

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/003	Entwicklungsstufe:	1
--------------------------	-------------	--------------------	---

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2003. ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 33 - 44

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die Schizophrenie ist gekennzeichnet durch eine grundlegende Störung des Realitätsbezuges. Die Klarheit des Bewusstseins ist in der Regel nicht beeinträchtigt. Es treten jedoch verschiedene Wahrnehmungsstörungen auf, vor allem im akustischen und optischen Bereich. Die Störung verläuft häufig in Phasen oder Schüben.

Bei der Early Onset Schizophrenia (EOS) liegt der Beginn vor dem 18. Lebensjahr; bei der Very Early Onset Schizophrenia (VEOS) sogar vor dem 13. Lebensjahr.

Bei schizoaffektiven Störungen treten sowohl schizophrene als auch affektive Symptome während derselben Krankheitsphase auf.

Schizotype Störungen weisen ähnliche Symptome wie die Schizophrenie auf, jedoch ohne Halluzinationen und Wahn.

Wahnhafte Störungen sind charakterisiert durch einen anhaltenden Wahn, der weder als organisch noch als schizophren oder affektiv klassifiziert werden kann. Der Zusammenhang mit der Schizophrenie ist unklar.

1.2 Leitsymptome

Gruppe 1

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des "Gemachten" (eigene Gedanken, Gliederbewegungen, Empfindungen, Stimmungen und Wahrnehmungen werden als durch fremde Mächte und Kräfte hervorgerufen - gemacht - erlebt)
- Kommentierende oder dialogische Stimmen
- Anhaltende Wahnideen

Gruppe 2

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität ohne deutliche affektive Beteiligung
- Formale Denkstörungen wie Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, wächserne Biegsamkeit, Mutismus oder Stupor
- Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, Affektverflachung, sozialer Rückzug und allgemeine Verringerung der Leistungsfähigkeit, die nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden.

1.3 Schweregradeinteilung

Keine bekannt.

1.4 Untergruppen

- Schizophrenien (F20.x)
- Paranoide Schizophrenie (F20.0)
- Hebephrene Schizophrenie (F20.1)

- Katatone Schizophrenie (F20.2)
- Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3)
- Postschizophrene Depression (F20.4)
- Schizophrenes Residuum (F20.5)
- Schizophrenia simplex (F20.6)
- Schizotype Störung (F21)
- Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)
- Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)
- Induzierte wahnhaftige Störung (F24)
- Schizoaffektive Störungen (F25).

1.5 Ausschlussdiagnose

Organische Erkrankungen sind als Ursache der schizophrenen Symptomatik auszuschließen. Siehe auch Abschnitte 2.6 und 3.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

- Dokumentation der Symptome wie in Kapitel 1.2 benannt, evtl. mit standardisierten Erhebungsinstrumenten zur Erfassung der produktiven Symptomatik und der Negativsymptomatik
- Selbstbeschreibung und Fremdbeschreibung durch Angehörige (Eltern, Lehrer etc.)
- Körperliche Entwicklung:
 - Internistisch-pädiatrische Untersuchung
 - Neurologische Untersuchung.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Prä- oder perinatale Komplikationen
- Kognitive, motorische, sensorische und/oder soziale Entwicklungsprobleme
- Prämorbidie Persönlichkeit
- Dokumentation des höchsten prämorbidem Funktionsniveaus
- Bestimmung des bisherigen Verlaufs der Symptomatik, insbesondere der Art des Beginns nach akut (innerhalb von 4 Wochen) oder schleichend
- Dokumentation aller vorangegangenen spezifischen Stressoren
- Medizinische Vorgeschichte: ZNS-Störungen (Epilepsie, Infektionen), Drogenkonsum
- Medikation.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

