUGEL** wurde ein mehrteiliges Konzept zur systematischen Elternanleitung zur Verwendung lautsprachunterstützender Gebärden in der alltäglichen Kommunikation mit ihrem deutlich entwicklungsverzögerten Kind entwickelt. Ein vergleichbares Programm liegt im deutschsprachigen Raum bislang nicht vor.

Von 2014 – 2017 fand eine RCT Studie zur Überprüfung der Effektivität der systematischen Anleitung eines frühen alltagsintegrierten Gebärdeneinsatzes bei Kindern mit globaler Entwicklungsstörung durch das KUGEL Programm statt.

Erste Ergebnisse sind publiziert in:
Maydell von, D., Burmeister, H. & Buschmann, A. (in Druck). KUGEL – Kommunikation mit unterstützenden Gebärden auf Basis des Heidelberger Elterntrainings. Elsevier GmbH München.
Dittmann, F., Buschmann A., Maydell von D., Burmeister H. (in Druck). Systematische Anleitung der Eltern zum frühen Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden mit KUGEL: Zufriedenheit und Erwartungen. Frühförderung interdisziplinär.

Int J Lang Commun Disord. 2016 Dec 12.
Parent-implemented home therapy programmes for speech and language: a systematic review.
Tosh R, Arnott W, Scarinci N.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wie bereits in der Metaanalyse von LAW et al. 2003 gezeigt ist der Ansatz einer Sprachtherapie über die Eltern sinnvoll. Die Autoren dieser Arbeit sind aber zurückhaltend in der positiven Bewertung und sehen vor der Durchführung hochwertiger Studien die „home programmes“ zunächst als „potenziell sinnvoll“ an.

2.1.7 ERGOTHERAPIE

The American Journal of Occupational Therapy 2013 Jul-Aug; 67(4):413-424

Systematic review of interventions used in occupational therapy to promote motor performance for children ages birth to 5 years [with consumer summary]

Case-Smith J, Frolek Clark GJ, Schlabach TL

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wie bereits in der Metaanalyse von DUNST et al. 1988 (!) gezeigt ist das fokussierte Vorgehen über praktisch ausgerichtete Trainings- und Lernprogramme für motorische Entwicklungsprobleme am ehesten zielführend. In der heutigen Terminologie entspricht dies der Berücksichtigung von „Alltagsrelevanz“ und Betätigungsorientierung“ mit Anregunf der „motorischen Eigenaktivität“ des Kindes. Eine „allgemeine Förderung der Motorik“ ist offensichtlich wenig effektiv, und auch die visuomotorische Verbesserung ist zumindest in der hier berichteten Datenlage für noch junge Kinder (3-5 Jahre) nur von begrenzter Dauer.

Ergoscience 2014; 9(4): 144-154

Evidenz zur Wirksamkeit der Sensorischen Integrationstherapie bei 3- bis 12jährigen Kindern mit sensorischen Verarbeitungsstörungen. – Eine systematische Forschungsübersicht 2007-2013.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Die Zusammenfassung unterschiedlichster Studien und Fallbeschreibungen erfolgt primär unter dem Ziel, eine Differenz zwischen Behandlungsansätzen nachweisen. Dabei wird die Ayres Sensory Integration® Fidelity Measure© -kurz: ASIFM- zur Anwendung gebracht als Instrument der internen Kriterien der Strukturqualität. Unter diesem Blickwinkel zeigen sich positive Effekte der Behandlungen, die diesem Standard folgen, im Vergleich zu einem weniger strukturierten Vorgehen. Dies ist nachvollziehbar, belegt aber wie in der Schlussfolgerung indirekt auch dargestellt noch nicht die patienten- und zielbezogene Wirksamkeit der SI-Behandlung.

Ausführungen zum ASIFM: s. nachfolgender Artikel: American Journal of Occupational Therapy, September/October 2014, Vol. 68, 506-513. doi:10.5014/ajot.2014.010652

Interrater Reliability and Discriminative Validity of the Structural Elements of the Ayres Sensory Integration® Fidelity Measure© ASIFM
Teresa A. May-Benson; Susanne Smith Roley; Zoe Mailloux; L. Diane Parham; Jane Koomar; Roseann C. Schaaf; Annamarie Van Jaarsveld; Ellen Cohn

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wie im Kommentar zur vorherigen Arbeit „Sensorischen Integrationstherapie“ bereits dargestellt handelt es sich bei der Ayres Sensory Integration® Fidelity Measure© ASIFM um ein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität. Dies soll dazu eingesetzt werden, eine vergleichbare Basis für Studien zur Evidenz der SI-Therapie nach Ayres (Ayres Sensory Integration ASI®; s. folgender Artikel) herzustellen.

Brain Sciences 9(7):153
Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®
June 2019 DOI: 10.3390/brainsci9070153
Shelly J. Lane, Zoe Mailloux, Sarah Schoen, Anita Bundy, Teresa A. May-Benson, L. Diane Parham, Susanne Smith Roley and Roseann C. Schaaf

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Die moderne Weiterentwicklung der SI-Therapie nach Jean Ayres, jetzt als Ayres Sensory Integration ASI® mit trademark bezeichnet, bemüht sich um die Verbindung langzeitig bestehender Einschätzungen rund um das Thema „Wahrnehmung“ mit aktuellen Erkenntnissen der Neurowissenschaften. Daraus ergibt sich eine Annäherung z. B. an das kanadische COOP-Modell in der Ergotherapie mit konsequenter Hinwendung zu einem betätigungsorientierten und klientenzentrierten Vorgehen und der Neuroplastizität, verstanden als Veränderung in der neuronalen Vernetzung als Folge systematischer Inanspruchnahme. Fortbestehendes Problem ist das weitgehende Fehlen von diagnostischen Verfahren, die nach üblichen psychometrischen Maßstäben validiert wären. Somit mangelt es an definierten Diagnosen; es verbleibt die einschätzende Annäherung.
Zur umfassenden Einschätzung wird auf die folgende Stellungnahme der DGSPJ verwiesen.

Sensorische Integrationstherapie nach JEAN AYRES

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
(Revision der Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie 2002)
Karch D und Freitag H
(Kritische Begleitung durch Leitungsteam Sensorische Integrationstherapie des DVE und Sensorisch Integrative Ayres Therapie, SIAT)
Juni 2017, Publikation der DGSPJ auf: www.dgspj.de/qualitaetssicherung/papiere-der-qualitaetszirkel/ ;
S. 60-78

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

In früheren Jahren stellte der Ansatz der „Sensomotorischen Integrationstherapie“ eine bedeutsame Annäherung an unterschiedliche kindliche Entwicklungsstörungen dar. Die Fortschritte der Erkenntnisse in den Neurowissenschaften haben auch hier die Theorien und Grundlagenkenntnisse entscheidend erweitert. Die Arbeitsgruppe unter Leitung von KARCH und FREITAG hat den aktuellen Stand des Wissens in dieser Stellungnahme zusammengetragen und die Problematik für die Umsetzbarkeit im praktischen Alltag aufgezeigt. Von zentraler Bedeutung ist der Mangel an validierten Instrumenten zur Diagnostik, sodass die sichere Grundlage für die sichere Einschätzung und damit auch eine fundierte zielgerichtete Intervention nicht vorhanden ist.

FamilienErgo und RopE

Das Konzept „FamilienErgo“, entwickelt von Rupert Dernick et al., spiegelt die Erfahrung des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes in der pädiatrischen Praxis in Verbindung mit betätigungsorientierten Ansätzen der Ergotherapie. Während „FamilienErgo“ die Eltern selbst befähigt, die Entwicklung insbesondere im Vorschulalter zu unterstützen, ist die „Ressourcen-orientierte pädiatrische Ergotherapie (RopE)“ auf die Maximierung der Effekte ausgerichtet, wenn Ergotherapie als Heilmittel ärztlich verordnet wird.
Beide Konzepte integrieren ein pragmatisches Vorgehen in der ambulanten allgemeinpädiatrischen Praxis mit wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen der Entwicklungsforschung. Sie stellen somit Möglichkeiten des Vorgehens dar, nicht Therapiemethoden im eigenen Sinne.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Der Ansatz verbindet medizinisch-funktionelle, psychologische und pädagogische Aspekte der fokussierten Förderung. Er eignet sich in dieser Form sehr gut für die pragmatische Elternberatung in der Praxis bzw. verbindet die Erbringung des Heilmittels „Ergotherapie“ mit dem systematisierten Transfer in den Alltag des Kindes.

2.1.8 „LERNTHERAPIE“ und neuropsychologische Ansätze

Ähnlich wie im vorangehend skizzierten „RopE“-Konzept gehen in die sog. „Lerntherapien“ verschiedenste Ansätze aus Pädagogik, Entwicklungspsychologie und Therapie ein. Aus dem Bereich der Neuropsychologie stammen insbesondere Verfahren zur Steigerung der Aufmerksamkeit (z. B. „Attentioner“, Jacobs C, Petermann F; „THOP“, Döpfner M, Schürmann S, Frölich J) oder der Räumlich-konstruktiven Verarbeitung (z. B. „Klabauter“, Schroeder A; „DimensionerII“ Muth-Seidel D, Petermann F).
Viele dieser Vorgehensweisen sind teils empirisch belegt, teils auch in ihren kurzzeitigen Effekten evaluiert. Studien zur Langzeit-Wirksamkeit stehen aus, ebenso wie die Beurteilung des Trainings von Einzelfertigkeiten für den Erwerb von komplexen Fähigkeiten.

DÄ 2013; 142(39):643-651

Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme im Kindes- und Jugendalter
Karch D, Albers L, Renner G, Lichtenauer N, Kries v R.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Metaanalyse belegt die Schwierigkeit, selbst für im Ansatz gut fundierte Vorgehensweisen eine spezifische Methodenwirksamkeit nachzuweisen. Dies gilt insbesondere für den gruppenbezogenen Vergleich; in der individuellen Therapiegestaltung mit Einsatz von Lernprogrammen können bestimmte Programme durchaus hilfreich sein, ohne dass sich hieraus eine Verallgemeinerung ableiten liesse.

2.1.9 OSTEOPATHIE

http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-osteopathie-2015.pdf

Osteopathie bei Kindern

Stellungnahme der gemeinsamen Therapiekommission der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)
Borusiak P, Straßburg HM, Weissenrieder N, Peters H, Philippi H, Klepper J

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Osteopathie erfreut sich einer rasch zunehmenden Verbreitung. Die Evidenzlage ist schwach, der Plazebo-Effekt offensichtlich stark ausgeprägt. Das Vorgehen muss deshalb von den Umständen im Einzelfall abhängig gemacht werden.

2.1.10 MUSIKTHERAPIE

Patient Prefer Adherence. 2014; 8: 727–754.
Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions
Kamioka H, Mutoh Y et al.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Musik ist eine spezifisch menschliche Ausdrucksform. Sie wirkt emotional und befördert soziale Interaktion. Musiktherapie steht im Grenzbereich zur Psychotherapie.
Die zusammenfassende Übersicht zeigt eine Fülle von Daten, wo grundsätzlich eine adjuvante Wirksamkeit belegt ist. Für die Kinder- und Jugendmedizin spielt dies eine besondere Rolle in der Neonatologie sowie bei psychischen Störungen.

2.1.11 KUNST- UND KREATIVTHERAPIE

In der Kunst- und Kreativtherapie liegen vielfältige Ansätze vor. Es gibt unterschiedliche, von den verschiedenen Fachgesellschaften und Vereinigungen beschriebene Curricula und Anforderungen, aber keine standardisierte Ausbildung in Deutschland. Teilweise besteht bei Anwendung in der Pädiatrie eine Nähe zur Psychotherapie, ebenso auch zur Heilpädagogik.

Evidenzbasierte Daten für Kinder und Jugendliche liegen nur auf Ebene von Einzelfall-Beispielen vor. Dementsprechend kann keine Empfehlung oder Ablehnung zum generellen Einsatz gegeben werden. Vielmehr muss im Rahmen der individuellen Behandlungsplanung über die Sinnhaftigkeit dieses ergänzenden Vorgehens entschieden werden. Mögliche Anwendungsbereiche beziehen sich sowohl auf somatische Erkrankungen, z. B. in der Onkologie, als auch Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen, z. B. in der Traumatherapie.

2.2 Psychotherapie und das Vorgehen bei einzelnen Störungsbildern

Die nachfolgende Tabelle versucht, empirische Hinweise zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen im weitesten Sinne zusammenzustellen. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, stattdessen eher eine Einladung ausgesprochen, diese tabellarische Übersicht weiter zu entwickeln. Trotz der tabellarischen Darstellung soll versucht werden, ein naives Modell von Psychotherapie in dem Sinne zu vermeiden, dass mit der Diagnose und dem Einordnen in ein Störungswissen bereits die Auswahl einer Intervention reguliert wäre, die dann alle Probleme behebt. Wir haben es mit komplexen Prozessen innerhalb der Behandlung und außerhalb zu tun, beim letzteren insbesondere, was die Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Interventionen anbelangt.

Die Darstellung folgt dabei folgender Gliederung
Allgemeine Wirkfaktoren 2.2.1

Störungsbilder 2.2.2

Spezifische Interventionsmaßnahmen 2.2.3

die sich partiell an der ICD-Einteilung orientieren, teilweise über sie hinausgehen resp. sie verwischen, da der Bereich psychischer Störungsbilder i.w.S. bei Kindern und Jugendlichen die Grenzen der ICD-10 zwischen dem F90-Kapitel und anderen F-Kapiteln überschreitet.

2.2.1. Grundlagen und allgemeine Wirkfaktoren (Literatur Anhang Kapitel 4.3)

1. **Persönlichkeit des Therapeuten: Therapeutische Grundhaltungen:** Empathie, Kongruenz, Echtheit und persönliche Integrität des Therapeuten
2. **Qualität und Gestaltung der therapeutischen Beziehung:** Übereinstimmung, Passung in den Therapiezielen; Übereinstimmung, was Aufgaben des Patienten anbelangt; Ausmaß emotionaler Bindung; flexible Korrektur von Brüchen/Konflikten in der Arbeitsbeziehung; Komplementarität
3. **Professionelle Verhaltensweisen des Therapeuten:** positive Wertschätzung des Pat. durch Therapeuten; angemessenes Feedback für Pat. im Hinblick auf Therapiefortschritte; Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Umgang mit Gegenübertragungen; Qualität der diagnostischen Methodik; Qualität der Interpretationen von Beziehungserfahrungen und interaktionellen Phänomenen in der Therapie durch Therapeuten; Strukturierungsfähigkeit des Therapeuten, Finden eines passenden thematischen Fokus und Qualität der Behandlungsplanung bei individueller Hierarchisierung der Behandlungsziele; Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Motivationsaufbau; Feedback-Möglichkeiten für den Pat. schaffen und anbieten; Aufsuchen

und Nutzen von Supervision und Intervision in fehlerfreundlicher (Team-) Atmosphäre

4. **Erwartungshaltungen der Patienten:** insbesondere, wenn sie aus Erklärungen zum Störungsbild und der Erklärung der geplanten Behandlung resultieren und diese vom Patienten akzeptiert werden
5. **Wahrgenommene Kompetenz und Glaubwürdigkeit des Therapeuten**

2.2.2. Einzelne ausgewählte Störungsbilder Psychotherapie (Literatur Anhang Kapitel 4.3)

1. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und/oder weitere emotionale/affektive Störungsbilder

- ADHS; Hyperkinetische Störungen
- Störung des Sozialverhaltens, oppositionelles Trotzverhalten
- Emotionale Störungen
    - Angststörungen
    - depressive Störungen
    - Zwangsstörungen
- Störungen sozialer Funktionen darunter: Mutismus, Bindungsstörungen
- Nichtorganische Ausscheidungsstörungen
- Nichtorganische Schlafstörungen
- Adipositas
- Essstörungen
- Tic-Störungen

2. Autismus-Spektrum-Störungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
3. Maßnahmen bei Intelligenzminderung
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
5. somatoforme Störungen
6. Psychologische Faktoren bei chronischen Erkrankungen im Kindesalter

- Somatoforme (Schmerz-)Störungen, insbesondere Kopfschmerzen
- Epilepsie
- Onkologische Erkrankungen

7. Diverses

- Nicht-Suizidales selbstverletzendes Verhalten
- Fetales Alkoholsyndrom

2.2.3. Spezifische Verfahren und Vorgehensweisen (Literatur Anhang Kapitel 4.3)

3.1. Verhaltenstherapie
3.1.1. Kognitive Verhaltenstherapie
3.2. Psychodynamische Psychotherapie (incl. Spieltherapie)

3.3. Klientenzentrierte Therapie, Gesprächsführung
3.3.1. Spieltherapeutische u.a. Interventionen
3.4. Systemische und psychoanalytische Familientherapie
3.5. Neuropsychologische Verfahren i.w.S.
3.5.1. Biofeedback/Neurofeedback
3.5.2. EMDR
3.5.3. divers
3.6. Am Setting orientierte Maßnahmen
3.6.1. Elternberatung, -training
3.6.2. Einbezug der Eltern/Familie als „add“-on zur Einzelbehandlung
3.6.3. Umfeldmaßnahmen
3.6.4. Einzel- vs. Gruppenbehandlung
3.6.5. Bibliotherapie, Ratgeber
3.6.6. Additive Effekte von Psychotherapie bei kombinierter Pharmakotherapie
3.7. Spezifische Maßnahmen, Vorgehensweisen (anderweitig noch nicht berücksichtig)
3.7.1. Motivierende Gesprächsführung
3.7.2. Psychoedukation
3.7.3. Achtsamkeitsbasierte Strategien
3.7.4. divers
3.8. divers

Zu berücksichtigen ist weiter, dass es im sozialpädiatrischen Kontext wahrscheinlich fließende Übergänge zwischen Psychotherapie im engeren Sinn und psychologischer Beratung gibt. Die psychologisch/psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen adressiert dabei sowohl das Kind/den Jugendlichen als auch die Eltern als Ansprechpartner. Dies verkompliziert eine Darstellung empirisch-evidenzbasierter bisheriger Erkenntnisse.

Als weitere Prämisse ist festzuhalten, dass evidenzbasierte Ergebnisse aus dem Bereich der Psychotherapieforschung derzeit eher eine vorläufige Orientierungshilfe ergeben.

Orientierungshilfe im Umgang mit Psychotherapie können folgende Leitsätze bieten:

1. Es ist unstrittig, dass psychotherapeutische Interventionen wirksam sind, insbesondere im Vergleich zu Wartelistenbedingungen oder Kontrollgruppenbedingungen mit unspezifischer Behandlung.
2. Je schwerer und ausgeprägter eine psychische Störung ist, umso geringeres relatives Gewicht gegenüber störungsspezifischen therapeutischen Maßnahmen haben unspezifische interaktionelle Wirkfaktoren der Psychotherapie.
3. Andererseits gibt es bedeutsame unspezifische, allgemeine Wirkfaktoren innerhalb der Psychotherapie im Sinne einer „nicht restlosen Planbarkeit“ (Maio, 2016) die es auch bei der Bewertung und Beurteilung psychotherapeutischer Interventionen im Kontext der Sozialpädiatrie zu

berücksichtigen gilt. Es ist von einer Beeinflussung und Abhängigkeit der Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen von der Interaktionsfähigkeit von Therapeut und Patient auszugehen. Die Verpflichtung des Therapeuten besteht in einer reflektierten und humanen Interaktionsgestaltung und Begegnung.

4. Der wohl bedeutsamste unspezifische Wirkfaktor ist dabei die Fähigkeit des Therapeuten zur Empathie gegenüber den Patienten. Ein geduldiger, kompetenter und für die emotionalen Zustände seines Gegenübers sensibler Psychotherapeut, der seine Wahrnehmungen des Patienten aufmerksam spiegeln kann, sodass sein Gegenüber sich darin wiedererkennt, ist eine conditio sine qua non psychotherapeutischer Arbeit auch innerhalb der Sozialpädiatrie.
5. Ein weiterer bedeutsamer unspezifischer Wirkfaktor psychotherapeutischer Interventionen ist das Vermögen des Therapeuten, ein aktives Feedback an den Patienten zu Fortschritten, aber auch zu etwaigen Verweigerungen etc. in nicht entwertender Form zu formulieren.
6. Ein gemeinsames, wechselseitig akzeptiertes Aushandeln der Arbeitsverteilung zwischen Psychotherapeut und Patient ist essentiell. Erfahrung und das klinische Urteilsvermögen des Therapeuten gegenüber den Besonderheiten der Patientenbedingungen, seinen Werten und seinen Präferenzen gehen in diese gemeinsame Entscheidungsfindung ein.
7. Markante Bestandteile dieses Aushandlungsprozesses auf Seiten des Therapeuten sind dabei seine Fähigkeiten zur (emotionalen) Stabilisierung seines Gegenübers sowie seine Möglichkeiten der Ressourcenaktivierung auf Seiten des Patienten. Diese beiden Punkte (Stabilisierung und Ressourcenaktivierung) sind essentiell im psychotherapeutischen Vorgehen.
8. Dies setzt auf Seiten der so genannten Persönlichkeitsvariablen des Therapeuten sein Vermögen voraus, mit *eigener* Unsicherheit und Ungewissheit des interaktionellen Prozesses umgehen zu können. Hierzu gehört auch die Fähigkeit, die eigene Angst vor diagnostischen und/oder therapeutischen Versäumnissen nicht alleine durch defensive, ausschließlich standardisierte, manualisierte diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen zu überwinden. Aus Angst vor diagnostischen Versäumnissen oder Fehldiagnosen – und entsprechenden Bestrafungserfahrungen – wird oftmals eine defensive Psychotherapie betrieben, der ein Gespür für Kontext, Nuancen und Details des konkreten individuellen Falls fehlt. „Entscheidungsträger …, die damit rechnen, dass ihre Entscheidungen im Nachhinein genau überprüft werden, (neigen) zu bürokratischen Lösungen – und zu einer extremen Risikoscheu“ (Kahnemann, 2012, S. 253). Die interdisziplinäre Qualität sozialpädiatrischen Vorgehens kann besser mit diagnostischer Unsicherheit umgehen und praktische und ethische Aspekte in die klinische Beurteilung des Einzelfalls einfließen lassen. Die Fähigkeit, sich gegenüber populären, aber wenig hilfreichen Anforderungen nach bedingungsloser Ökonomisierung des diagnostisch-therapeutischen Prozesses nicht zu unterwerfen, ist hier ebenfalls essentiell.

9. Bedeutsame wiederaufzubauende oder zu stärkende Ressourcen des Patienten sind dabei seine Fähigkeiten, eigene Schwierigkeiten wahrzunehmen und nach und nach differenziert dem eigenen Entwicklungsstand entsprechend, symbolisch in der Interaktion und im Spiel, sprachlich ausdrücken und somit veröffentlichen zu können.
10. Psychotherapeutische Interventionen zielen insbesondere in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen weiter darauf ab, im sozialen Umfeld des Patienten vorhandene *soziale* Ressourcen zu stärken resp. neue soziale Ressourcen zu entwickeln. Dies betrifft insbesondere familiäre Strukturen im biologischen wie im sozialen Sinne.
11. Psychotherapeutische Interventionen im sozialpädiatrischen Umfeld sind umso erfolgreicher, je mehr der Patient unterstützt wird, klare, kleinschrittige, differenzierte und *sinn*volle Schritte zu tun, und somit realistische *Erwartungen* an psychotherapeutische Maßnahmen zu entwickeln und umsetzen. Die hier benutzte sozialwissenschaftliche Kategorie „Sinn“ ist auch eine bedeutsame Kategorie in der beraterisch-therapeutischen Arbeit, insbesondere wenn es um Auseinandersetzungen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten geht.
12. In diesem Sinne ist eine psychotherapeutische Intervention im sozialpädiatrischen Kontext umso erfolgreicher und erfolgsversprechender, je mehr es dem Psychotherapeuten gelingt, den Patienten und seine relevanten Angehörigen für die eigene Bearbeitung, Gestaltung und Übernahme therapeutischer Aufgaben zu gewinnen. Psychotherapeutische Interventionen ohne die Übernahme therapeutischer Aufgaben durch den Patienten sind zu vermeiden.
13. Die Erarbeitung neuer Erkenntnisse etwa zu Entstehungsbedingungen („Einsichten in Ursachen“), aber auch zu aufrechterhaltenden Faktoren ist notwendig, aber nicht hinreichend. Kontinuierliches Einüben/Trainieren neuer Verhaltens-, Denk- und ‚Fühl‘-weisen sind die essentielle Ergänzung einsichts- und erkenntnis-orientierter Vorgehensweisen psychotherapeutischer Interventionen im Bereich der Sozialpädiatrie.
14. Die Dauer psychotherapeutischer Interventionen ist nicht die allein entscheidende Größe im Hinblick auf deren Wirksamkeit. Das SPZ bietet ggfs. ein geeignetes Umfeld, psychotherapeutische Interventionen Individuum- und Familien-spezifisch zu gestalten.
15. Eine Handlungsorientierung kann dabei sein, dass das Ausbleiben deutlich erkennbarer Verbesserungen durch psychotherapeutische Interventionen innerhalb von drei Monaten durch alleinige zeitliche Verlängerungen der Interventionen nicht zu behenben ist. Eine Fortsetzung der gleichen psychotherapeutischen Maßnahmen trotz bisheriger Unwirksamkeit ist sowohl unter einer ethischen als auch unter einer ökonomischen Perspektive fragwürdig. Ausnahmen gelten für Patienten mit einer Intelligenzminderung (vgl. Punkt 19).
16. Im sozialpädiatrischen Kontext werden insbesondere Kinder/Jugendliche mit chronischen und schweren körperlichen Krankheiten und/oder psychischen Belastungen vorgestellt. Gerade diesen Patienten sowie ihren Familien gegenüber eröffnet der sozialpädiatrische Kontext auch über einen längeren

Zeitraum und über Phasen akuter Belastung hinaus die Möglichkeit, psychotherapeutische Behandlung/Beratung i.w.S. in einem vertrauten Umfeld anzubieten.

17. Der sozialpädiatrische Kontext erlaubt es hervorragend, aktuelle Erkenntnisse der Psychotherapieforschung zu realisieren -, indem - wenn immer psychotherapeutische Interventionen nach einer Phase zeitlich engerer Zusammenarbeit in eine Phase zeitlich protrahierter Zusammenarbeit umgewandelt werden (unter Einsatz von ‚Auffrisch'- oder so genannter ‚booster'-Sitzungen). Gleichzeitig wird so auch ein Konzept von Selbstwirksamkeit und Autonomie des Patienten unterstützt; ggfs. entstehenden ungewollten Abhängigkeitsbeziehungen zum begleitenden Psychotherapeuten kann so vorgebeugt werden.
18. Der Kontext der Sozialpädiatrie bietet ebenso einen hervorragenden Rahmen, jenseits so genannter Richtlinien-Psychotherapien auch integrative, undogmatisch-eklektische psychotherapeutische Interventionen zu nutzen, die Psychotherapieschulen-Schranken und -Abschottungen überwinden und sich an modernen psychotherapeutischen Entwicklungen orientieren.
19. Der Kontext der Sozialpädiatrie (besonders in sozialpädiatrischen Zentren) bietet Voraussetzungen, Kinder und Jugendliche mit einer Intelligenzminderung psychotherapeutisch zu versorgen, die oftmals keine geeignete psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeit finden. Dementsprechend finden sich hier einige ausführlichere Gedanken zu diesem Thema (Mit wesentlichen Beiträgen von Dieter Irblich, kreuznacher diakonie)
    Trotz einer höheren Prävalenzrate psychischer Störungen (Vgl. Stawski & Sobanski 2014) sind Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung nur selten die direkten Adressaten psychotherapeutischer Interventionen. Alle im Kindes- und Jugendalter bekannten Störungen können bei Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung auftreten, auch wenn diese im Kontext einer kognitiven Beeinträchtigung und evtl. vorhandener weiterer Beeinträchtigungen sich in veränderter Weise zeigen können. Die Übergänge zu heilpädagogischer Arbeit sind von der Methodik her insbesondere bei Personen mit mittlerer bis schwerer Intelligenzminderung fließend. Unter psychotherapeutischer Intervention wird der absichtsvolle, fachlich basierte Einsatz psychotherapeutischer Methoden in direkter Interaktion zwischen Psychotherapeuth und Kind/Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung in einem räumlich und zeitlich abgegrenzten Setting verstanden.

    Vorteile direkter psychotherapeutischer Arbeit mit intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen gegenüber ausschließlich Umfeld bezogener Beratung sind:

    - Dem Kind/Jugendlichen wird ein Angebot eines Erfahrungs- und Reflexionsraumes außerhalb der Alltagsbezüge gemacht; neue Handlungsmöglichkeiten und daraus resultierende (neue) Denkprozesse können erprobt und gefestigt werden
    - Psychotherapeutische Methoden können eingesetzt werden, die in einem ausschließlichen *Beratungs*-Setting nicht oder nicht im gleichen Maße einsetzbar sind

- Psychotherapeuten erhalten eine differenziertere Kenntnis zum jeweiligen Kind/Jugendlichen und so eine Grundlage, deren Bezugspersonen effektiver und verständnisvoller zu beraten
- Der Berater wird für die Bezugspersonen glaubwürdigerer. Der direkte Kontakt zum betroffenen Kind oder Jugendlichen schafft Voraussetzungen, die Beratung der Angehörigen „auf gleicher Augenhöhe“ zu führen.

Es gibt Evidenzbelege für z. T. starke (Vgl. Harvey et al. 2009 wenigstens moderate (Vgl. Prout & Browning,2011; Didden et al. 2006) Effekte zu psychotherapeutischen, primär klassisch verhaltenstherapeutischen, aber auch kognitiv-verhaltenstherapeutischen (Jahoda 2016) Interventionen bei Menschen mit Intelligenzminderung. Zu anderen Therapieverfahren gibt es zahlreiche Praxisberichte, die auf Anwendungsmöglichkeiten unterschiedlicher, in ihrer Methodik entsprechend adaptierter Therapieansätze hinweisen. Zu empfehlen sind

- das Auffinden individueller, behutsam aufzubauender Zugangswege,
- eine Konzentration auf wesentliche Problemaspekte,
- eine konkretisierende, handlungsorientierte, kleinschrittige und auf festigende Wiederholung Wert legende Vorgehensweise
- sowie ein kontinuierlicher Austausch mit den Bezugspersonen.

