

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

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/010	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 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 109 - 116

Somatoforme Störungen (F45)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Hauptcharakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome überhaupt nicht oder, im Anschluss an eine mit Sicherheit abgeklungene somatische Erkrankung, nicht adäquat körperlich begründbar sind. Bei Kindern und Jugendlichen werden diese Forderungen zunächst von den Eltern, im weiteren Entwicklungsverlauf aber auch zunehmend von den Patienten selbst vorgetragen. Auch bei anamnestisch belegbarer enger Beziehung zu belastenden Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten sind sich alle Beteiligten gewöhnlich einig im Widerstand gegen eine psychische Erklärungsursache. Mit immer neuen Hinweisen auf erlebte Missverständnisse wird immer neue Aufmerksamkeit und Zuwendung durch Ärzte gesucht.

1.2 Leitsymptome

Siehe hierzu Kapitel 1.4

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt angesichts eines in der Realität anzutreffenden inter- wie intraindividuell höchst variablen Schweregradkontinuums von primären und sekundären Symptomen bzw. Problemen.

1.4 Untergruppen

Einige praktisch bedeutsame Subtypen lassen sich auch schon für das höhere Kindes- sowie für das Jugendalter differenzieren.

Somatisierungsstörung (F45.0)

Wiederholte, multiple, wechselnde körperliche Symptome (Schmerzen, Schwindel, Gefühlsstörungen, Beschwerden aus dem Formenkreis F45.3, s.u.). Geforderte minimale Dauer: 2 Jahre (mithin Beginn einer Patientenkarriere mit reichlichen negativen somatischen Untersuchungsergebnissen). In der Regel liegen bereits erhebliche innerfamiliäre, schulische und das weitere Lebensumfeld berührende soziale Auswirkungen der Störung vor. Bei kürzerer Gesamtdauer (unter 2 Jahre) - und bei evtl. aus diesem Grund nicht zu ausgeprägten Interaktionen der Störung mit allen Lebensbereichen - ist auch gerade für das Kindesalter die diagnostische Kategorie **Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)** zu erwägen. Die Anfänge der Störung sind jedoch anamnestisch nicht immer leicht definierbar, gerade wenn zu Beginn der Entwicklung des Störungsbildes eine oder mehrere eher organische Erkrankungen gelegen haben. Das Vollbild einer Somatisierungsstörung ist im Kindes-, aber auch im

Jugendalter insgesamt selten.

Hypochondrische Störung (F45.2)

Insgesamt seltene Störung, bei der die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren ganz bestimmten und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, ganz im Vordergrund steht (sog. Nosophobie) (s. auch Kap. 2.6). Eine befürchtete körperliche Erkrankung wird von Eltern wie Kind bzw. Jugendlichen permanent benannt. Bei der für das Jugendalter relativ typischen Sonderform der sog. Dysmorphophobie (krankhaft gesteigerte Angst, wegen einer bestimmten körperlichen Eigenheit entsteht oder hässlich zu wirken) leiden die Betroffenen dagegen eher isoliert für sich, trotz vielfältiger gegenteiliger Rückmeldungen auch aus dem familiären Umfeld.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Überwiegend monosymptomatische Störungen im Bereich umrissener Organe bzw. Organsysteme (respiratorisch, kardiovaskulär, gastrointestinal, urogenital) bei ausgeprägt organischem subjektivem Krankheitskonzept von Eltern und Kind. Die Symptome sind überwiegend vegetativ vermittelt, d.h., sie beruhen auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation. Im höheren Kindes- sowie Jugendalter treten am häufigsten auf: Erröten, Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Hyperventilation, Aerophagie, Diarrhoe, Pollakisurie.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Ein überwiegend permanent andauernder, als quälend erlebter Schmerz, der entweder gar nicht oder durch eine parallel mögliche körperliche Störung nicht angemessen erklärbar ist und in Verbindung mit erlebten emotionalen Mangelsituationen und/oder akuten psychischen Belastungen verstärkt auftritt. Hauptlokalisation: Kopf (V), Bauch (V), Rücken. Die medizinische Befundlage ist gemäß Definition dürftig, d.h. den geklagten Beschwerden nicht angemessen bis negativ. Unklare Schmerzempfindungen sind auch im Kindes- und Jugendalter häufiger Anlass für eine Inanspruchnahme medizinischer Dienste (V).

Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)

Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9)

1.5 Ausschlussdiagnose

- Es ist auf den sorgfältigen Ausschluss klar organischer determinierter Krankheitsbilder zu achten, die phänomenologisch entweder einer Somatisierungsstörung (F 45.0), einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3) oder aber einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) nahe kommen.
- Siehe auch Kapitel 3.3.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

- Fremdanamnestiche Einbeziehung der in der Regel zahlreichen ärztlichen Voruntersucher
- Exploration von Eltern und Jugendlichen hinsichtlich bisheriger Diagnosen und therapeutischer Bemühungen
- Gesamtdauer, Ausprägung, Variabilität der Symptomatik, evtl. Situationsabhängigkeit, Wandlung in zeitlichem Zusammenhang mit Interventionen oder akuterem, als individueller Stress verstehbaren Ereignissen
- Gemeinsame Verhaltens-(Interaktions-) Beobachtung von Eltern und Kind während der Exploration
- Ausgeprägtes gemeinsames Leiden?
- Gemeinsame Unzufriedenheit mit bisherigen Behandlern?
- Gemeinsames Sich-verkannt-, Sich-missverstanden-Fühlen?
- Gemeinsames Misstrauen gegenüber alternativen (psychosomatischen) Betrachtungsansätzen, trotz bisher unbefriedigendem Behandlungserfolg
- Fixierung auf Medikamente
- Abwertung, Nicht-ernst-Nehmen des Patienten durch einen Elternteil?
- Variierende Angaben, Widersprüche evtl. schon in der anamnestischen Situation beim Zeigenlassen, Beschreibenlassen aktueller Beschwerden
- Ergänzende Fremdanamnese (Schule, Freizeitumfeld) bei Hinweisen auf außerfamiliäre Beschwerdanhäufungen, sofern hierfür überhaupt eine Erlaubnis erteilt wird.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Exploration der Eltern hinsichtlich objektiver, somatischer Erkrankungen des Patienten
- Frühere, evtl. prädisponierende inner- und außerfamiliäre Belastungen (s. auch Kap. 2.4), erlebte Symptommodelle ("Schmerzfamilie") (V)
- Auswirkungen bisheriger Diagnosen und Behandlungsbemühungen auf den gesamten Verlauf
- Sorgfältige Exploration der Rahmenbedingungen "gesunder" Lebensabschnitte
- Informationen aus dem familiären Umfeld über "prä morbide" Anpassungsfähigkeit, Kompetenzen, Belastbarkeit, soweit verfügbar
- Allgemeine Entwicklung des Kindes/Jugendlichen, Beachtung kumulativer Belastungen
- Erfassung bzw. Ausschluss schwerwiegender psychischer Traumatisierungen
- Diagnostisches Interview mit dem Kind/Jugendlichen: Eigenanamnese, Familienanamnese, Schullaufbahn und Entwicklung etwaiger schulischer Leistungsschwierigkeiten, schulische Leistungsfähigkeit
- Ggf. sorgfältige Schmerz-anamnese von Eltern wie auch Kindern bzw. Jugendlichen. Vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen ist dabei auf Berichtstil, Wortwahl, Umgang mit Schmerzparametern (Dauerhaftigkeit, Lokalisation(en), Intensität(swechsel), abschwächende/verstärkende Faktoren) zu achten (V).
- Beachtung entwicklungs- bzw. intelligenzabhängiger Differenzen bei der Symptompräsentation

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Angststörungen, v.a. Trennungsängste (IV)
- Rezidivierende depressive Störungen
- Sozialer Rückzug, schulische Leistungseinbußen
- Evtl. zusätzliches Auftreten dissoziativer Symptome (F44) von Krankheitswert.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Eltern hinsichtlich (v.a. neu aufgetretener) abnormer psychosozialer Bedingungen gemäß der psychosozialen Achse V des MAS, insbesondere:

- Sorgfältige Eigenanamnese der Eltern, v.a. hinsichtlich eigener ungeklärter Beschwerden, Schmerzen, aber auch ernsthafte, organischer Erkrankungen (Schmerzfamilie) (V)
- Qualität, Krisen der elterlichen Beziehungen, resultierende emotionale Überforderungen des Kindes
- Hinweise auf mangelnde Wärme der innerfamiliären Beziehungen
- Verlusterlebnisse unter den bedeutsamen Bezugspersonen
- Ein primär oder sekundär überprotektiver Erziehungsstil
- Bisheriger Umgang mit aufgetretenen Symptomen, Rolle der Schmerzen/Beschwerden in der innerfamiliären Kommunikation, diesbezügliche elterliche Differenzen?
- Bisher entwickelte Störungskonzepte bei Eltern wie Patient
- Bei ausländischen Jugendlichen: Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes, Hinweise auf kulturell bedingte Identitätskonflikte
- Gezielte Exploration der Lebensbereiche, die durch die Symptomatik evtl. vermieden wurden, sekundärer Krankheitsgewinn?
- Hinreichender Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch (V)?
- Psychiatrische Störungen der Eltern, v.a. Angststörungen, Depressionen (V)

Informationen aus Schule und weiterem sozialem Umfeld hinsichtlich:

- Schwankungen von Integration/Anpassung in letzter Zeit
- Hinweise auf Leistungsüberforderungen
- Hinweise auf aktuelle soziale Belastungsfaktoren: Diskriminierungen, traumatisierende Erfahrungen (aggressiv, sexuell)
- Frage nach evtl. Störungskonzepten von (Mit-)Erziehern, Gleichaltrigen
- Ergänzende Angaben zum familiären Umfeld

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Wenn die Kinder vielfach schon voruntersucht sind, was häufig der Fall ist, wenn sie dem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt werden, ist dies abhängig von der bisherigen Beschwerdenlokalisation. Das Problem wird sein, die Familie vom Wunsch nach immer neuen Untersuchungen abzubringen, dies am besten in einem auch vor der Familie offenen kollegialen Austausch mit allen Voruntersuchern.

Testpsychologische Diagnostik

- Bei entsprechenden Hinweisen unbedingt orientierende, evtl. spezifischere Leistungsdiagnostik,

sofern sie nicht unmittelbar vorher erfolgt ist

- Erst nach gelungener Vertrauensanbahnung projektive Diagnostik und/oder psychologische Fragebögen zur Annäherung an (evtl. bewusstseinsfernere) Konflikte und Ängste
- Ggf. Symptom-/Schmerzfragebögen
- Familiendiagnostik.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Prinzipiell gilt: Auch Patienten mit chronifizierten Somatisierungsstörungen können zusätzlich körperlich erkranken. Daher ist auch im Störungsverlauf auf neue Symptome zu achten, die freilich auch Ausdruck einer Symptomverschiebung bzw. einer Erweiterung der bestehenden Störung sein können.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Bei zunehmender diagnostischer Sicherheit im Verlauf des anamnestisch-diagnostischen Prozesses empfiehlt sich generell eine Zurückhaltung mit weiteren, vor allem bereits mit negativem Befund durchgeführten Untersuchungen. Veranlassung neuer Untersuchungen nur bei deutlicher Änderung von Betonung und Konstanz der Beschwerden.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Synopsis emotionaler und verhaltensmäßiger Symptome im Störungsverlauf. (MAS-Achse I)

Diagnostisch entscheidend sind folgende Merkmale:

- Körperliche Symptome, meist wechselnd, werden wiederholt Vorstellungsanlass, verbunden mit der hartnäckigen Forderung nach medizinischen Untersuchungen auch dann, wenn negative Ergebnisse und die Versicherungen unterschiedlicher Ärzte besagen, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.
- Sind körperliche Symptome vorhanden, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der von dem Patienten geäußerten Beschwerden, sein subjektives Leiden, oft weniger an einem umrissenen Symptom als vielmehr an einer subjektiv erlebten Krankheit (V).
- Patient und Eltern widersetzen sich den Versuchen, ihnen die Möglichkeit einer psychischen Ursache oder Mitverursachung der geklagten Beschwerden näher zu bringen.
- Häufiger besteht ein Aufmerksamkeit suchendes (histrionisches) Verhalten.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Ausschluss bzw. Diagnose primärer oder sekundärer (Patientenkarriere!) Lern-/Leistungsprobleme im Verlauf der Störung (Achse II, Achse III des MAS)
- Zusammenfassende Gewichtung aller bisher und aktuell erhobenen körperlichen Befunde vor dem Hintergrund der diagnostischen Rahmenhypothese (Achse IV), Einsatz spezifischer Symptomfragebögen
- Sorgfältige diagnostische Ausschöpfung der Kategorien von Achse V (aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände) unter (vorgeschriebener) Betonung der letzten 6 Monate: Insbesondere Komorbidität der Eltern, innerfamiliäre Rollenverteilungen, Qualitäten und Inhalte der innerfamiliären Kommunikation, Erfassung aktueller, primärer oder sekundär gewachsener Belastungen/Traumatisierungen, Hinweise auf sekundäre Krankheitsgewinne
- Ausschluss körperlicher bzw. sexueller Traumatisierung bei chronischer Somatisierungsneigung
- Globale Bewertung der psychosozialen Anpassung (Achse VI) als sensibler Hinweis auf das mittlerweile erreichte Gewicht der Störung im ganzen Entwicklungsverlauf (z.B. Peer-group-Verluste).

