

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

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/037	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. 437 - 450

Grundlagen der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Präambel

In dieser Leitlinie werden die Grundlagen einer allgemeinen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Sie ergänzen und ersetzen nicht die störungsspezifischen Leitlinien für die einzelnen kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Krankheitsbilder (www.awmf-leitlinien.de).

1. Grundlagen

1.1 "Evidenz"basierung

Es gehört zu den ethischen Grundgeboten eines "nihil nocere" ärztlich- und psychologisch-psychotherapeutischer Praxis, dass keine Verfahren zur Anwendung kommen, die schaden oder nur ungenügend helfen. Jeder Therapeut (*Die männliche Form wird im gesamten Text der Einfachheit halber und mit der Absicht benutzt, dass die weibliche Form immer impliziert ist.*) ist verpflichtet, sich nach kritischer Würdigung an Ergebnissen der Psychotherapieforschung auszurichten, seine Behandlungspraxis gegebenenfalls umzustellen und vor allem jederzeit über das Rational seiner Tätigkeit Auskunft zu geben. Persönliche, subjektive Erfahrungen sollten nur dann in eine Beurteilung der psychotherapeutischen Wirksamkeit einfließen, wenn sie in einem Mindestmaß objektiviert worden sind bzw. andernorts evaluiert wurden.

1.2 Theoriebasierung

Jedes psychotherapeutische Verfahren benötigt eine theoretische Fundierung. Nur die Kombination von Theorie und empirischer Überprüfung macht eine Anerkennung eines Verfahrens als wissenschaftlich fundiert möglich. Jeder Psychotherapeut ist in der Pflicht, sein Handeln auch hinsichtlich einer theoretischen Fundierung zu überprüfen und gegebenenfalls transparent zu machen. Dabei versteht es sich von selbst, dass die Theorie sich innerhalb des von der Scientific community anerkannten Rahmens bewegen sollte. Eine beständige Überprüfung aktueller Entwicklungen der jeweiligen Theorie gehört ebenso dazu.

2. Therapeutenvariablen

2.1 Aus- und Weiterbildung

Jede psychotherapeutische Beschäftigung mit Kindern und Jugendlichen setzt eine entsprechende fundierte Ausbildung voraus. Zur Psychotherapie von Kindern- und Jugendlichen sind bei der Bundesärztekammer/Kassenärztlichen Bundesvereinigung derzeit anerkannt:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- Verhaltenstherapie.

Die Psychotherapierichtlinien sind zum Teil durch das Psychotherapeutengesetz in ihren Formulierungen nicht mehr gültig, betreffen zudem nur die ambulanten psychotherapeutischen Leistungen.

Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxation und Hypnose anerkannt. Jedes Verfahren hat eigene curriculare Aus- und Weiterbildungsgänge, die von unterschiedlicher Dauer und Intensität sind. Unabhängig von diesen Curricula ist eine grundsätzliche Ausbildung in der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie - unabhängig von Grundberuf bzw. -ausbildung - unabdingbar. Dies ist wichtig, um beispielsweise eine fundierte Differenzialdiagnostik vornehmen zu können oder auch um eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit einzuschätzen. Selbsterfahrungsanteile gehören zur Ausbildung. In die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind diese psychotherapeutischen Weiterbildungsinhalte integriert.

2.2 Integrität

Die intensive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die sich naturgemäß immer in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zu Erwachsenen, und damit auch zu ihrem Psychotherapeuten, befinden, macht einen besonders sorgfältigen Umgang mit missbräuchlichen Impulsen, Tendenzen oder auch Strukturen notwendig. Dazu gehört, dass der Psychotherapeut frei ist von innerer oder äußerer Abhängigkeit vom Patienten und seiner Familie. Er muss zu jeder Zeit von einem sachlich begründbaren unabhängigen Standpunkt aus das therapeutische Geschehen beurteilen können, in der absoluten Verpflichtung eines "nihil nocere". Dies bezieht sich auf alle Phasen der Behandlung von der Diagnostik über die Indikationsstellung bis zur Beendigung der Therapie.

Der Psychotherapeut muss sich in Kenntnis aller allgemeinen und spezifischen juristischen Bedingungen jederzeit im Rahmen der Gesetze und Verordnungen bewegen. Auch der ethische Rahmen (s.u.) ist einzuhalten, z.B. keine übermäßige Abhängigkeit erzeugen oder sich bereichern u.a.m.

Psychotherapie darf auch nicht verwechselt werden mit pädagogischen Maßnahmen, auch wenn jede Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter entwicklungsbedingt ohne pädagogische Momente nicht auskommt. Sie gehören aber regelhaft reflektiert und begründet.

2.3 Therapeutische Haltung

Jeder Patient muss sich zu jeder Zeit darauf verlassen können, dass der Therapeut keine eigenen Wünsche und Impulse an ihm oder seiner Familie befriedigt. Die Behandlung muss unabhängig von besonderen weltanschaulichen oder religiösen Anschauungen erfolgen. Jeder Therapeut ist in diesem Zusammenhang verpflichtet, für eine angemessene eigene Psychohygiene zu sorgen, weil andernfalls die Gefahr wächst, ungestillte Bedürfnisse (z.B. nach Zuneigung, Anerkennung oder auch Sexualität) mittelbar oder unmittelbar am Patienten zu befriedigen. Die therapeutischen Räumlichkeiten müssen diesen Anforderungen genügen.