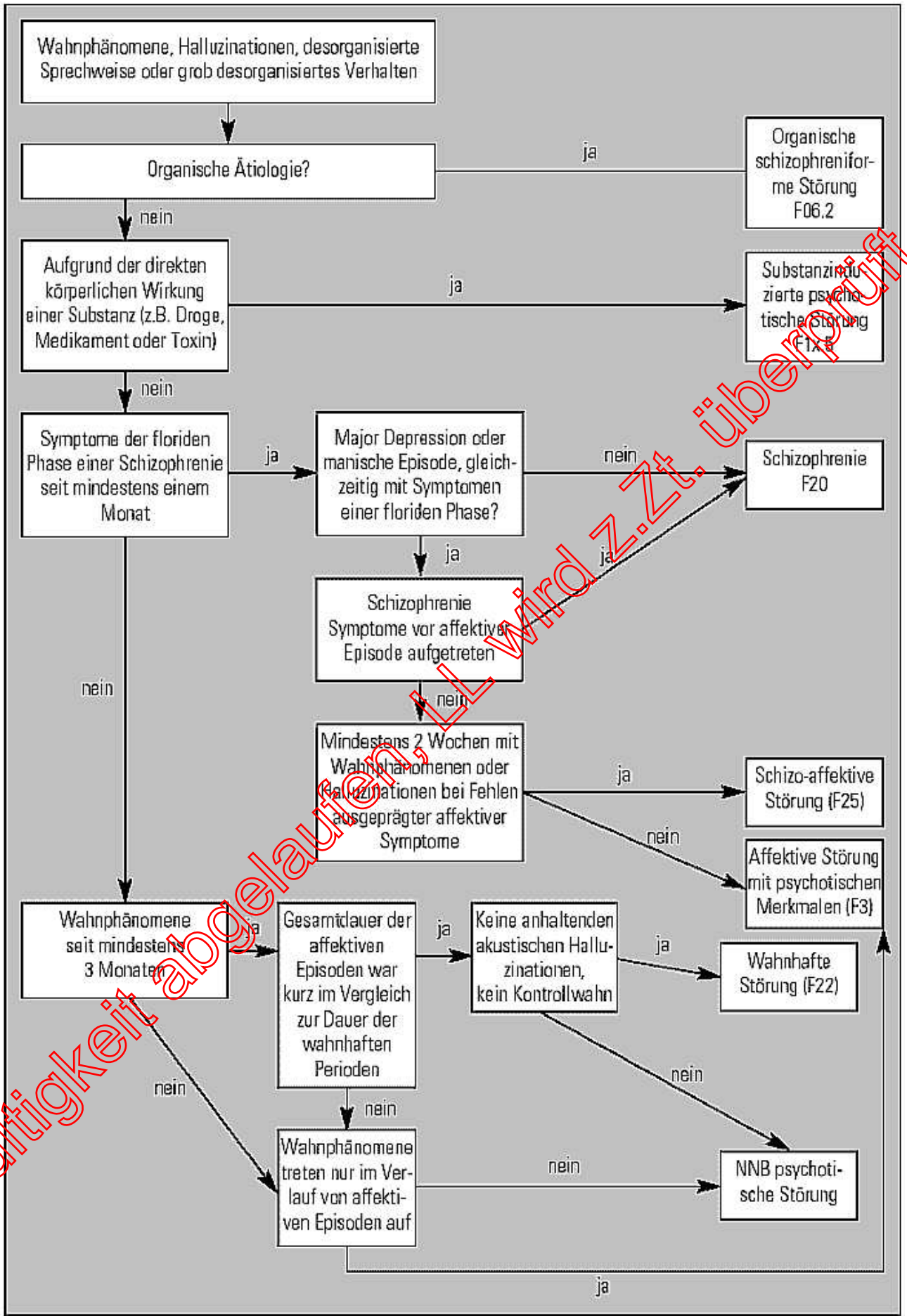
- Erhebung evtl. zusätzlicher Symptome, insbesondere Affektstörungen, Zwang
- Substanzmittelmissbrauch, organische Erkrankungen, Suizidalität.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Erstellung eines Familiengenogramms mit den Ressourcen der Familie, möglichen Risikofaktoren und der Belastung mit psychiatrischen Störungen
- Erfassung von Life events und psychosozialen Stressoren
- Verhalten und Leistungen in der Schule, am Arbeitsplatz (Fremdanamnese)
- Erzieherischer Umgang in der Familie; Krankheitseinsicht der Patienten und Krankheitsverständnis der Familienangehörigen und wichtigsten Bezugspersonen.

Abb. 7 Diagnostischer Entscheidungsbaum bei Verdacht einer schizophrenen Psychose im Jugendalter

Gültigkeit abgelaufen! Wird z.zt. überprüft



2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- EEG, EKG, bei Indikation MRT
- Blutbild, Leber- und Nierenwerte, Schilddrüsenwerte, Elektrolyte, Drogenscreening; testpsychologische

Untersuchung der kognitiven Entwicklung (IQ).