Therapeutisch ist ein aktiveres und stärker strukturierendes Vorgehen indiziert (Benutzen einfacher Sprache, deutlich langsameres Interaktionstempo, bei Entscheidungsprozessen Alternativen benennen; Entscheidungen stärker auf Konsistenz prüfen; Visualisierungen, Inszenierungen nutzen (Schanze 2014). Längere Therapieverläufe als bei Nichtbehinderten sind sinnvoll, da eine Intelligenzminderung auch im sozio-emotionalen Bereich Lern- und Veränderungsprozesse oft verlängert.

Voraussetzungen direkter psychotherapeutischer Arbeit mit intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen sind:

- Es besteht eine Störung des Erlebens und Verhaltens, die auch bei Nichtbehinderten eine psychotherapeutische Intervention indizieren würde
- Es findet sich ein geeigneter Therapeut, und das Kind/der Jugendliche ist bereit, sich auf eine Zusammenarbeit einzulassen (Freiwilligkeit)
- Eine vertrauensvolle und für die Zeit der Therapie kontinuierliche Zusammenarbeit des Therapeuten mit den Bezugspersonen ist möglich
- Die Bezugspersonen verfügen angesichts eines zumindest vorübergehenden zeitlichen Mehraufwandes über Ressourcen, Alltagsabläufe im Sinne der Therapieziele zu verändern
- Psychotherapie wird nicht eingesetzt, um gravierende Betreuungsmängel zu kompensieren
- Es bestehen logistische Voraussetzungen dafür, dass die Therapie regelmäßig stattfinden kann (14-tägiger Rhythmus wird als Minimum erachtet)
- Die ökonomischen Rahmenbedingungen für die Durchführung einer Therapie sind gegeben (Kostenzusage oder Bereitschaft der Institution, die Mehrkosten zu tragen)

2.3 Eingliederungs- und Jugendhilfe

2.3.1 Soziale Hilfen

Empfehlungen für Maßnahmen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsauffälligkeiten, -abweichungen und -störungen betreffen eine Klientel, die wesentlich mehr Personen/junge Menschen umfasst als nur die Gruppe der Patienten mit Erkrankungen, die die Kriterien der ICD-10 erfüllen. Die Empfehlungen müssen auch bei gegebener gesetzlicher Grundlage die multivariate Versorgungslandschaft in Deutschland über medizinische Maßnahmen hinaus die Systeme Jugendhilfe, Sozialhilfe und Pädagogik sowie andere sich aus der Sozialgesetzgebung ableitende Maßnahmen berücksichtigen. Behandlungsmaßnahmen bei gegebenem Befund werden von entwicklungs- und förderrelevanten Systembedingungen unterstützt, unter anderem vom Sozialsystem (im folgenden Schaubild Säule drei und subsidiär Säule zwei). Damit wird an das Konzept ***diagnostisch-therapeutischer Prozess*** im IVAN-I-Papier angeschlossen.

Hilfen für Kinder und Jugendliche (und deren Familien)
mit Beeinträchtigung der Teilhabe im sozialen Kontext
infolge Entwicklungsstörungen, chronischer Erkrankungen, (drohender) Behinderungen

Medizinische Hilfen nach SGB V	**Hilfe zur Pflege** nach SGB XI	**Soziale Hilfen** nach SGB VIII, BTHG (IX) XII	**Pädagogische Hilfen**	**Finanzielle Hilfen**
medizinisch-therapeutische Leistungen, Hilfsmittel (Rechtsanspruch) u.a. SPZ & Interdisziplinäre Frühförderung	Leistungen zur Pflege (Rechtsanspruch)	Eingliederungs-hilfe (Rechtsanspruch) u.a. für Interdisziplinäre Frühförderung	Förderung Sonderpädagog. Dienst Nachteilsausgleich Sonderpädagog. Frühförderung (kein Rechtsanspruch)	Nachteilsausgleich Schwer-behinderten-ausweis (Rechtsanspruch)
Kostenträger Krankenkasse	Kostenträger Pflegekasse Sozialhilfeträger (subsidiär)	Kostenträger Sozialhilfeträger (XII) Jugendhilfe (VIII) (subsidiär)	Kostenträger z.B. Land Baden-Württemberg: Kultusministerium	Kostenträger Land/ Bund

• SGB= Sozialgesetzbuch
• Interdisziplinäre Frühförderung: von Geburt bis Schulbeginn
• Aktuelle Bestimmungen auch im Bundesteilhabegesetz (BTHG) , 23.12.2016
Nach „Kinder-und-Jugendgesundheitsdienst (KJGD)“ 2016, Dr. Cornelia Esther , VIFF-Bund und BW

Abb. 2.1.: Hilfen für Kinder und Jugendliche und deren Familien

Soziale Hilfen in dem engeren Sinne der dritten Säule umfassen Eingliederungshilfen, aber auch eine institutionelle Förderung z. B. der Frühförderung.

- **Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 SGB XII und § 60, SGB XII Eingliederungshilfeverordnung – Sozialhilfe –**

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) ist ab 01.01.2017 stufenweise in Kraft getreten. Erst ab 01.01.2020 sollen Änderungen der Eingliederungshilfe vom SGB XII in den 2. Teil des SBG IX überführt werden.

Rechtsgrundlage für die Gewährung einer Integrationshilfe bei Inklusion in einer Kindertageseinrichtung für Kinder mit einer geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderung (Sozialhilfe) ist der § 54 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XII. Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26,33, 41 und 55 des SGB IX unter anderem Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu. Die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt.

Voraussetzung ist:

dass das Kind aufgrund der Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX in Verbindung mit § 53 SGB XII wesentlich in seiner Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt ist oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht ist (Feststellung durch das Gesundheitsamt)

dass ein behinderungsbedingter zusätzlicher Bedarf besteht (vergleiche hierzu auch Rand-Nr. 53.07 und 53.08 Sozialhilferichtlinien, Stand 57. Ergänzungslieferung 2004).

Feststellung des Förderbedarfes erfolgt nach einem Gesamtplan nach § 58 SGB XII, der vom Sozialamt erstellt wird. Dazu gibt es in der Regel sogenannte Runde Tische, in denen die maßgeblich Beteiligten vertreten sind, wie Gesundheitsamt, Frühförderstellen, SPZ, Eltern und Kindertageseinrichtung. Die Einschätzung des betreuenden Kinder- und Jugendarztes ist wichtig. „Maßnahmen der Eingliederungshilfe kommen in Betracht, wenn die tatsächlich vorhandenen Ressourcen der Kindertageseinrichtung zur Abdeckung des individuellen zusätzlichen Hilfebedarfs nicht ausreichen (Nachrang der Sozialhilfe). Ihre Grenzen findet die Gewährung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe, wenn der individuelle zusätzliche behinderungsbedingte Hilfebedarf mit den zum Zeitpunkt der Entscheidung vorhandenen Personal- und Sachmitteln zuzüglich den Leistungen der Eingliederungshilfe nicht sichergestellt werden kann beziehungsweise wenn die Ziele nicht erreicht werden können und/oder die Belange anderer der Förderung entgegenstehen“ (Rand-Nr. 54. 13/2 Sozialhilferichtlinien, Stand 19.10.2016).
Ein behinderungsbedingter zusätzlicher Bedarf kann nach den Sozialhilfe-Richtlinien (SHR) abgedeckt werden über stundenweise:

- ➢ Pädagogische Anleitung zur Teilnahme am Gruppengeschehen durch Personal nach § 7 KiTaG, (unterstützende Förderung des Kindes und Integration in die Gruppe)
- ➢ Begleitende Hilfe als Hilfestellung bei Alltagshandlungen (z. B. An- und Ausziehen, Toilettengang, Nahrungsaufnahme) durch geeignete Kräfte
- ➢ Kombination von pädagogischer und begleitender Hilfe
- ➢ Für gruppen- oder einrichtungsübergreifende Dienste kommt alternativ die Gewährung von Eingliederungshilfe in Form einer Gruppenpauschale in Betracht.

Heilpädagogische Leistungen und Komplexleistung Frühförderung

Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, sieht der Gesetzgeber darüber hinaus die Möglichkeit vor, heilpädagogische Leistungen zu gewähren (§§53 und 54 SGB XII). Voraussetzung ist, dass nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt wird oder die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können. Heilpädagogische Leistungen der Eingliederungshilfe für Kindergartenkinder und die Komplexleistung Frühförderung können auch neben einer Inklusionsassistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt werden. Lokal modifiziert, wird diese Leistung ebenfalls bei der Betreuung dieser Kinder in SPZ gewährt.

- **Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII – Jugendhilfe –**

Für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung können Leistungen im Rahmen der Jugendhilfe nach § 35a Abs. 3 SGB VIII in Verbindung mit § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1 und § 54 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XII vom örtlichen Jugendamt gewährt werden. Die Feststellung der seelischen Behinderung erfolgt nach § 35 a Abs. 1a SGB VIII durch einen Facharzt/Psychotherapeuten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einen in diesem Bereich kompetenten Kinder- und Jugendarzt. Auf der Basis der medizinischen Stellungnahme prüft das Jugendamt, ob die Teilhabe beeinträchtigt ist oder eine zukünftige Beeinträchtigung zu erwarten ist. In § 35a SGB VIII sind bei der möglichen Erbringung der Hilfen ausdrücklich auch die Tageseinrichtungen für Kinder genannt.

- **Eingliederungshilfe für interdisziplinäre Frühförderung**

Frühförderung für Kinder (von Geburt bis Schulbeginn) mit Beeinträchtigung der Teilhabe durch Entwicklungsstörungen bzw. drohende oder manifeste Behinderungen wird im § 30 des SGB IX von 2001 und durch die Frühförderungsverordnung von 2003 (Früh-V) über Landesrahmenvereinbarungen für die Komplexleistung Frühförderung in jedem Bundesland geregelt. Die aktuell im neuen BTHG, Artikel 23 -rechtswirksam ab 01.01.2018- getroffenen Festlegungen werden ebenfalls auf Länderebene neu strukturiert. Kostenträger sind hier sowohl die Krankenkassen (SGB V) als auch die Sozialhilfe (SGB XII bzw. VIII). Den Auftrag für Frühförderung geben immer die Eltern. Die Frühförderung richtet sich schwerpunktmäßig an das Kind in seinem sozialen Umfeld und bezieht dabei die Eltern/Erziehungsberechtigten ein. Die Beratung und Begleitung bezieht sich auch auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie die Gestaltung des Alltags mit dem Kind und seine Unterstützung in der Entwicklung.

Frühförderung kann mit Einwilligung der Eltern auch in einer Kindertageseinrichtung erfolgen und weitere Bezugspersonen des Kindes wie zum Beispiel die Erzieherinnen und Erzieher in die Beratung und Begleitung mit einbinden. Kindertageseinrichtungen können selbst keinen Auftrag für Frühförderung für ein Kind erteilen. Als vertraute Bezugsperson können sie jedoch Eltern zum Beispiel im Rahmen eines Entwicklungsgespräches auf die Möglichkeit der Frühförderung hinweisen. Es besteht ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe für Frühförderung. Nach einem niederschwelligen Beratungsangebot erfolgt in weiteren Schritten die

interdisziplinäre pädagogische/medizinische Diagnostik zur Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes gemeinsam mit den Eltern. Hierbei hat der Arzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Allgemeinmedizin eine Schlüsselfunktion.

- **Hilfen zur Pflege**

Seit dem 1. Januar 2017 ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wirksam und das neue Begutachtungsinstrument umgesetzt. Der Pflegegrad wird bei pflegebedürftigen Kindern durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten (Alltagskompetenzen) mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Damit diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden bei der Begutachtung die altersunabhängigen Bereiche wie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen" und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen. Damit kann die pflegerische Unterstützung berücksichtigt werden, die z. B. aufgrund regelmäßiger Besuche beim Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. einem Facharzt notwendig ist oder wenn das Kind wegen einer Schluckstörung regelmäßig abgesaugt werden muss. Berücksichtigt wird u. a. auch der Unterstützungsbedarf für Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, wenn z. B. krankengymnastische Übungen zu Hause erforderlich sind und das Kind diese Übungen nicht selbstständig durchführen kann.

Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen.

Für die Kinder bis zu einem Alter von 18 Monaten, bei denen sich die Selbstständigkeit aufgrund der Entwicklungsfortschritte ständig ändert, ist für die Einstufung eine Sonderregelung vorgesehen: Sie werden bis zum Erreichen des 18. Lebensmonats per Gesetz einen Pflegegrad höher eingestuft als sie aufgrund ihrer in der Begutachtung erreichten Punktzahl sonst erreichen würden. Damit werden häufige, für die Familien belastende Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten vermieden und die Familien werden in den ersten Lebensmonaten besonders unterstützt. Der erhöhte Pflegegrad bleibt ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat erhalten, soweit zwischenzeitlich kein Höherstufungsantrag gestellt wird oder aus fachlicher Sicht eine erneute Begutachtung ausnahmsweise empfohlen wird. Eine Wiederholungsbegutachtung ist zum Beispiel dann vorgesehen, wenn relevante Änderungen der Selbstständigkeit des Kindes zu erwarten sind, wie etwa durch eine erfolgreiche Operation einer Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalte.

Die Grundlagen zur Begutachtung von Kindern mit dem neuen Begutachtungsinstrument sind in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI, die zum 1. Januar 2017 wirksam wurden, genauer erläutert. Sie können auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und des Medizinischen Dienstes der GKV-SV (MDS) heruntergeladen werden.

- **Allgemeine Vorgehensweisen bei der Etablierung von Sozialen Hilfen**

Während die medizinische Therapie mit Heilmitteln die Behandlung von drohenden oder bereits eingetretenen Krankheiten mit Alltagsrelevanz, Leidensdruck und

Fördermöglichkeiten mit SMART[1]en Zielen bezweckt, ist „Förderung“ weniger klar definiert. Als soziale Hilfen in einem weiteren Sinne können alle Akteure wirken, die Kinder im Sozialraum unterstützen und fördern.
Um den eigenen Sozialraum als Ressource nutzen zu können, treten zwei Fragen in den Vordergrund, auf die Antworten unter zeitlich und perspektivisch begrenzter Warte gesucht werden sollten:

> Wo gibt es in der jeweiligen Region Angebote wie Beratung, Hilfe zur Selbsthilfe, Elternprogramme?
> Wie funktioniert die Vernetzung der primärversorgenden Kinder- und Jugendmedizin im Sozialraum?

Verzeichnis regionaler Ressourcen

Um das Nebeneinander zur Kooperation zu entwickeln, um zum Nutzen der Kinder und ihrer Familien zusammenzuwirken, ist es hilfreich, wenn sich die Akteure kennen. Hinderlich dagegen wirkt, wenn Motivationen und Präferenzen aber auch Grenzen wechselseitig nicht bekannt und nur schwer zu ermitteln sind. Hier bietet sich ein regelmäßig zu pflegendes Verzeichnis an, beispielsweise als Teil des Qualitätsmanagement-Systems. Ein Formularvorschlag ist im Anhang 5.5 abgedruckt.

Für die Vernetzung besonders geeignet sind interdisziplinäre Qualitätszirkel, an denen alle relevanten Akteure teilnehmen. Nach unseren Erfahrungen durchlaufen diese QZs verschiedene Phasen:

- Kennenlernphase: Namen, Adressen, Öffnungszeiten, bevorzugte Kommunikationkanäle, Möglichkeiten und Grenzen. Ergebnis: Ein Verzeichnis aller Kooperationspartner
- Interaktionsphase: Die wechselseitige Einwirkung der Akteure ist nicht intentional oder zweckgerichtet
- Kooperationsphase: Am konkreten Fall werden die Beteiligten identifiziert, Risiken und Chancen berufsbezogen analysiert, Fragen in gemeinsamer Sprache formuliert und eine Strategie festgelegt, die bei Folgetreffen valuiert wird.

Gute Erfahrungen gibt es mit den „Gemeinsamen Qualitätszirkeln von Ärzteschaft und Jugendhilfe“ als wichtigem Instrument der Frühen Hilfen in Baden-Württemberg, die zur Konvergenz von Gefährdungsbeurteilung und Ressourcenanalyse geführt haben.

Ergebnis: Eine wachsende Sammlung an Unterstützungspfaden für besonders bedürftige Kinder

[1] Spezifisch, messbar, anspruchsvoll, relevant, terminiert

2.3.2 Jugendhilfe

Die Jugendhilfe (das Jugendamt und in dessen Auftrag die freien Träger der Jugendhilfe) bietet eine Vielzahl von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.

Zu nennen sind z.B. die Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII für Kinder, Jugendliche, junge Volljährige sowie deren Eltern oder andere Erziehungsberechtigte, aber auch die Möglichkeiten der Kindertagesbetreuung.

Dabei soll die Jugendhilfe zur Verwirklichung des Rechts auf Erziehung und Elternverantwortung

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
- Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
- dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (§ 1, 3 SGB VIII)

Dabei stehen die Hilfe und Unterstützung im Vordergrund.

Seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen kann eine Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII gewährt werden.

Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen, soweit möglich die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und Maßnahmen zum Schutz anzubieten oder zu ergreifen (s. u.a. § 8a SGB VIII).

Die Angebote und Maßnahmen betreffen alle Kinder und Jugendliche, auch solche mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten. Damit ergeben sich wichtige Anknüpfungspunkte zur Kinder- und Jugendmedizin.

Die Möglichkeiten der Sozial- und Jugendhilfeträger im Detail:

Arbeitsformen	Angebote	Hauptzielgruppen
Familienunterstützende Hilfen	Erziehungsberatung	Alle Altersgruppen
	Soz-päd. Familienhilfe	Fam. mit jüngeren Kindern
	Soz. Gruppenarbeit	Ältere Kinder/Jugendliche
	Erziehungsbeistände	Ältere Kinder/Jugendliche
Familienergänzende Hilfen	Gemeinsame Wohnformen für Väter/Mütter & Kinder	Alleinerziehende Eltern mit Kindern < 6 Jahre
	Tagesgruppen	Kinder bis 14 Jahre
	Soz.-päd. Tagespflege	Kinder im Vor-/Grundschulalter
Familienersetzende Hilfen	Vollpflege	v.a. jüngere Kinder
	Heimerziehung / sonstige Wohnformen	Kinder / Jugendliche / junge Volljährige
	Intensive soz.-päd. Einzelbetreuung	Jugendliche / Heranwachsende

Quelle: P. Borusiak

KJHG/SGB VIII - § 8a – Kinderschutz
KJHG/SGB VIII - § 17 – Trennungs- und Scheidungsberatung
KJHG/SGB VIII - § 18 – Personensorge / Umgangsrecht
KJHG/SGB VIII - § 28 – Erziehungsberatung
KJHG/SGB VIII - § 30 – Erziehungsbeistandschaft
KJHG/SGB VIII - § 31 – Sozialpädagogische Familienhilfe
KJHG/SGB VIII - § 32 – Erziehung in einer Tagesgruppe
KJHG/SGB VIII - § 33 – Vollzeitpflege
KJHG/SGB VIII - § 34 – Heimerziehung, betreute Wohnform
KJHG/SGB VIII - § 35 – Sozialpädagogische Einzelbetreuung
KJHG/SGB VIII - § 42 – Inobhutnahme

2.3.3 Pädagogik und Bildung

Da die übergeordnete Schulpolitik in die Kompetenz der Bundesländer fällt, gibt es Einschränkungen für eine bundesweit gültige Darstellung.
Die UN-Behindertenrechtskonvention, am 13.12.2006 beschlossen und am 03.05.2008 in Kraft getreten, beinhaltet als Leitgedanke die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft, die Inklusion. In § 24 wird die inklusive Bildung ausgeführt mit dem Ziel eines gemeinsamen Schulbesuchs von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung. An dieser übergeordneten Vorgabe orientieren sich die aktuellen pädagogischen Konzepte und tangieren ebenfalls die Kinder- und Jugendmedizin bei der Betreuung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sowie chronischen Krankheiten und Behinderungen auf der Grundlage eine spezifischen, differenzierten Diagnostik.

Über das Internet allgemein zugänglich, gibt es weitergehende Informationen z.B.:

- im Familienwegweiser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend z.B. in den Unterkapiteln: „chronisch kranke Kinder“ oder „Leben mit Behinderung“
- im Internetforum des Vereins Bildung und Gesundheit e.V. „Schule und Krankheit“ zur Verbesserung der Bildungs- und Teilhabechancen insbesondere von kranken, chronisch kranken, behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen.
- über das Kindernetzwerk
- über den zentralen Bildungsserver in Deutschland (bzw. die länderspezifischen regionalen Bildungsserver)
- Chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Auswirkungen auf den Schulalltag (Modul E, Landesbildungsserver Baden-Württemberg)

Dabei wird deutlich, dass in vielen Fällen ein notwendiges und abgestimmtes Miteinander der Pädagogik mit der Kinder- und Jugendmedizin erforderlich, hilfreich und zielführend ist. Die Realität zeigt dagegen immer wieder ein „nebeneinander her“ und ein Informationsdefizit betreffend den anderen Bereich. Für ein gemeinsam abgestimmtes Miteinander müsste dies noch differenzierter ausgeglichen werden.

Dadurch könnten sich zusätzliche Potentiale eröffnen im Sinne der gemeinsam betreuten Kinder und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, chronischen Erkrankungen und Behinderungen.

2.3.4 Wie funktioniert die Vernetzung der primärversorgenden Sozialpädiatrie im Sozialraum?

Vernetzung ist immer eine sinnvolle Arbeitsgrundlage. Besonders dringend wird die Sozialraumvernetzung dann, wenn die Träger von Kindertageseinrichtungen erforderliche Hilfen nicht mit eigenem Personal erbringen können. Diese Fachkräfte, zum Beispiel frei-tätige sozialpädagogische Fachkräfte oder Heilpädagogen, erhalten beispielweise Mittel der Eingliederungshilfe entweder vom Träger der Kindertageseinrichtung oder direkt vom Kostenträger. Möglich ist auch eine Kooperation von mehreren Kindertageseinrichtungen, die gemeinsam eine heilpädagogische Fachkraft anstellen und finanzieren, die dann in den Kindertageseinrichtungen zur Unterstützung der dortigen pädagogischen Fachkräfte bei der eigenverantwortlichen Förderung von Kindern mit Behinderung tätig ist. Dies kann gewisse arbeitsrechtliche und organisatorische Probleme mit sich bringen. Es stellt zudem eine Herausforderung für die Träger dar, auch außerhalb der Anwesenheit der Fachkraft im Rahmen der Eingliederungshilfe (z. B. durch Krankheit, Fortbildung oder überschrittenes Stundenkontingent) die Betreuung der Kinder zu gewährleisten. Der Rechtsanspruch für Kinder mit Behinderung beschränkt sich nicht nur auf die Anwesenheitszeit der Fachkraft im Rahmen der Eingliederungshilfe. Darüber hinaus ist der Träger verpflichtet, jederzeit die Aufsichtspflicht gegenüber diesem Kind und der gesamten Gruppe sicherzustellen. Empfehlenswert ist es daher, eine verbindliche Vereinbarung bezüglich der Abwesenheitszeiten der Fachkraft im Rahmen der Eingliederungshilfe und der Anwesenheit des Kindes mit Behinderung zu treffen.

Naturgemäß gibt es keine überall und ewig gültige Lösung für dieses Problem. Erforderlich ist die lokale bzw. regionale Abstimmung entsprechend den jeweiligen Erfordernissen und Möglichkeiten. Deshalb wird hier nur am Beispiel eines kleinen Landstädtchens illustriert, wie es gehen kann.

Fachkräfte der Gesundheitshilfe, der Kinder- und Jugendhilfe sowie aus Kindertages-einrichtungen (s. Schaubild) bilden den **Arbeitskreis „Entwicklung unterstützen“**, der sich in regelmäßigen Abständen seit 2006, hier: Jeden 1. Montag in jedem 3. Monat trifft.

Folgende Themen wurden in einer „Zukunftswerkstatt“ von den Teilnehmern bestimmt.

- Kontakt zu den anderen Berufsgruppen, wer ist wer?
- Information über die Arbeit der anderen Berufsgruppen, wer macht was?
- Entwicklung eines Wegweisers, wo gibt es was im Sozialraum?
- Begegnungsangebote für Familien schaffen
- Kontakt und Erfahrungsaustausch für Familien ermöglichen
- gemeinsame Fortbildung (z.B. „Gespräche mit Eltern“)

Für Fachkräfte und Ehrenamtliche, die mit Familien und ihren Kindern arbeiten, organisiert der Arbeitskreis Fortbildung und Praxisbegleitung. Inhalte der Fortbildungsangebote richten sich nach dem Bedarf o.g. Berufsgruppen.

Der Arbeitskreis „Entwicklung unterstützen“ in Sinsheim überschneidet sich mit dem Verbund-Team „Hand in Hand“ des Rhein-Neckar-Kreises bzgl. der Berufsgruppen (Kinderärzte, Hebammen, Eltern-Säuglings-Beratung, ASD). „Hand in Hand“ gehört zu den „Frühen Hilfen“, setzt im Sinne eines Präventionssystems bereits in der Schwangerschaft an und hat zum Ziel, über Screening-Verfahren Risikofamilien frühzeitig wahrzunehmen und ihnen entsprechende frühe Hilfen anzubieten.

Von beiden Gremien benannte Fachkräfte sollen an beiden Arbeitskreis-Sitzungen teilnehmen, um eine gute Abstimmung zu ermöglichen. Die „Schnittstellen“ zwischen den Gremien sind in Entwicklung, so dass hier durch eine definierte Gestaltung von Informationsflüssen Synergieeffekte entstehen können.

Angesprochen sind alle am Erziehungsprozeß Beteiligten:

- Familien mit Kindern im Alter von 0-6 Jahren
- Hebammen, Mitarbeiter der Entbindungsstation
- Kinderärzte und alle therapeutischen Fachkräfte, die mit Kindern von 0-6 Jahren arbeiten
- Kinderbetreuungseinrichtungen (Krippen, Kindergärten, Tagespflege)
- Kooperationslehrer der Grundschulen
- Sonderpädagogische Beratungsstellen, Psychologische Beratungsstelle
- Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle
- Einrichtungen der Familienbildung (Eltern-Kind-Gruppen, Elternkurse)
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (ASD, SPFH...)
- Kirchengemeinden (Träger von Kindertagesstätten, Eltern-Kind-Gruppen)

Der Ansatz

- Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und Hilfebedarf von Familien
- Frühe Hilfen für Eltern und Kinder von Geburt bis zum Übergang in die Schule
- Kompetenzerweiterung von Eltern und aller am Erziehungsprozeß Beteiligten

Das Ziel

- seelische und körperliche Gesundheit für alle Kinder
- verbesserte Bildungschancen für alle Kinder
- Weiterentwicklung entwicklungsunterstützender Strukturen

Zusammenfassung Kapitel 2.3.

Soziale Hilfen sind sinnvoll, wenn Behinderung droht oder eingetreten ist. Behinderungen können unterschiedliche Ursachen haben. Sie können von Geburt an bestehen, durch einen Unfall oder eine Krankheit eingetreten sein. Menschen haben nach dem Gesetz eine Behinderung, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Kinder- und Jugendärzte können den Einsatz sozialer Hilfen fördern, wenn sie sich im eigenen Sozialraum gut auskennen und zweckgerichtet mit den anderen Akteuren zusammenwirken und handeln.

2.4 Heilpädagogik

2.4.1 Kernauftrag der Heilpädagogik

- Heilpädagogik wird als ganzheitliche Pädagogik bei drohenden/manifesten Behinderungen, Entwicklungsstörungen und sozialen Benachteiligungen gesehen. Sie dient der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes unter Beachtung bindungstheoretischer und entwicklungspsychologischer Kenntnisse. Der gesamte familiäre/ psychosoziale Hintergrund und die Ressourcen werden beachtet.
- Aufgabe der Heilpädagogik ist, Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen im körperlichen, geistigen, sprachlichen und sozial-emotionalen Bereich und deren Umfeld durch den Einsatz entsprechender Angebote zu unterstützen. Hauptziel ist die Gewährleistung und Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen des Kindes und Jugendlichen sowie der Familie. Bei einer Indikation zu einer heilpädagogischen Behandlung darf diese nicht durch medizinische Therapien ersetzt werden (Heilmittel- Richtlinie).
- Die zentralen Aspekte heilpädagogischer Arbeit setzen sich aus spezifischer Diagnostik, Förderung/Therapie und Beratung zusammen. Die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung zum Kind/Jugendlichen und seiner Familie ist die wesentliche Grundlage der Wirksamkeit einer heilpädagogischen Behandlung.

2.4.2 Heilpädagogische Diagnostik

Bei der heilpädagogischen Anamnese wird besonderen Wert auf das familiäre Beziehungs-gefüge, die Ressourcen von Kind und Familie, Anliegen, Belastungen und bisherige Lösungs-versuche gelegt. Neben der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und dem Einsatz standardisierter und/oder projektiver Testverfahren ist die Spiel- und Verhaltensbeobachtung in dem natürlichen sozialen Umfeld des Kindes (Familie, Kindergarten, Schule) wesentliches Element des diagnostischen Prozesses. Bezugspersonen werden intensiv in den Prozess der Planung der Behandlung einbezogen.

2.4.3 Heilpädagogische Behandlung

In der heilpädagogischen Behandlung ist das kindliche Spiel zentrales Medium. Es wird verstanden als Ausdrucksform, Sprache und Übungsfeld des Kindes. Abhängig von den Bedürfnissen des Kindes und der Zielsetzung der Behandlung variiert der Grad der Strukturierung durch den Heilpädagogen.
Bei Entwicklungsstörungen werden durch gezieltes Vorgehen Entwicklung, Handlungs-kompetenzen und Selbstständigkeit des Kindes gefördert. Ziel ist eine verbesserte Bewältigung des Alltags unter Berücksichtigung des vorhandenen Entwicklungspotentials.

Bei emotionalen, Verhaltens- sowie Bindungsstörungen steht das Erfahren einer stabilen Beziehung im geschützten Raum im Vordergrund.