In einem impliziten oder expliziten Behandlungsvertrag werden die materiellen Regelungen zwischen Therapeut und Patienten vereinbart. Hiervon unabhängig ist der Therapeut verpflichtet, die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Dies gilt auch für bestimmte, individuelle Vorbedingungen, die ein Therapeut an eine Behandlung knüpft (nicht zu verwechseln mit spezifischen Rahmenbedingungen, die zur Durchführung psychotherapeutischer Verfahren als notwendig von der jeweiligen Fachgruppe anerkannt sind). Grundsätzlich steht jeder Psychotherapeut in dem Spannungsverhältnis von Behandlungsverpflichtung (s. auch Fürsorgepflicht) und Aufrechterhaltung eines Behandlungsrahmens, was in bestimmten Fällen im Widerspruch stehen kann. Hier muss in jedem Einzelfall abgewogen werden, wann die Unabhängigkeit des Psychotherapeuten eingeschränkt werden muss. Zur Notwendigkeit der Supervision im Rahmen der Aus- und Weiterbildung siehe Kapitel 2.1 und 8.5.

Gegenüber jedem Patienten und seiner Familie besteht eine Fürsorgepflicht. Es muss für den Therapeuten immer darum gehen, zu überprüfen, wann er in welchem Ausmaß aktiv stützend und versorgend wird und wann welche Entscheidungen dem Kind und seiner Familie überlassen werden können oder müssen. Dies kann z.B. bedeuten, dass Eltern geraten wird, ihr Kind gegen seinen Willen zu einer stationären Behandlung einweisen zu lassen, oder es kann bedeuten, einen Jugendlichen wieder gehen zu lassen, der sich trotz beeinträchtigender Symptomatik nicht behandeln lassen möchte. Hier ist allerdings zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Schweregraden zu unterscheiden. Bei Störungen, bei denen eine fehlende Krankheitseinsicht störungsimmanent ist, darf

z.B. nicht lange zugewartet werden, bis eine dringende Behandlungsempfehlung ausgesprochen oder auch der Versuch unternommen wird, das Kind/den Jugendlichen zumindest eine gewisse Zeit auch gegen seinen Willen zu behandeln. Die Entscheidung über das Ausmaß der Fürsorgehaltung ist also auch immer abhängig von der Prognose und den potenziellen Chronifizierungs- und Gefährdungsprozessen, die durch die Erkrankung für den Patienten entstehen. Der bloße geäußerte Wille bzw. Unwille eines Patienten reicht nicht aus, um bestimmte Behandlungsmaßnahmen nicht einzuleiten. In jedem Fall gehört eine angemessene Aufklärung des Patienten und/oder seiner Eltern über das Krankheitsbild und Folgen einer unterlassenen Behandlung dazu. Juristisch kann eine ungenügend wahrgenommene Fürsorgepflicht zum Straftatbestand einer unterlassenen Hilfeleistung führen.

3. Ethische Grundlagen

Die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Bundesrepublik Deutschland haben 1999 folgende ethische Grundsätze verabschiedet:

"Jeder Therapeut ist verpflichtet, berufsethische Grundsätze zu respektieren. Dazu gehören, die Abhängigkeit des Patienten nicht auszunutzen, die besondere therapeutische Beziehung zu schützen sowie die eigene berufliche Kompetenz zu erhalten und zum Wohle des Patienten zu nutzen.

Ein Verstoß gegen berufsethische Grundsätze liegt insbesondere dann vor, wenn ein Therapeut

- den Patienten oder seine Sorgeberechtigten immateriell, finanziell oder sonst materiell ausbeutet,
- den Patienten während oder nach der Diagnostik und/oder Behandlung sexuell missbraucht oder mit einem Patienten während oder nach der Diagnostik und/oder Behandlung eine sexuelle Beziehung eingeht oder in anderer schädigender Weise einen Machtmissbrauch begeht,
- die Aufklärungspflicht verletzt,
- die Schweigepflicht verletzt,
- Daten von Patienten und/oder Dritten ohne Zustimmung des Betroffenen („informed consent“) veröffentlicht,
- eine eigene schwere psychische Störung einschließlich Suchterkrankungen nicht behandeln lässt und dadurch seine ärztlichen/psychotherapeutischen Pflichten verletzt,
- sonst gegen die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis verstößt."

Für das therapeutische Handeln haben die allgemeinen psychiatrischen Gesellschaften mit der Resolution von Madrid (1996) ethische Leitlinien formuliert. Sind Urteils- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten eingeschränkt, sind die darauf bezogenen rechtlichen Regelungen unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten maßgebend."

Jeder Therapeut hat die Pflicht, alle gesetzlichen und ethischen Grundlagen seines Handelns zu kennen und anzuwenden. Die Fachgesellschaften in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie haben neben ethischen Leitlinien auch Kommissionen ins Leben gerufen, die über die Einhaltung wachen und im Konfliktfall Patienten und Therapeuten zur Verfügung stehen.

4. Prinzipien für die Diagnostik

Psychotherapeutische Interventionen bedürfen einer ausführlichen und eingehenden Diagnostik, da ihre Indikation in der Regel störungsspezifisch erfolgt. Die diagnostische Zuordnung und Klassifikation sollte nach der ICD-10 bzw. dem DSM in der jeweils aktuellen Form erfolgen. Der diagnostische Prozess sollte in der Regel durch standardisierte Verfahren, z.B. Interviews oder Fragebogenverfahren, ergänzt werden.