2.6 Weitergehende Diagnostik

Die Differenzialdiagnostik folgt dem Entscheidungsbaum in Abbildung 7. Insbesondere sind abzugrenzen:

- Manische Störungen
- Affektive Störungen mit psychotischen Merkmalen
- Organische Psychosen
- Dissoziative Störungen
- Zwangsstörungen
- Desintegrative Störungen bei Kindern
- Autismus Typ Asperger
- Persönlichkeitsstörungen
- Sprachentwicklungsstörungen

Schizophrenieähnliche Symptome können auftreten bei:

- Delir
- Substanzinduzierten psychotischen Störungen
- Intoxikation vor allem mit Amphetaminen, Kokain, Antihistaminika, kodeinhaltigen Mitteln und Psychopharmaka
- Endokrinopathien: z.B. Hypo- und Hyperthyreoidismus
- Intrazerebralen Raumforderungen
- Degenerativen Erkrankungen (z.B. Chorea Huntington)
- Infektionen wie Enzephalitis und Meningitis
- Anderen neurologischen Störungen: epileptische Psychosen.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Lumbalpunktion, wenn bezüglich zentralnervöser entzündlicher Prozesse keine Anhaltspunkte anamnestisch eruiert sind und auch neurologischer und psychopathologischer Befund nicht auf entzündliche Erkrankung verweisen.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Die Diagnose Schizophrenie erfordert:

- Mindestens 1 eindeutiges Symptom der in Kapitel 1.2 aufgelisteten Symptome der Gruppe 1 (2 oder mehr, wenn weniger eindeutig)
- oder mindestens 2 der in Kapitel 1.2 aufgelisteten Symptome der Gruppe 2
- für einen Zeitraum von mindestens 1 Monat.

Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen sollten ausgeschlossen sein. Das ist vor allem in der Adoleszenz bedeutsam, weil in einer manischen Episode zu Beginn schizophrenieähnliche Symptome auftreten können.

Drogenkonsum oder Medikamentenmissbrauch sollten ausgeschlossen werden. Auch bei sicherer Diagnoseerstellung ist eine wiederholte Überprüfung im weiteren Verlauf erforderlich.

Die Diagnostik muss komorbide Erscheinungen wie Drogenmissbrauch, Depressionen und Suizidalität einbeziehen.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Bei Kindern und Jugendlichen müssen bei der Diagnoseerstellung die folgenden Aspekte überprüft werden:

- Aktuelle biopsychosoziale Stressoren (z.B. schulisches, berufliches Versagen)
- Entwicklungspotenzial und Behinderungen; Intelligenzverlust (Demenz?)
- Probleme und Stärken in familiären und sozialen Beziehungen
- Umgebungseinflüsse wie Misshandlung, Missbrauch oder psychische Erkrankung einer Bezugsperson
- Suizidalität und Fremdgefährdung.

3.3 Differentialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe **Abbildung 7** und Kapitel **2.6**.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

In der akuten Phase einer schizophrenen Psychose ist in der Regel eine stationäre Aufnahme erforderlich, abhängig von der Schwere der Symptomatik und der potenziellen Gefahr, die mit dieser Symptomatik verbunden ist. Die Hospitalisierung mag auch wegen der besseren diagnostischen Möglichkeiten einer Klinik erforderlich sein. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung und bei mangelnder Behandlungseinsicht kann eine Intensivmaßnahme nach dem Unterbringungsgesetz notwendig werden.

Bei der Behandlung von Erwachsenen besteht wissenschaftlich hinreichende Sicherheit, dass in der Therapie der Schizophrenie die Kombination von medikamentöser Behandlung mit multimodalen psychosozialen und psychotherapeutischen Verfahren günstig ist. Psychoedukative Behandlungsprogramme unter Einbeziehung der medikamentösen Therapie sind geeignet, die Rezidivraten zu senken (I). Es gibt Hinweise, dass die psychoedukativen Familieninterventionsprogramme auch zu einer Verbesserung von psychosozialen Funktionen der Patienten führen. Diese Ergebnisse sind jedoch weniger einheitlich (II). Durch das Training sozialer Fertigkeiten konnte die soziale Anpassungsfähigkeit verbessert werden (I), mit kognitiven Übungen wurde die kognitive Leistungsfähigkeit angehoben (I).