Bewältigungsstrategien und alternative Verhaltensweisen werden entwickelt, die emotionale Befindlichkeit stabilisiert und Resilienzfaktoren gestärkt. Ziel ist u.a. die Erweiterung sozialer Kompetenzen, die Förderung der Selbstregulation sowie der Frustrationstoleranz in Konfliktsituationen.

Der Einbezug der Bezugspersonen hat in der heilpädagogischen Arbeit einen hohen Stellenwert. Schwerpunkte in der heilpädagogischen Arbeit sind Sensibilisierung der Eltern für die kindlichen Bedürfnisse, Beratung und Anleitung im Umgang mit problematischem Verhalten, Stärkung der elterlichen Kompetenzen („Hilfe zur Selbsthilfe“) und die Unterstützung positiver Interaktionsprozesse. Auch die Krisenbegleitung bei Trauerprozessen bezüglich kindlicher Behinderungen sowie damit verbundenen familiären Problematiken (z. B. Geschwisterkinder) sind wichtiger Bestandteil der heilpädagogischen Elternarbeit.

2.4.4 Arbeit mit dem sozialen Umfeld

Für eine erfolgreiche heilpädagogische Arbeit ist die Einbeziehung weiterer sozialer Systeme wie Krippen, Kindertagesstätten, Schulen, Tagesmütter, Betreuungspersonen, Gesundheits-, Jugend-, Sozialamt, andere Hilfssysteme (Familienbildungsstätten, Familienentlastender Dienst, etc.) erforderlich.

2.5 Selbsthilfe- Dachverband Kindernetzwerk e.V.

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten ist das Kindernetzwerk als der weithin anerkannte Dachverband der pädiatrischen Eltern-Selbsthilfe in Deutschland eine wichtige Anlaufstelle für Betroffene, aber zwischenzeitlich auch für Ärzte und Institutionen aus Medizin, Pädagogik und Psychologie. Die ursprünglich zur Elterinformation aufgebaute Datenbank wird von zahlreichen Ärzten und medizinischen Institutionen zur Information insbesondere bei seltenen Krankheiten genutzt. Dies betrifft einerseits die eigene Information, aber auch die Hilfe zur Vermittlung von Kontakten.

Seit 1992 wurden vom Kindernetzwerk nach und nach Datenbanken sowie Informations- und Lotsensysteme zu mittlerweile über 2.000 Erkrankungen oder Behinderungen auf- und ausgebaut. Dabei handelt es sich um weiterführende Adressen aus der gesundheitsbezogenen (Eltern)-Selbsthilfe, um Elternadressen, um zielgerichtete Hinweise auf weiterführende Web-Portale bis hin zu patientenverständlichen Informationen (Krankheits-Übersichten) oder den ausführlicheren und fachlicheren Erstinformationen. Im Jahr 2017 wurde zudem eine Zentrums-Spezialisten-Datenbank aufgebaut, über die Eltern erfahren können, in welchen Einrichtungen überdurchschnittliche Erfahrungen zu bestimmten Erkrankungen vorliegen. Je seltener eine Erkrankung oder Entwicklungsstörung ist, desto wichtiger sind solche Hinweise auf spezialisierte Einrichtungen für die betroffenen Familien, die sie am besten in Abstimmung mit ihrem Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen können. Zur Verfügung stehen kurze und kompakte Krankheitsübersichten zu rund 250 Erkrankungen und Teilleistungsstörungen. Etwas ausführlichere Informationen bieten die Infomappen, die bei jeder Anfrage neu zusammengestellt und immer wieder aktualisiert werden.

Flankiert und qualifiziert werden alle diese Adressen und Informationen vom pädiatrischen Beraterkreis im Kindernetzwerk, dem 10 renommierte Pädiater aus Praxen, Kliniken und Universitäten vorwiegend aus dem Rhein-Main-Gebiet angehören.

3.0 Sozialpädiatrische Behandlung (IVAN II) als Konsequenz der Sozialpädiatrischen Stufendiagnostik (IVAN I)

Das Konzept der dreistufigen Diagnostik (IVAN I) kann auf die abzuleitenden Maßnahmen und Therapien nicht übertragen werden. Dies resultiert u. a. daraus, dass aus einem Screening alleine keine therapeutischen Maßnahmen abgeleitet werden können. Nach erfolgter diagnostischer Zuordnung können Interventionen sowohl durch die vertragsärztliche Praxis (sozialpädiatrische Grundversorgung) als auch im sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) eingeleitet werden. Mit zunehmender Komplexität der erforderlichen Interventionen sollte die weitere Koordination einem SPZ zugeordnet werden. Hierbei kann das SPZ die Durchführung der spezifischen Maßnahmen sowohl selbst übernehmen als auch delegieren.

Die Sozialpädiatrische Behandlung erfolgt immer in 3 Schritten, sowohl in der Grundversorgung als auch in der gehobenen Versorgung (Abb. 3.1, Abb 3.2, Abb.3.3):

Schritt 1: Diagnostik und Handlungsplanung (blau+gelb) (Kapitel 3.1.1 und 3.2.1)
Schritt 2: Interventionen (grün) (Kapitel 3.1.2 und 3.2.2)
Schritt 3: Evaluation (orange) (Kapitel 3.1.3 und 3.2.3)

Sozialpädiatrische Behandlung in der sozialpädiatrischen Grundversorgung (Kapitel 3.1)

hat in der Regel Stufe 2 des IVAN I Papieres zur Diagnostik als Basis.

Sozialpädiatrische Behandlung in der gehobenen Versorgungsstufe (SPZ) (Kapitel 3.2)

hat in der Regel die Stufe 2 und/ oder Stufe 3 des IVAN 1 Papieres zur Diagnostik als Basis.

IVAN I Diagnostik	Stufe 1 Screening	⇨	Stufe 2 Basisdiagnostik	⇔	Stufe 3 MBS Diagnostik
⇩			⇩		⇩
IVAN II Behandlung					
Schritt 1			Handlungsplanung	⇔	Handlungsplanung
			⇩		⇩
Schritt 2			Intervention eher basal	⇔	Intervention eher komplex
			⇩		⇩
Schritt 3			Evaluation	⇔	Evaluation
			⇩		⇩
			Behandlungsende?		Behandlungsende?

Abb 3.1 Die Vorgehensweise vom Diagnostikergebnis (Stufe 1 bis 3) aus IVAN 1 zur Behandlung über die 3 Schritte Handlungsplanung, Interventionen und Evaluation.

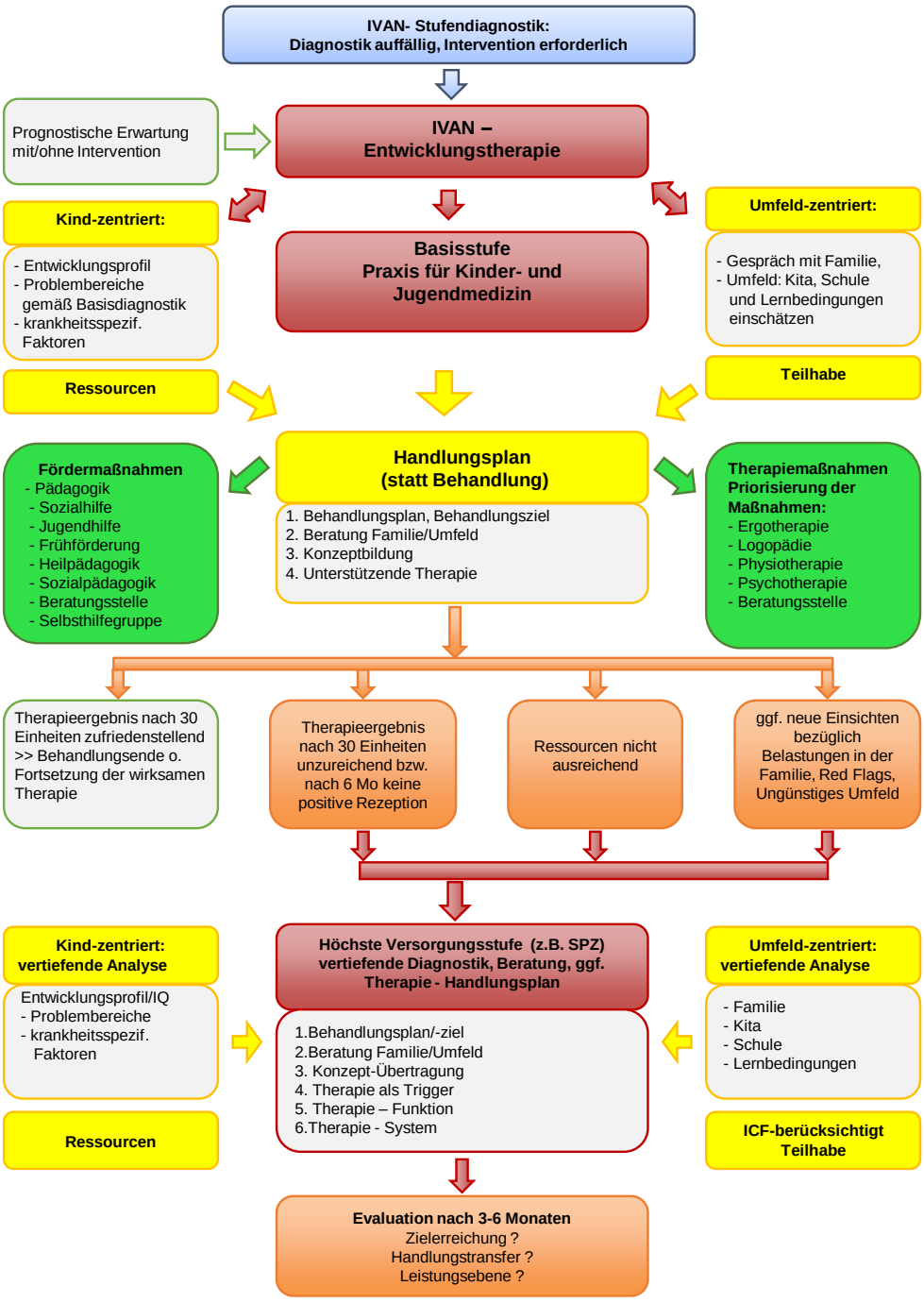
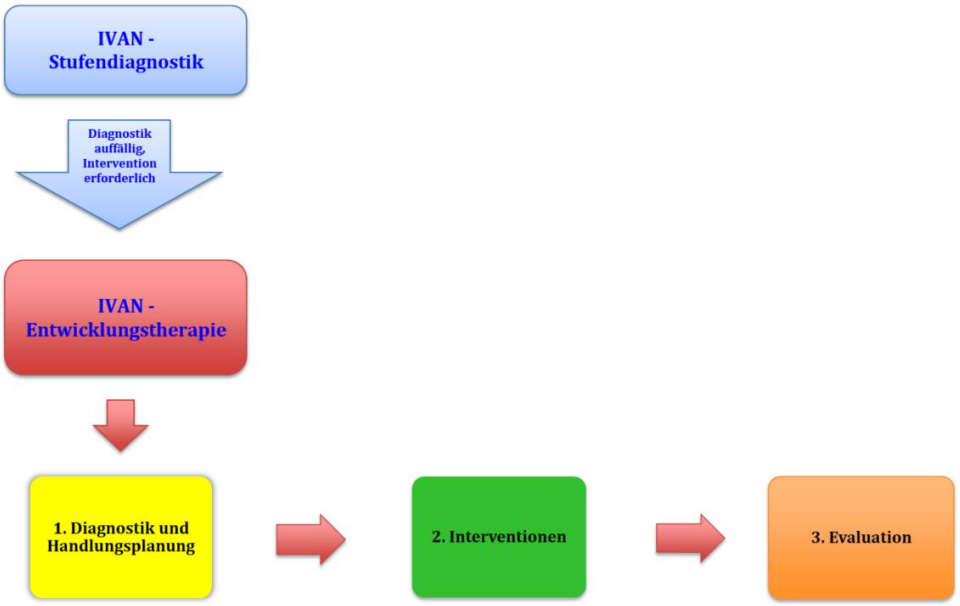
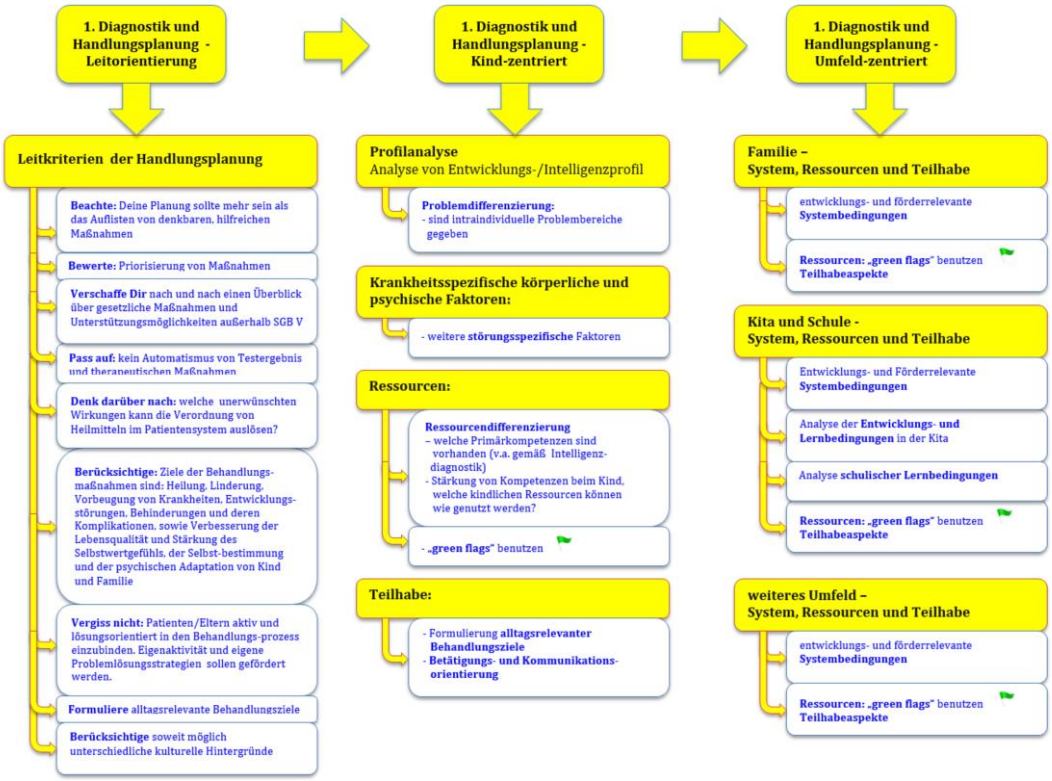
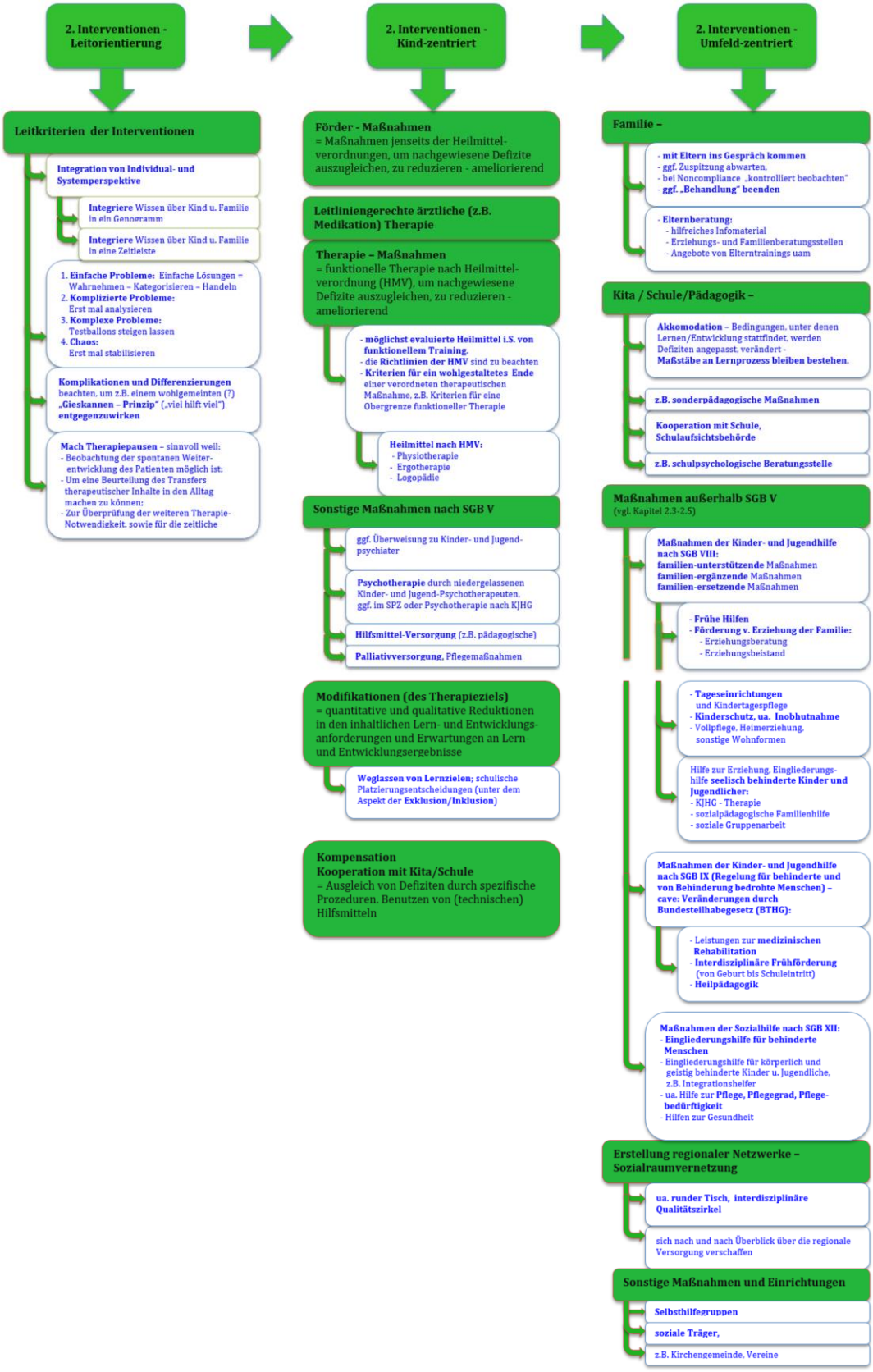


Abb.: 3.2 Der Workflow vom sozialpädiatrischen Diagnostikergebnis zur sozialpädiatrischen Behandlung in Zusammenwirkung von Grundversorgung und SPZ

Differenzierte Darstellung:






2. Interventionen - Leitorientierung
Leitkriterien der Interventionen
Integration von Individual- und Systemperspektive
Integriere Wissen über Kind u. Familie in ein Genogramm
Integriere Wissen über Kind u. Familie in eine Zeitleiste
1. Einfache Probleme: Einfache Lösungen = Wahrnehmen – Kategorisieren – Handeln
2. Komplizierte Probleme: Erst mal analysieren
3. Komplexe Probleme: Testballons steigen lassen
4. Chaos: Erst mal stabilisieren
Komplikationen und Differenzierungen beachten, um z.B. einem wohlgemeinten (?) „Gieskannen – Prinzip" („viel hilft viel") entgegenzuwirken
Mach Therapiepausen – sinnvoll weil:
- Beobachtung der spontanen Weiterentwicklung des Patienten möglich ist:
- Um eine Beurteilung des Transfers therapeutischer Inhalte in den Alltag machen zu können:
- Zur Überprüfung der weiteren Therapie-Notwendigkeit, sowie für die zeitliche
2. Interventionen - Kind-zentriert
Förder - Maßnahmen
= Maßnahmen jenseits der Heilmittelverordnungen, um nachgewiesene Defizite auszugleichen, zu reduzieren - ameliorierend
Leitliniengerechte ärztliche (z.B. Medikation) Therapie
Therapie – Maßnahmen
= funktionelle Therapie nach Heilmittelverordnung (HMV), um nachgewiesene Defizite auszugleichen, zu reduzieren - ameliorierend
- möglichst evaluierte Heilmittel i.S. von funktionellem Training,
- die Richtlinien der HMV sind zu beachten
- Kriterien für ein wohlgestaltetes Ende einer verordneten therapeutischen Maßnahme, z.B. Kriterien für eine Obergrenze funktioneller Therapie
Heilmittel nach HMV:
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
Sonstige Maßnahmen nach SGB V
ggf. Überweisung zu Kinder- und Jugendpsychiater
Psychotherapie durch niedergelassenen Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten, ggf. im SPZ oder Psychotherapie nach KJHG
Hilfsmittel-Versorgung (z.B. pädagogische)
Palliativversorgung, Pflegemaßnahmen
Modifikationen (des Therapieziels)
= quantitative und qualitative Reduktionen in den inhaltlichen Lern- und Entwicklungsanforderungen und Erwartungen an Lern- und Entwicklungsergebnisse
Weglassen von Lernzielen; schulische Platzierungsentscheidungen (unter dem Aspekt der Exklusion/Inklusion)
Kompensation
Kooperation mit Kita/Schule
= Ausgleich von Defiziten durch spezifische Prozeduren. Benutzen von (technischen) Hilfsmitteln
2. Interventionen - Umfeld-zentriert
Familie –
- mit Eltern ins Gespräch kommen
- ggf. Zuspitzung abwarten,
- bei Noncompliance „kontrolliert beobachten"
- ggf. „Behandlung" beenden
- Elternberatung:
- hilfreiches Infomaterial
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen
- Angebote von Elterntrainings uam
Kita / Schule/Pädagogik –
Akkomodation – Bedingungen, unter denen Lernen/Entwicklung stattfindet, werden Defiziten angepasst, verändert - Maßstäbe an Lernprozess bleiben bestehen.
z.B. sonderpädagogische Maßnahmen
Kooperation mit Schule, Schulaufsichtsbehörde
z.B. schulpsychologische Beratungsstelle
Maßnahmen außerhalb SGB V
(vgl. Kapitel 2.3-2.5)
Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII:
familien-unterstützende Maßnahmen
familien-ergänzende Maßnahmen
familien-ersetzende Maßnahmen
- Frühe Hilfen
- Förderung v. Erziehung der Familie:
- Erziehungsberatung
- Erziehungsbeistand
- Tageseinrichtungen und Kindertagespflege
- Kinderschutz, ua. Inobhutnahme
- Vollpflege, Heimerziehung, sonstige Wohnformen
Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe seelisch behinderte Kinder und Jugendlicher:
- KJHG - Therapie
- sozialpädagogische Familienhilfe
- soziale Gruppenarbeit
Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB IX (Regelung für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen) – cave: Veränderungen durch Bundesteilhabegesetz (BTHG):
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Interdisziplinäre Frühförderung (von Geburt bis Schuleintritt)
- Heilpädagogik
Maßnahmen der Sozialhilfe nach SGB XII:
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
- Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Kinder u. Jugendliche, z.B. Integrationshelfer
- ua. Hilfe zur Pflege, Pflegegrad, Pflegebedürftigkeit
- Hilfen zur Gesundheit
Erstellung regionaler Netzwerke – Sozialraumvernetzung
ua. runder Tisch, interdisziplinäre Qualitätszirkel
sich nach und nach Überblick über die regionale Versorgung verschaffen
Sonstige Maßnahmen und Einrichtungen
Selbsthilfegruppen
soziale Träger,
z.B. Kirchengemeinde, Vereine

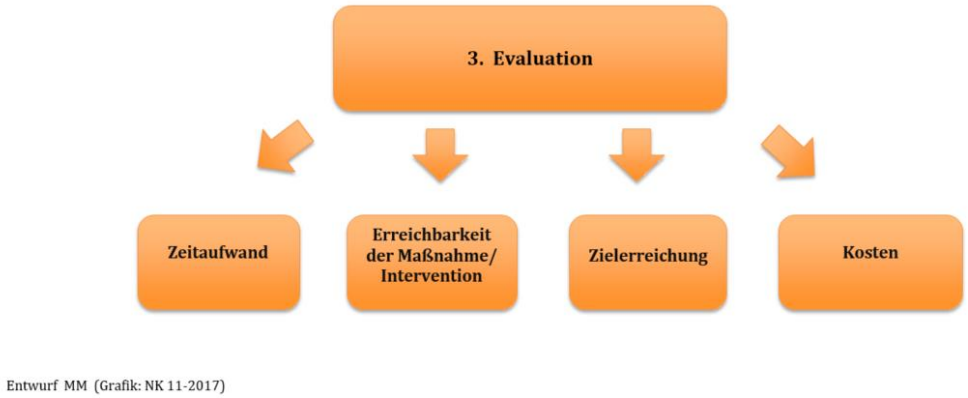


Abb.: 3.3 Differenzierte Darstellung der Vorgehensweise vom sozialpädiatrischen Diagnostikergebnis zur sozialpädiatrischen Behandlung

3.1. Sozialpädiatrische Behandlung (Grundversorgung) in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

3.1.1 Diagnostik und Handlungsplanung

Ziel ist die Erstellung eines Handlungsplanes. Der alleinige Begriff der „Therapie“ bzw. „Behandlung“ ist zu vermeiden, um zu verdeutlichen, dass nicht alleine und ausschließlich medizinische oder sonstige Maßnahmen im Bereich der Sozialpädiatrischen Behandlung nach IVAN-II berücksichtigt werden. Die Handlungsplanung als übergeordnetes Ziel besteht aus den Teil-Komponenten (Abb. 3.2, Abb. 3.3):

- Handlungsplan, Handlungsziel (Fördermaßnahmen/Therapiemaßnahmen)
- Beratung Familie/Umfeld
- Konzeptbildung
- Unterstützende funktionelle Therapie mittels Heilmittelverordnung

Voraussetzungen zur Erstellung des Handlungsplanes sind:

- Zentrierte Vorgehensweise: durch eine Analyse des Entwicklungs- und Intelligenzstandes sind intraindividuelle Problembereiche zu definieren. In der Schritt 1 geschieht dies auf den Erkenntnissen der Basisdiagnostik (IVAN I- Stufe 1).
- Ressourcen: Die Ressourcen müssen differenziert werden. Welche Primärkompetenzen sind beim Kind vorhanden? Welche Leistungen und Förder-Maßnahmen ist das Umfeld des Kindes in der Lage mitzutragen?
- Umfeld-Zentrierung: Die Möglichkeiten, die Kompetenzen und Grenzen der Familie, aber auch des Umfeldes wie Kita und Schule müssen zusammen mit den Leistungs- und Lernbedingungen des Kindes oder Jugendlichen in die therapeutische/ handlungsplanerische Entscheidung mit einbezogen werden. Kompetenzen beim Kind müssen gestärkt werden, Defizite sollten nicht ausschließlich im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

- Teilhabe- Orientierung: Ziel muss die Integration des Kindes in seiner Umwelt in Form einer Betätigungs- und Kommunikationsorientierung sein. Die Behandlungsziele müssen alltagsrelevant sein und nicht auf therapie-theoretischen idealen Grundprinzipien beruhen.

Damit wird insgesamt ersichtlich, dass nicht alleine eine Heilmittelverordnung oder Funktionstherapie das Problem lösen kann. Notwendig ist stattdessen eine komplexe Sichtweise der Entwicklungsproblematik des Kindes mit den entsprechend daraus resultierenden Konsequenzen.

3.1.2 Interventionen (Abb 3.4)

Der Handlungsplan muss definieren, ob funktionelle Therapiemaßnahmen oder Fördermaßnahmen im Mittelpunkt stehen, bzw. in welcher Kombination diese durchgeführt werden.

Fördermaßnahmen sind:

- pädagogische, heilpädagogische oder sozialpädagogische Maßnahmen; Maßnahmen der Sozial- und Jugendhilfe,
- Frühförderung,
- Angebote von Beratungsstellen sowie
- Möglichkeiten der (organisierten) Selbsthilfe.