4.1 Multiaxiale Klassifikationsdiagnostik (MAS nach ICD-10)

Die nosologische Erfassung psychischer Störungen erfolgt deskriptiv. Um den besonderen Gegebenheiten im Kindes- und Jugendalter gerecht zu werden, müssen mehrere Dimensionen erfasst werden. Deshalb besteht das Grundprinzip der Diagnostik im Kindes- und Jugendalter in einer multiaxialen Betrachtungsweise.

Hierbei wird auf der ersten Achse das klinisch-psychiatrische Syndrom abgebildet. Auf der zweiten Achse werden umschriebene Entwicklungsstörungen festgehalten, die sich beispielsweise als Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten zeigen. Auf der dritten Achse wird das Intelligenzniveau verschlüsselt, auf der vierten Achse werden körperliche Krankheitssymptome benannt, unabhängig davon, ob sie in einem vermeintlichen Zusammenhang mit der psychischen Störung stehen oder nicht. Die fünfte Achse ermöglicht eine Verschlüsselung von assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umständen, während die sechste Achse einer Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung vorbehalten ist. Die multiaxiale Diagnostik gibt nicht nur nosologische Hinweise auf bestimmte psychische Störungsbilder, sondern macht auch körperliche und

psychosoziale Risikofaktoren deutlich.

4.2 Operationale psychodynamisch orientierte Diagnostik (OPD-KJ)

Insbesondere für psychodynamisch orientierte Psychotherapien gibt es zum MAS-System ein ergänzendes operationalisiertes Befundsystem zur Erfassung psychodynamischer Aspekte. Es soll zu einer besseren Standardisierung in der psychodynamischen Diagnostik beitragen, wobei die Evaluation der verschiedenen Bereiche noch nicht abgeschlossen ist.

Auf der Achse Beziehung erfolgt die operationalisierte Einschätzung beobachtbarer Interaktionsmerkmale, basierend auf der Tatsache, dass zwischen intrapsychischen mentalen Modellen und interpersonalen Beziehungen ein bedeutsamer Zusammenhang besteht.

Auf der Konfliktachse werden überdauernde intrapsychische Konflikte operationalisiert erfasst. Die Achse Struktur gibt Hinweise auf die aktuelle Integration des Erlebnis- und Handlungsrepertoires eines Kindes, das über die Einschränkung im Rahmen der klinischen Symptomatik hinausgeht. Unter Zugrundelegung alterstypischer Ankerbeispiele wird das Integrationsniveau als Strukturniveau auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt.

Die Achse Behandlungsvoraussetzungen bezieht sich auf die subjektiven Dimensionen des Leidensdrucks und spezifischer Therapievoraussetzungen.

4.3 Differentialdiagnostik

Neben einer ausführlichen mehrdimensionalen Erfassung der psychischen Störungssymptomatik ist es notwendig, bedeutsame Aspekte der Krankheitsentstehung differenzialdiagnostisch zu erfassen. Somatische, psychische und soziale Einflussfaktoren müssen individuell differenziert gewichtet werden. Zum Beispiel müssten folgende Fragen und ähnliche andere gestellt werden:

- Ist die seelische Störung in einem Zusammenhang mit seelischen Verletzungen in der Biographie zu sehen?
- Ist die aktuelle psychische Störung durch somatische Faktoren (mit-) bestimmt?
- Gibt es regelhafte soziale Mechanismen für die Aufrechterhaltung einer seelischen Störung?
- Gibt es Eskalationsprozesse in der Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld?

Erst durch diese differenzialdiagnostisch ätiopathogenetischen Überlegungen lässt sich eine Differenzialindikation erstellen.

4.4 Spezifische diagnostische Aspekte

Zur Therapieplanung ist die Erfassung weiterer wichtiger Bedingungsfaktoren notwendig und zu beachten:

Komorbidität

Im Kindes- und Jugendalter muss besonders berücksichtigt werden, dass eine Reihe von Störungsbildern eine hohe Komorbidität mit anderen zeigen (z.B. hohe Komorbidität zwischen Angst und Depression). Die psychotherapeutische Intervention sollte immer einer psychischen Leitsymptomatik zugeordnet sein. Das Hauptsyndrom bildet die Grundlage für die Therapieindikation. Im Rahmen einer empirisch orientierten Therapieplanung zu Therapiebeginn sollte geschaut werden, ob für die Hauptsymptomatik ein empirisch validiertes störungsspezifisches Manual vorliegt. Dies sollte dann mit der Behandlungsmotivation und den Behandlungsanliegen des Patienten und seiner Bezugsperson in Einklang gebracht werden.

Entwicklungsaufgaben. Neben den diagnostischen Einschätzungen im engeren Sinne muss auf alterstypische Entwicklungsaufgaben eingegangen werden. Wenn durch die psychische Störung bestimmte Entwicklungsaufgaben, wie z.B. Identitätsentwicklung oder Autonomieentwicklung unmöglich werden, muss eine ressourcenorientierte Psychotherapie auch diesen entwicklungsförderlichen Aspekten Rechnung tragen.

Aspekte der Selbstentwicklung. Unabhängig von psychiatrischer Diagnose und Entwicklungsaufgaben sollten psychotherapeutische Interventionen eine Stärkung der Ich-Struktur zum Ziele haben. Stabilisierung des Selbstwertes, Verbesserung der Selbstakzeptanz und der Selbstverfügbarkeit sollten Teil der psychotherapeutischen Zieldefinition sein.

Bindung. Die Bindungsmuster zu wichtigen Bezugspersonen, die schließlich in mentalen Modellen als Beziehungserwartung und Beziehungsfähigkeit aktuell zum Ausdruck kommen, spielen in der Psychotherapie eine große Rolle.