Die bisher bekannten Untersuchungen unterstützen jedoch die Annahme, dass die Erfahrungen aus der Erwachsenenbehandlung (s. S3 Praxisleitlinie der Psychiatrie, Behandlungsleitlinie Schizophrenie [Gaebel, Falkai 2006]) übertragbar sind, jedenfalls dann, wenn die besonderen Entwicklungsbedingungen der Jugendlichen berücksichtigt werden.

Die psychoedukative Therapie kann - evtl. getrennt für Eltern und Patient - auch im familiären Rahmen durchgeführt werden. Die Entscheidung darüber sollte abhängig sein von der Krankheitsphase, dem Grad der Beeinträchtigung des Patienten, der Eltern-Kind-Beziehung und der Bereitschaft zur Mitarbeit von Patient und Eltern.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Anfangsphase

- Vollständige Befunderhebung der psychotischen Symptomatik inklusive einer körperlichen und neurologischen Diagnostik
- Identifizierung anderer therapierelevanter Aspekte, z.B. Grad der Selbst- oder Fremdgefährdung, familiäre Ressourcen, Schulschwierigkeiten, prämorbid oder komorbide Störungen
- Einleitung einer geeigneten medikamentösen Therapie. Typische und "atypische" Antipsychotika sind Psychopharmaka der ersten Wahl (s. Sonderregelung für Clozapin) (I). Überzeugende Analysen über die Überlegenheit bestimmter Substanzen liegen bislang nicht vor. Lediglich für das Clozapin ist eine eindeutige Überlegenheit gegenüber konventionellen Neuroleptika in mehreren Studien nachgewiesen worden (I). Allerdings sollte wegen des erhöhten Agranulozytoserisikos Clozapin erst nach Non-Response auf 2 andere Antipsychotika eingesetzt werden (V).
- Information von Patient und Familie über die Art der Erkrankung, die Art der Therapie und den möglichen Verlauf. Bei der Verwendung eines nicht zugelassenen Medikamentes sind Patient und Angehörige darauf hinzuweisen und über alternative erprobte und zugelassene Medikamente sowie deren Wirkung und Nebenwirkung zu informieren. Sie sind darüber aufzuklären, dass das Haftungsrisiko weder beim Arzt noch beim Medikamentenhersteller liegt, sondern bei den einwilligenden Personen. Die Einwilligung sollte schriftlich dokumentiert werden.
- Enger Kontakt zu den Angehörigen und Angebot stützender, therapiebegleitender Maßnahmen, wie z.B. Hausbesuche, Elterngespräche, Kriseninterventionen
- Aufstellung eines langfristigen Behandlungsplanes inklusive Durchführung und Kontrolle der medikamentösen Therapie
- Geeignete Psychotherapie
- Adäquate Beschulung bzw. berufliche Förderung
- Psychoedukative Betreuung von Patient und Familie
- Unterstützende Maßnahmen für die Angehörigen (Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, evtl. Familienbetreuung)
- Benennung eines Case managers
- Langfristige regelmäßige Erhebungen der Symptomatik zur Überprüfung der Diagnose.

Akute Phase

- Vor Beginn einer medikamentösen Therapie ist eine sorgfältige psychiatrische Befunderhebung erforderlich, die insbesondere die Zielsymptomatik für die antipsychotische Therapie und evtl. vorher bestehende Bewegungsstörungen dokumentiert. Eltern und adoleszente Patienten sollten mit der Behandlung einverstanden sein.
- Bei akuter Erregung besteht das wichtigste Ziel in einer Reduktion der akuten Symptome und in einer Senkung des Erregungsniveaus. Fremd- und Selbstgefährdung müssen vermieden werden.
- Die Wahl des Medikamentes ist abhängig von der erforderlichen antipsychotischen Potenz, den möglichen unerwünschten Wirkungen und den bisherigen Vorerfahrungen des Patienten mit Medikamenten (s. Abb. 8).
- Beim Gebrauch von antipsychotischen Medikamenten kann der Einsatz von zentralen Anticholinergika (z.B. Biperiden) zur Behandlung extrapyramidaler unerwünschter Wirkungen erforderlich sein.
- Um eine Entscheidung über die Wirksamkeit eines antipsychotischen Medikamentes treffen zu können, sollte eine ausreichende Dosierung (evtl. Plasmaspiegelkontrolle) mindestens 3-6 Wochen beibehalten werden. Wenn bis zu diesem Zeitpunkt keine hinreichende Wirkung erkennbar ist, sollte ein