Therapiemaßnahmen sind:

- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Psychotherapie des Kindes unter Einbezug der Eltern resp. Bezugspersonen

Diagnostik und Therapie in der sozialpädiatrischen Stufenbehandlung

Ergebnis IVAN-I sozialpädiatrische Diagnostik

↓

Auffällige Ergebnisse/ Befunde

↓

Prüfung der Indikation von Maßnahmen
Erstellung eines Handlungsplanes unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabe

Maßnahme - Beratung - Intervention / Diagnostik-Ergebnis: Auffälliger Befund	Patient - Familie - Umfeld	Pädagogik: KiTa, KiGa, Vorschule, Schule	Pädagogik: Sonderpädagogik-Inklusion	Pädagogik: Heil- / Sozialpädagogik	Pädagogik: Förderung im Umfeld[1]	Medizin/Fachärztliche Behandlung	Psychologie Psychotherapie	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie	Komplexleistung: Frühförderung	Komplexleistung: SPZ	Komplexleistung: KJPP	Spezialärztliche Versorgung[2]	Selbsthilfe(gruppen)	Jugendhilfe	Sozialhilfe	Sozialrechtliche Beratung[3]	Hilfsmittel	Netzwerkbildung essentiell
MBS - EKPSA																				
Entwicklung und Intelligenz																				
Unterdurchschnittliche Intell. 84-70	+++	+++	+++	+++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	+	+	+	+		+
Leichte Intell.-Minderung 69-50	+++	+++	++	++	++	++	++	++	++	+	++	+	+	+	+	++	++	++	+	+
Mittelgradige Intell.-Minderung 49-35	+++	+++	+	+	+	++	++	+	+	++	++	++	+	+	++	+	+++	++	++	+
Schwere/ste Int.-Mind. < 35/<20	+++	+++	+	+	+	++	++	+	+	++	+	++	+	+	++	+	+++	++	+++	+
Umschriebene Entwicklungsstörung	+++	++	++	++	++	++	+++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	+			+
UES Motorik	+++	++	++	++	++	++	+++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	+			+
UES Sprache	+++	++	++	++	++	++	+++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	+			+
Kombinierte UE-Störungen	+++	++	++	++	++	++	+++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	+			+
UES Schulische Fertigkeiten	+++	++	++	++	++	++	+++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	+			+
Körperlich-Neurologischer Befund																				
Chron. Somatische Erkrankung	+		+	+		+++	+	+	+	+	+	++		++	+			+	++	
Chron. Neurologische Erkrankung	+		+	+		+++		++	++	++	+	++		++	+			+	++	
Chron. Sinnesstörung: Augen/Ohren	+		+	+		+++		+++	+++	+	+	++		++	+		+	++	++	
Genetischer Befund/Ätiologie	+++	+	+	+	+	+++	+	+	+	+	+	+++	+	++	+	+	++	++	+	
Stoffwechsel-Befund	+++	+	+	+	+	+++		+	+	+	+	+++	+	++	+	+	++	++	+	
Psychischer Befund und Verhalten:																				
ADHS/ADS	+++	++	+	+++	++	+++	+++	+			++	+++	++		++	++	++	+		++
Störung Sozialverhalten	+++	++	+	+++	+++	++	+++				++	+++	++		+	++	+	+		++
Emotionale Störungen	++	++	+	+	++	++	+++				+	++	+++		+	++	+	+		++
Autismus-Spektrumstörung	+++	++	++	+	++	++	+++				+	++	+++		++	+	+	+		++
andere psych. u. Verh.-Störungen	++	++	+	+	++	++	+++				++	++	++		+	++	++	+		++
Soziale Begleitumstände und Umweltfaktoren ("Kontext"):																				
Kontext noch ausreichend	+++	+	+	+	+++	++	+				+++	++	+		+	++	+	+		++
Kont. überfordert, einzelne redflags	+++	+	+	+	+++	++	+				+++	++	+		+	++	+	+		++
stark überfordert, dringend Unterstüt.	+++	+	+	+	+++	++	+				+++	++	+		+	+++	+	+		+++
Kindeswohl-Gefährdung	+++	+	+	+	+	+++	++				+	+	++		+	+++	+	+		+++
Auffällige Ergebnisse von Testverfahren:																				
MFED + ET 6 6 - Gesamt	+++	+	+++	+	+++	+++	++	+	+	+	+++	+++	+	+	++	+	+	++	+	
Grobmotorik (LA/KA/SA)	+					+++		+		+++									+	
Feinmotorik (GA)	+					++		+++		+									+	
Kognition/Perzeption	+++	+	++	++	++	+++	++	++			+	+								
Sprache aktiv/expressiv	+		+++	++	++	+	+	+	+++	+	+	+							+	
Sprache passiv/rezeptiv	+		+++	++	++	+	+	+	+++		+	+							+	
Sozial- emotional	+++	++	++	++	++	+	+++				+	+	+		+	++	++			++
Interaktion- Selbständigkeit	+++	++	++	++	++	+	+++				+	+	+		+	++	++			++
FRAKIS-K	+	++	++	++	+	+														
SET-K SEB3KT	+	++	++	++	+	+			++											
BUEVA III - Gesamt	+++	+	+++	++	+	+++	++	+	+	+	++	++	+	++	+	+	+	+	+	
Nonverbale Intelligenz	++	+++	++		+	+++		+++			+	++			+					
Verbale Intelligenz	++	+++	++		+	+++			+++		+	++			+					+
Körperkoordination	+	+				+				+++									+	
Visuomotorik	+	+				+			++	+									+	
Arbeitsgedächtnis	++	++	+	++	+	+++		+			++	++	+		+	+	+			
Zahlen- /Mengenverständnis	++	++	+		+	++		++			++	++			+					
Rezeptive Sprache	++	+			+	++			++		++	++							+	+
Expressive Sprache	++	+			+	++			++		++	++			+				+	++
Artikulation	+					+			+											
Phonologische Bewusstheit	+	+				++			+		++	++								
Aufmerksamkeit / Tempo / Gesamt	++	++	+	++	+	+++	+++	+				++	+		+	+	+			++
HASE	+	++	++	++	+	+			++											
FBB-ADHS-V	+++	+	+	+	+	+++	+++					++	++	++	+	++	++			+++
BUEGA - Gesamt	+++	+	++	++	+	+++	++	+	+	+		+++	+	++	+	++	++	+	+	
Verbale Intelligenz	+	+	+			+++			+			++	+	+		+				+
Nonverbale Intelligenz	+	+	+	+		+++		++		+		++		+		+			+	+
Expressive Sprache	+	++			+	++			++			++				+				++
Lesen	++	++		++		+	++	+				+	+	+	+	++	++	+	+	+
Rechtschreibung	++	++		++		+	++	+				+	+	+	+	++	++	+	+	+
Rechnen	+	++		++		+	++	+				+	+	+	+	++	++		+	+
Aufmerksamkeit	++	++				+++	++	+				+++	+++	+	+	++	++	+		++

[1] z.B. Verein, Musik, Kunst, Gruppe [2] z.B. Kliniken, Ärzte, Zentren [3] z. B. Schwerbeh.-Ausweis, Pflege-Vers.

+++ soll in Betracht gezogen werden
++ sollte in Betracht gezogen werden
+ kann in Betracht kommen

Abb. 3.4. Die diagnostischen Ergebnisse werden auf der Y-Achse dargestellt. Im oberen Teil der Tabelle sind die Diagnosen unter dem Aspekt der EKPSA-Diagnostik des MBS-Systems aufgeführt. Im nachgeordneten unteren Teil werden die Ergebnisse von Testverfahren entsprechend dem IVAN I-Papiers dargestellt.

Auf der X-Achse werden mögliche Interventionen aufgelistet. Die Tabelle kann bei der Entscheidungsfindung für die einzuleitenden Maßnahmen hilfreich sein. Sie ersetzt nicht die Analyse des Diagnostikergebnisses und kann nicht als Automatismus verstanden werden.
Die Vorgehensweise muss in jedem Einzelfall patientenbezogen analysiert und hinterfragt werden. In keinem Fall sind alle Maßnahmen für alle Patienten einer Diagnose- bzw. Befundgruppe indiziert. Darüber hinaus können im Einzellfall nicht markierte Maßnahmen durchaus indiziert sein, die aufgeführten Markierungen stellen orientierende empfehlungen dar. Der Handlungsplan muss immer individuell und personenbezogen mit Hilfe der Tabelle abgeleitet werden. Wichtig ist dabei, dass stets alle Ebenen der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik berücksichtigt werden. Es ist zu vermeiden, dass auf eine komplexe Problematik eindimensionale Behandlungsantworten gegeben werden. In keinem Fall ist die Tabelle so zu verstehen, dass hieraus Vorschriften oder verbindliche Vorgaben abzuleiten sind. Dies würde dem hohen Anspruch komplexer sozialpädiatrischer Behandlung nicht gerecht werden.

Die Markierung mit + bis +++ hat folgend Bedeutung:

+++ soll in Betracht gezogen werden
++ sollte in Betracht gezogen werden
+ kann in Betracht kommen

3.1.3 Evaluation und weiteres Vorgehen

Die sozialpädiatrische **Behandlung in der Grundversorgung** wird gesteuert durch die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin. Alle eingeleiteten Maßnahmen sollen nach 6 Monaten im Rahmen einer Evaluation überprüft werden. Wenn das Ergebnis positiv ist, aber weiterer Handlungsbedarf besteht, ist eine Weiterführung der Maßnahme für die nächsten 6 Monate sinnvoll. Bei funktionellen therapeutischen Maßnahmen wird in der Regel eine Beendigung nach 30 Einheiten angestrebt.

Wenn im Behandlungsergebnis nach 6 Monaten

- nach 30 Einheiten funktioneller Therapie keine ausreichenden Effekte erreicht sind,
- bei anderen Interventionen keine positiven Entwicklungen zu verzeichnen sind,
- die Ressourcen nicht ausreichen,
- ggf. neue Einsichten bezüglich Belastungen in der Familie, Red Flags oder ein ungünstiges Umfeld verzeichnet werden,

muss eine Diagnostik und weitere Handlungsplanung in der höheren Versorgungsstufe eingeleitet werden (in IVAN I = Stufe 3)

3.2. Sozialpädiatrische Behandlung in der gehobenen Versorgungsstufe

3.2.1 Diagnostik und Handlungsplanung

Hier ist zunächst eine vertiefende Diagnostik in Form einer mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik durchzuführen. Die kindzentrierte Diagnostik, die Ressourcenanalyse, die umfeldzentrierte Analyse unter Einbezug der Teilhabe-Kriterien sind im Rahmen des Einsatzes einer mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie erforderlich.

3.2.2 Interventionen

Aus der Diagnostik entwickelt sich der Handlungsplan unter folgenden Aspekten:

1. Ziel von Patient und Eltern
2. Beratung Familie/Umfeld
3. Konzept- Übertragung mit dem Patienten und seinem Umfeld
4. Koordination

3.2.3 Evaluation und weiteres Vorgehen

Die Evaluation richtet sich nach denselbern Kriterien wie in der sozialpädiatrischen Grundversorgung, muss aber die Komplexität und die sich hieraus ableitende Spezifität der Maßnahmen für jeden Einzelfall berücksichtigen. Geprüft werden müssen auch Zeitaufwand, Erreichbarkeit der Zielsetzung durch die Intervention, Grad der Zielerreichung und die Kosten.

3.3 Zusammenfassung

Die Sozialpädiatrische Behandlung (IVAN II) orientiert sich am Stufenkonzept (Stufe 1 bis 3) der Sozialpädiatrischen Diagnostik (IVAN I). Grundsatz bei allen Entscheidungsfindungen ist der Einbezug der Eltern sowie –soweit bezogen auf Alter und Entwicklungsstand möglich- des Patienten.

Einfache Probleme sollen dabei zunächst auch einfachen Lösungsansätzen zugeführt werden. Komplizierte und komplexe Probleme hingegen sollen nach einer differenzierten Analyse entsprechend differenziert angegangen werden. Verlassen werden muss die Ideologie des Gießkannen-Prinzips („viel hilft viel“). Intervalltherapie und Therapiepausen sind adäquate Mittel in der Gestaltung des Vorgehens. Zu beachten ist bei allen eingeleiteten Maßnahmen, dass diese auch negative Begleiterscheinungen, insbesondere durch eine Überlastung des Kindes und des Umfeldes nach sich ziehen können.

Fußnote 1:
* Die Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) als die medizinische-wissenschaftliche Fachgesellschaft des Schwerpunktfaches Neuropädiatrie (Synonyma: Kinderneurologie, Neurologie der Kinder und Jugendlichen, (hier) mit Entwicklungsneurologie und Entwicklungsneurowissenschaften u.a.) ist an der Entstehung von IVAN 2 nicht beteiligt gewesen; in dem für die Zukunft avisierten

Prozess der Weiterentwicklung der Betaversion IVAN 2 sagt die GNP gerne zu, ihre Fachkompetenz und aktive Mitarbeit einzubringen.

Fußnote 2:
IVAN 2 ist vom Titel und der Entstehung her ein Papier der Sozialpädiatrie und (noch) nicht der Pädiatrie als Ganzem. Es ist partiell verbändeübergreifend entstanden - beteiligt waren bislang: DGSPJ, BVKJ, DGAAP. Primär nicht beteiligt waren die pädiatrischen Subdisziplinen und die pädiatrischen Querfächer, auch nicht unsere Gesellschaft, die DGPPS. Für eine Weiterentwicklung und Gültigkeit für die Pädiatrie als Ganzem ist ein umfassender Ansatz mit aktiver Mitarbeit der pädiatrischen Gesellschaften und Arbeitsgemeinschaften mit all ihren Berufsgruppen notwendig. Im Blickpunkt sind vor allem auch ein gemeinsames Konzept für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und Erkrankungen aus dem Bereich der pädiatrischen Psychosomatik.
Neue Entwicklungen und Sichtweisen sollten strukturiert mit einbezogen werden.
Wir sehen die Beta-Version von IVAN 2 als Papier der Sozialpädiatrie und sind bereit an einer gemeinsamen pädiatrischen Weiterentwicklung mitzuarbeiten. Die sich hier bietende Chance für die Pädiatrie sollten wir nutzen.

Kapitel 4: Anhang

4.1. Erstellung eines Ressourcenprofils

Tabelle 4.1 Differenzierte Darstellung des Resoucenprofils mit Schutzfaktoren und Belastungsfaktoren, die als „green“ und „red“ flags aufgeführt sind. Berücksichtigung finden die Bereiche: Familie
Kind
KITA/ Kindergarten/ Schule
Weiteres Umfeld

FAMILIE							
	zeitliche Ressourcen Familie insgesamt						
	Regelmäßiger Besuch von KiTa, Schule etc. gewährleistet						Regelmäßiger Besuch von KiTa, Schule etc. nicht gewährleistet
	Zeitlicher Rahmen für Hausaufgaben, häusliche Förderung gegeben						Zeitlicher Rahmen für Hausaufgaben, häusliche Förderung nicht gegeben
	Zeitlicher Rahmen für funktionelle Therapien (Heilmittelversorgung) etc. gegeben						Zeitlicher Rahmen für funktionelle Therapien (Heilmittelversorgung) etc. nicht gegeben
	Zeitlicher Rahmen für Hobbies, Sportvereine usw. gegeben						Zeitlicher Rahmen für Hobbies, Sportvereine usw. nicht gegeben
	Kind-angemessener Medienkonsum						Kein Kind-angemessener Medienkonsum; zu hoher Medienkonsum
	Sonstige wichtige zeitliche Aspekte						
	kognitiv-sprachliche Ressourcen Familie						
	Bildungsniveau der Eltern						
	Sprachniveau Eltern Deutsch						Ggfs. Sprachentwicklungsstörungen, Legasthenie, Analphabetismus in Familienanamnese
	Ggfs. Sprachniveau der Eltern bei anderer Muttersprache						
	Fähigkeit zur Kommunikation und Zusammenarbeit mit relevanten externen Institutionen – z.B. sich aktiv informierende und unterstützende Eltern						z.B. passiv abwartende Eltern (bis zur Noncompliance)
	Sonstige						

	emotional-soziale Ressourcen Familie						
	Stabile Bindung zwischen Eltern und Kind; ausreichende emotionale Wärme, Empathie						Instabile, unsichere Bindung zwischen Eltern und Kind; mangelnde emotionale Wärme, Empathie
	Feste Bezugsperson mit sicherer Bindungs-erfahrung in ihrer Entwicklung						Bezugsperson mit unsicherer Bindungserfahrung in ihrer Entwicklung
	Stabiler Zusammenhalt in der Familie, in der Paarbindung der Eltern, im evtl. vorhandenen Geschwistersystems						instabiler Zusammenhalt in der Familie, Stress, Belastung in der Paarbindung der Eltern, Geschwisterrivalität
	weitere bedeutsam unterstützende Familienangehörige (z.B. Großeltern) vorhanden						Keine weiteren bedeutsam unterstützenden Familienangehörige (z.B. Großeltern) vorhanden
	besondere Ressourcen auf dem Hintergrund familiärer Konstellationen wie Trennung der Eltern, Stiefeltern, -geschwister						besondere belastende familiäre Konstellationen wie konfliktreiche Trennung der Eltern, konfliktreiche Stiefeltern oder Stiefgeschwistersystem
	Keine zusätzlichen Belastungen z.B. durch bedeutsame Krankheiten insbesondere der Eltern, Traumata in der Familie						pflegebedürftige Eltern oder andere Angehörige Psychische oder chronische Erkrankungen in der Familie, insbesondere die der Eltern; belastende Traumata in der Familie
	Konsistentes, konstruktives Erziehungsverhalten der Eltern						Inkonsistentes Erziehungsverhalten der Eltern Auch: Hohes Ausmaß an Straferfahrungen; Über- und Unterforderungstendenzen, Überbehütung durch die Eltern; unklare, nicht vorhandene Grenzsetzungen
	Stabile Motivation der Eltern für aktive Entwicklungsförderung Positive Haltung zur Bewältigung der Probleme						Zeichen von Vernachlässigung des Kindes Auch: negativ festschreibende Haltung der Eltern Konfliktvermeidung in der Familie
	Ausreichende Erfahrungsmöglichkeiten des Kindes hinsichtlich Selbstwirksamkeit						Keine oder unzureichende Erfahrungsmöglichkeiten des Kindes hinsichtlich Selbstwirksamkeit
	Sonstige						

	weitere Rahmenbedingungen, Lebensbedingungen der Familie						
	Ausreichender Wohnraum (incl. Rückzugsmöglichkeiten für ungestörtes Lernen, Spielen oder Arbeiten; günstige Schlafbedingungen)						Unzureichender, beengter Wohnraum
	Spielräume wie Spielplatz, Park, Garten im ausreichenden Maße vorhanden						Spielräume wie Spielplatz, Park, Garten im ausreichenden Maße nicht vorhanden
	finanzielle Ressourcen der Familie ausreichend						Unzureichende finanzielle Ressourcen der Familie, Deprivation
	Gute Integration in Nachbarschaft, (emotionale) Unterstützung in sozialen Netzwerken						Keine, unzureichende Integration in Nachbarschaft; Belastungen durch nachbarschaftliche Konflikte; soziale Ausgrenzung oder keine Unterstützung in sozialen Netzwerken
	Sonstige						

KIND							
	Stabile Beziehungserfahrung des Kindes zu mind. einer emotional bedeutsamen Bezugsperson						Keine Beziehungserfahrung des Kindes zu mind. einer emotional bedeutsamen Bezugsperson
	Kognitive, intellektuelle Stärken und Begabungen des Kindes gegeben						Kognitive, intellektuelle Stärken und Begabungen des Kindes nicht gegeben oder nur im unzureichenden Maße
	Interessen an Sport, Musisch-Künstlerischen Bereichen, ausgeprägte und gestaltete Hobbies oder Kompetenzen						Keine oder nur unzureichenden Interessen an Sport, Musisch-Künstlerischen Bereichen, keine ausgeprägten und gestalteten Hobbies oder Kompetenzen
	Anstrengungsbereitschaft, Motivation, konstruktive Problemlösungsstrategien; Impulskontrolle gegeben						Anstrengungsbereitschaft, konstruktive Problemlösungsstrategien, Impulskontrolle nicht gegeben
	Positive Temperaments- und Charaktereigenschaften						Negative und Umfeld belastende Temperaments- und Charaktereigenschaften
	Optimistische Lebenseinstellung, vorhandene Ziele, Werte und positives Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein						Pessimistische Lebenseinstellung und negatives, depressiv anmutendes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein; keine Ziele oder Werte
	Kontaktfreudigkeit, soziale Fähigkeiten und positive Beziehungserfahrungen						Geringe oder nicht gegebene Kontaktfreudigkeit, soziale Fähigkeiten und negative Beziehungserfahrungen
	Selbsthilfefertigkeiten, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung gegeben						Selbsthilfefertigkeiten, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung nicht gegeben
	Sich-Abgrenzen-Können in schwierigen Lebensumständen						Keine Kompetenz, Fertigkeit von Sich-Abgrenzen-Können in schwierigen Lebensumständen
	Sonstige						

KITA/KINDERGARTEN/SCHULE							
	Fördernde Lernbedingungen in der Gruppe, Klasse gegeben (Eignung der Erzieherinnen, Lehrerinnen; Gruppenstärke, Zusammensetzung, Pädagogisches Konzept, spezielle Fördermaßnahmen, Räumlichkeiten)						Fördernde Lernbedingungen in der Gruppe/Klasse nicht gegeben
	Stabile Personalsituation						Instabile, stark fluktuierende Personalsituation
	Freundschaften zu Peers in der Gruppe/Klasse gegeben						Keine oder instabile Freundschaften
	Peers mit Vorbildfunktion in der Gruppe/Klasse gegeben						Peers mit Vorbildfunktion in der Gruppe nicht gegeben oder nur Beziehungen zu Peers mit negativer Modellfunktion
	Positive Beziehung des Kindes zu Erzieherinnen/ Lehrerinnen gegeben mit Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl des Kindes						Unzureichende Beziehungen des Kindes zu Erzieherinnen/Lehrerinnen; Ausgrenzung des Kindes gegenüber/von Seiten der Erzieherinnen/Lehrerinnen
	KiTa/Schule (Personal, andere Eltern) stellt positives soziales Netzwerk für Kind und Familie dar						KiTa/Schule (Personal, andere Eltern) stellt kein positives soziales Netzwerk für Kind und Familie dar
	Sonstige						

WEITERES UMFELD							
	Ausreichende Auswahlmöglichkeiten von Freizeitbeschäftigungen wie Vereine etc. bei angemessener Erreichbarkeit gegeben						Keine ausreichenden Auswahlmöglichkeiten von Freizeitbeschäftigungen wie Vereine etc. oder keine angemessene Erreichbarkeit
	Gegebene Freizeitmöglichkeiten bieten positive Beziehungen und Vorbildfunktion						Gegebene Freizeitmöglichkeiten bieten unzureichende Beziehungen und Vorbildfunktion
	Sonstige						

4.2 Heilmittel und assoziierte Interventionen

Die Nummerierung der Kapitel entspricht der Nummerierung in Kapitel 2.1

2.1.1. GRUNDLAGEN

Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen. Version 2.0, März 2016

Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, Greening M, Binnig M, Mattern E, Heldmann P, Wasner M, Braun C, Lohkamp M, Marotzki U, Kraus E, Oltman R, Müller C, Corsten S, Lauer N, Schade V, Kempf S. Forschung zu komplexen In-terventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

https://www.freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Übersicht zu den Möglichkeiten der Therapieforschung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten, Koordination durch Cochrane Deutschland.

Der Leitfaden beschreibt, wie evidenzbasierte Maßnahmen für versorgungsrelevante Gesundheitsprobleme ausfindig gemacht und im Rahmen von wissenschaftlichen Studien für den jeweiligen Kontext übertragen werden können. „Der Leitfaden soll den Transfervorgang von vielversprechenden, d. h. evidenzbasierten und

übertragbaren komplexen Interventionen aus dem Originalkontext in die Routineversorgung unterstützen.“

2.1.2. FRÜHE INTERVENTIONEN – ÜBERBLICK

Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 24;(11):CD005495. doi: 10.1002/14651858.CD005495.pub4.

Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants.

Spittle A1, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW.

Results: Twenty-five studies met the inclusion criteria (3615 randomly assigned participants). Only 12 of these studies were randomised controlled trials with appropriate allocation concealment. Variability was evident with regard to focus and intensity of the intervention, participant characteristics and length of follow-up. Meta-analysis led to the conclusion that intervention improved cognitive outcomes at infancy (developmental quotient (DQ): standardised mean difference (SMD) 0.32 standard deviations (SDs), 95% confidence interval (CI) 0.16 to 0.47; P value < 0.001; 16 studies; 2372 participants) and at preschool age (intelligence quotient (IQ); SMD 0.43 SDs, 95% CI 0.32 to 0.54; P value < 0.001; eight studies; 1436 participants). However, this effect was not sustained at school age (IQ: SMD 0.18 SDs, 95% CI -0.08 to 0.43; P value = 0.17; five studies; 1372 participants). Heterogeneity between studies for cognitive outcomes at infancy and at school age was significant. With regards to motor outcomes, meta-analysis of 12 studies showed a significant effect in favour of early developmental interventions at infancy only; however, this effect was small (motor scale DQ: SMD 0.10 SDs, 95% CI 0.01 to 0.19; P value = 0.03; 12 studies; 1895 participants). No effect was noted on the rate of cerebral palsy among survivors (risk ratio (RR) 0.82, 95% CI 0.52 to 1.27; seven studies; 985 participants). Little evidence showed a positive effect on motor outcomes in the long term, but only five included studies reported outcomes at preschool age (n = 3) or at school age (n = 2).

Conclusions: Early intervention programmes for preterm infants have a positive influence on cognitive and motor outcomes during infancy, with cognitive benefits persisting into preschool age. A great deal of heterogeneity between studies was due to the variety of early developmental intervention programmes tested and to gestational ages of included preterm infants; thus, comparisons of intervention programmes were limited. Further research is needed to determine which early developmental interventions are most effective in improving cognitive and motor outcomes, and to discern the longer-term effects of these programmes.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Maßnahmen der frühen Entwicklungsförderung bei Frühgeborenen unter professioneller Anleitung verändern die Interaktion mit dem Säugling und Kleinkind. Hiermit lassen sich in bestimmtem Umfang nachweisbare Effekte auf die motorische und kognitive Entwicklung induzieren. Für eine durchgreifende Nachhaltigkeit über das Vorschulalter hinaus gibt es bisher keine sicheren Belege. Eine in Entstehung

befindliche zerebrale Bewegungsstörung lässt sich durch keine Therapiemethode verhindern.

2.1.3 KONDUKTIVE FÖRDERUNG nach PETÖ

Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses "Heil- und Hilfsmittel" des Gemeinsamen Bundesausschusses GB-A über die Beratungen gemäß §138 SGB V vom 18. Mai 2005

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-256/2005-05-18-Abschluss-Petoe.pdf

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Die Zusammenfassung belegt die generelle Problematik im Gesundheitssystem, wo zu einem bestimmten Zeitpunkt die Liste der verordnungsfähigen Heilmittel geschlossen worden ist und neue Maßnahmen nur noch aufgenommen werden können, wenn sie einen „zusätzlichen“ Nutzen nachweisen können. Die konduktive Förderung nach Petö ist bei korrekter Indikationsstellung (leichtere Form der Zerebralparese, ausreichende Kognition) anderen Interventionen z. B. der Physio- und Ergotherapie im Effekt mindestens ebenbürtig (vgl. nachfolgende Literatur).

2.1.4 PHYSIOTHERAPIE

BMC Pediatr. 2016; 16: 193.

Published online 2016 Nov 29. doi: 10.1186/s12887-016-0731-6

PMCID: PMC5129231

Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis

Barbara R. Lucas; Elizabeth J. Elliott; Sarah Coggan; Rafael Z. Pinto; Tracy Jirikowic; Sarah Westcott McCoy; and Jane Latimer

Results: Of 2.513 papers, 9 met inclusion criteria including children with CP (n = 2) or DCD (n = 7) receiving 11 different interventions. Only two of 9 trials showed an effect for treatment. Using the least conservative trial outcomes a large beneficial effect of intervention was shown (SMD:-0.8; 95% CI:-1.1 to −0.5) with “very low quality” GRADE ratings. Using the most conservative trial outcomes there is no treatment effect
(SMD:-0.1; 95% CI:-0.3 to 0.2) with “low quality” GRADE ratings. Study limitations included the small number and poor quality of the available trials.

Conclusion: Although we found that some interventions with a task-orientated framework can improve gross motor outcomes in children with DCD or CP, these findings are limited by the very low quality of the available evidence. High quality intervention trials are urgently needed.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese sehr große Meta-Analyse der australischen Arbeitsgruppe verweist auf die grundlegende Problematik des Nachweises von sicheren Effekten durch Therapie überhaupt bei motorisch-funktionellen Störungen, sowohl bei Umschriebener Entwicklungsstörung der Motorik als auch bei CP. Von großer Bedeutung ist das Fazit, wonach dies noch am ehesten bei einer Therapie-Durchführung mit konkreter aufgabenzentrierter Betätigungsorientierung zu erreichen ist. Damit entsprechen auch etliche, in den Heilmittel-Richtlinien für Physiotherapie benannte allgemeine und unspezifische Zielsetzungen nicht mehr dem Stand des Wissens.

Dev Med Child Neurol. 2013 Mar; 55(3):229-37. doi: 10.1111/dmcn.12008. Epub 2012 Oct 29.

Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis.

Smits-Engelsman BC1, Blank R, van der Kaay AC, Mosterd-van der Meijs R, Vlugt-van den Brand E, Polatajko HJ, Wilson PH.

Results: The overall effect size across all intervention studies was d(w) =0.56. A comparison between classes of intervention showed strong effects for task-oriented intervention (d(w) =0.89) and physical and occupational therapies (d(w) =0.83), whereas that for process-oriented intervention was weak (d(w) =0.12). Of the chemical supplements, treatment with methylphenidate was researched in three studies (d(w) =0.79) and supplementation of fatty acids plus vitamin E in one study (no effect). The post hoc comparison between treatment types showed that the effect size of the task-oriented approach was significantly higher than the process-oriented intervention (p=0.01) and comparison (p=0.006). No significant difference in the magnitude of effect size between traditional physical and occupational therapy approaches and any of the other interventions emerged.

Interpretation: In general, intervention is shown to produce benefit for the motor performance of children with DCD, over and above no intervention. However, approaches from a task-oriented perspective yield stronger effects. Process-oriented approaches are not recommended for improving motor performance in DCD, whereas the evidence for chemical supplements for children with DCD is currently insufficient for a recommendation.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch diese Meta-Analyse der europäischen Arbeitsgruppe zu Umschriebenen Entwicklungsstörungen der Motorik UEM/Developmental Cordination Disorder DCD verweist auf die Überlegenheit eines aufgabenorientierten Vorgehens in der Therapie gegenüber theoriegeleiteten Ansätzen. Wichtig ist die Feststellung, dass sich dabei die nachweisbaren positiven Auswirkungen auf die Motorik im Vergleich zu fehlender Intervention sowohl durch entsprechend ausgerichtete Physio- wie auch Ergotherapie erreichen lassen.

Developmental Medicine and Child Neurology 2013 Oct; 55(10):885-910

A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence [with consumer summary]

Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, Stumbles E, Wilson S-A, Goldsmith S

Results: Overall, 166 articles met the inclusion criteria (74% systematic reviews) across 64 discrete interventions seeking 131 outcomes. Of the outcomes assessed, 16% (21 out of 131) were graded 'do it' (green go); 58% (76 out of 131) 'probably do it' (yellow measure); 20% (26 out of 131) 'probably do not do it' (yellow measure); and 6% (8 out of 131) 'do not do it' (red stop). Green interventions included anticonvulsants, bimanual training, botulinum toxin, bisphosphonates, casting, constraint-induced movement therapy CIMT, context-focused therapy, diazepam, fitness training, goal-directed training, hip surveillance, home programmes, occupational therapy after botulinum toxin, pressure care, and selective dorsal rhizotomy. Most (70%) evidence for intervention was lower level (yellow) while 6% was ineffective (red).