3.3 Differenzialdiagnosen

- Angststörungen, depressive Störungen (auch komorbide)
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bzw. akute Belastungsreaktion bei anamnestischen Anhaltspunkten
- Münchhausen-by-Proxy-Syndrom: Bei einem derartigen Verdacht ist sorgfältig nach weiteren Misshandlungstendenzen in der ganzen Vorgeschichte zu fahnden.
- Simulation: Stets schwierig beurteilbare Differenzialdiagnose, die nur aus einem längerfristigen, in der Regel stationären Verlauf heraus beurteilbar ist und auf eine gravierende psychische Belastung bzw. psychiatrische Störung hinweist.

- Selten: Hypochondrische Störung, definiert durch Furcht vor einer bestimmten, von der Familie zugrunde gelegten, immer wieder benannten Krankheit, die aus Sicht der Familie nicht ausreichend behandelt wurde/wird. Anamnestisch trifft man daher im Gegensatz zur somatoformen Störung eher auf Compliance-Probleme im Rahmen der vorausgegangenen somatischen Behandlungen (Diese seltene Störung ist unter F45.2 kodierbar).

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Je nach Dauer, Ausprägung, Schweregrad (Behinderung normaler Lebensvollzüge, Ausmaß der Störung der sozialen Anpassung laut Achse VI), aber auch der erzielbaren Compliance, kann die Behandlung ambulant bzw. muss sie stationär sein. Neben einer (wenn möglich) definierten Dauer der Störung sind als störungsspezifische Determinanten einer stationären Behandlungsindikation vor allem zu nennen:

- Eine sehr enge oder gar symbiotische Eltern-Kind-Beziehung, die zum Teil auch störungsreaktiv begreifbar ist, mit Kommunikationsmustern, welche die Störung aufrecht erhalten können
- Ein besonders ausgeprägtes Misstrauen allen nicht ausschließlich somatischen Behandlungsansätzen gegenüber
- Besonders schwer ausgeprägte Störungen der sozialen Anpassung mit sekundärem Leiden von Patient und Eltern daran
- Krisenintervention bei Zusammenbruch wichtiger Lebensvollzüge (Schulbesuch, völliger sozialer Rückzug, depressive Krise)

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Eine ambulante und/oder stationäre Behandlung umfasst folgende Interventionen:

- Aufklärung aller Beteiligten über unerlässliche Rahmenbedingungen des (ggf.) stationären Settings (evtl. Besuchspausen, Bestehen auf ausführlicher Beobachtung des Spontanverlaufs ohne immer neue medizinische Interventionen, Festlegung einer realistischen Mindestdauer der Behandlung von 2-3 Monaten, Dämpfung überhöhter Erwartungen an die Therapie)
- Erheben einer Baseline gemeinsam mit dem Patienten (Schmerztagebuch, Beschwerden notieren o.Ä.)
- Zurückhaltende medikamentöse Unterstützung am Anfang bei klarer Deklaration des Ziels völliger Medikamentenfreiheit
- Unterstützende robrierende Therapiemaßnahmen (z.B. individuell angepasste Krankengymnastik)
- Verhaltensorientierte Gestaltung des stationären Milieus: knappes Eingehen auf dargebotene, geklagte Symptome, Verstärkung gesunder, symptomantagonistischer Verhaltensweisen
- Ggf. Anwendung vorwiegend verhaltenstherapeutischer Schmerzbewältigungstechniken bzw. symptombezogener Selbstkontrolltechniken (IV)
- Je nach Symptomausprägung Erlernen beschwerdenantagonistischer Entspannungsverfahren (z.B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation u.a.) mit dem Lernziel: sich wohl fühlen lernen im eigenen Körper
- Erarbeitung eines veränderten, individuellen Störungskonzepts mit behutsamen Deutungsangeboten
- Eltern-, später Familiengespräche zum Stellenwert von Schmerzen in der familiären Kommunikation
- Hinsichtlich der ggf. erlebten emotionalen Mangelsituation inhaltliche (nicht mehr krankheitsbezogene) Umstrukturierung der intrafamiliären Zuwendung zum Kind
- Sorgfältige Gestaltung der Rückgliederung in das Herkunftsmilieu mit steigender Frequenz von Belastungserprobungen
- Unterstützend je nach psychiatrischer Komorbidität: psychotherapeutische Bearbeitung individueller und relevanter familiärer Probleme, ggf. entwicklungsfördernde Übungsbehandlung bei Leistungsüberforderung bzw. Schritte zu direkten Entlastungen.