Medikamentenwechsel überlegt werden. Zuvor ist zu prüfen, ob

- die Diagnose stimmt,
 - die Dosierung ausreichend war,
 - die Einnahme regelmäßig erfolgt ist,
 - zu starke Nebenwirkungen auftraten,
 - die Zeitdauer der Medikamenteneinnahme ausreichend war (V).
- Die Elektrokrampftherapie stellt in der Behandlung der Early Onset Schizophrenia die absolute Ausnahme dar. Als einzige Indikation kommt die lebensbedrohliche perniziöse Katatonie in Frage, die bei Kindern jedoch gar nicht und bei Jugendlichen ausgesprochen selten beschrieben wird. Klinische Beobachtungen zeigen jedoch, dass auch in diesen Fällen oftmals die stuporlösende Wirkung eines Benzodiazepins (z.B. Lorazepam i.v.) erfolgreich ist (V). Eine hinreichend gesicherte Erfahrung über den Einsatz der Elektrokrampftherapie bei Jugendlichen liegt nicht vor.

Remissions- oder Residualphase

- Es besteht Evidenz darüber, dass die Langzeitbehandlung mit konventionellen Neuroleptika das Rückfallrisiko senkt (I). Dieser Effekt ist für die atypischen Medikamente noch nicht ausreichend nachgewiesen, obwohl deren Wirkung auf die akute Symptomatik einen solchen Langzeiteffekt erwarten lässt (V). Die Rezidivprophylaxe sollte mit der Substanz durchgeführt werden, die sich bei der Akutsymptomatik als wirksam erwiesen hat (V). Empfohlen wird die Niedrigdosierung, die ausreichend ist, eine möglichst geringe Symptombelastung zu erreichen, ohne dass relevante Nebenwirkungen auftreten (V). Depotpräparate führen zu signifikant niedrigeren Rückfallraten (I).
- Die Dosis sollte spätestens alle 6 Monate überprüft und neu angepasst werden. Viele Patienten bleiben chronisch beeinträchtigt und benötigen eine Langzeitmedikation; bei Erstmanifestation empfiehlt sich eine Erhaltungsdosis über mindestens 2 Jahre, nach Rezidiven länger.
- Bei Dosisveränderungen sollten Anzeichen für ein Rezidiv sorgfältig beobachtet werden. Dosisreduktionen, wenn indiziert, sollten in 2- bis 4-wöchigen Intervallen über einen Zeitraum von 3-6 Monaten durchgeführt werden.
- Langzeitmedikation erfordert die regelmäßige Überprüfung von unerwünschten Wirkungen, inklusive der tardiven Dyskinesien.

Rezidive

- Bei einem Rezidiv muss zunächst festgestellt werden, ob die Medikamente regelmäßig genommen worden sind (evtl. Plasmaspiegelbestimmung). Wenn nicht, sollte die medikamentöse Therapie wieder aufgenommen werden. Wenn der Patient compliant und das Medikament bisher wirksam war, könnte eine Erhöhung der Dosis zu einer Stabilisierung der Symptomatik führen.
- Wenn sich bei einem Rezidiv das bisherige Medikament in der geeigneten Dosierung als nicht wirksam erweist, sollte ein Medikament aus einer anderen Stoffgruppe eingesetzt werden.
- Bei einem Rezidiv kann eine Rehospitalisierung erforderlich werden. Die Entscheidung darüber sollte von der Schwere der Symptomatik, der potenziellen Gefährdung für den Patienten oder andere, dem Grad der Behinderung, der bisherigen Fähigkeit des Patienten zur Selbsthilfe und der Verfügbarkeit unterstützender Einrichtungen am Ort abhängig gemacht werden.