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Dies ist die aktuell größte Übersicht (166 eingeschlossene Artikel) zu sämtlichen möglichen Maßnahmen in der Behandlung einer Zerebralparese. Entsprechend der Heterogenität der Krankheitsbilder wurden 131 Parameter bestimmt mit 21 eindeutig zu empfehlenden Maßnahmen. Diese reichen von der Überwachung mit „Hüft-Ampel“ über Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin A bis zu streng aufgabenspezifischen Trainingsprogrammen wie CIMT. Wiederum bestätigt sich: je spezifischer die Maßnahme indiziert werden kann, umso eher sind positive Effekte zu erwarten.

Developmental Medicine and Child Neurology 2016 Sep; 58(9):900-909

Effectiveness of motor interventions in infants with cerebral palsy: a systematic review [with consumer summary]

Morgan C, Darrah J, Gordon AM, Harbourne R, Spittle A, Johnson R, Fetters L

aus Results: „The two interventions that had a moderate to large effect on motor outcomes (Cohen's effect size > 0.7) had the common themes of child-initiated movement, environment modification/enrichment, and task-specific training.“

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch dieser Artikel der seit vielen Jahren im Thema aktiven Arbeitsgruppe stellt heraus, dass bei Patienten mit CP die Interventionen moderate bis große Effekte erzeugen können, die Eigenaktivität des Kindes zu motorischer Aktivität, eine entsprechend modifizierte und motorisch anregende Umgebungsgestaltung und ein aufgabenspezifisches Training beinhalten.

Pediatrics 2013 Sep;132(3):e735-e746

Enriched environments and motor outcomes in cerebral palsy: systematic review and meta-analysis
Morgan C, Novak I, Badawi N

Background and objectives: Neuroplasticity evidence from animals favors an early enriched environment for promoting optimal brain injury recovery. In infants, systematic reviews show environmental enrichment (EE) improves cognitive outcomes but the effect on motor skills is less understood. The objective of this review was to appraise the effectiveness evidence about EE for improving the motor outcomes of infants at high risk of cerebral palsy (CP).

Results: A total of 226 studies were identified. After removing duplicates and unrelated studies, 16 full-text articles were reviewed, of which 7 studies met inclusion criteria. The risk of bias varied between studies with the more recent studies demonstrating the lowest risk. Enrichment interventions varied in type and focus, making comparisons difficult. A meta-analysis was conducted of studies that compared enrichment to standard care (n = 5), and totaled 150 infants. A small positive effect for enrichment was found; standardized mean difference 0.39 (95% confidence interval 0.05 to 0.72; I2 = 3%; p = 0.02)

Conclusions: EE looks promising for CP, and therefore high-quality studies with well-defined EE strategies are urgently required.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wiederum bestätigt sich, dass das Konzept des „enriched environment“ EE mit der Gestaltung einer anregenden, fördernden Umgebung ein hilfreicher Ansatz in der CP-Behandlung ist mit zumindest Nachweis einer gewissen Effektstärke. Zukünftige Studien sollen die konkreten Auswirkungen von definierten Rahmenbedingungen des EE überprüfen.

Geräteunterstützte Physiotherapie

Generell zeigen bei Entwicklungsstörungen der Motorik solche Vorgehensweisen eine höhere Evidenz, die fokussiert auf umschriebene motorische Aktivitäten ausgerichtet sind. Dabei wird zunehmend auch technische und gerätebasierte Unterstützung angeboten. In der Frühform war dies das konventionelle Laufband mit Assistenz durch ein oder besser zwei Physiotherapeuten, später ergänzt durch die EDV-gesteuerte Assistenz auf dem elektronisch individuell adaptierten Laufband (z. B. „Lokomat ®“). In den letzten Jahren ist dies um den ganz anders gearteten Ansatz der vibrationsunterstützten Physiotherapie erweitert worden, die funktionelle Verbesserungen über die bereits frühzeitig ab dem ausklingenden Säuglingsalter mögliche Beeinflussung der Muskel-Knochen-Einheit erreichen will.

Hierzu werden nachfolgend aktuelle reviews aus der Cochrane Bibliothek zitiert.

Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 29;7:CD009242.

Treadmill interventions in children under six years of age at risk of neuromotor delay

https://doi.org/10.1002/14651858.CD009242.pub3
Valentín-Gudiol M[1], Mattern-Baxter K, Girabent-Farrés M, Bagur-Calafat C, Hadders-Algra M, Angulo-Barroso RM.

Department of Physical Therapy, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain.

BACKGROUND:

Delayed motor development may occur in children with Down syndrome, cerebral palsy, general developmental delay or children born preterm. It limits the child's exploration of the environment and can hinder cognitive and social-emotional development. Literature suggests that task-specific training, such as locomotor treadmill training, facilitates motor development.

MAIN RESULTS:

This is an update of a Cochrane review from 2011, which included five trials. This update includes seven studies on treadmill intervention in 175 children: 104 were allocated to treadmill groups, and 71 were controls. The studies varied in population (children with Down syndrome, cerebral palsy, developmental delay or at moderate risk for neuromotor delay); comparison type (treadmill versus no treadmill; treadmill with versus without orthoses; high- versus low-intensity training); study duration, and assessed outcomes. Due to the diversity of the studies, only data from five studies were used in meta-analyses for five outcomes: age of independent walking onset, overall gross motor function, gross motor function related to standing and walking, and gait velocity.

AUTHORS' CONCLUSIONS:

This update of the review from 2011 provides additional evidence of the efficacy of treadmill intervention for certain groups of children up to six years of age, but power to find significant results still remains limited. The current findings indicate that treadmill intervention may accelerate the development of independent walking in children with Down syndrome and may accelerate motor skill attainment in children with cerebral palsy and general developmental delay. Future research should first confirm these findings with larger and better designed studies, especially for infants with cerebral palsy and developmental delay. Once efficacy is established, research should examine the optimal dosage of treadmill intervention in these populations.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch bei hochwertiger Datenbasis bleibt eine große Heterogenität in der Zusammenstellung der Gruppen von Patienten im Vorschulalter. Erwartungsgemäß bestätigen sich gewisse positive Übungseffekte bei der systematischen Struktur, die durch das Laufband technisch und konstant vorgegeben ist. Die „Kraft für signifikante Resultate bleibt aber weiterhin limitiert“.

Laufband-Training ist einer von mehreren ergänzenden Bausteinen in der physiotherapeutischen Übungsbehandlung. Aufwand und möglicher Nutzen sollen individuell abgewogen werden.

Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Jun 18;14:1607-1625.

Vibration therapy (VT) in patients with cerebral palsy: a systematic review.

Ritzmann R, Freiburg, Stark C, Köln, Krause A Köln.

Abstract

The neurological disorder cerebral palsy (CP) is caused by unprogressive lesions of the immature brain and affects movement, posture, and the musculoskeletal system. Vibration therapy (VT) is increasingly used to reduce the signs and symptoms associated with this developmental disability. The purpose of this narrative review was systematically to appraise published research regarding acute and long-term effects of VT on functional, neuromuscular, and structural parameters. Systematic searches of three electronic databases identified 28 studies that fulfilled the inclusion criteria. Studies were analyzed to determine participant characteristics, VT-treatment protocols, effect on gross motor function (GMF), strength, gait, posture, mobility, spasticity, reflex excitability, muscle tone, mass, and bone strength within this population, and outcome measures used to evaluate effects. The results revealed that one acute session of VT reduces reflex excitability, spasticity, and coordination deficits. Subsequently, VT has a positive effect on the ability to move, manifested for GMF, strength, gait, and mobility in patients with CP. Effects persist up to 30 minutes after VT. Long-term effects of VT manifest as reduced muscle tone and spasticity occurring concomitantly with improved movement ability in regard to GMF, strength, gait, and mobility, as well as increased muscle mass and bone-mineral density. Posture control remained unaffected by VT. In conclusion, the acute and chronic application of VT as a nonpharmacological approach has the potential to ameliorate CP symptoms, achieving functional and structural adaptations associated with significant improvements in daily living. Even though further studies including adult populations validating the neuromuscular mechanisms underlying the aforementioned adaptations should be fostered, growing scientific evidence supports the effectiveness of VT in regard to supplementing conventional treatments (physiotherapy and drugs). Therefore, VT could reduce CP-associated physical disability and sensorimotor handicaps. Goals for patients and their caregivers referring to greater independence and improved safety may be achieved more easily and time efficiently.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Geräte zum Einsatz im Vibrationstraining (z. B. „Galileo ®“) sind auch für den Einsatz zuhause vergleichsweise einfach verfügbar. Damit eröffnet sich eine breitere Option der täglichen Anwendung für und durch den Patienten bereits im Vorschulalter. Die Autoren sprechen zu Recht bei der Vielzahl untersuchter Parameter zurückhaltend von „Adaptationen“ in Bezug auf erkennbare Effekte, weisen aber auch diesem Vorgehen eine supplementäre Position zu als Erweiterung der Optionen einer übungsbasierten Physiotherapie sowie von neuropharmakologischer Interventionen.

2.1.5 HIPPOTHERAPIE

Developmental Medicine and Child Neurology 2011 Aug; 53(8):684-691

Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: a meta-analysis

Zadnikar M, Kastrin A

Interpretation: The eight studies found that postural control and balance were improved during hippotherapy and THR. Although the generalization of our findings may be restricted by the relatively small sample size, the results clearly demonstrate that riding therapy is indicated to improve postural control and balance in children with CP.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Der spezielle und aufwendige Ansatz der tiergestützten Intervention mit Reiten scheint zumindest in Teilbereichen von motorischen Basisfunktionen (Posturale Kontrolle, Balance) positive Effekte bei Kindern mit CP zu generieren.

Neuropediatrics 49(3) February 2018

Impact of hippotherapy on gross motor function and quality of life in children with bilateral cerebral palsy. A randomized open-label cross- over study

Deutz U, Heussen N, Weight-Usiger K, Leiz S, Raabe C, Polster T, Steinbüchel D, Moll C, Lücke T, Krägeloh-Mann I, Hollmann H, Häusler M

DOI: 10.1055/s-0038-1635121

Abstract: This study investigated the effect of hippotherapy on gross motor function (GMFM-66, GMFM dimension E and D) and quality of life (Child health questionnaire (CHQ), KIDSCREEN parental version) in children with bilateral spastic cerebral palsy. 73 children (age: 9.1 ± 3.2 years; male =44; GMFCS levels II =27; III = 17; IV = 29) were randomized to an early (n=35) or late (n=38) treatment group. Data from 66 probands were available for further analysis. Probands received hippotherapy once weekly for a mean period of 16 weeks in a cross- over approach. Whereas no significant changes were found for total GMFM scores and quality of life parameters, a significant increase in GMFM dimension E (ability to walk, jump and run) was found. Children terminating the study early showed lower mean psychosocial quality of life scores than children who completed the whole study (CHQ psychosocial dimension; KIDSCREEN mood and emotional dimension as reported by their parents). Our data are in line with previous reports and suggest that hippotherapy shows distinct therapeutic strengths with regard to promoting upright stand and gait in children with cerebral palsy. Children with higher psychosocial burden of disease may need special support to get access to and benefit from intensified physiotherapy programs.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Dies ist die erste publizierte Multicenter-Arbeit in einem crossover-design. Auch hier bestätigt sich der positive Effekt der tiergestützten Intervention auf dem Pferd bei Kindern mit CP, allerdings nur in Teilbereichen von motorischen Basisfunktionen; aufrechter Stand und Gang werden unterstützt (signifikanter Anstieg in Dimension E der GMFM als Messinstrument). Hingegen ergaben sich für den Gesamt-Score keine signifikanten Veränderungen, ebenso nicht in Bezug auf die Lebensqualität. Unter Kontext-Aspekten ist der Hinweis auf die Abbrecher-Quote bei Kindern aus sozial benachteiligendem Milieu wichtig in Hinblick auf die Sicherung von Chancengleichheit.

2.1.6 LOGOPÄDIE

Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD004110.

Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder.

Law J, Garrett Z, Nye C.

Results: The results of twenty-five studies were used in the meta-analysis. The results suggest that speech and language therapy is effective for children with phonological (SMD=0.44, 95%CI: 0.01,0.86) or vocabulary difficulties (SMD=0.89, 95%CI: 0.21,1.56), but that there is less evidence that interventions are effective for children with receptive difficulties (SMD=-0.04, 95%CI: -0.64,0.56). Mixed findings were found concerning the effectiveness of expressive syntax interventions (n=233; SMD=1.02, 95%CI: 0.04-2.01). No significant differences were shown between clinician administered intervention and intervention implemented by trained parents, and studies did not show a difference between the effects of group and individual interventions (SMD=0.01, 95%CI: -0.26,1.17). The use of normal language peers in therapy was shown to have a positive effect on therapy outcome (SMD=2.29, 95%CI: 1.11,3.48).

Conclusions: The review shows that overall there is a positive effect of speech and language therapy interventions for children with expressive phonological and expressive vocabulary difficulties. The evidence for expressive syntax difficulties is more mixed, and there is a need for further research to investigate intervention for receptive language difficulties. There is a large degree of heterogeneity in the results, and the sources of this need to be investigated.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Meta-Analyse ist unverändert (vgl. nachfolgende Arbeit) seit 2003 die Grundlage für die prospektive Effektabschätzung bei Einleitung einer Sprachtherapie. Artikulations- und Wortschatz-Probleme können vergleichsweise zuverlässig und erfolgreich angegangen werden. Für rezeptive SES ist der Wirksamkeitsnachweis unsicher, und bei grammatikalischen Störungen sind die Ergebnisse widersprüchlich. Für die Therapiedurchführung bedeutsam ist die Einschätzung, dass keine

signifikanten Differenzen hinsichtlich der Art der Therapiedurchführung (einzeln, in der Gruppe, per Anleitung für die Eltern) bestanden.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017

Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders (intervention protocol)

http://www.cochrane.org/CD012490/BEHAV_speech-and-language-therapy-children-speech-or-language-delay

Law J, Dennis JA, Charlton JJV.

Nachfolge-Studie zur Meta-Analyse von 2003

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Das Protokoll des eingeleiteten Studien-Designs ist publiziert. Resultate sind noch nicht vorhanden.

Dev Med Child Neurol. 2015 Mar; 57(3):223-8. doi: 10.1111/dmcn.12630.

Integrating external evidence of intervention effectiveness with both practice and the parent perspective: development of 'What Works' for speech, language, and communication needs.

Law J[1], Roulstone S, Lindsay G.

AIM: The aim of the study was to develop an ecologically valid synthesis of the evidence underpinning interventions for children with speech, language, and communication needs (SLCN), integrating a range of different data sources.

METHOD: Three sources of information were integrated: the Cochrane Review of interventions for children with primary speech and language delays/disorder; current practice from an online survey of 534 speech and language therapists and other professionals working with children with SLCN; and parent reports of preferred outcomes. Evidence was ranked as strong, moderate, or indicative.

RESULTS: Of the 58 interventions identified, three (5%) were found to have a strong level of evidence, 32 (56%) had moderate evidence, and 23 (39%) had indicative evidence. Five were universal interventions, the remainder targeted and universal. The integrated findings were then turned into an online interactive database, which is moderated and updated at regular intervals.

INTERPRETATION: There are a number of interventions that have a moderate or strong level of evidence underpinning them but they tend not to be those used by practitioners who often favour well-established familiar programmes even if they have only indicative evidence. There is a degree of complementarity between professional and parent views about outcomes, albeit with different emphases.

Aus der **Diskussion:** „Our study of outcomes suggests an interesting tension between the primarily impairment-focused intervention outcomes adopted by practitioners and the wider 'quality of life' type of priorities articulated by parents, with specific speech, language, and indeed literacy outcomes seen as a means to an end rather than an end in itself."

Conclusion: This study represents one of the first systematic attempts to integrate evidence drawn from external research and practitioner experience and to make that evidence readily available to practitioners. The result is a sustainable database, which has already attracted considerable attention. It remains a 'work in progress' and its application will need to be evaluated. Ultimately the real test will be whether it leads to a greater convergence onto the best available evidence-based interventions and better outcomes for the children themselves.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Arbeit präsentiert einen völlig neuen Ansatz der Therapiegestaltung bei SES. Die professionelle Sicht der Therapeuten wird der elterlichen Sicht und Erwartung gegenüber gestellt. Es offenbaren sich bedeutsame Differenzen. Wie in der Diskussion ausgeführt erscheint es sehr sinnvoll, hier eine Annäherung durch systematischen Abgleich herbei zu führen.

Arch Dis Child. 2009 Feb; 94(2): 110–116.

Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial

Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J and Philippi H

Results: 47 children were included in the analysis. At the age of 3 years, 75% of the children in the intervention group showed normal expressive language abilities in contrast to 44% in the waiting group. Only 8% of the children in the intervention group versus 26% in the waiting group met the criteria for specific language impairment
(t score $\leqslant$35).

Conclusions: By applying the short, highly structured HPLI in children with SELD, the rate of treatment for language impairment at the age of 3 years can be significantly reduced.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Das „Heidelberger Elterntraining“ hat seit dieser Publikation der randomisierten kontrollierten Studie zunehmend Eingang gefunden in die systematische Sprachanbahnung bei „Späten Sprechern“ (late talker) im 3. Lebensjahr. Es zeigt sich als hilfreich in der Unterstützung von sprachförderndem Elternverhalten.

Sprachförderung:

Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom (10. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Wilken, E. (2008).

Wilken hat in Deutschland mit der Einführung der Gebärden-unterstützen Kommunikation (GuK) speziell für Kinder mit Down-Syndrom die Anwendung lautsprachunterstützender Gebärden deutlich vorangetrieben. Die Datenlage zur Effektivität des Einsatzes lautsprachunterstützender Gebärden bei Kindern mit globaler Entwicklungsstörung ist schwach. Es existieren nur wenige Studien mit aussagekräftiger Stichprobengröße, die nachfolgend aufgeführt werden.

Sprachheilarbeit, 2012, 4, 184-191.

Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Eine Befragung von Eltern

Wagner, S. & Sarimski, K.

Hintergrund: Kinder mit Down-Syndrom weisen ein charakteristisches Entwicklungsprofil mit verzögertem Spracherwerb auf. Eine Unterstützung der Sprachanbahnung durch Gebärden nach der Methode der Gebärden-unterstützten Kommunikation (GuK) gehört zum Spektrum der frühen Förderung.

Ziele: Eine Befragung von Eltern von Kindern mit Down-Syndrom, die nach dieser Methode gefördert werden, soll Aufschluss über den Erwerb von Gebärden und gesprochenen Wörtern geben.

Methode: 108 Eltern von Kindern mit Down-Syndrom geben an, welche Wörter aus der Grundwortschatzliste des GuK-Programms aktuell zum Wortschatz von Gebärden und gesprochenen Wörtern gehören. Zusätzlich wird der FRAKIS-K ausgefüllt, um den lautsprachlichen Wortschatz mit dem von Kindern mit unbeeinträchtigter Entwicklung zu vergleichen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen einen differenzierten Verlauf in vier Altersgruppen. Sowohl der Wortschatz an Gebärden wie auch an gesprochenen Wörtern nimmt mit dem Alter stetig zu. Während bei Kindern bis zum Alter von fünf Jahren der Gebärdenwortschatz jeweils größer ist als der Wortschatz an gesprochenen Wörtern, überwiegt Letzterer bei den älteren Kindern. Mit Bezug auf die Normen bei unbeeinträchtigter Entwicklung nimmt die Diskrepanz zwischen dem Umfang des gesprochenen Lexikons von Kindern mit Down-Syndrom und Kindern

mit unbeeinträchtigter Entwicklung mit zunehmendem Alter zu. Erst mit durchschnittlich über 4 ½ Jahren sind bei Kindern mit Down-Syndrom auch Wortkombinationen zu beobachten.

Schlussfolgerungen:

Die Ergebnisse sprechen für spezifische Schwierigkeiten beim Lautspracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom sowie für eine Unterstützung der Sprachanbahnung durch Gebärden nach der GuK-Methode.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Mit der Untersuchung werden die vorhandenen Erfahrungswerte unterstützt.

Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2010; 53, 350-364.

Romski, M. A., Sevcik, R. A., Adamson, L. B., Cheslock, M., Smith, A., Barker, R. M. & Bakeman, R., Randomized Comparison of Augmented and Nonaugmented Language Interventions for Toddlers with Development Delays and Their Parents.

Purpose: This study compared the language performance of young children with development delays who were randomly assigned to 1 of 3 parent-coached language interventions. Differences in performance on augmented and spoken word size and use, vocabulary size, and communication interaction skills were examined.

Method: Sixty-eight toddlers with fewer than 10 spoken words were randomly assigned to augmented communication input (AC-I), augmented communication output (AC-O), or spoken communication (SC) interventions. 62 children completed the intervention.

Results: All children in the AC-O und AC-I intervention groups used augmented and spoken words for the target vocabulary items, whereas children in the SC intervention produced a very small number of spoken words. Vocabulary size was substantially larger for AC-O und AC-I than for SC groups.

Conclusion: This study found that augmented language interventions that include parent coaching have positive effect on young children with development delays who begin with fewer than 10 spoken words. Clinical implications suggest that augmented communication does not hinder, and actually aids, speech production abilities in young children with development delays.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Auch diese Studie unterstützt den Ansatz. Interventionen mit Gebärden-unterstützter Sprachanbahnung und gleichzeitiger Anleitung der Eltern haben einen positiven Effekt bei jungen Kindern, die erst über einen sehr kleinen Wortschatz mit weniger als 10 Worten verfügen. Hindernde Effekte der GuK wurden nicht beobachtet.

Die folgende Studie wurde zwar an gesunden Kindern durchgeführt, hat aber auf Grund ihrer Stichprobengröße und ihres RCT-Designs nach wie vor hohe Bedeutsamkeit:

Acredolo, L. P., Goodwyn, S. W. & Brown, C. A. (2000). Impact of symbolic gesturing on early language development. Journal of Nonverbal Behaviour, 24 (2), 81-103.

Abstract: The purpose of the present study was to evaluate the effect on verbal language development of purposefully encouraging hearing infants to use simple gestures as symbols for objects, requests, and conditions. To this end, 103, 11-month-old infants were divided into three groups, all of whom were seen in the laboratory for a variety of assessments, including standardized language tests at 15,19, 24, 30, and 36 months. Parents of those in the Sign Training group modeled symbolic gestures and encouraged their infants to use them. Parents of infants in the Non-intervention Control group knew nothing about symbolic gestures or our special interest in language development. As a control for training effects (i.e., effects attributable to families being engaged in a language intervention program), parents of a second control group of infants (the Verbal Training group) were asked to make special efforts to model verbal labels.

Results: After comparisons of the two control groups minimized concerns about training effects, comparisons between the Sign Training and the Non-intervention Control group indicated an advantage for the Sign Training group on the vast majority of language acquisition measures.

Conclusion: These results provide strong evidence that symbolic gesturing does not hamper verbal development and may even facilitate it. A variety of possible explanations for such an effect are discussed.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Studie wurde zwar an gesunden Kleinkindern durchgeführt, hat aber aufgrund ihrer Stichprobengröße (103 Kinder im Alter von 11 Monaten) und ihres RCT-Designs nach wie vor hohe Bedeutsamkeit. Es wurden keine negativen Effekte auf die Sprachentwicklung registriert, eher eine mögliche Unterstützung im Sinne der erleichterten Anbahnung.

KUGEL: **K**ommunikation mit **u**nterstützenden **G**ebärden – ein **El**tern-Kind-Gruppenprogramm zur systematischen Anleitung der engsten Bezugspersonen.

von Maydell, D., Burmeister, H. & Buschmann, A. (2014).

In: Sallat, S., Spreer, M. & Glück, C.W. (Hrsg.): Sprache professionell fördern. Kompetent-vernetzt-innovativ. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Mit dem Programm **KUGEL** wurde ein mehrteiliges Konzept zur systematischen Elternanleitung zur Verwendung lautsprachunterstützender Gebärden in der alltäglichen Kommunikation mit ihrem deutlich entwicklungsverzögerten Kind entwickelt. Ein vergleichbares Programm liegt im deutschsprachigen Raum bislang nicht vor.

Von 2014 – 2017 fand eine RCT Studie zur Überprüfung der Effektivität der systematischen Anleitung eines frühen alltagsintegrierten Gebärdeneinsatzes bei Kindern mit globaler Entwicklungsstörung durch das KUGEL Programm statt.

Stichprobe: **53 Kinder** (♀ 23, ♂ 30) im Alter von 20 bis 44 Lebensmonaten (M 31.25, SD 6.11) Bayley-III: Kognition M 57.92 (SD 7.87), Sprache M 48.58 (SD 6.09) ELFRA-1: expressiver Wortschatz M 4.21 Wörter (SD 3.86)

Erste Ergebnisse sind publiziert in:

Maydell von, D., Burmeister, H. & Buschmann, A. (in Druck). KUGEL – Kommunikation mit unterstützenden Gebärden auf Basis des Heidelberger Elterntrainings. Elsevier GmbH München.

Dittmann, F., Buschmann A., Maydell von D., Burmeister H. (in Druck). Systematische Anleitung der Eltern zum frühen Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden mit KUGEL: Zufriedenheit und Erwartungen. Frühförderung interdisziplinär.

(Weitere Ergebnisse folgen in den kommenden Jahren im Rahmen einer Dissertationsarbeit)

Int J Lang Commun Disord. 2016 Dec 12.

Parent-implemented home therapy programmes for speech and language: a systematic review.

Tosh R, Arnott W, Scarinci N.

Results: There is preliminary evidence that home programmes can lead to growth in a child's speech and language skills and are more effective than no intervention, provided the home programmes are used with high dosage rates and direct parent training.

Conclusions: Home programmes are a potentially useful service delivery model, but caution should be exercised when considering their use to address broader service delivery challenges. Further high-level evidence is needed across all facets of this service delivery model.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wie bereits in der Metaanalyse von LAW et al. 2003 gezeigt ist der Ansatz einer Sprachtherapie über die Eltern sinnvoll. Die Autoren dieser Arbeit sind aber zurückhaltend in der positiven Bewertung und sehen vor der Durchführung hochwertiger Studien die „home programmes“ zunächst als „potenziell sinnvoll“ an.

2.1.7 ERGOTHERAPIE

The American Journal of Occupational Therapy 2013 Jul-Aug; 67(4):413-424

Systematic review of interventions used in occupational therapy to promote motor performance for children ages birth to 5 years [with consumer summary]

Case-Smith J, Frolek Clark GJ, Schlabach TL

Abstract: We examined the research evidence for interventions used in occupational therapy to promote the motor performance of young children ages 0 to 5 yr. We identified 24 trials, levels I to III, that met our review criteria. The studies fell into three categories: (1) developmental interventions for infants (ages 0 to 3 yr), (2) interventions for young children with or at risk for cerebral palsy (CP), and (3) visual-motor interventions for preschool children (ages 3 to 5 yr).

Results: Developmental interventions showed low positive short-term effects with limited evidence for long-term effects, and findings on the benefits of neurodevelopmental treatment were inconclusive. Interventions using specific protocols for children with CP resulted in positive effects. Visual-motor interventions for children with developmental delays (ages 3 to 5 yr) resulted in short-term effects on children's visual-motor performance. Of the intervention approaches used in occupational therapy, those that embed behavioral and learning principles appear to show positive effects.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wie bereits in der Metaanalyse von DUNST et al. 1988 (!) gezeigt ist das fokussierte Vorgehen über praktisch ausgerichtete Trainings- und Lernprogramme für motorische Entwicklungsprobleme am ehesten zielführend. In der heutigen Terminologie entspricht dies der Berücksichtigung von „Alltagsrelevanz“ und „Betätigungsorientierung“ mit Anregung der „motorischen Eigenaktivität“ des Kindes. Eine „allgemeine Förderung der Motorik“ ist offensichtlich wenig effektiv, und auch die visuomotorische Verbesserung ist zumindest in der hier berichteten Datenlage für noch junge Kinder (3-5 Jahre) nur von begrenzter Dauer.

Ergoscience 2014; 9(4): 144-154

Evidenz zur Wirksamkeit der Sensorischen Integrationstherapie bei 3 bis 12jährigen Kindern mit sensorischen Verarbeitungsstörungen. – Eine systematische Forschungsübersicht 2007-2013.

Söchting E

Einleitung: Trotz der langen Forschungstradition ist die Wirksamkeit der Sensorischen Integrationstherapie nach Ayres (ET-ASI®) bis heute umstritten. Dieser Review bewertete in einem innovativen Prozess die Evidenz unter Bezug auf Studien aus den Jahren 2007 bis 2013.

Methode: Mittels systematischer Literaturrecherche wurden Primärstudien identifiziert, in denen Interventionen anhand des Fidelity Measure for Ayres Sensory Integration (ASIFM) überprüft wurden. Nur Studien, in denen die untersuchten Interventionen den ASI® Prinzipien entsprachen, wurden in den Review eingeschlossen. Die Qualität der Studien wurde mittels PEDro Skala bewertet und in Anlehnung an das GRADE System beschrieben. Für 2 Störungsbilder und 4 relevante Outcomes wurden Evidenzprofile erstellt.

Ergebnisse: 14 der 27 Studien zur Wirksamkeit der SI wurden nach Analyse mit dem ASIFM ausgeschlossen, weil die Intervention nicht den Prinzipien der ASI® entsprach. Die eingeschlossenen 13 Studien (3 RCTs, 2 nicht-randomisierte Studien mit 2 Gruppen, 3 eingruppige Studien und 5 Fallstudien) untersuchten insgesamt 337 Kinder zwischen 3 und 12 Jahren mit sensorischen Verarbeitungsstörungen mit und ohne Autismus. 85% der Studien fanden positive Effekte der ET-ASI® mit teilweise großen Effektstärken bezüglich individualisierter Alltagsziele, Motorik, Praxie und ADLs, sozio-emotionalem Verhalten und Verhaltensauffälligkeiten. ET-ASI® erzielte in allen RCTs bessere Effekte als Alternativbehandlungen.