4.3 Vorgehensweise und Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Siehe Kapitel 4.1 und 4.2 mit Ausnahme der nur auf das stationäre Setting beziehbaren Prozeduren und abgestimmt auf den Schweregrad der primären und sekundären Symptome.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Siehe ebenfalls Kapitel 4.1 und 4.2; dieses Setting bietet bei mittelschweren Fällen oder auch nach gelungener vollstationärer Anfangsphase Chancen zu einem besonders intensiven diagnostisch-therapeutischen Angehen belastender Umweltfaktoren, die mit dem Störungsbild in Zusammenhang stehen.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.1 und 4.2.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

- Jugendhilfemaßnahmen, die die Verselbstständigung unterstützen, sind sinnvoll und mit den therapeutischen Zielen abzustimmen.
- Sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen sind allenfalls bei schon eingetretener Chronifizierung und dann in der Regel massiv belastenden, abnormen psychosozialen Umständen (MAS-Achse V) erforderlich.
- Stationäre Jugendhilfemaßnahmen bei sicheren Hinweisen auf Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Dauerhafte, symptomzentrierte medikamentöse Therapie
Sonstige, nicht strikt gesundheitsorientierte, d.h. die Eigenverantwortlichkeit steigernde Hilfen im Umfeld (z.B. Hausbesuch, Bettruhe, Wärmflasche etc.)
"Therapeutisch" gemeinte, immer neue diagnostische Schritte
Mutter-Kind-Kuren.

Literatur:

1. Adler RH et al., How not to miss a somatic needle in the haystack of chronic pain. Journal of Psychosomatic Research (1997), 42 (5), 499-505
2. Brunner R, Resch F (2003) Dissoziative und somatoforme Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B et al., Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Schattauer, Stuttgart, New York
3. Bürgin D (1993) Psychosomatik im Kindes- und -Jugendalter. Fischer, Stuttgart, Jena, New York
4. Craig T, Cox A, Klein K, Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. Psychological Medicine (2002), 32, 805-816
5. Fritz GK, Fritsch S, Hagino O, Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36 (10), 1329-1338
6. Heemann A et al., Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung (1998), 7, 129-142
7. Hotopf M et al., Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. Brit med J (1998), 18 (316), 1196-1200
8. Kapfhammer HP, Somatoforme Störungen. Historische Entwicklung und moderne diagnostische Konzeptualisierung. Nervenarzt (2001), 72, 487-500
9. Livingston B, Witt A, Smith GR, Families who somatize. Journal of developmental and behavioral Pediatrics (1995), 16 (1), 42-46
10. Gelkers Ax R, Resch F, Kopfschmerzen bei Kindern: auch ein kinder- und jugendpsychiatrisches Problem? Zeitschr für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2002), 30 (4), 281-293
11. Pfeiffer E (2001) Somatoforme Störungen - eine Herausforderung im Grenzbereich zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie. In: Frank F, Mangold B (Hrsg.), Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln
12. Rief W, Hiller W, Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. Journal of Psychosomatic Research (1999), 64, 507-518
13. Ruoß M, Wirksamkeit und Wirkfaktoren psychologischer Schmerztherapie: Eine Übersicht. Verhaltenstherapie (1998), 8, 14-25

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

E. Kammerer, T. Bickhoff

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

E. Kammerer

Korrespondenz an:

Prof. Dr. Emil Kammerer
Univ.-Kinderklinik
Bereich Psychosomatik
Domagkstraße 3 b
48149 Münster

Redaktionskomitee:

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

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, 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-Leitseite](#)

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: 21.01.2008; 14:21:02