Pharmakotherapie mit Antipsychotika

Typische und sog. atypische Antipsychotika sind Medikamente der ersten Wahl (Ausnahme Clozapin) (I). Atypische Neuroleptika führen zu einem signifikant stärkeren Rückgang der Symptomatik, gehen mit weniger Rezidiven einher und haben geringere Nebenwirkungen als klassische Neuroleptika (I), außerdem ist das Risiko tardiver Dyskinesien bei atypischer Medikation geringer (II). Aufgrund geringerer Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen erleichtern atypische Neuroleptika die Rehabilitation der Patienten (V). Hauptproblem der Atypika ist die Gewichtszunahme. Dies gilt insbesondere für Clozapin und Olanzapin, für Risperidon trifft dies in geringerem Maße zu, während Quetiapin sich eher gewichtsneutral verhält (I).

Auch in anderer Hinsicht unterscheidet sich das Nebenwirkungsprofil der Atypika untereinander: Während Quetiapin keine nennenswerten negativen Auswirkungen auf EPS-Rate und Prolaktinspiegel hat, zeigt Risperidon eine dosisabhängige Tendenz zum Auftreten von EPS (extrapyramidalmotorische Symptome) und Prolaktinerhöhungen. Olanzapin dagegen kann bei längerfristiger Anwendung in ansteigender Dosierung zum Auftreten von Akathisie und Parkinsonismus sowie zu einem moderaten Anstieg von Prolaktin führen. Das günstigere EPS-Profil der Atypika beruht z.T. auf der Blockade sowohl dopaminerger D2-Rezeptoren als auch der serotonergen Transmission. Das Auftreten von EPS hängt vom Ausmaß der Blockade striataler Dopaminrezeptoren ab; wenn mehr als 80% von ihnen besetzt sind, kommt es auch bei kombinierten 5-HT_{2A}- und D₂-Blockern dosisabhängig zu EPS, bei Risperidon z.B. in einer Dosierung von mehr als 4 mg/Tag.

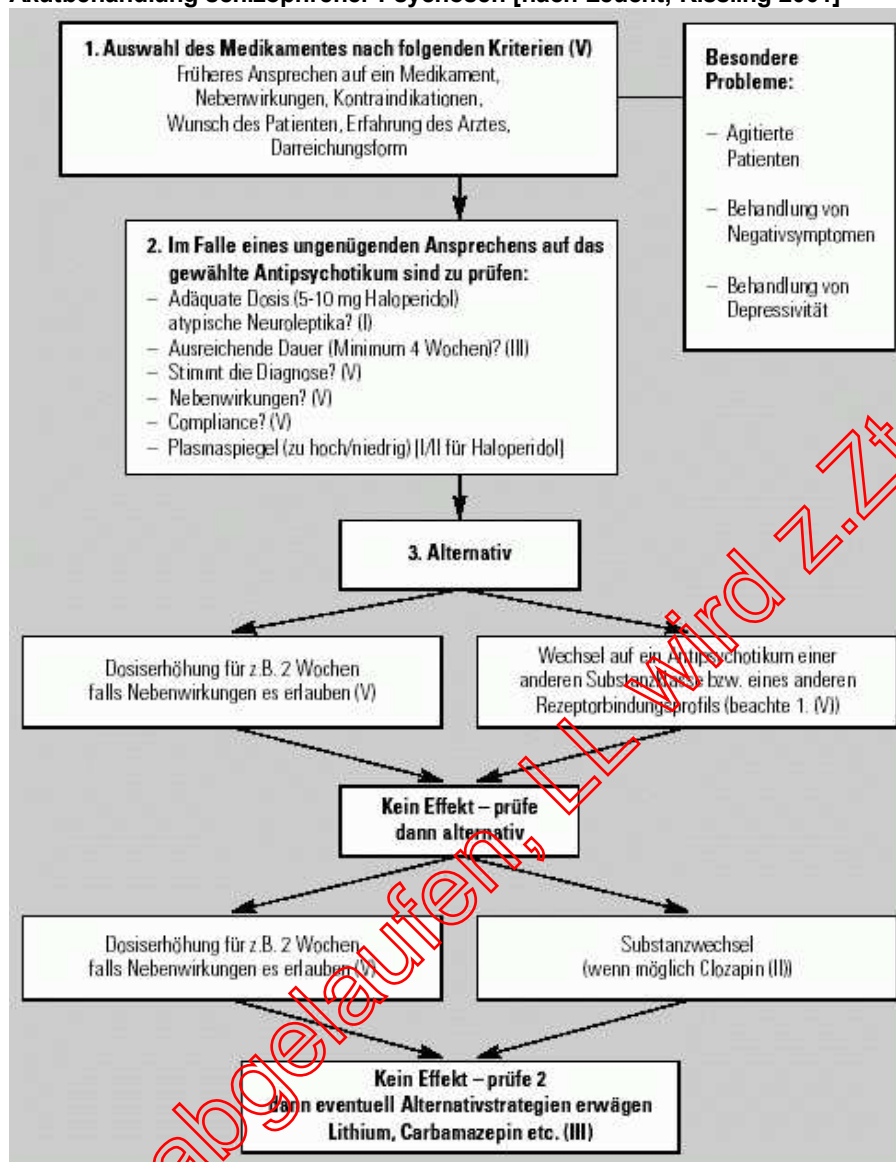
Patienten und Eltern sind über erwünschte und unerwünschte Wirkung aufzuklären. Dies gilt auch für andere Medikationen, die im Einzelfall zusätzlich zu den Antipsychotika indiziert sein können (z.B. Lithium, Benzodiazepine, Antidepressiva, Biperiden).