Schlussfolgerung: Die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit der ET-ASI® ist vielversprechend. Interventionsstudien der letzten Jahre sind methodologisch gut, Stichprobengrößen und Studienzahl müssen aber noch gesteigert werden, um die Evidenz abzusichern. Reviews, in denen die Intervention nicht mit dem ASIFM überprüft wurde, sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Die Zusammenfassung unterschiedlichster Studien und Fallbeschreibungen erfolgt primär unter dem Ziel, eine Differenz zwischen Behandlungsansätzen nachweisen. Dabei wird die Ayres Sensory Integration® Fidelity Measure© -kurz: ASIFM- zur Anwendung gebracht als Instrument der internen Kriterien der Strukturqualität. Unter diesem Blickwinkel zeigen sich positive Effekte der Behandlungen, die diesem Standard folgen, im Vergleich zu einem weniger strukturierten Vorgehen. Dies ist nachvollziehbar, belegt aber wie in der Schlussfolgerung indirekt auch dargestellt noch nicht die patienten- und zielbezogene Wirksamkeit der SI-Behandlung.

Ausführungen zum ASIFM: s. nachfolgender Artikel:

American Journal of Occupational Therapy, September/October 2014, Vol. 68, 506-513. doi:10.5014/ajot.2014.010652

Interrater Reliability and Discriminative Validity of the Structural Elements of the Ayres Sensory Integration® Fidelity Measure© ASIFM

Teresa A. May-Benson; Susanne Smith Roley; Zoe Mailloux; L. Diane Parham; Jane Koomar; Roseann C. Schaaf; Annamarie Van Jaarsveld; Ellen Cohn

Conclusion:

Occupational Therapy OT–SI intervention is one of many theoretical perspectives that guide occupational therapy intervention (Schaaf et al., 2009). Since A. Jean Ayres originally developed sensory integration theory, assessment, and intervention (Ayres, 1972), its use has become commonplace in occupational therapy (Lane, Smith Roley, & Champagne, 2013; Watling, Koenig, Davies, & Schaaf, 2011), yet research on the effectiveness of OT–SI has been severely limited by poor intervention fidelity (Parham et al., 2007). Results of this study show that the structural section of the ASIFM, along with the process section (Parham et al., 2011), is reliable and valid for use in effectiveness studies to ensure that interventions claiming to provide OT–SI are congruent with the underlying principles of this intervention. Moreover, the structural elements identified in the ASIFM may provide a tool to guide therapists who intend to provide OT–SI so that they can acquire the necessary professional qualifications, provide comprehensive evaluations, engage in active collaboration with families and other professionals, and deliver the intervention in a safe and adequately equipped therapeutic space.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Wie im Kommentar zur vorherigen Arbeit „Sensorischen Integrationstherapie“ bereits dargestellt handelt es sich bei der Ayres Sensory Integration® Fidelity Measure© ASIFM um ein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität. Dies soll dazu eingesetzt werden, eine vergleichbare Basis für Studien zur Evidenz der SI-Therapie nach Ayres (Ayres Sensory Integration ASI®; s. folgender Artikel) herzustellen.

Brain Sciences 9(7):153

Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®

June 2019 DOI: 10.3390/brainsci9070153

Shelly J. Lane, Zoe Mailloux, Sarah Schoen, Anita Bundy, Teresa A. May-Benson, L. Diane Parham, Susanne Smith Roley and Roseann C. Schaaf

Abstract:

Sensory integration, now trademarked as Ayres Sensory Integration® or ASI, is based on principles of neuroscience and provides a framework for understanding the contributions of the sensory and motor foundations of human behavior. The theory and practice of ASI continues to evolve as greater understanding of the neurobiology of human behavior emerges. In this paper we examine core constructs of ASI identified in the seminal work of Dr. Jean Ayres, and present current neuroscience research that underlies the main patterns of sensory integration function and dysfunction. We consider how current research verifies and clarifies Ayres' propositions by describing functions of the vestibular, proprioceptive, and tactile sensory systems, and exploring their relationships to ocular, postural, bilateral

integration, praxis, and sensory modulation. We close by proposing neuroplasticity as the mechanisms underlying change as a result of ASI intervention.

Conclusions:

Advances in neuroscience over the last several decades have allowed contemporary scientiststo confirm and clarify some of the sensory integration and praxis patterns of sensory–motorfunctioning that emerged from Ayres' research on children with learning and behavioral difficulties. Contemporary imaging tools, as well as ongoing research on learning, attention, and behavior,will enable neuroscientists today to further refine and expand on Ayres' work. As a body of researchand practice, Ayres Sensory Integration®reflects an effort to understand the human condition in ameaningful way, contributing to the ways that we understand how differences in neural functioningaffect participation and engagement.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Die moderne Weiterentwicklung der SI-Therapie nach Jean Ayres, jetzt als Ayres Sensory Integration ASI® mit trademark bezeichnet, bemüht sich um die Verbindung langzeitig bestehender Einschätzungen rund um das Thema „Wahrnehmung" mit aktuellen Erkenntnissen der Neurowissenschaften. Daraus ergibt sich eine Annäherung z. B. an das kanadische COOP-Modell in der Ergotherapie mit konsequenter Hinwendung zu einem betätigungsorientierten und klientenzentrierten Vorgehen und der Neuroplastizität, verstanden als Veränderung in der neuronalen Vernetzung als Folge systematischer Inanspruchnahme. Fortbestehendes Problem ist das weitgehende Fehlen von diagnostischen Verfahren, die nach üblichen psychometrischen Maßstäben validiert wären. Somit mangelt es an definierten Diagnosen; es verbleibt die einschätzende Annäherung.

Zur umfassenden Einschätzung wird auf die folgende Stellungnahme der DGSPJ verwiesen.

Sensorische Integrationstherapie nach JEAN AYRES

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Revision der Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie 2002)

Karch D und Freitag H

(Kritische Begleitung durch Leitungsteam Sensorische Integrationstherapie des DVE und Sensorisch Integrative Ayres Therapie, SIAT)

Juni 2017, Publikation der DGSPJ auf: .www.dgspj.de/qualitaetssicherung/papiere-der-qualitaetszirkel/ ;
S. 60-78

Zusammenfassung

• Zum somatosensorischen System werden die taktile, die Temperatur- und Schmerzwahrnehmung, die propriozeptive bzw. kinästhetische Wahrnehmung sowie die vestibuläre Wahrnehmung gerechnet.

• Somatosensorische Sinnesreize werden von heterogenen Rezeptoren in unterschiedlichen Organsystemen aufgenommen. Ihre Verarbeitung und Wahrnehmung verläuft meist unbewusst.

• Die Funktionen im somatosensorischen System können isoliert und rezeptorbezogen sein (z. B. Schmerz- oder Temperaturempfinden) oder in engem Zusammenhang mit anderen somatosensorischen Rezeptorsystemen stehen (z. B. bei der haptischen Wahrnehmung). Außerdem sind sie verflochten mit Funktionen anderer Sinnesmodalitäten, z. B. bei der Gleichgewichts- und Haltungskontrolle (visuell, propriozeptiv und vestibulär) sowie der Eigenwahrnehmung unseres Körpers.

• Funktionsstörungen im somatosensorischen System wirken sich daher sowohl direkt (z. B. Schmerzempfinden) als auch indirekt (Beeinträchtigung komplexer Funktionen durch gestörte Teilfunktionen) aus und können so auch zu psychophysischen Reaktionen, wie z. B. zu Selbstunsicherheit, beitragen.

• Zur Erfassung von somatosensorischen Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen wurden Testsysteme entwickelt, die methodisch nicht ausreichend abgesichert sind.

• Therapeutische Ansätze zur Rehabilitation nach neurologischen Erkrankungen oder Schädigungen, z. B. nach Schlaganfall, wurden entwickelt und bei Erwachsenen evaluiert. Therapeutische Ansätze bei speziellen Entwicklungsstörungen, wie z. B. zur Verbesserung der Körperbalance, werden eingesetzt und ihre Wirksamkeit in kontrollierten Studien belegt.

• Es wird angenommen, dass Auffälligkeiten auf der Verhaltensebene z. T. als psychophysische Reaktion auf bestimmte Störungsmuster der somatosensorischen Wahrnehmungsverarbeitung zu interpretieren sind. Hierauf fußt beispielsweise das Konzept der „Sensorischen Integrationsstörungen“ und der „SI-Therapie“. Dieses Konzept wurde von J. Ayres in den 1970er Jahren publiziert und hat sich aufgrund seiner scheinbar plausiblen Argumentation in den folgenden Jahren weltweit tendenziell unkritisch verbreitet. Auf Grund mangelnder Belege für die Wirksamkeit wurden das diagnostische Vorgehen modifiziert und die Therapieziele, den aktuellen Erkenntnissen über Lernprozesse bei der Behandlung entsprechend, von einer „Prozess-orientierten“ zu einer „Aufgaben-orientierten“ Zielsetzung verändert. Bestehen alltagsrelevante Entwicklungs- und Verhaltensstörungen mit Beeinträchtigung von Integration und Teilhabe, die durch somatosensorische Funktionsstörungen in nachvollziehbarer Weise verursacht sind, ist diese Therapieform eine Option.

• Die Behandlungsindikation darf sich nicht allein an systeminhärenten Testergebnissen orientieren.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

In früheren Jahren stellte der Ansatz der „Sensomotorischen Integrationstherapie“ eine bedeutsame Annäherung an unterschiedliche kindliche Entwicklungsstörungen dar. Die Fortschritte der Erkenntnisse in den Neurowissenschaften haben auch hier die Theorien und Grundlagenkenntnisse entscheidend erweitert. Die Arbeitsgruppe unter Leitung von KARCH und FREITAG hat den aktuellen Stand des Wissens in dieser Stellungnahme zusammengetragen und die Problematik für die Umsetzbarkeit im praktischen Alltag aufgezeigt. Von zentraler Bedeutung ist der Mangel an validierten Instrumenten zur Diagnostik, sodass die sichere Grundlage für die sichere Einschätzung und damit auch eine fundierte zielgerichtete Intervention nicht vorhanden ist.

FamilienErgo und RopE

Das Konzept „FamilienErgo“, entwickelt von Rupert Dernick et al., spiegelt die Erfahrung des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes in der pädiatrischen Praxis in Verbindung mit betätigungsorientierten Ansätzen der Ergotherapie. Während „FamilienErgo“ die Eltern selbst befähigt, die Entwicklung insbesondere im Vorschulalter zu unterstützen, ist die „Ressourcen-orientierte pädiatrische Ergotherapie (RopE)“ auf die Maximierung der Effekte ausgerichtet, wenn Ergotherapie als Heilmittel ärztlich verordnet wird.
Beide Konzepte integrieren ein pragmatisches Vorgehen in der ambulanten allgemeinpädiatrischen Praxis mit wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen der Entwicklungsforschung. Sie stellen somit Möglichkeiten des Vorgehens dar, nicht Therapiemethoden im eigenen Sinne.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Der Ansatz verbindet medizinisch-funktionelle, psychologische und pädagogische Aspekte der fokussierten Förderung. Er eignet sich in dieser Form sehr gut für die pragmatische Elternberatung in der Praxis bzw. verbindet die Erbringung des Heilmittels „Ergotherapie“ mit dem systematisierten Transfer in den Alltag des Kindes.

2.1.8 „LERNTHERAPIE“ und neuropsychologische Ansätze

Ähnlich wie im vorangehend skizzierten „RopE“-Konzept gehen in die sog. „Lerntherapien“ verschiedenste Ansätze aus Pädagogik, Entwicklungspsychologie und Therapie ein. Aus dem Bereich der Neuropsychologie stammen insbesondere Verfahren zur Steigerung der Aufmerksamkeit (z. B. „Attentioner“, Jacobs C, Petermann F; „THOP“, Döpfner M, Schürmann S, Frölich J) oder der Räumlich-konstruktiven Verarbeitung (z. B. „Klabauter“, Schroeder A; „Dimensioner II“ Muth-Seidel D, Petermann F).
Viele dieser Vorgehensweisen sind teils empirisch belegt, teils auch in ihren kurzzeitigen Effekten evaluiert. Studien zur Langzeit-Wirksamkeit stehen aus, ebenso wie die Beurteilung des Trainings von Einzelfertigkeiten für den Erwerb von komplexen Fähigkeiten.

DÄ 2013; 142(39):643-651

Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme im Kindes- und Jugendalter

Karch D, Albers L, Renner G, Lichtenauer N, Kries v R.

Hintergrund: Kognitive Therapien zielen auf eine Verbesserung kognitiver Basisfunktionen, unabhängig von ihrer Ursache ab. Kindzentriert kommen hierbei verhaltenstherapeutische und computergestützte Trainingsprogramme bei Kindern mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zum Einsatz. Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit dieser Trainings fehlt bislang.

Methodik: Systematischer Review in den Datenbanken Medline, Embase, P sycINFO, PSYNDEX sowie ERIC und Metaanalyse kindzentrierter kognitiver Trainings zur Verbesserung von Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistung, exekutiven Funktionen (primäres Ergebnis) und Verhalten/Psychopathologie, Intelligenz und Schulleistung (sekundäres Ergebnis). Mittelwertdifferenzen zwischen Therapie- und Kontrollgruppe werden als Standarddeviation-Scores (SD) berichtet.

Ergebnis: Von 1 661 identifizierten Publikationen wurden 22 Studien (17 randomisierte kontrollierte Studien) eingeschlossen. Die Zielparameter wurden mit über 90 verschiedenen Testverfahren gemessen. Der Gesamteffekt der kognitiven Trainings auf Aufmerksamkeit (0,18 SD, 95-%-KI = [−0,11; 0,47]) und exekutive Funktionen (0,17 SD, 95-%-KI = [−0,12; 0,46]) war konsistent gering. Ein vergleichsweiser hoher Effekt wurde für Gedächtnisleistungen (0,65 SD, 95-%-KI = [−0,12; 1,42]) bei starker Heterogenität (I 2 = 82 %) gefunden, bedingt durch zwei Studien. In dem Bereich Verhalten/Psychopathologie wurden die größten Effekte berichtet (0,58 SD, 95-%-KI = [0,31; 0,85]). Sie basierten jedoch hauptsächlich auf Studien ohne aktive Kontrollgruppe.

Schlussfolgerung: Kindzentrierte kognitive Trainings stellen potenzielle Elemente einer umfassenden Therapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen und Berücksichtigung der Lebensbedingungen dar. Die Metaanalyse zeigte günstige, jedoch wahrscheinlich unspezifische Effekte im Bereich des Verhaltens, einem

sekundären Ergebnisparameter. Bezüglich der spezifischen, primären Ergebnisparameter waren die Effektstärken gering, wobei die 95-%-Konfidenzintervalle Null- und Negativeffekte miteinschlossen. Nur für einzelne therapeutische Trainings und Therapieindikationen konnten spezifische Effekte nachgewiesen werden. Um diese spezifischen Therapieindikationen zu identifizieren, müssen die Patienten jedoch neuropsychologisch sehr genau untersucht sein.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Diese Metaanalyse belegt die Schwierigkeit, selbst für im Ansatz gut fundierte Vorgehensweisen eine spezifische Methodenwirksamkeit nachzuweisen. Dies gilt insbesondere für den gruppenbezogenen Vergleich; in der individuellen Therapiegestaltung mit Einsatz von Lernprogrammen können bestimmte Programme durchaus hilfreich sein, ohne dass sich hieraus eine Verallgemeinerung ableiten liesse.

2.1.9 OSTEOPATHIE

http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-osteopathie-2015.pdf

Osteopathie bei Kindern

Stellungnahme der gemeinsamen Therapiekommission der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

Borusiak P, Straßburg HM, Weissenrieder N, Peters H, Philippi H, Klepper J

Schussfolgerung: Die Datenlage zur Effektivität des Einsatzes der Osteopathie bei Kindern ist schwach. Positive Effekte werden bei einzelnen Befunden und/oder bei kleinen Fallzahlen beschrieben. Bei der Gesamtbetrachtung der Literatur sind schwerwiegende Nebenwirkungen nur sehr selten dokumentiert. Grundsätzliche Probleme in der wissenschaftlichen Bewertung existieren aufgrund des differenten Grundverständnisses zwischen dem Vorgehen der „evidence based medicine“, welches sich üblicherweise an Krankheitsdiagnosen orientiert, und dem Ansatz der Osteopathie, die individuelle Befundkonstellationen betrachtet.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Osteopathie erfreut sich einer rasch zunehmenden Verbreitung. Die Evidenzlage ist schwach, der Plazebo-Effekt offensichtlich stark ausgeprägt. Das Vorgehen muss deshalb von den Umständen im Einzelfall abhängig gemacht werden.

2.1.10 MUSIKTHERAPIE

Patient Prefer Adherence. 2014; 8: 727–754.

Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions
Kamioka H, Mutoh Y et al.

Results: Twenty-one studies met all inclusion criteria. This study included 16 Cochrane reviews. As a whole, the quality of the articles was very good. Eight studies were about “Mental and behavioural disorders (F00-99)”; there were two studies on “Diseases of the nervous system (G00-99)” and “Diseases of the respiratory system (J00-99)”; and there was one study each for “Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-90)”, “Diseases of the circulatory system (I00-99)”, and “Pregnancy, childbirth and the puerperium (O60)”. MT treatment improved the following: global and social functioning in schizophrenia and/or serious mental disorders, gait and related activities in Parkinson’s disease, depressive symptoms, and sleep quality.

Conclusion: This comprehensive summary of SRs (systematic reviews) demonstrated that MT (music therapy) treatment improved the following: global and social functioning in schizophrenia and/or serious mental disorders, gait and related activities in Parkinson’s disease, depressive symptoms, and sleep quality. MT may have the potential for improving other diseases, but there is not enough evidence at present. Most importantly, no specific adverse effect or harmful phenomenon occurred in any of the studies, and MT was well tolerated by almost all patients.

Einschätzung der IVAN-Arbeitsgruppe:

Musik ist eine spezifisch menschliche Ausdrucksform. Sie wirkt emotional und befördert soziale Interaktion. Musiktherapie steht im Grenzbereich zur Psychotherapie.
Die zusammenfassende Übersicht zeigt eine Fülle von Daten, wo grundsätzlich eine adjuvante Wirksamkeit belegt ist. Für die Kinder- und Jugendmedizin spielt dies eine besondere Rolle in der Neonatologie sowie bei psychischen Störungen.

2.1.11 KUNST- UND KREATIVTHERAPIE

In der Kunst- und Kreativtherapie liegen vielfältige Ansätze vor. Es gibt unterschiedliche, von den verschiedenen Fachgesellschaften und Vereinigungen beschriebene Curricula und Anforderungen, aber keine standardisierte Ausbildung in Deutschland. Teilweise besteht bei Anwendung in der Pädiatrie eine Nähe zur Psychotherapie, ebenso auch zur Heilpädagogik.

Evidenzbasierte Daten für Kinder und Jugendliche liegen nur auf Ebene von Einzelfall-Beispielen vor. Dementsprechend kann keine Empfehlung oder Ablehnung zum generellen Einsatz gegeben werden. Vielmehr muss im Rahmen der individuellen Behandlungsplanung über die Sinnhaftigkeit dieses ergänzenden Vorgehens entschieden werden. Mögliche Anwendungsbereiche beziehen sich

sowohl auf somatische Erkrankungen, z. B. in der Onkologie, als auch Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen, z. B. in der Traumatherapie.

4.3 Literatur zu Kapitel 2.2 (Evidenztabellen und anschließend Literaturzitate)

4.3.1 Evidenztabellen zu Kapitel 2.2 (Tabelle vollständig s. Anlage des Schreibens)

Evidenz psychotherapeutischer Maßnahmen i.w.S.[i] bei Störungsbildern, bei denen Psychotherapie angezeigt ist – Stand 19-01-12 – Zusammenstellung M. Mickley, SPZ Rostock

	Leitlinien AWMF	Andere Quellen
Zu Punkt 1. Psychotherapie allgemein Vgl. Voderholzer & Barton (2016): **Positive Prädiktoren auf Seiten Pat.:** positive Beziehung zum Therapeuten Positive Erwartungshaltung **Negative Prädiktoren (u.a.) auf Seiten Pat.:** Geringe intrapsychische Repräsentanz und Selbstzugänglichkeit Zu hohe Erwartungshaltung Persönlichkeitsstörung Multiple somatische und psychosoziale Diagnosen Pessimismus Geringes Maß an Selbstwirksamkeit Im Rahmen der so genannten modularen Psychotherapie werden folgende **therapeutische Basiskompetenzen** benannt: Therapeutische Grundhaltung Beziehungsgestaltung Fähigkeit zur Selbstbeobachtung Gestaltung des therapeutischen Settings Diagnostische Methodik Behandlungsplanung und Fokuswahl Individuelle Hierarchisierung der Behandlungsziele Motivationsaufbau Teamkonsultation	S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden" (Hinweis: diese LL spricht bewusst keine Empfehlungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus. Es wird auf die Erarbeitung einer aktuellen LL zu funktionellen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen verwiesen). Psychotherapie ist eine wichtige …. nachweislich wirksame Behandlungsform, wenngleich nicht die einzige Option bei der Einbeziehung weiterer Behandlungskomponenten. Erwägen Sie die Vermittlung in ambulante Psychotherapie insbesondere bei relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder psychischer Komorbidität, bei relevanten dysfunktionalen Krankheitsannahmen, starker funktioneller Beeinträchtigung oder bei anhaltend schwierigen Behandler-Patient-Beziehungen **(Konsens)**. Empfehlen Sie ein wissenschaftlich gut fundiertes psychotherapeutisches Verfahren, dessen Wirksamkeit durch qualitativ hochwertige Studien gesichert ist, wie beispielsweise eine (kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie oder Hypnotherapie **(starker Konsens)**.	Wampold & Imel (2015): in Meta-Analysen Effektstärken von um die .80 Psychotherapeutische Interventionen sind generell wirksamer als Wartelisten oder Kontrollgruppen mit unspezifischer Behandlung. Voderholzer & Barton (2016): allgemeine Wirkfaktoren haben einen Anteil von ca. 30% an der Besserung im Rahmen einer Psychotherapie; Anteil psychotherapeutische Techniken und Erwartungshaltung ca. 15%; 40% durch Faktoren des Pat. (Genetik, Persönlichkeit, Lebenssituation) – klinische Erfahrung zeigt, dass der Anteil der störungsorientierten Interventionen bei schweren Störungen eine deutlich größere Bedeutung hat Wampold & Imel (2015), S.176: erklären 3-7% of the variability in outcomes. “Therapist effects generally exceed treatment effects, which at most account for one percent of the variability in outcomes”

	Leitlinien AWMF	Andere Quellen
Zu Punkt 1.1. Persönlichkeit des Therapeuten: Empathie, Kongruenz, Echtheit und persönliche Integrität des Ther. sowie dessen Offenheit gegenüber eigenen Wahrnehmungsverzerrungen, Fehleinschätzungen sowie emotionalen Dysregulationen	Vielfache Hinweise in der S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden"	Wampold, 2001 Effektstärke von .50 - .60, was generell Persönlichkeit der Therapeutin anbelangt; Empathie (ES .32); Elliott et al., 2011: empathy is a moderately strong predictor of therapy outcome: mean weighted r = .31 ($p < .001$) Wampold & Imel (2015): Empathie ist am höchsten mit dem Therapie-Outcome korreliert als jede andere Variable in der Psychotherapie

	Leitlinien AWMF	Andere Quellen
Zu Punkt 1.2. Qualität der therapeutischen Beziehung: Übereinstimmung, Passung in den Therapiezielen und Annahme/Akzeptanz von Interventionen; Übereinstimmung, was Aufgaben des Pat. anbelangt; Ausmaß emotionaler Bindung; flexible Korrektur von Brüchen/Konflikten in der Arbeitsbeziehung; Komplementarität	S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden“: "In psychotherapeutischen Meta-Analysen wurde der therapeutischen Beziehung ein moderater, aber konsistenter Effekt zugeschrieben“	Tryon & Winograd, 2011: Effektstärke von .72 hinsichtlich Zielübereinstimmung Wampold & Imel (2015): The evidence for the alliance-outcome association appears to be robust (S.179). . moderate size (s. Tab. S. 180: Effektstärken .43-.58) Ebenso in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch Paar- und Familientherapie Einverständnis über die Aufgaben in der Psychotherapie ist entscheidende Variable für das Engagement und die Übernahme therapeutischer Aufgaben Therapeuten, die gute Arbeitsbeziehungen in der Therapie aufbauen können, sind besser als Therapeuten, die das nicht können
Zu Punkt 1.3. Professionelle Verhaltensweisen des Therapeuten: positive Wertschätzung des Pat. durch Therapeuten; angemessenes Feedback für Pat. im Hinblick auf Therapiefortschritte; Umgang mit Gegenübertragungen; Qualität der Interpretationen von Beziehungserfahrungen und interaktionellen Phänomenen in der Therapie durch Therapeuten; Strukturierungsfähigkeit des Ther., Finden eines passenden thematischen Fokus; Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung und Förderung der Selbstwahrnehmung und des -zugangs des Pat.; motivationale Klärung; Feedback-Möglichkeiten für den Pat schaffen und anbieten; Aufsuchen und Nutzen von Supervision und Intervision in fehlerfreundlicher Atmosphäre	Bsp. aus S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden“: Beobachten Sie auch Ihr eigenes Empfinden, Verhalten sowie ihre Beweggründe in der Arzt-Patient-Interaktion (z. B. Hilflosigkeit, Ärger, übereifriges Anordnen, wiederholte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen; … Zeigen Sie, dass Sie den Leidensdruck der Betroffenen bemerken und die Beschwerden ernst nehmen, z. B. durch eine empathische Mimik und Gestik.	Wampold & Imel (2015): Therapien ohne therapeutische Aufgaben für den Pat sind weniger wirksamer als Therapien mit Aufgaben für den Pat Manualtreue und Kompetenz des Therapeuten, die Inhalte des Manuals umzusetzen, spielen eine geringere Rolle. Wenn bei therapie-resistenten Patienten die Therapeuten ihre Manualtreue steigern, war das kontraproduktiv
Zu Punkt 1.4. Erwartungshaltungen der Patienten: insbesondere, wenn sie aus Erklärungen für die Störung und der Erklärung der geplanten Behandlung resultieren und diese vom Patienten akzeptiert werden		Wampold & Imel (2015): haben Vorhersagekraft für Therapie-outcome
Zu Punkt 1.5. *Wahrgenommene* Kompetenz und Glaubwürdigkeit des Therapeuten		Jacobi, 2006, S. 573 Empirisch gut abgesichertes Prozessmerkmal mit positiven Einfluss auf das Therapieergebnis Wampold & Imel (2015): Kompetenzmerkmale des Therapeuten als Prädiktor für den Therapieerfolg sind stark durch die Patienten-Einschätzung der Kompetenz des Therapeuten beeinflusst