Da die Grundlage jeder Psychotherapie eine basale Vertrauensbeziehung ist, müssen mögliche

Bindungsstörungen als potenzielle Störfaktoren der psychotherapeutischen Beziehung Berücksichtigung finden. Unsicher vermeidende, ambivalent unsichere und desorganisierte Bindungsmuster können bei Jugendlichen als entsprechende mentale Modelle verankert sein.

Spiel. Spielsituationen stellen einen wichtigen diagnostischen Bestandteil dar. Das Kind zeigt sich in seiner freien Phantasie, in seiner Fähigkeit, Aspekte des persönlichen Alltags in die Spielsituation zu übertragen und auf diese Weise Aspekte der emotionalen Differenzierung der Selbstkontrolle unter Phantasietätigkeit erkennbar werden zu lassen.

Körperliche Untersuchung

(s. auch Leitlinie "Körperliche Untersuchung")

Die Erhebung eines körperlichen und neurologischen Befundes ist als integraler Bestandteil der psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen aufzufassen. Sie erfolgt mit der Zielsetzung, seelisches und körperliches Leiden zu erkennen, indem sie Befunde erhebt, die zur Erklärung krankhafter Störungen dienen. Sie beinhaltet grundsätzlich die Untersuchung aller Körperteile sowie die neurologische Untersuchung. Voraussetzung für ihre Durchführung ist das Vertrauen der Untersuchten und ihrer Sorgeberechtigten in das ärztlich-ethische Handeln untersuchender Ärztinnen und Ärzte sowie der achtungsvolle Umgang der Untersucher mit dem Untersuchten. Hierbei ist es notwendig, Schamgrenzen und Körpergrenzen bei Kindern zu respektieren und eine behutsame Vorgehensweise zu wählen, die die Möglichkeit des Beiseins von Bezugspersonen oder die Durchführung der körperlichen Untersuchung durch gleichgeschlechtliche Therapeuten einschließt. Auf diese Weise soll den Bedürfnissen nach Einhaltung der Intimitätsgrenzen Rechnung getragen werden. Die körperliche Untersuchung erfolgt in der Regel durch einen ärztlichen Kollegen vor Aufnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahme. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob die körperliche Untersuchung und notwendige weitere Folgeuntersuchungen von einem anderen Arzt als dem behandelnden vorgenommen werden sollten, um den psychotherapeutischen Prozess nicht zu stören. Bei gegengeschlechtlichen Untersuchern sollte insbesondere im Jugendalter auf die Anwesenheit einer gleichgeschlechtlichen Bezugsperson geachtet werden.

5. Störungsspezifische differentielle Psychotherapieindikation

Nicht jedes psychotherapeutische Verfahren eignet sich für alle psychischen Störungen gleichermaßen gut. Je nach Art und Schwere der Störung sowie den Begleitumständen ist nach der Diagnostik eine Differenzialindikation zu stellen, die neben der Diagnose, dem Schweregrad und den Begleitumständen auch soziale Faktoren und z.B. die Infrastruktur des Patientenumfeldes berücksichtigt. So kann es beispielsweise kontraindiziert sein, ein Kind hochfrequent zu behandeln, wenn der Fahrtaufwand erheblich wäre oder dadurch altersgemäße Kontakte zu Gleichaltrigen behindert werden.

Grundsätzlich muss vor Beginn einer Psychotherapie entschieden werden, ob ein aufdeckendes oder eher ein symptomorientiertes Vorgehen sinnvoll ist. Dies muss unter Beachtung der vorliegenden empirischen Evidenz im Rahmen der o.g. Therapieplanung (störungsspezifisches Vorgehen, Behandlungsanliegen des Patienten, Ressourcenanalyse, Motivationssteigerung sowie komplementäre Beziehungsgestaltung) geschehen.

6. Verlaufsbeurteilung

Um die Effektivität der begonnenen psychotherapeutischen Maßnahmen zu überprüfen, ist eine regelmäßige Verlaufsbeurteilung notwendig. Diese sollte neben einer Einschätzung durch den Therapeuten auch Informationen von den Eltern sowie dem sozialen Umfeld, z.B. Kindergarten oder Schule, beinhalten. Sollten sich die begonnenen Maßnahmen als wenig effektiv erweisen, ist zu überprüfen, ob und in welchem Umfang ergänzende oder andere Interventionen notwendig sind.

7. Informed consent

Wie jede medikamentöse Behandlung kann auch jede psychotherapeutische unerwünschte Wirkungen haben. Der oft umfangreiche Eingriff in das Leben eines Kindes und seiner Familie macht es notwendig, mögliche unerwünschte oder auch unausweichliche und für den Patienten negative Effekte vor dem Beginn der Behandlung zu reflektieren und zu kommunizieren; diese betreffen sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Maßnahmen.

Kind/Jugendlicher

Das Kind/der Jugendliche als Inpatient muss von Beginn an alters- und entwicklungsgemäß in die

Diagnostik und Behandlung einbezogen werden. Auch wenn eine Indikation zur Behandlung eines Kindes gegen seinen Willen - zum eigenen Wohl - besteht, muss sich jeder Therapeut um die weitestmögliche Freiwilligkeit und das Einverständnis des Kindes/des Jugendlichen bemühen. Im Rahmen eines Informed consent muss über alle Grundlagen und Bedingungen der psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt werden. Dasselbe gilt für die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien und deren Publikation.