Bei der Substanzwahl ist zu beachten, dass Clozapin nur als Antipsychotikum zweiter Wahl nach nicht hinreichend wirksamer Behandlung durch ein alternatives Antipsychotikum verabreicht werden darf.

Anlass für die Verwendung atypischer Antipsychotika sind im Einzelfall stark beeinträchtigende

extrapyramidale Symptome, kognitive Beeinträchtigungen und Therapieresistenz.
 Bei starken Erregungszuständen kann sich die Kombination von hochpotenten Antipsychotika mit Benzodiazepinen empfehlen.
 Eine orale Monotherapie ist in der Regel anzustreben.
 Depot-Antipsychotika sind bei Jugendlichen mit fehlender Compliance indiziert.

Abb. 8: Algorithmische Darstellung der wichtigsten Entscheidungen bei der medikamentösen Akutbehandlung schizophrener Psychosen [nach Leucht, Kissling 2001]



Gültigkeit abgelaufen, Wird z.Zt. überprüft

Unerwünschte Wirkungen. Früh dyskinesien lassen sich durch eine zusätzliche anticholinerge Medikation (Biperiden) behandeln.

Akathisien und Spätdyskinesien sollten Anlass sein, zu prüfen, inwieweit durch Dosisreduktion oder Substanzwechsel (z.B. atypische Antipsychotika) eine Besserung erreicht werden kann. Das maligne neuroleptische Syndrom und Agranulozytose müssen umgehend einer internistischen Behandlung zugeführt werden.

Bezüglich des Agranulozytoserisikos und der Verordnung von Clozapin sind die Vorschriften des Herstellers zu beachten. Siehe auch Kapitel 4.3 und 4.5

4.3 Vorgehensweise und Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Nach der Stabilisierung der akuten psychotischen Symptomatik können in der ambulanten Phase Probleme fortbestehen, z.B. Desorientierung, Desorganisation, Amotivation und Dysphorie, intellektuelle Leistungsminderung. Die antipsychotische Medikation sollte zu diesem Zeitpunkt beibehalten werden zur Verhinderung akuter Exazerbationen.

In dieser Phase besteht das Ziel der Therapie in der Reintegration des Patienten in sein soziales Umfeld. Die Eltern sollten weitgehend in die Therapieplanung einbezogen werden. Es empfiehlt sich eine rasche schriftliche Verständigung des weiterbehandelnden Arztes, sodass die Kontinuität der Behandlung sichergestellt ist.

Psychosoziale Therapie

Allgemein haben sich die folgenden Elemente als hilfreich erwiesen:

- Informationsvermittlung zum Krankheitsbild der Schizophrenie:
 - Erfassung des bisherigen Wissens
 - Beschreibung der Krankheitssymptome allgemein und speziell für den jeweiligen Patienten
 - Erklärungsmodelle für die Entstehung der Krankheit (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)
 - Identifikation und Umgangsmöglichkeiten mit patientenspezifischen Frühwarnzeichen
 - Information über die Wirkung und unerwünschte Wirkung der antipsychotischen Medikamente
- Kommunikationstraining
- Problemlösetraining
- Training sozialer Fertigkeiten
- Training kognitiver Strategien.