Punkt 2. Störungs-bilder Psycho-therapie		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.1. ADHS; Hyperkinetische Störungen (F90)	S3 Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter“: Empfohlen werden psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen; in Abhängigkeit vom Alter des Kindes und dem Ausprägungsgrad der Störung sowie von den konkreten Bedingungen des Patienten, seines Umfeldes, den Präferenzen des Patienten und seiner relevanten Bezugspersonen und den Behandlungsressourcen wird (auch) eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik empfohlen Psychosoziale Interventionen umfassen die nach einer Ausbildung erlernten, bewussten und geplanten psychologischen, psychotherapeutischen und sozialen Interventionen zur Verminderung von ADHS oder komorbiden psychischen Störungen. Psychosoziale Interventionen können direkt an den Patienten oder seine Bezugspersonen (z.B: Eltern, Lehrer, Partner) gerichtet sein oder auch das nähere oder weitere Umfeld des Patienten (Familie, Kindertagestätte, Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde) einbeziehen. Psychosoziale Interventionen können von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werden, wenn sie eine entsprechende Qualifikation besitzen, beispielsweise Psychologen und Psychotherapeuten, Ärzten, Pädagogen, Ergotherapeuten oder Sozialarbeitern.	nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für hyperkinetische Störungen F90 der **systemischen Familientherapie** für hyperkinetische Störungen (F90) Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Works well: Behavioral parent training (BPT); Behavioral classroom management (BCM); Behavioral peer interventions (BPI); Combined behavior management interventions; Organization training[ii] (s. Steven W. Evans, Julie Sarno Owens & Nora Bunford, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology (2014)* Zenglein et al., 2013 im Vorschulalter: Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen: Triple P (nur Reduktion ODD bei 3-jährigen); New Foresst Parenting Package (hier Reduktion von ADHS-Symptomen bei 3-jährigen); Parent Child Interaction Therapy (deutliche Effekte auf hyperaktives Verhalten im Vorschulalter Hoza, Betsy; Kaiser, Nina; Hurt. Elizabeth (2008): Evidence-Based Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 197–220.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.2. Störung des Sozial-verhaltens, oppositionelles Trotzverhalten (F91)	S3-LL Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung (9/2016) Eltern- und familienzentrierte Interventionen (Elterntraining – Kinder bis 12 Jahren – einschließlich Erzieher-/Lehrertraining, ergänzend patientenzentrierte Interventionen (z.B. soziale Kompetenz-trainings einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung möglichst in Kombination mit Elterntrainings und gegebenenfalls schulzentrierten Interventionen. Die Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapiekonzept beruhen	nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für Störung des Sozialverhaltens F91 sowie kombinierte des Sozialverhaltens und der Emotionen F92 der **systemischen Familientherapie** für Verhaltensstörungen (F91 bis F92) Gemäß den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG beschlossenen "Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 33, 18.08.2000) liegen für **analytische und tiefenpsychologisch Verfahren** Wirksamkeitsstudien bei Kindern und Jugendlichen: Verhaltensstörungen Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: bei Kindern Works well: Behavior Therapy; Individual Parent Management Training Works: Individual CBT; Problem-solving skills training (Standard; Plus practice; Plus parent management training) Group assertiveness training (Counselor-led; Peer-led); Multidimensional treatment foster care; Multisystemic Therapy (s. Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 215-237) Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: bei Jugendlichen Works well: Combined behavioral therapy, CBT, and family therapy; speziell: Multisystemische Therapie Works: CBT; combined behavioral therapy, CBT, and family therapy (s. McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45,* 529-563. Feindler, Eva L.; Gerber, Meghann (2008): TAME: Teen Anger Management Education. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 139–169. Lester, Patricia; Rotheram-Borus, Jane; Elia, Carla; Elkavich, Amy; Rice, Eric (2008): TALK: Teens and Adults Learning to Communicate. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 170–285. Powell, Nicole; Boxmeyer, Caroline L.; Lochman, John E. (2008): Social Problem-Solving Skills Training: Sample Module from the Coping Power Program. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 11–42. Boxer, Paul; Frick, Paul J. (2008): Treating Conduct Problems, Aggression, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: An Integrated View. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 241–260. McMahon, Robert J.; Kotler. Julie S. (2008): Evidence-Based Therapies for Oppositional Behavior in Young Children. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 221–240. Foster, Sharon L.; Bussman, Julie R. (2008): Evidence-Based Approaches to Social Skills Training with Children and Adolescents. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 409–428. Deas, Deborah; Gray, Kevin; Upadhyaya, Himanshu (2008): Evidence-Based Treatments for Adolescent Substance Use Disorder. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 429–446.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.3.1. Angst-störungen	S3-LL: Behandlung von **Angst**störungen: kognitive Verhaltenstherapie mit Expositionselementen bei agoraphobischen Vermeidungselementen + Orientierung an Therapiemanualen; psychodynamische Psychotherapie, wenn KVT nicht wirksam, nicht verfügbar oder Pat es wünscht KVT als Gruppentherapie	nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für Affektive Störungen (F30-39), Angststörungen (F40-42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; der **systemischen Familientherapie** für Affektive Störungen (F30 bis F39); Unter Berücksichtigung der kontrollierten Studien mit gemischtem Klientel kann für folgende Anwendungsbereiche der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit der **Gesprächspsychotherapie** festgestellt werden: Affektive Störungen, Angststörungen (nicht explizit für den Bereich Kinder und Jugendliche) Gemäß den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG beschlossenen "Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 33, 18.08.2000) liegen für **analytische und tiefenpsychologisch Verfahren** Wirksamkeitsstudien bei Kindern und Jugendlichen vor: Affektive Störungen, Angststörungen und emotionale Störungen Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: works well: Individual CBT for Anxiety works: CBT mit Eltern; CBT und Medikation s. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita. (in press). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Kearney, Christopher A.; Stowman, Stephanie; Haight, Courtney; Wechsler, Adrianna (2008): Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 286–313. Beidas, Rinad S.; Podell, Jennifer L.; Kendall, Philip C. (2008): Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat ProgramL. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 405–430. Silverman, Wendy, K.; Pina, Armando A. (2008): Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Yoth. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 65–82. Silverman, Wendy, K.; Pina, Armando A.; Visweswaran, Chockalingam (2008): Evidence-Based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 37 (1), S. 105–130. Ollendick, Thomas H.; Pincus, Donna (2008): Panic Disorders in Adolescents. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 83–102. Randall, Camille J.; Vernberg, Eric M. (2008): Evidence-Based Treatments for Children with Serious Emotional Disturbance. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 389–408.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.3.2. depressive Störungen	S3-Leitlinie Behandlung von **depressiven** Störungen bei Kindern[iii] und Jugendlichen: Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten. Wenn bei älteren Kindern oder Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollten eine psychodynamische oder eine systemische Psychotherapie empfohlen werden. Insbesondere bei den Künstlerischen Therapien, Ergotherapie und Maßnahmen der Jugendhilfe stehen der bisher unzureichenden Evidenz positive Erfahrungen aus der klinischen Praxis gegenüber. Obwohl derzeit keine evidenzbasierte Empfehlung für diese Interventionen als spezifische Maßnahmen bei depressiven Störungen ausgesprochen werden kann, soll dies keineswegs dazu führen, dass sie nicht mehr angeboten werden.	Voderholzer & Barton (2016): bei chronischen und therapieresistenten depressiven Störungen: CBASP (cognitive and behavioral analysis system of psychotherapy) Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Kinder: Works well: CBT for Depression group; child only CBT for Depression child group plus parent component Works: Verhaltenstherapie; Jugendliche: Works well: CBT for Depression group, adolescent only; Individual Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Depression Works: individuelle CBT; CBT for Depression group + Elternberatung; individuelle CBT; individuelle CBT + Eltern-/Familienkomponente s. David-Ferndon, C., Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 62-104. Berk, Michele S.; Brown, Gregory K.; Wenzel, Amy; Henriques, Gregg R. (2008): A Cognitive Therapy Intervention for Adolescent Suicide Attempters: An Empirically-Informed Treatment. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 431–455. Cummings, Colleen M.; Fristad, Mary A. (2008): Mood Disorders in Childhood. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 145–160. Curry, John F. Becker. Sara J. (2008): Empirically Supported Psychotherapies for Adolescent Depression and Mood Disorders. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 161–176. Spirito, Anthony; Esposito-Smythers, Christianne (2008): Evidence-Based Therapies for Adolescent Suicidal Behavior. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 177–196.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.3.3. Zwangsstörungen	**Zwangs**störungen – S3-LL (z. Zt. überarbeitet) störungsspezifische KVT einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie 1. Wahl; Zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen kann die Anwendung der Acceptance and Committment Therapy (ACT) in Erwägung gezogen werden. Die Einbeziehung von engen Bezugspersonen bei der Durchführung einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist zu empfehlen. Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.	Wewetzer & Wewetzer (2014) **Zwang**: Psychoedukation, Kognitive Verhaltenstherapie, Exposition mit Reaktionsmanagement, familienzentrierte Interventionen – 30-40% profitieren nicht oder nur ungenügend Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Works: Individual CBT Family Focused Individual CBT s. Freeman, J., Garcia, A., Frank, H., Benito, K., Conelea, C., Walther, M., & Edmunds, J. (2013): Evidence-Base Update for Psychosocial Treatments for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* Storch, Eric A.; Larson, Michael; Adkins, Jennifer: Geffken, Gary R.; Murphy, Tanya K.; Goodman, Wayne K. (2008): Evidence-Based Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 103–120.

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.4. Störungen sozialer Funktionen (F94) mit Beginn in Kindheit/Jugend (darunter: Mutismus, Bindungsstörungen)	Bindungsstörungen: Falls Beratung und Psychoedukation nicht ausreichen, sollen zur Therapie der Bindungsstörungen interaktions- und beziehungsorientierte Eltern-Kind-Therapien it den aktuellen Bezugspersonen durchgeführt werden. Bei Indikation sollen einzeltherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen		nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für reaktive Bindungsstörungen F94 (darunter auch F94.0 Mutismus) der **systemischen Familientherapie** für reaktive Bindungsstörungen (F94)

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.5. Nichtorganische Ausscheidungsstörungen (F98.0 und F98.1)	Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k) Version 26.9.2015 Die Therapie der **Enuresis nocturna** beginnt immer erst ab dem Alter von 5;0 Jahren. Der erste Schritt ist die Erstellung einer Baseline mit Kalenderführung. Für die Kinder, die weiter einnässen, ist das Mittel der Wahl eine apparative Verhaltenstherapie (AVT) mit einem Weckgerät. Die Behandlung der **Enuresis am Tag** (funktionelle Harninkontinenz) richtet sich nach der Diagnose: Bei der Dranginkontinenz hat sich ein kognitives Training bewährt. Die Kinder werden aufgefordert, den Harndrang wahrzunehmen, auf die Toilette zu gehen und dieses in einem Plan (so genannte „Fähnchenpläne“) zu vermerken. Die **Enkopresis** soll nicht vor dem Alter von 4;0 Jahren diagnostiziert und kann danach behandelt werden (dann Toilettentraining)	DGSPJ-QZ: Psychoedukation, Toilettenschickzeiten, positive Verstärkungen; Kalenderführung, apparative Verhaltenstherapie	Friman, Patrick C. (2008): Evidence-Based Therapies for Enuresis and Encopresis. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 311–334.
	Zu Punkt 2.1.6. Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	S1-LL Nichtorganische Schlafstörungen (F51) Stand: 01.07.2018 , gültig bis 31.12.2021: Wirksamkeitsnachweise existieren vor allem für verhaltenstherapeutische Interventionen bei Insomnien im Kindes- und Jugendalter. U.a.: Bei älteren Kindern: kognitiv-behaviorale Interventionen (KVT-I), welche Aufklärung über altersgerechte Schlafdauer und kindgerechte Schlafumstände sowie das Einüben von altersorientierten Entspannungstechniken, die Berücksichtigung und Bewältigung kindlicher Ängste und negative schlafbezogene Kognitionen und daher auch kognitives Umstrukturieren etc. umfasst. Neben den Kind-orientieren Verfahren sollten auch die Eltern adressiert werden,		
	Zu Punkt 2.1.7. Adipositas (insbesondere E66.0)	S3-Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (wird z.Zt. überprüft): verhaltenstherapeutische		Johnston, Craig A.; Tyler, Chermaine (2008): Evidence-Based Therapies for Pediatric Overweight. In: Ric G. Steele, T.

		Maßnahmen zur Einübung flexible kontrollierten Essverhaltens; positive Verstärkung, Stimulus-Kontrolle		David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 355–372.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.8. Essstörungen (F50)	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (abgelaufen; wird z.Zt. überprüft): empathische, wertungsfreie, nicht vorwurfsvolle therapeutische Haltung; Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses; sachliche und ausführliche Information über Essstörung und ihrer Risiken; gemeinsamer Behandlungsplan ist anzustreben; Einbeziehung der Eltern essenziell; Allparteilichkeit	nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für Essstörungen (F50) der **systemischen Familientherapie** bei Kindern und Jugendlichen für Essstörungen (F50) Gemäß den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG beschlossenen "Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 33, 18.08.2000) liegen für **analytische und tiefenpsychologisch Verfahren** Wirksamkeitsstudien bei Kindern und Jugendlichen vor: Essstörungen Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: **Anorexie**: Works well: Family Therapy Behavioral; Works: Family Therapy-Systemic; Insight-Oriented Psychotherapy (Individual) Lock, James (2015): An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 44 (5), S. 1–15. Lock, James; Le Grange, Daniel (2008): A Manual for the Family Treatment of Anorexia Nervosa. In: Craig Winston LeCroy (Hg.): Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents. 2nd ed. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, S. 469–490. Gleaves, David H.; Latner, Janet D. (2008): Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents with Eating Disorders. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 335–354. **Bulimie**: Might work: Family Therapy behavioral; CBT Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 44(5), 707–721.

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.1.9 Tic-Störungen (F94)	S3 (angestrebt)-LL angemeldet; bisherige S1-LL hatte zu geringen Evidenzgrad Die Evidenzbasis für die Wirksamkeit der Behandlung von chronischen Tic-Störungen ist als sehr gering anzusehen. Diagnosestellung und Aufklärung wichtiger Bezugspersonen spielt wichtige Rolle		nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für Tic-Störungen (F95) der **systemischen Familientherapie** für Tic-Störungen (F95)

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.2. Autismus-Spektrum-Störungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	Bislang nur S3-LL zur *Diagnostik* tiefgreifender Entwicklungsstörungen	nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen für Autistische Störungen F84 Poustka et al., 2012: Autismus-Spektrum-Störungen: ABA/EIBI (early intensive behavioral intervention) + DTT (Discrete Trial Learning) Campbell, Jonathan M.; Herzinger, Caitlin V.; James, Carrah L. (2008): Evidence-Based Therapies for Autistic Disorders and Pervasive Developmental Disorders. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 373–388. Society of Clinical Child & Adolescent Psychology Autismus: Works well: Individual, comprehensive Applied Behavior Analysis; Teacher-implemented, focused Applied Behavior Analysis +DSP (developmental social-pragmatic model = developmental intervention that focuses on initiation and spontaneity in communication and following the child's focus of attention and motivations) s. Smith T. & Iadarola, S. (2015) Evidence base update for autism spectrum disorder. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44, 897-922.

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.3. Maßnahmen bei Intelligenzminderung (F7; oder F0, hirnorganische Störungen)	S2k-LL Praxisleitlinie Intelligenzminderung: bewährt haben sich systemische Sichtweisen und individualisierte Kombinationen verschiedener psychotherapeutischer und supportiver Techniken – Grundregeln: Geduld, Vertrauen, Distanz, haltende und stützende Atmosphäre, Arbeiten mit der Dynamik von Sein und Handeln, Integration sprachlicher Anteile, Planung		Stawski & Sobanski (2014); Harvey et al. (2009); Prout & Browning (2011); Didden et al. (2006); Jahoda, (2016) Überblicke in deutscher Sprache vgl. Schanze (2014)

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (wird z.Zt. überprüft): Traumabehandlung nur durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Traumatherapeutische Qualifikation nötig	Zehnder et al., 2006 Psychoedukation Stress- und Angstmanagement Trauma-Exposition Abbau von Vermeidungsverhalten Kognitives Umstrukturieren Entspannungstechniken nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für Belastungsstörungen (F43); der **systemischen Familientherapie** für Belastungsstörungen (F43) Unter Berücksichtigung der kontrollierten Studien mit gemischtem Klientel kann für folgende Anwendungsbereiche der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit der **Gesprächspsychotherapie** festgestellt werden: (nicht explizit für den Bereich Kinder und Jugendliche): Anpassungsstörungen Gemäß den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG beschlossenen "Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 33, 18.08.2000) liegen für **analytische und tiefenpsychologisch Verfahren** Wirksamkeitsstudien bei Kindern und Jugendlichen vor: Belastungsstörungen sind die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung der **EMDR-Methode** in dem Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen, F 43) bei Erwachsenen erfüllt

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.5. somatoforme Störungen (F45) (darunter auch anhaltende und chronische Schmerzstörung[iv])	u.a. S1-LL Chronischer Schmerz (aktuell abgelaufen; in Überarbeitung): Psychotherapie (z.B. Verhaltenstherapie, Traumatherapie, Entspannungsverfahren)		Cohen, Lidsey L.; MacLaren, Jill E.; Lim, Crystal S. (2008): Pain and Pain Management. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 283–296. nach Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftliche Anerkennung der **Verhaltenstherapie** bei Kindern und Jugendlichen für somatoforme Störungen (F45) Gemäß den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG beschlossenen "Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 33, 18.08.2000) liegen für **analytische und tiefenpsychologisch Verfahren** Wirksamkeitsstudien bei Kindern und Jugendlichen vor: andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.6.1. Somatoforme **(Schmerz-) Störungen, Kopfschmerzen, 2.6.2. Epilepsie und 2.6.3. onkologische Erkrankungen** Bislang hier auch: Chronische Erkrankungen im Kindesalter (hier u.a.: Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, F54)	Kopfschmerzen, Migräne Epilepsie S2e-LL angemeldet Onkologische Erkrankungen S3-LL: Orientierungshilfe; supportive Therapie; Krisenintervention; Familien-, Paar- und Erziehungsberatung; Vor- und Nachbereitung zu medizinischen Eingriffen; Psychotherapie; Entspannungsverfahren	Verschiedene Leitlinien unter Mitarbeit/Leitung Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Hier erwähnt: kognitiv - verhaltenstherapeutische Verfahren, wie z.B. Ablenkungsstrategien, kognitive Umbewertung und positive Visualisierung; oder Imagination, Hypnose, Relaxationsübungen, Entspannungsverfahren	Elkin, T. David; Stoppelbein, Laura (2008): Evidence-Based Treatments for Children with Chronic Illnesses. In: Ric G. Steele, T. David Elkin und Michael C. Roberts (Hg.): Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice. Boston, MA: Springer Science+Business Media LLC (Issues in Clinical Child Psychology), S. 297–310. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie Unter Berücksichtigung der kontrollierten Studien mit gemischtem Klientel kann für folgende Anwendungsbereiche der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit der **Gesprächspsychotherapie** festgestellt werden: (nicht explizit für den Bereich Kinder und Jugendliche) somatische Krankheiten (F54, Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten)
	Zu Punkt 2.7.1. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (X84.9)	S2k-LL Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter: kognitive VT; dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente; kognitiv-analytische Therapie insgesamt noch ein niedriger Evidenzgrad		Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: CBT-Individual + CBT-Family + Parent Training Family-based therapy-Attachment Family-based therapy-Parent training Psychodynamic therapy-individual + Psychodynamic therapy-family

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 2.7.2. Fetales Alkoholsyndrom (Q86.0; + Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, F54)	Bislang nur S3-LL zur *Diagnostik*		

		Andere Quellen
Punkt 3 Spe-zifische Inter-ventions-maß-nahmen	**Zu Punkt 3.1. Verhaltenstherapie** – generell	Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Verhaltenstherapie Gegenüber dem Erwachsenenbereich ist die Evidenzsituation für die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen ungünstiger. Einige der Studien basieren auf kleinen Stichproben, sodass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in einzelnen Anwendungsbereichen eingeschränkt ist. Der Wissenschaftliche Beirat stellt die wissenschaftliche Anerkennung der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen für die folgenden Anwendungsbereiche fest: Affektive Störungen (F30-39) und Belastungsstörungen (F43) Angststörungen (F40-42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F44-45) und andere neurotische Symptome (F48) Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F54) Verhaltensstörungen (F90-92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Ticstörungen (F95) Autistische Störungen (F84) Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F60, 62, 68, 69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64-66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F20-F29) Zusammenfassend ist damit nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats (Deutsches Ärzteblatt 2000, Heft 33, A-2190) für alle sieben geprüften Bereiche bei Kindern und Jugendlichen die wissenschaftliche Anerkennung festzustellen.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 3.1.1. Kognitive Verhaltenstherapie		Wampold & Imel (2015): positive Effekte über viele Störungsbilder; meistens „strong research support“ Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Kinder: Works well: CBT for Depression group; child only CBT for Depression child group plus parent component Jugendliche: Works well: CBT for Depression group, adolescent only; Works: individuelle CBT; CBT for Depression group + Elternberatung; individuelle CBT; individuelle CBT + Eltern-/Familienkomponente s. David-Ferndon, C., Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 62-104.

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 3.2. Psychodynamische Psychotherapie			Wampold & Imel (2015): vergleichbare Effekte für dynamische Kurzzeit-Psychotherapie wie bei kognitiver VT

		Andere Quellen
	Zu Punkt 3.3. Klientenzentrierte Gesprächsführung	Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Gesprächspsychotherapie Unter Berücksichtigung der kontrollierten Studien mit gemischtem Klientel kann für folgende Anwendungsbereiche der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie festgestellt werden: Affektive Störungen Angststörungen Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten

		Andere Quellen
	Zu Punkt 3.4. Systemische Familientherapie	Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur systemischen Familientherapie: Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen (Stand 14.12.08) Insgesamt wurden 84 Publikationen zu insgesamt 55 Studien und zwei Metaanalysen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgelegt. 39 Studien beziehen sich auf vier der vom Wissenschaftlichen Beirat definierten acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 14 Studien beziehen sich auf die Behandlung von Patienten mit gemischten Störungen und zwei Studien beziehen sich auf Kosten-Nutzen-Analysen zur Systemischen Therapie. Zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen 2, 3, 6 und 8 wurden keine Studien vorgelegt. Zum Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen und Belastungsstörungen) wurden drei Studien vorgelegt. Hiervon werden zwei Studien anerkannt. Zum Anwendungsbereich 4 (Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen) wurden 13 Studien vorgelegt. Acht Studien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen, fünf Studien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit somatischen Erkrankungen. Hiervon werden fünf Studien anerkannt. Vier dieser Studien belegen die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Essstörungen und eine dieser Studien belegt die Wirksamkeit der Systemischen Therapie in dem Bereich der psychischen und sozialen Faktoren bei Asthma bronchiale. Zum Anwendungsbereich 5 (Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen) wurden insgesamt zehn Studien vorgelegt. Hiervon wurden sieben Studien geprüft, von denen sechs Studien anerkannt werden, welche die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom sowie bei delinquentem und dissozialem Verhalten belegen. Da hiermit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich bereits ausreichend belegt ist, wurde auf die Prüfung der weiteren drei Studien verzichtet. Zum Anwendungsbereich 7 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhafte Störungen) wurden insgesamt 13 Studien vorgelegt. Hiervon wurden zehn Studien geprüft, von denen drei Studien anerkannt werden, welche die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Drogen- und Substanzmittelmissbrauch belegen. Da hiermit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich bereits ausreichend belegt ist, wurde auf die Prüfung der weiteren drei Studien verzichtet. Weiterhin wurden 13 Studien vorgelegt, die die Effektivität der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit gemischten Störungen untersuchen und sich nicht eindeutig einem der acht Anwendungsbereiche zuordnen lassen. Hiervon werden acht Studien anerkannt. Der WBP hat demnach gemäß den anzuwendenden Beurteilungskriterien (Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 (33), A-2190, Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.09.2003), Deutsches Ärzteblatt 2004, 101(6), A-369) die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für die folgenden Anwendungsbereiche festgestellt: Affektive Störungen (F30 bis F39) und Belastungsstörungen (F43), Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5), Verhaltensstörungen (F90 bis F92), F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68 bis F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64 bis F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F20 – F29). Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: bei Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens Works well: Combined behavioral therapy, CBT, and family therapy; speziell: Multisystemische Therapie Works: CBT; combined behavioral therapy, CBT, and family therapy s. McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45,* 529-563.

		Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: **Anorexie**: Works well: Family Therapy Behavioral; Works: Family Therapy-Systemic; Lock, James (2015): An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 44 (5), S. 1–15. **Bulimie**: Might work: Family Therapy behavioral; CBT Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 44(5), 707–721.

		Leitlinien AWMF	Andere Quellen
	Zu Punkt 3.5. allgemein Neuropsychologische Verfahren	S2e-LL für Aufmerksamkeitsstörungen (erwachsene Pat.; DGN) Stand: 01.10.2011 (in Überarbeitung), gültig bis 30.09.2016: Bewährt haben sich (computergestützte) Therapieverfahren, welche spezifische Aufmerksamkeitsleistungen in alltagsähnlichen Situationen trainieren. Evaluierte Computergestützte Therapieverfahren sind das Attention Process Training (APT: Barker-Collo et al., 2009; Boman et al, 2004; Palmese et al., 2000; Pero et al., 2006; Sohlberg et al, 2000; Tiersky et al., 2005) und das deutschsprachige AIXTENT (jetzt CogniPlus: Engelberts et al., 2002; Sturm et al., 2003, 2004). Die Therapie sollte ein Training in verschiedenen sensorischen Modalitäten und verschiedenen Komplexitätsstufen umfassen Die übenden, die Restitution anregenden Verfahren können und sollten durch andere Maßnahmen wie z. B. lerntheoretisch fundierte Methoden, durch Hilfen bei der Organisation des Alltags aber auch durch Einbeziehung und Neuorganisation des Patientenumfelds (Kompensationsverfahren) ergänzt werden. Hierzu kann die Neugestaltung von Arbeitsplatz und häuslichem Umfeld gehören, die einerseits „reizarm“ zur Vermeidung von Ablenkungen, andererseits z.B. durch farbliche Markierung des eigentlichen Arbeitsbereichs helfen, die Aufmerksamkeit besser zu fokussieren. Angehörige und Kollegen, die als Ko-Therapeuten mit einbezogen werden können, sollten über die Einschränkungen der Aufmerksamkeitskapazität eines Patienten informiert werden und so selbst eine Reizüberflutung vermeiden. S2e-LL: Exekutivfunktionen bei neurologischen Erkrankungen; (erwachsene Pat.; DGN) Stand 18.11.2011). Die LL ist bis 12/2015 gültig: Bei Patienten, bei denen die kognitiven Defizite im Vordergrund stehen, sollten kognitiv übende Verfahren eingesetzt werden (einzeln, Gruppe, PC). Begleitend sollen Lösungsstrategien erarbeitet und etabliert werden. Für Patienten, bei denen Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund stehen, haben sich Verhaltensmanagementansätze als wirkungsvoll erwiesen, insbesondere die Methode des Zielmanagements. Diese Verfahren sind aufgrund der individuell notwendigen Anpassung an die Symptome des Patienten als Einzeltherapie durchzuführen. Kognitiv übende Verfahren können in vielen Fällen erfolgreich mit Methoden des Verhaltensmanagements kombiniert werden. Die Einbeziehung der Angehörigen ist bei diesem Störungsbild von besonderer Wichtigkeit.	

		□ Andere Quellen
	Zu Punkt 3.5.1. Biofeedback/Neurofeedback	□ Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Neurofeedbacktraining bei ADHS "might work" (s. Steven W. Evans, Julie Sarno Owens & Nora Bunford, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology (2014)*
	Zu Punkt 3.5.2. EMDR	Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zu EMDR Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen (12/2014) □ Von den insgesamt identifizierten zehn kontrollierten Studien, die sich auf den Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) bzw. das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) bei Kindern und Jugendlichen beziehen, können zwei nicht als Wirksamkeitsnachweise einbezogen werden, da keine randomisierte oder parallelisierte Gruppenzuweisung durchgeführt worden war (Nr. 9 und 10). Von den acht unabhängigen randomisiert kontrollierten Studien können fünf (Nr. 3, 4, 6, 7 und 8) nicht anerkannt werden, da entweder keine Effekte nachweisbar waren oder andere Einschränkungen der methodischen Studienqualität festzustellen waren (v. a. Patienten ohne festgestellte Anpassungs-/Belastungsstörung mit Krankheitswert, keine adäquate Diagnosestellung, keine reliable und valide Messung der Zielkriterien). □ Die Untersuchung von Scheck, Schaeffer und Gillette (1998, Nr. 1) kann nicht als Wirksamkeitsnachweis herangezogen werden, da der Altersbereich der Probanden (16-25 Jahre, M = 20,9 Jahre) zu einem größeren Teil nicht in dem Anwendungsbereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen lag und die Altersgruppen nicht differenziert wurden. □ Die Studie von Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand und Dolatabadi (2004, Nr. 4) wurde zwar in das Gutachten zur EMDR-Behandlung vom 06. Juli 2006 einbezogen, sie erfüllt jedoch nicht die Kriterien des Methodenpapiers 2.8, weil keine valide Diagnosestellung erfolgte und unklar bleibt, ob bei den Probanden eine PTBS mit Krankheitswert vorlag (Kriterien A2 und C1). Daher muss diese Studie für den vorliegenden Antrag negativ bewertet werden. □ Die zwei übrigen randomisiert kontrollierten Studien untersuchten die Wirksamkeit von EMDR bei PTBS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-12 (Nr. 2) bzw. 6-16 (Nr. 5) Jahren im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe. Jedoch können beide nicht als Wirksamkeitsnachweise für EMDR anerkannt werden. □ Bei der Untersuchung von Ahmad, Larsson und Sundelin-Wahlsten (2007, Nr. 5) bestehen Hinweise auf fehlerhafte Analysen (Unstimmigkeiten zwischen Mittelwerten und Standardabweichungen in den Tabellen und den im Text berichteten Ergebnissen der Kovarianz-Analysen hinsichtlich der primären Zielkriterien). Die vom WBP befragten Autoren sahen sich außer Stande, diese widersprüchlichen Angaben aufzuklären. Weiterhin wurde in dieser Studie eine relativ hohe Anzahl an potenziellen Teilnehmern mit der Begründung ausgeschlossen, dass eine andere Behandlungsform notwendig gewesen sei. Hierfür wurden jedoch keine Entscheidungskriterien genannt und es wurde keine Vergleichs analyse der eingeschlossenen vs. ausgeschlossenen Probanden durchgeführt. □ Bei der Studie von Chemtob, Nakashima und Carlson (2002, Nr. 2) fehlt eine statistische Interaktionsüberprüfung zwischen Wartekontrollbedingung und Treatmentbedingung. Ein Warteeffekt wurde mittels t-Test für zwei sekundäre, nicht jedoch für das primäre Zielkriterium überprüft (dieses wurde nicht zu beiden Messzeitpunkten der Wartezeit erhoben). Auch werden keine Rohwerte zur Wartezeit angegeben. In die nachfolgenden Varianzanalysen werden beide Untersuchungsgruppen als Interventionsgruppen eingeschlossen. Dieses Vorgehen entspricht nicht der für eine kontrollierte Studie notwendigen Ergebnisauswertung. □ In keiner der geprüften Studien wurden unerwünschte Wirkungen erfasst. Bei der Literaturrecherche des Wissenschaftlichen Beirats wurden jedoch keine Studien identifiziert, die unerwünschte Wirkungen der EMDR-Methode nachweisen. □ Die in einer wissenschaftlichen Zeitschrift mit Peer-Review-Verfahren veröffentlichte Meta-Analyse (Nr. 11) zeigte, dass die EMDR-Methode sowohl im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen und nicht-etablierten Traumabehandlungen als auch im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Traumatherapie (CBT) wirksam ist. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass

		in dieser Meta-Analyse größtenteils Studien mit Stichproben ohne (diagnostisch valide) gestellte PTBS-Diagnose eingingen und die Analyse auf lediglich sieben Studien (mit je kleinen Stichproben) beruht. Darüber hinaus fiel die Effektstärke für den Vergleich zu CBT (n = 2 Studien) gering aus. Keine der in der Meta-Analyse berücksichtigten Studien wurde im Rahmen dieses Gutachtens anerkannt. Aus diesen Gründen liefert die Metaanalyse keine zusätzlichen Informationen. □ Damit sind gemäß Methodenpapier 2.8 weder die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung von EMDR für das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) noch die Kriterien für die Anerkennung von EMDR für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) erfüllt. Insgesamt kann daher die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für diesen Anwendungsbereich nicht festgestellt werden. Die Wirksamkeit der EMDR-Methode bei erwachsenen Patienten mit PTBS - in einigen Studien allerdings vergleichbar mit den Effekten einer Expositionsbehandlung - belegen acht Studien. Da mindestens eine Studie vorliegt, in der eine Katamnese von mindestens sechs Monaten durchgeführt und die Stabilität der Effekte belegt wurde, sind die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung in dem Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen, F 43) erfüllt. Es ist allerdings anzumerken, dass der wissenschaftliche Nachweis für die Wirksamkeit der für die EMDR spezifischen Techniken (insbesondere der bilateralen Stimulation) bisher nicht eindeutig erbracht ist. Die beiden in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichten Meta-Analysen kommen eher zu dem Schluss, dass die EMDR-Methode im Vergleich zu Kontrollbedingungen und Behandlungen ohne Traumaexposition wirksam ist, dass aber kein systematischer Unterschied zu Expositionsbehandlungen nachgewiesen werden konnte.