Eltern/Erziehungsberechtigter

Eine Behandlung eines Kindes/Jugendlichen ohne Einverständnis der sorgeberechtigten Eltern ist nur nach entsprechender Rechtsgüterabwägung zur Abwehr einer akuten Gefahr für den Patienten möglich. Es sollte immer im Sinne einer konstruktiven Behandlung sein, die Eltern soweit wie möglich in die Behandlung einzubeziehen. In jedem Fall ist es erstrebenswert, mit den Eltern einen umfangreichen Informed consent herzustellen.

Schweigepflicht/Rechtsgüterabwägung

Grundsätzlich steht jeder Psychotherapeut ohne Ausnahme unter Schweigepflicht. Während im Kindesalter die sorgeberechtigten Eltern ein Anrecht auf Information über Inhalte der Psychotherapie haben, ändert sich dies - ohne eindeutige juristische Regelung - im Jugendalter. Hier kann es besonders wichtig sein, einem Jugendlichen eine umfangreiche Schweigepflicht zuzusichern. Allerdings kann dies in einem Rechtsgüterwiderspruch zu den elterlichen Rechten und Pflichten stehen. Verhindert ein Therapeut z.B. durch Nichtweitergabe der Information über den Drogenkonsum des Jugendlichen ein Eingreifen der Eltern, so kann ein Gericht zu dem Schluss kommen, dass in diesem Fall das Rechtsgut der elterlichen Sorge höher einzustufen ist als das der Schweigepflicht gegenüber dem Patienten. In jedem Einzelfall sollte auf der Grundlage einer vertrauensvollen Zusammenarbeit vor Beginn der Behandlung angesprochen werden, was unter die Schweigepflicht fällt bzw. inwieweit sich die Eltern darauf verlassen können, in ihren Erziehungsrechten und -pflichten nicht eingeschränkt zu werden. Im Therapieprozess bzw. bei neuen Gegebenheiten ist dies immer wieder neu zu hinterfragen und gemeinsam mit Patient und Patientin sowie Bezugsperson abzustimmen.

Ist Gefahr im Verzuge, muss die Schweigepflicht in jedem Fall hinterfragt werden, z.B. bei akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung.

8. Prinzipien für die Therapieindikation, -planung und durchführung

Psychotherapeutische Behandlungen müssen in einem angemessenen Setting erfolgen und sich den jeweiligen Rahmenbedingungen der Therapie anpassen. Hierbei sind folgende generelle Aspekte zu beachten: einerseits die Komplexität des therapeutischen Prozesses und andererseits auch die Einbeziehung der Familie bzw. des Umfeldes sowie der Entwicklungsstand der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Multimodalität

Im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen kann die Psychotherapie oft nur einen wichtigen Baustein des Gesamtbehandlungsplanes bilden. Wenn noch andere Therapieformen zur Anwendung kommen, ist es notwendig, dafür zu sorgen, dass die Richtlinien und Leitlinien der psychotherapeutischen Behandlung auch im Gesamtbehandlungsplan anwendbar bleiben. Begleitende medikamentöse Therapien, soziotherapeutische Ansätze oder Beratung der Eltern können in synergistischer Kombination mit der psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden. Es bleibt zu prüfen, ob multimodale Behandlungen in der Hand eines Therapeuten verbleiben oder ob beispielsweise die medikamentöse Therapie und die Psychotherapie von unterschiedlichen Therapeuten wahrgenommen werden, die sich dann in spezifischen Fallkonferenzen über den Gesamtbehandlungsplan austauschen.

Begleitende medikamentöse Behandlung

Das Zusammenwirken einer medikamentösen Behandlung und einer Psychotherapie wurde wiederholt aus ideologischen Gründen in Frage gestellt. Die therapeutische Realität hat gezeigt, dass Psychotherapie und Medikation nicht in einem grundsätzlichen Widerspruch zu sehen sind und dass beide Therapieansätze in synergistischer Kombination Erfolg versprechende Ergebnisse zeitigen.

Begleitende Co- und Zusatztherapien

Oft wird es der Fall sein, dass neben den psychotherapeutischen Behandlungen auch spezifische Fachbehandlungen wie Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie oder Ergotherapie zur Anwendung kommen. In diesen Fällen ist es wichtig, dass durch interdisziplinäre Abstimmung eine Gleichrichtung des therapeutischen Feldes erfolgt und alle Co- und Zusatztherapien in Bezug auf ihre Therapieziele sowie die pathogenetischen Vorstellungen mit den psychotherapeutischen Vorgehensweisen kompatibel sind.

Differenzierung des Settings

Für ambulante, teilstationäre und stationäre Psychotherapie gelten unterschiedliche Festlegungen. Vollstationäre Therapiesettings lassen die Milieubedingungen besser kontrollieren, wobei entsprechende

Beziehungsmuster zwischen dem Patienten und dem therapeutischen Team ausreichend zu reflektieren sind. Unter ambulanten und teilstationären Bedingungen bleiben die Patienten in ihren Ursprungsmilieus integriert. Auf die erhöhte Regressionstendenz unter vollstationären Bedingungen ist unbedingt zu achten. Patienten mit strukturellen Schwächen (z.B. Borderline-Patienten) sollten in nicht zu stark regressionsfördernden Milieubedingungen behandelt werden. Für psychiatrische Patienten unter geschlossenen Bedingungen und für forensisch geschlossene Settings gelten spezifische Behandlungsregeln, die Selbstgefährdungstendenzen des Patienten und Fremdgefährlichkeit in Rechnung stellen.