Die individuelle Psychotherapie, Gruppentherapie und Familientherapie sollte eher unterstützend als konfliktaufdeckend sein und vor allem auf die Bearbeitung psychosozialer Stressoren und der Krankheitsbewältigung gerichtet sein.

Es sollten auch häufige Begleitsymptome der Schizophrenie in die Behandlung einbezogen werden, wie z.B. Drogenmissbrauch, Depressionen oder Suizidalität.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Viele Patienten benötigen unterstützende Maßnahmen wie teilstationäre oder tagesklinische Behandlung, um in ihrer Familie oder ihrem sozialen Umfeld bleiben zu können. Im Übrigen siehe Kapitel 4.3.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

In immer weniger Fällen ist wegen der Schwere der Symptomatik oder wegen schwieriger sozialer Umstände eine langfristige stationäre Betreuung des Patienten in einem Heim oder einer Klinik erforderlich. Diese Möglichkeit sollte nur dann erwogen werden, wenn weniger restriktive Maßnahmen keinen Erfolg gezeigt haben. In diesen Fällen sollten in regelmäßigen Abständen Rehabilitationsmöglichkeiten geprüft werden.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Wegen des komplizierten und häufig chronischen Verlaufes sind integrative Behandlungsprogramme erforderlich, die klinische und außerklinische Maßnahmen koordinieren. Solche Programme beinhalten Case management und intensive gemeindenahe Unterstützung wie Home treatment und spezialisierte Wohn-, Förderungs- und Betreuungsmodelle.

Viele Patienten sind auch nach Abschluss der stationären Akutbehandlung sowie der anschließenden teilstationären oder rehabilitativen Versorgung weiterhin von seelischer Behinderung bedroht. In der Regel ist dann eine Wiedereingliederungshilfe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz erforderlich, die auch über das 21. Lebensjahr hinausreicht.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Entfällt.

Literatur

1. American Psychiatric Association, Practic Guide Line for the Treatment of Patients with Schizophrenia. American Journal of Psychiatry (2004), 161 (Suppl.), 2
2. Beasley CM et al., Randomised double-blind comparison of the incidence of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia during long-term treatment with olanzapine or haloperidol. Br J Psychiatry (1999), 174 23-30
3. Davis J, Gen N, Glick ID, A Metaanalysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics. Archives of General Psychiatry (2003), 6 553-564
4. Eggers C, Damit Kinder nach schizophrener Psychose die Balance wiederfinden. Münch med Wschr Fortschr Med (2005), 147, 995-998
5. Eggers C, Bunk D, The Long-Term Course of Childhood-Onset Schizophrenia: A 42-Year Follow Up. Schizophrenia Bulletin (1997), 23 105-107
6. Eggers C, Bunk D, Krause D, Schizophrenia with onset before the age of eleven. J Autism Dev Disord (2000), 30, 29-38
7. Hogarty GE et al. and the EPICS research group, Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry (1986), 43 (7), 633-642
8. Gaebel W, Falkai P (Redaktion) (2006) S3 Praxisleitlinie der Psychiatrie, Bd. 1, Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff Verlag, Darmstadt
9. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Community based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment Outcomes. Medscape Mental Health (2001), 6 (1), www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/2001/v06.n01/mh3418.mues/mh3418.mues-01.html (externer Link)
10. Tandon R, Jibson MD, Efficacy of newer generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Psychoneuroendocrinology (2003), 28, 9-26
11. Wahlbeck K et al., Evidence of Clozapine's effectiveness in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of

Verfahren zur Konsensbildung:

Autoren der Leitlinie:

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Eggers, Essen; Dr. rer. medic. Bernd Roepcke, Rheinische Kliniken Essen, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Korrespondenz an:

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Eggers
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Essen
Virchowstraße 174
Postfach 103 043
D - 45030 Essen
Tel.: 0201 / 7227-466
Fax: 0201 / 7227-302
e-mail: christian.eggers@uni-essen.de

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Renschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Homepage](#)

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

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 16.01.2008; 12:47:16