		Andere Quellen
	Zu Punkt 3.6.1. Elternberatung, -training und Punkt 3.6.2. Einbezug der Eltern als „add“-on zur Einzelbehandlung	Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: bei oppositionellen Verhaltensweisen und Störung des Sozialverhaltens bei Kindern Works well: Individual Parent Management Training Works: Individual CBT; Problem-solving skills training (Plus parent management training) (s. Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 215-237) Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: bei Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens Works well: Combined behavioral therapy, CBT, and family therapy; speziell: Multisystemische Therapie Works: CBT; combined behavioral therapy, CBT, and family therapy s. McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45,* 529-563. Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Angststörungen works: CBT mit Eltern; CBT und Medikation s. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita. (in press). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Kinder mit Depression Works well: CBT for Depression child group plus parent component Jugendliche mit Depression Works: CBT for Depression group + Elternberatung; individuelle CBT + Eltern-/Familienkomponente s. David-Ferndon, C., Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 62-104. Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: Zwangsstörungen Works: Family Focused Individual CBT s. Freeman, J., Garcia, A., Frank, H., Benito, K., Conelea, C., Walther, M., & Edmunds, J. (2013): Evidence-Base Update for Psychosocial Treatments for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*

		Leitlinien AWMF	Andere Leitlinien, auch DGSPJ-QZ	Andere Quellen
	Zu Punkt 3.6.3. Umfeldmaßnahmen			Society of Clinical Child & Adolescent Psychology: works well: Behavioral classroom management bei ADHS, ebenso Behavioral peer interventions s. Steven W. Evans, Julie Sarno Owens & Nora Bunford, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology (2014)*
	Zu Punkt 3.6.4. Einzel- vs. Gruppenbehandlung – Wirkfaktor in Gruppentherapien: Gruppenkohäsion	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist in der Behandlung von Patienten mit **Zwangsstörungen** auch im Gruppensetting wirksam.		Voderholzer & Hohagen (2016): eher vergleichbarer Effekt; keine Überlegenheit des einen Settings über das andere bislang nachweisbar
	Zu Punkt 3.6.5. Bibliotherapie, Ratgeber	Bei Angststörungen *nicht* als Monotherapie einsetzen		

		Andere Quellen
	Zu Punkt 3.6.6. Additive Effekte von Psychotherapie gegenüber Medikation	Society of Clinical Child & Adolescent Psychology bei Angststörungen works: CBT und Medikation s. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita. (in press). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.

4.4 Charakteristische Fälle zur Behandlung in der Sozialpädiatrie unter dem Aspekt der Stufenversorgung

4.4.1 Behandlungen auf der Ebene der Grundversorgung in der Praxis. Fall 1
4.4.2 Behandlungen in einem kombinierten Setting Praxis- Institution. Fall 2
4.4.3 Behandlungen in Institutionen (SPZ, Klinik, KJP). Fall 3+4

Einleitung

Die nachfolgenden Fallvorstellungen sind anonymisierte Fallvignetten aus mehreren kinder- und jugendärztlichen Praxen mit Tätigkeitsschwerpunkt Entwicklungs- und Sozialpädiatrie, SPZ und sozialpädiatrischen Klinken. Sie stellen typische Fragestellungen und Situationen aus dem Bereich der Entwicklungsstörungen, chronischen Krankheiten und Behinderungen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen dar. Beispielhaft leitet sich der erforderliche Zeitaufwand ab, der notwendig ist, um die jeweiligen Anforderungen der Patienten und ihrer Eltern auf der Stufe der sozialpädiatrischen Grundversorgung sowie auch in den sozialpädiatrischen Zentren und in der Klinik zu erfüllen. Entsprechend den Kriterien des IVAN-Papiers I zur Stufendiagnostik in der Sozialpädiatrie entspricht dies dem multiprofessionellen Ressourcenverbrauch in der 2. bis 3. Stufe und umfasst die interdisziplinäre Vorgehensweise im Rahmen der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS), wie sie im „Altöttinger Papier“ zur Strukturqualität der SPZ beschreiben ist (DGSPJ, Version 3.0, 2016).
Je nach vorliegenden Komorbiditäten und sozialen Kontextfaktoren können sich in ähnlichen Realfällen der diagnostische Aufwand und damit auch der zeitliche Ressourcenverbrauch verändern.

Die Diagnostik erfolgt im Rahmen der definierten Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie MBS. Es werden Informationen aus allen für eine spezifische Störung relevanten Einflussbereichen gewonnen. Die Klassifikation der Krankheiten und Verschlüsselung der Diagnosen erfolgt nach ICD der WHO in der jeweils gültigen Version.

Patienten, die einer sozialpädiatrischen Behandlung bedürfen, haben in aller Regel eine komplexe Problematik, die einerseits durch die Chronizität der Krankheit bzw. Entwicklungs- oder Verhaltensstörung, andererseits auch durch Multimorbidität gekennzeichnet ist. Häufig besteht gleichzeitig eine Koppelung mit belastenden psychosozialen und emotionalen Faktoren. Diese können essentiellen Stellenwert in der Behandlungsplanung haben. Die Differenzierung zwischen solchen Problemursachen, die in der individuellen Disposition des Kindes liegen, und der Beeinflussung durch psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren kann im Einzelfall schwierig sein, zumal die entsprechenden Informationen durch die Bezugspersonen des Kindes nicht selten erst mit wachsendem Vertrauen zu den behandelnden Fachmitarbeitenden offen gelegt werden.

Zusammenfassend werden bei der Behandlung in der Sozialpädiatrie folgende Ansätze verfolgt:

1. Biographische und störungsspezifische Anamnese
2. Diagnostik i.S. der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik MBS
3. Beratung
4. Evaluationsgesteuerte Intervention und Therapie
5. Prozess-Diagnostik: Diagnostisch-therapeutischer Prozess, z.B. für problematische Komplexfälle

Erläuterung zu 5.:
Der diagnostisch-therapeutische Prozess gründet auf einer abgeschlossenen diagnostischen Primärphase üblicher Art in der MBS. Am Ende dieser Phase mit vorläufiger Diagnosestellung, die weiter evaluiert werden muss, wird ein Behandlungsplan erstellt und auf diesem Erkenntnisstand eine Intervention eingeleitet. Durch den Beziehungsaufbau zu der Therapeutin/dem Therapeuten entsteht eine Vertrauenssituation, in der auch bis dahin nicht erkannte Themen und Probleme angesprochen werden.
Diese Erkenntnisse werden im Regelfall in Absprache mit dem Patienten bzw. seinen Bezugspersonen im multiprofessionellen Team diskutiert. Es resultiert die notwendige Re-Evaluation der diagnostischen Ausweisung. Je nach Ergebnis der Bewertung kann sich daraus die Notwendigkeit für eine erneute diagnostische Phase unter veränderten Gesichtspunkten ergeben, ebenso eine Änderung der Therapie bis hin zur Beendigung der primär im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses eingeleiteten Maßnahme.
Nicht immer wird der diagnostisch-therapeutische Prozess als Prozessdiagnostik bewusst eingesetzt. Oft resultiert er aus dem therapeutischen Bezugs- und Vertrauensrahmen, so dass aus einer laufenden Therapie heraus neue diagnostische Erkenntnisse resultieren. Auch in diesem Fall ist über die Diskussion im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der unterschiedlichen Kompetenzen des Teams das weitere Vorgehen zu beraten und in Abstimmung mit dem Patienten bzw. seinen Bezugspersonen umzusetzen.

Die Vorgehensweise des diagnostisch-therapeutischen Prozesses ist grundsätzlich der Therapie zuzuordnen, da in dieser Behandlungsform therapeutisch gearbeitet wird. Nachdem die diagnostischen Prozesse aber unter Umständen therapieverändernd wirken, ist der diagnostisch-therapeutische Prozess als modifizierte Form der Diagnostik bei den Fallbeispielen als eigene Rubrik eingeführt. Die Bedeutung dieser Behandlungsebene liegt in dem unter Umständen hohen zeitlichen Aufwand, der ein Vielfaches des eigentlichen und ursprünglichen Settings im Rahmen der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik MBS umfassen kann. Dies spiegelt sich bei den Fallbeispielen durch den wöchentlich kalkulierten Zeitrahmen wider. Die Dauer des diagnostisch-therapeutischen Prozesses sollte ein halbes Jahr nicht überschreiten.

Bei besonderen Schwierigkeiten in der diagnostischen Zuordnung oder multiplen Auffälligkeiten und Problemen in Therapie oder anderer Intervention bzw. mit sozialen Kontextfaktoren ist die Indikation für die stationäre Aufnahme in einer spezialfachärztlichen sozialpädiatrischen Abteilung zu prüfen.

4.4.1 Fallbeispiel Behandlung auf der Ebene der Grundversorgung in der Praxis

Fall 1: Mädchen, 7;1 Jahre

Vorstellungsgrund:
Nach früherer Therapie wegen Sprachentwicklungsstörung jetzt Vorstellung auf nachdrückliche Bitte der Lehrerin mit Wunsch nach Ergotherapie.

Anamnese:
Sie gehe in die erste Klasse und den Schulhort. Sie habe Deutsch-Förderunterricht. Sie schreibe zu langsam und habe eine „schlechte Schrift". Schwangerschafts- und Geburtsanamnese unauffällig. Mit 5 Jahren wegen gestörter expressiver Sprachentwicklung (Wortschatz, Grammatik, Artikulation) 20 Einheiten Logopädie. Kognitive Entwicklung bisher in Vorsorgen als altersgerecht beurteilt. Eltern beide berufstätig, Mutter Verwaltungsfachangestellte, Vater technischer Zeichner, wenig Zeit im Familienalltag. Großeltern und restliche Familie wohnen weit weg. Familienanamnese unauffällig. 9 Jahre alte Schwester mit unauffälliger Entwicklung.

Diagnostik:

Ausführliche Anamnese mit der Mutter / den Eltern	30 min.
Pädiatrisch-internistische Basisuntersuchung: altersentsprechend.	10 min.
Pädiatrisch-neurologische Basisuntersuchung: feinmotorische Defizite	15 min.
Entwicklungstest BUEGA, normale Kognition	45 min.
Problem-Fragebogen für Lehrerin	5 min.

Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie MBS
durch die kinder- und jugendärztliche Praxis:
E Entwicklungsstand / Intelligenz:
durchschnittliche Intelligenz.
Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik ICD-10, F82.1G
K Körperlich-neurologischer Befund: Normalbefund
P Psychischer Befund: Normalbefund
S Soziale Begleitumstände: unauffällig
A Ätiologie: aktuell kein pathologisches Korrelat
ICF-CY: Schwierigkeiten bei Lernen und Schreiben.

(Be-)Handlungsplan:
Kindzentriert: Ergotherapie, motorisch-funktionelle Behandlung 20 Einheiten pro Woche á 45 min.; Eingangs- und Abschlussdiagnostik mit FEW-2, Untertests zu Visuomotorischer Integration.
Elternzentriert: Aufklärung der Eltern über Bedeutung und Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Fertigkeiten 5 min.
Förderndes Verhalten der Eltern (gemeinsame Spiele, Basteln, Einschränkung des Medienkonsums). MFA 10 min.
Umgebungszentriert: Rückmeldung an die Schule durch die Eltern über eingeleitete Maßnahmen.

Behandlungsziel:
Förderung der Graphomotorik, entspannteres Schreiben, Erleichterung des Schulalltags.
Kontrolle des Behandlungserfolgs:
Nach 20 Therapieeinheiten Kontrolle des Behandlungserfolgs mittels externer Testdiagnostik (Ergotherapie) und anhand der Schulhefte 10 min.

Je nach Verlauf: orientierende Prüfung der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten bei Risiko-Anamnese (Z. n. expressiver SES) und Komorbidität 15 min.

Anmerkungen:
Die nach individueller Notwendigkeit durchgeführten Abstimmungen innerhalb der Praxis und nach extern zur Vor- und Nachbereitung, der diagnostisch-therapeutische Prozess und die schriftlichen Berichte wurden nicht gesondert aufgeführt.

4.4.2 Fallbeispiel Behandlung in kombiniertem Setting Praxis - Institution

Fall 2: Junge, 4;6 Jahre

Vorstellungsgrund:
Der Junge wird mit einer expressiven Sprachentwicklungsstörung (Wortschatz, Grammatik, Artikulation) vorgestellt.

Anamnese:
Nach Eindruck der Eltern seien das Sprachverständnis und das Gehör unauffällig. Die motorische und die kognitive Entwicklung wurde in den bisherigen Vorsorgeuntersuchungen als altersgerecht beurteilt, auffällig war ein später Sprachbeginn. Die Schwangerschafts- und. Geburtsanamnese zeigen keine Auffälligkeiten Die ältere Schwester habe sich problemlos entwickelt. Beide Eltern seien berufstätig und hätten wenig Zeit im Alltag. Die Muttersprache sei Deutsch, der Vater spreche überwiegend Türkisch. Er habe als Kind ebenfalls Sprachauffälligkeiten gehabt und in logopädische Behandlung erhalten. Seit kurzem gehe der Junge in den Kindergarten und habe, abgesehen von der sprachlichen Situation, keine Beeinträchtigung der sozialen Interaktion.

Diagnostik:

Ausführliche Anamnese mit den Eltern	30 min.
Pädiatrisch-internistische Basisuntersuchung: altersentsprechend	10 min.
Pädiatrisch-neurologische Basisuntersuchung, incl. entwicklungsdiagnostische Items: Sprache auffällig	15 min.
Sprachtests durch MFA (BUEVA III: Expressive Sprache, Arbeitsgedächtnis / orientierende Artikulationsprüfung)	20 min.
Allgemeiner Entwicklungstest durch MFA (ET6-6-R (unter besonderer Beobachtung der Spontansprache), grenzwertige Kognition	60 min.
Hörtestung durch MFA unauffällig	15 min.

Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie MBS
durch die kinder- und jugendärztliche Praxis:
E Entwicklungsstand / Intelligenz:

Kognitive Entwicklung im unteren Normalbereich	ICD-10, R62.0A
Expressive Sprachentwicklungsstörung	ICD-10, F80.1G

K Körperlich-neurologischer Befund:
Normalbefund
P Psychischer Befund:
Normalbefund
S Soziale Begleitumstände:

Migrationshintergrund bei einem Elternteil	ICD-10, Z60

Zweisprachigkeit Deutsch-Türkisch
A Ätiologie:
Hinweis auf familiär genetische Komponente
ICF-CY:
Schwierigkeiten in der Kommunikation / beim aktiven Sprechen d330

(Be-)Handlungsplan
Kindzentriert: Logopädische Therapie (geplant 12 Monate mit Erfolgskontrolle nach 6 Monaten) 1x wöchentlich 45 min.
Elternzentriert: Aufklärung der Eltern über Entstehungsmechanismen, Bedeutung und

Behandlung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen.
Sprachförderndes Verhalten der Eltern (Gemeinsames Spiel, Blickkontakt, Kommunikation in der Familie, Bilderbücher bzw. Vorlesen, Umgang mit Zweisprachigkeit, Medienkonsum) 15 min.
Umgebungszentriert: Empfehlungen für Kindergarten (z.B. Merkblatt zur Sprachförderung).
Einbindung der Großeltern in Sprachförderung 10 min.

Behandlungsziel:
Förderung der Sprachentwicklung im Bereich Wortschatz, Satzstruktur und –länge und Grammatik mit dem Ziel einer verständlichen Sprache in Alltagssituationen.

Kontrolle des Behandlungserfolgs:
Nach 6 Monaten, spätestens nach 30 Therapieeinheiten Logopädie à 45 Min.
Kontrolle des Behandlungserfolgs mittels Beobachtung der Spontansprache und expressiver Sprachtests in der kinder- und jugendärztlichen Praxis durch MFA (BUEVA-III) sowie gezielter diagnostischer Ergänzung durch die betreuende Ärztin 15 min.
Artikulationsprüfung durch MFA 5 min.
Austausch mit den Erzieherinnen des Kindergartens telefonisch: Integration und Teilhabe im Kindergarten weiter gut.
Nach Erreichen der Obergrenze der Logopädie-Regelfallverordnung (60 Therapieeinheiten) bei fortbestehendem Störungsbefund:
Vorstellung im SPZ zur weitergehenden Diagnostik und Überprüfung der Therapieindikation.

Im SPZ:
Zeitaufwand abhängig von der Intensität des weitergehenden diagnostischen und therapeutischen Aufwandes

Anmerkungen:
Die nach individueller Notwendigkeit durchgeführten Abstimmungen innerhalb der Praxis und nach extern zur Vor- und Nachbereitung, der diagnostisch-therapeutische Prozess und die schriftlichen Berichte wurden nicht gesondert aufgeführt. Die Maßnahmen der weitergehend Institution, die sehr differieren können, wurden ebenfalls nicht explizit angeführt.

4.4.3 Fallbeispiel Behandlung in Institution (SPZ, Kinder und Jugendklinik, KJPP)

Fall 3: Mädchen, 17 Jahre

Vorstellungsgrund:
Die 17jährige Jugendliche wurde akut in eine Kinder- und Jugendklinik mit sozialpädiatrischer und psychosomatischer Expertise eingewiesen mit seit über 1 Jahr bestehenden, aktuell an Intensität zunehmenden und in der Nacht heftigen kolikartig aufgetretenen Oberbauchschmerzen.

Anamnese:
Die Patientin besuche die 11. Klasse des Gymnasiums. Wegen der Bauchschmerzen im letzten Jahr 25 Fehltage in der Schule. Die Zeugnisse zeigen schwache Leistungen (Noten 4-5). Eine Appendektomie vor 1 Jahr habe keine Besserung der Beschwerden gebracht. Die Schwangerschafts- und Geburtsanamnese sowie die bisherige Entwicklung zeigen keine Besonderheiten. Menarche mit knapp 13 Jahren, Menses regelmäßig mit begleitenden mäßigen Beschwerden. Eine erste gynäkologische Untersuchung vor kurzem sei unauffällig gewesen; keine Kontrazeption. Die Schwester des Mädchens habe eine nachgewiesene Laktoseintoleranz.

Stationäre Diagnostik:
Ergänzende anamnestische Informationen durch die Eltern (im Rahmen der stationären Aufnahme) 45 min.
Erweiterte pädiatrisch-internistische Untersuchung (unauffälliger Befund) 20 min.
Pädiatrisch-neurologische Untersuchung (unauffälliger Befund) 15 min.
Psychologische Diagnostik 180 min.
(Die Leistungsdiagnostik ergibt einen Gesamt-IQ im HAWIK-V von 98 mit einer relativen Stärke im verbalen Bereich mit 105 und einer relativen Schwäche im Arbeitsgedächtnis mit 91. In der psychologischen Exploration durch Fragebögen in Ergänzung zur Verhaltens-, Interaktions- und Kommunikationsbeobachtung zeigt sich, dass das Mädchen hinsichtlich schulischer Leistungen große Ansprüche an sich selber hat, sich gleichzeitig aber wenig zutraut und sich häufig als nicht erfolgreich erlebt. Es finden sich keine Hinweise auf eine manifeste Angststörung oder depressive Störung.
Erweiterte Labordiagnostik 30 min.
(Alle Laborwerte inklusive Lipase, Calprotectin, Lactoferrin und Schweißtest sind unauffällig. Stuhl auf Erreger-Parasiten negativ, ausführliche Urindiagnostik unauffällig. Maldigestionsteste und Malabsorptionsteste sind unauffällig)
Zusatzdiagnostik: Gastroendoskopie (ohne pathologischen Befund) 60 min.

Diagnose Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie MBS:
E Entwicklungsstand/Intelligenz:
Intelligenz im mittleren Normbereich ICD-10, F81.9A
K Körperlich-neurologischer Befund:
Ausschluss organischer Ursachen der Bauchschmerzen
P Psychischer Befund:
Anhaltende Schmerzstörung (Bauchschmerzen) ICD-10, F45.4G
S Soziale Begleitumstände:
unauffällig
A Ätiologie:
vermutlich schulische Überforderung mit Selbstwertproblematik, zusätzlich V.a. Modelllernen im familiären Kontext

ICF-CY:
Teilhabebeeinträchtigung im schulischen Bildungsverlauf und in der Freizeitgestaltung d80/d920.

(Be-)Handlungsplan:
primär Jugendlichen-/ergänzend Elternzentriert: ausführliche Aufklärung über das Krankheitsbild und die vermuteten psychogenen Ursachen der Schmerzsymptomatik durch schulische Überforderung
Empfehlung zur schulischen Entlastung mit Wechsel der Schule -zu diesem Zeitpunkt nicht vermittelbar- und zum Beginn einer Psychotherapie 45 min.
Umgebungszentriert: Beratung der Schule. Gemeinsames Gespräch zum interdisziplinären Fachaustausch mit Patientin, Eltern und pädagogischen Bezugspersonen der Schule 60 min.

Behandlungsziel:
Rückgang der Bauchschmerzsymptomatik. Schmerzfreie und regelmäßige Teilnahme am Schulalltag.
Unterstützung in der Selbstfindung und Positionierung mit persönlicher Perspektiventwicklung für die Jugendliche.

Stationäre Diagnostik und Therapie:
16 Tage stationär OPS 9-403.5

Weiterer Verlauf:
4 Monate später nach 14 ambulanten Psychotherapiestunden wird die 17-jährige erneut mit kolikartigen Bauchschmerzen nach einwöchigen schulischen Problemen aufgenommen. Fokussierte Verlaufsuntersuchung mit erneuter Exploration und ergänzender standardisierter Fragebogen-Diagnostik.
In einem erweiterten gemeinsamen Gespräch zum interdisziplinären Fachaustausch mit Patientin, Eltern, behandelnder Psychotherapeutin und pädagogischen Bezugspersonen der Schule wird die Umschulung in eine Wirtschaftsoberschule beschlossen.
Im weiteren Beobachtungszeitraum von 6 Monaten treten keine Bauchschmerzen mehr auf, durchschnittliche Noten an der neuen Schule.

Stationäre Diagnostik und Therapie:
5 Tage stationär OPS 9-403.1

Anmerkungen:
Die nach individueller Notwendigkeit durchgeführten Absprachen innerhalb der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, die interdisziplinären Teambesprechungen, vor- und nachbereitende Abstimmungen nach intern und nach extern, zusammenfassende Gespräche mit den Eltern, der diagnostisch-therapeutische Prozess und die schriftlichen Berichte wurden nicht gesondert aufgeführt.

Fall 4: Junge, 7 Jahre

Vorstellungsgrund:
Der Junge wird durch die alleinerziehende Mutter im SPZ zur weitergehenden Beurteilung und Unterstützung der anstehenden Schulortentscheidung vorgestellt.

Anamnese:
In der Schwangerschaft sei eine frühe Trennung vom Kindsvater erfolgt. Nach vorzeitiger Wehentätigkeit sei der Junge spontan in der 35.SSW geboren worden. Er hatte eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und sei 3,5 Wochen stationär betreut worden. Mehrjährige logopädische Behandlung bei deutlich gestörter Sprachentwicklung. Im Kindergarten habe er eine erhebliche Trennungsängstlichkeit und eine Vermeidungstendenz bei Leistungsanforderungen gezeigt. Er sei 1 Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt orden wegen Entwicklungsrückstand und emotionaler Unreife. In der pädagogischen Beurteilung habe sich ein unterdurchschnittlicher kognitiver Leistungswert mit einem IQ von 69 ergeben.

Diagnostik:
Umfassende Anamnese mit der Mutter 45 min.
(bisheriger Entwicklungsverlauf des Jungen, Erkrankungen, Schlafsituation, Ernährung, Ausscheidung, Selbständigkeit, aktuelle Situation zu Hause, im Kindergarten, in der Freizeit, Spielverhalten, Umgang mit Anforderungen, Freunde, Kommunikation)
Erweiterte pädiatrisch-internistische Untersuchung (Z. n. operierter LKG) 20 min.
Erweiterte pädiatrisch-neurologische Untersuchung 20 min.
(motorische und sprachliche Defizite, muskuläre Hypotonie
Psychologische Diagnostik 120 min.
(Verhaltens- und Kommunikationsbeobachtung, Interaktionsdiagnostik, Intelligenzdiagnostik nur im Beisein der Mutter möglich; weit unterdurchschnittlicher Gesamtwert in der KABC-II von 64 bei homogenem Profil; Vermeidungs- und Rückzugsverhalten)
Veranlassung weiterer Diagnostik z. T. im SPZ 10 min.
(EEG, Augenarzt, Pädaudiologe)

Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik und Behandlung in der Sozialpädiatrie MBS:
E Entwicklungsstand / Intelligenz:
Globale Entwicklungsstörung bei Leichter Intelligenzminderung (Geistige Behinderung) und behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten ICD-10, F70.01
K Körperlich-neurologischer Befund:
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (Z. n. operativer Korrektur) ICD-10, Q37.1G
muskuläre Hypotonie G94.2
P Psychischer Befund:
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalter ICD-10, F93.0G
S Soziale Begleitumstände:
Abweichende Elternsituation, alleinerziehende Mutter ICD-10, Z63
Mutter intensiv um gute Förderung bemüht
A Ätiologie:
Genetisch bedingte Fehlbildung
Z. n. Frühgeburt der 35. SSW (kein weiteres pathologisches Korrelat) ICD-10, Z87.6
ICF-CY:
benötigt besondere Unterstützung beim Lernen und in der Wissensanwendung (d155, d160), bei der Selbstversorgung i.R. des Schulalltags (d530, d550, d560) und bei der Kontaktaufnahme zu Fremden (d730)

(Be-)Handlungsplan
Kindzentriert: Empfehlung für den sonderpädagogischen Förderbedarf „Geistige und Ganzheitliche Entwicklung“, um eine chronische Überforderungssituation zu vermeiden. Schulortentscheidung durch Mutter und betreuende pädagog. Fachkräfte 30 min.
HNO-ärztliche und Augenärztliche Verlaufskontrollen extern.
Logopädische Behandlung ergänzend zur pädagogischen Förderung als Intervall-Therapie mit jeweils konkreten Behandlungszielen, v. a. Verbesserung der Artikulation und alltagspragmatischen Kommunikation; jährliche Verlaufsuntersuchungen zur differenzierten Indikationsstellung im SPZ
Elternzentriert: Beratung der Mutter hinsichtlich der unklaren Ätiologie der Intelligenzminderung. Hinweis auf genetische Beratung und Untersuchung. 45 min.
Weitere psychologisch-psychoedukative Beratung der Mutter (angemessene Anforderungen an das Kind, Abbau der Trennungsangst), Intervall-Gespräche 3x 45 min.
Umgebungszentriert: Austausch mit den zuständigen Pädagoginnen telefonisch 15 min.

Behandlungsziel:
Unterstützung bei der angemessenen Schulortentscheidung und bei den angemessenen unterstützenden Maßnahmen. Stabilisierung im familiären Umfeld.

Kontrolle des Behandlungserfolgs:
Angebot für psychologische und ärztliche Begleitung und Beratung.
Verlaufsuntersuchungen.

Anmerkungen:
Die nach individueller Notwendigkeit durchgeführten interdisziplinären Teambesprechungen, vor- und nachbereitende Abstimmungen nach intern und nach extern, zusammenfassende Gespräche mit der Mutter, der diagnostisch- therapeutische Prozess und die schriftlichen Berichte wurden nicht gesondert aufgeführt.

4.5 Verzeichnis regionaler Ressourcen- Formular Arbeitshilfe

1.Institutionen und Orte	Tätigkeiten	direkter, regel-mä-ßiger Kontakt	Inter--dis-ziplinärer Qualitäts-zirkel	Finanz-ierung
1.1 Landratsamt				
1.1.1 Jugendamt	Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Frühe Hilfen / Netzwerk Kindeswohl. Familienhebammen und Familienkinderkranken-schwestern. Insofern erfahrene Fachkräfte. Eingliederungshilfe für Kinder mit seelischer Behinderung			
1.1.2 Sozialamt	Eingliederungshilfe für Kinder mit geistiger & körperlicher Behinderung. Hilfe zur Pflege. Landesblindenhilfe			
1.1.3 Gesundheitsamt				
1.1.4 Versorgungsamt	Schwerbehindertenausweis. Steuerliche Vergünstigungen			
1.2. Kommune				
1.2.1 Bürgeramt				
1.2.2 Bildungsbüro	Bildungs- und Teilhabepaket			

1.3 Staatl. Schulamt	Arbeitsstelle Frühkindliche Bildung und Frühförderung Arbeitsstelle Kooperation Ansprechpartner Autismus Schulpsychologische Beratungsstelle Grundschulförderklassen			
1.4 Amt für Migration				
2.1 SPZ & Kliniken				
2.2 Kinder- und Jugendärzte				
2.3 Kinder- und Jugendpsychiater				
2.4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten				
2.5 Ergotherapeuten				
2.6 Physiotherapeuten				
2.7 Logopäden				
2.8 Krankenkassen	Ambulante Kinderkrankenpflege Hilfsmittel Haushaltshilfe Kurzzeitpflege Pflegeberatung Pflegegeld Betreuungsleistung Verhinderungspflege (häusliche Pflege)			
2.9Kurheime/ Ambulante und stationäre Kinder- und				

Jugend- Reha				
2.10 Kurzzeit-unterbringung				
3.1 Frühförderstellen	Körperliche und motorische Entwicklung Geistige Entwicklung und Entwicklungsauffälligkeiten Hören Sehen Sprache und Entwicklungsauffälligkeiten Emotionale und soziale Entwicklung Sonderpädagogisches Beratungszentrum Frühförderung und Elternberatung Interdisziplinäre Frühförderstellen			
3.2 Kinder-tageseinrichtungen	Integration/Inklusion in Kindergarten und Krippe Schulkindergärten			
3.3 Heilpädagogen				
3.4 Beratungsstellen	Erziehungsberatungsstellen Beratung für Angehörige kranker und behinderter Kinder Kinderschutz-Zentrum Beratung für Kinder psychisch kranker Eltern			
4.1 Familienunter-stützende Dienste				
4.2 Hospizdienste				
4.3 Selbsthilfe				
4.4 andere Angebote				
4.5 Sport & Freizeit				

4.6 Wohn- und Sozialberatung				