Freiwilligkeit

Psychotherapeutische Prozesse sind in der Regel unter Bedingungen der Freiwilligkeit in Gang zu setzen. Es kann aber erforderlich sein, sie auch unter beschützenden oder freiheitsentziehenden Rahmenbedingungen durchzuführen. Auch dann ist Psychotherapie nur unter aktiver Einwilligung des Patienten möglich und Erfolg versprechend.

Beachtung von Alter und Entwicklungsstand

Psychotherapeutische Maßnahmen haben auf altersgerechte Weise zu erfolgen. Die Wahl von Spielsituationen, Trainingsmodulen oder Gesprächskontexten hat den entsprechenden Entwicklungsstand des Patienten, seine Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeit zu berücksichtigen.

Indikationsbezogenes Setting (Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie)

Je nach spezifischer Indikation der Psychotherapie als Einzeltherapie, Gruppentherapie oder Familientherapie müssen unterschiedliche Settings gewählt werden. Es gilt die Regel, dass bei kleineren Kindern das einzeltherapeutische Setting durch familienbegleitende Maßnahmen ergänzt wird. Bei älteren Jugendlichen kann die Einzeltherapie auch ohne regelhafte Einbeziehung der Familie erfolgen.

Frequenz, Umfang, Sitzungsdauer und räumliche Ausstattung

Die Therapiefrequenz richtet sich nach Behandlungsverfahren, Entwicklungsalter des Patienten und Schweregrad des Störungsbildes, wobei in der Regel Interventionen einmal pro Woche ausreichend erscheinen. Für hochfrequente Psychotherapien gelten besondere Indikationsrichtlinien.

- Die **Anzahl der Therapiesitzungen** sollte mit den Patienten und deren Angehörigen vom Beginn an vorläufig festgelegt werden. In regelmäßigen Abständen sollten Bilanzsitzungen zur Abschätzung des Therapieumfanges erfolgen.
- Die **Sitzungsdauer** richtet sich nach therapeutischem Verfahren, Schweregrad der Symptomatik und Entwicklungsalter des Patienten. Sie sollte nicht überfordernd sein und Ermüdungen des Patienten vermeiden.
- Die **räumliche Ausstattung** sollte freundlich, emotional ansprechend und nicht zu herausfordernd sein. Übertriebene Spielzeugangebote können Kinder überfordern. Die Einrichtung sollte kindergerecht und kindersicher sein.
- Insbesondere sollte dem Gesichtspunkt der Problemaktualisierung Rechnung getragen werden, z.B. durch familientherapeutische Sitzungen bzw. Therapiesitzungen mit den Bezugspersonen aufgrund der spezifischen Situation von Kindern und Jugendlichen.

8.1 Einbeziehung der Eltern und des Umfeldes

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist die Einbeziehung des Umfeldes von zentraler Bedeutung. Häufig ist es nur so möglich, einen Transfer aus der therapeutischen Situation in die problematischen Situationen hinein zu erreichen. Die Therapieziele lassen sich ohne einen solchen Generalisierungseffekt meistens nicht erreichen.

Einbeziehung der Eltern und Familie, ggf. anderer Bezugspersonen

In der Regel sind die sorgeberechtigten Eltern die Auftraggeber einer psychotherapeutischen Behandlung. Eine Aufnahme der Behandlung - auch eines Erstgesprächs mit Jugendlichen - bedarf immer der zumindest nachträglichen Genehmigung durch die Eltern. Dies macht eine minimale Einbeziehung der Eltern regelhaft unabdingbar.

Darüber hinaus gilt es im Rahmen der Indikationsstellung zu klären, in welchem Umfang die Eltern therapeutisch einbezogen werden können oder sollten. Hier ist im Sinne des Kindes möglichst klar zu trennen zwischen einer Familientherapie, sporadischen Familiensitzungen und/oder begleitenden Elterngesprächen. Dabei ist im Rahmen eines transparenten und klar abgesprochenen Settings immer dafür Sorge zu tragen, dass Aspekte der Schweigepflicht (s.o.) sowie einer therapeutischen Kommunikationspflicht gegeneinander abgewogen werden.

Eine wichtige Rolle kommt einer Einbeziehung von Geschwistern zu. Es darf nicht unterschätzt werden, welche Auswirkungen eine psychische Erkrankung und ihre Behandlung für Geschwisterkinder haben kann. Wenn eine Einbeziehung in die Einzeltherapie nicht sinnvoll erscheint,

kann eine Überweisung zu einem Kollegen sinnvoll sein oder auch mal begleitende Geschwistergespräche. Ohne Frage gibt es auch Indikationen für Geschwistertherapien, in denen alle Geschwister gleichzeitig in einem gemeinsamen Setting behandelt werden. Die sporadische oder regelmäßige Einbeziehung von Großeltern wird immer dann von Bedeutung sein, wenn transgenerationale Prozesse von Bedeutung sind und die Großeltern erreichbar und motiviert sind.

Einbeziehung des weiteren Umfeldes

Einbeziehung des Kindergartens/der Schule. Nicht selten sind es Lehrer, die den Anstoß für eine Behandlung des Kindes geben, und nicht selten ist der soziale und kognitive Schulerfolg ein bedeutsamer Indikator für eine erfolgreiche Therapie. In Absprache mit den Patienten und ihren Familien ist in der Regel eine Einbeziehung der Schule hilfreich. Dies gilt insbesondere immer dann, wenn Lehrer sich in spezifischer Weise auf das Indexkind einstellen können, abgesehen davon, dass fremdanamnestic Daten aus der Schule oft von wichtiger Bedeutung sind. Gegen Ende der Behandlung ist eine Information an Lehrer immer dann sinnvoll, wenn diese das Kind weiterhin unterstützend begleiten sollen (und können) oder auch weiterhin gemeinsam mit den Eltern rechtzeitig eine erneute Exazerbation der Symptomatik erkennen sollen.

Einbeziehung der Peer-Gruppe. Nur unter besonderen Umständen werden Informationen von Freunden oder Klassenkameraden eingeholt. Die Einbeziehung von Geschwistern, Freunden und Gleichaltrigen in ein therapeutisches Setting erfolgt nur bei spezifischer Indikation.

8.2 Therapieziele und -planung

Jeder Behandlung sollte eine sorgfältige Therapieplanung vorausgehen. Diese schließt die Definition von umschriebenen Therapiezielen ein, die dem Patienten und seinen Eltern gegenüber transparent gemacht werden. Therapieziele sollen das Prinzip der Symptominderung als Grundlage haben, entwicklungsorientiert sein und die Interessen der Patienten, ihrer Eltern und die Möglichkeiten des Therapeuten in angemessener Weise berücksichtigen. Der Therapeut soll bezüglich der Erstellung von Therapieanträgen ausreichend ausgebildet sein; über die Honorarfrage und die Erstattung eines eventuellen Ausfallhonorars müssen vor Therapiebeginn klare Vertragsvereinbarungen existieren.

Theoriegeleitetes Vorgehen

Wie schon unter 1.2 erwähnt, ist eine Theoriebasierung des jeweiligen psychotherapeutischen Vorgehens Voraussetzung für eine anerkannte Psychotherapie. Dies gilt darüber hinaus auch für das spezifische Vorgehen im Rahmen einer Behandlung. Jede persönliche Erfahrung muss immer mit wissenschaftlichen Publikationen abgeglichen und Abweichungen gut begründet werden. Jedes Vorgehen, jede Intervention muss sowohl in Bezug auf eine theoretische Herleitung als auch in Bezug auf empirisches Wissen begründbar sein.

8.3 Dokumentation

Die Therapieziele und die therapeutischen Fortschritte müssen zu jedem Termin ausführlich dokumentiert werden. Für den Therapeuten und den Patienten müssen die grundsätzlichen Themen und wichtige Ereignisse jeder Therapiestunde durch das Dokumentationssystem jederzeit nachvollziehbar sein. Die Dokumentation muss auch über das Ende der Therapie hinaus aufbewahrt werden. Die Dokumentation hat in elektronischer oder Papierform zu erfolgen.

Jede Behandlung sollte mit entsprechenden Abschlussberichten in ihrem Gesamtverlauf dokumentiert und an abgebende bzw. weiterführende Stellen weitergeleitet werden.

Eine Einbeziehung der Kinder/Jugendlichen und Eltern ist in den meisten Fällen sinnvoll, da davon ausgegangen werden muss, dass (entgegen der gängigen Rechtsprechung) z.B. Hausärzte diese Berichte auf Verlangen den Eltern aushändigen.

Insbesondere ist es anzustreben, größtmögliche Transparenz über die erstellten Diagnosen und über die gegebenen Therapieempfehlungen herzustellen, um die Compliance mit und die Effizienz der Maßnahmen zu erhöhen.

8.4 Umgang mit spezifischen Problemen

Probleme innerhalb des Behandlungssettings

Schwierige Therapieverläufe mit plötzlichen und/oder anhaltenden Problemen bedürfen immer einer sorgfältigen Dokumentation (s. auch Kap. 8.3). Oft empfiehlt es sich, eine Supervision, eine Intervention oder das Gespräch mit einem Kollegen zu suchen. Drohen Therapieabbrüche, so ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob alle Maßnahmen im Rahmen der Sorgfaltspflicht erfüllt sind - keinesfalls dürfen Kinder und Jugendliche vorschnell bzw. nachlässig, z.B. nur aufgrund vermeintlich fehlender

Motivation, aus der Behandlung entlassen werden. Eine Einbeziehung der Eltern - auch unter Brechung der Schweigepflicht (s. auch Kap. 7) - muss immer geprüft werden. Der Freiwilligkeit der Behandlung durch den kindlichen/jugendlichen Patienten muss immer die Fürsorgepflicht des Therapeuten bzw. der Therapiebedürftigkeit gegenüber gestellt werden.

Gewalt. Jede Form von Gewalt gegenüber den Patienten im Rahmen einer Psychotherapie verbietet sich. Aber auch gewaltsames Verhalten durch Patienten muss dann unterbunden werden, wenn dieses durch den Patienten selbst mit therapeutischer Unterstützung nicht mehr steuerbar ist - auch dann, wenn es im Rahmen der zu behandelnden Störung verstehbar ist. Körperliche Kontakte des Therapeuten zu Patienten sind im Grundsatz immer obsolet, es sei denn in Ausnahmesituationen, in denen Selbst- oder Fremdverletzung verhindert werden muss.

Sexualität

Jeder Psychotherapeut ist in der Pflicht, seine persönliche Psychohygiene so zu steuern, dass keinerlei Bedürfnisse gegenüber Patienten entstehen. Die gilt besonders für sexuelle Impulse und auch Verführungssituationen durch Patienten. Hier sind die ethischen Vorgaben besonders sorgfältig zu prüfen und zu beachten.

Probleme außerhalb des therapeutischen Settings

Auch wenn der Psychotherapeut nur bedingt Informationen über das Verhalten des Patienten außerhalb der laufenden Behandlung erhält, ist er dennoch verpflichtet, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten immer ein Bild davon zu machen. In den meisten Fällen wird es genügen, sich auf die Schilderungen des Patienten zu verlassen, aber es kann z.B. notwendig werden, aktiv bestimmte Sachverhalte abzufragen oder auch einmal zusätzlich zu Elterngesprächen fremdanamnestiche Informationen einzuholen. Bestimmte Störungsbilder sind, wie oben geschildert, nur im gewohnten Umfeld zu diagnostizieren und zu therapieren.

Risikoverhaltensweisen

Eine Überprüfungspflicht kann insbesondere dann entstehen, wenn der Patient außerhalb der Therapie Risikoverhaltensweisen, insbesondere Drogenabusus betreibt. In diesen Fällen muss immer überprüft und im Zweifelsfall nachgewiesen werden, welche Maßnahmen der Psychotherapeut ergriffen hat, um die potenzielle und/oder tatsächliche Gefahr vom Patienten fern zu halten.

Selbst- und Fremdgefährdung

Besonders schwierig kann die Überprüfungspflicht werden, wenn eine akute, latente oder chronische Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegt. Bei akuter Suizidalität ist immer zu prüfen, ob der Rahmen der ambulanten Behandlung gesprengt und eine stationäre Einweisung unumgänglich ist. Aber auch unmittelbar angedrohte Fremdgefährdungen bedürfen u.U. der Einschaltung exekutiver Bereiche des Staates. Bei latenten und chronischen Verläufen ist der Psychotherapeut immer auf seine persönliche Einschätzung angewiesen, die ihn immer zur besonderen Sorgfalt verpflichtet. Hier kann die Einschaltung eines Kollegen unter der Maßgabe eines Second look sinnvoll sein.

8.5 Supervision

Auch nach Beendigung von Aus- und Weiterbildungen, die in der Regel Supervision als Prinzip des jeweiligen Curriculums vorschreiben, ist die Frage nach einer fortlaufenden Inter- und/oder Supervision nach Beendigung der Ausbildung sorgfältig zu klären. Jeder Psychotherapeut kommt auch nach langjähriger Erfahrung immer mal wieder in Behandlungsprozesse, die so schwierig sind, dass eine Besprechung mit einem Supervisor sinnvoll erscheint. Hierbei ist das Maß an Verantwortungsteilung im Vorwege immer zu besprechen. Es empfiehlt sich, die Supervisionen entsprechend in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren. Eine Supervision entbindet den Therapeuten nicht von seiner umfassenden Behandlungsverantwortung, theoretisch sind jedoch auch Fälle denkbar, in denen das Befolgen des Rates eines erfahrenen Kollegen dazu führt, dass bei juristischen Folgen auch der Supervisor mit in die Verantwortung genommen wird.

Zu unterscheiden ist zwischen kontinuierlichen und sporadischen Supervisionen, wobei es der Sorgfaltspflicht des jeweiligen Therapeuten unterliegt, zu unterscheiden, wann welche Form in Frage kommt. Denkbar sind auch Fälle, in denen es die Sorgfaltspflicht des Therapeuten unausweichlich macht, einen supervisorischen Prozess einzuleiten.

8.6 Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA/Balint-Gruppen)

Die regelmäßige Beteiligung an kollegialer Fallarbeit und qualifizierter IFA- bzw. Balint-Gruppen-Leitung sollte genutzt werden, um spezifische Fallkonstellationen und Beziehungsprobleme zu diskutieren. Hierdurch können eigene Unsicherheiten abgebaut, Fehleinschätzungen korrigiert und Erfahrungen anderer Therapeuten einbezogen werden.

8.7 Beendigung der Behandlung

Inhaltlich bedeutet das Ende einer Psychotherapie immer, dass eine alters- bzw. entwicklungsgerechte Ankündigung und Einbeziehung des Endes erfolgt. Es versteht sich von selbst, dass weiterführende private Beziehungsaufnahmen in den Bereich der Kunstfehler gehören. Die Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung ist immer sorgfältig und vor allem rechtzeitig zu planen. Unabhängig von einem genehmigten Stundenkontingent ist an Verlaufsmerkmalen und weiteren zusätzlichen Indikatoren zu prüfen, wann eine Beendigung sinnvoll oder notwendig erscheint. Zusätzliche Indikatoren können sein: zeitlicher Aufwand für das Kind/den Jugendlichen, Einschränkung von Freizeit und Kontakten zu Gleichaltrigen u.a.m. Der Nutzen und die Nebenwirkungen (s.o.) sind auch bei der Frage der Beendigung sorgfältig zu prüfen. Die Orientierung an den von der Krankenkasse genehmigten Stunden kann hierbei nur ein sehr grober Anhalt sein. Eine Verlängerung der Behandlung über den Grenzstundenwert hinaus kann indiziert sein, insbesondere für nachfolgende Kriseninterventionen bzw. aktuelle psychotherapeutische Maßnahmen bei Rezidiven. In diesen Fällen muss die Einschätzung rechtzeitig mit Patient und/oder Eltern besprochen werden und nach juristisch zulässigen und für beide Vertragsseiten materiell vertretbaren Lösungen gesucht werden.

Einleitung weiterführender Maßnahmen

Ist absehbar, dass sich an eine psychotherapeutische Behandlung weiterführende Maßnahmen im Sinne ärztlicher Behandlungen, einer Rehabilitation und/oder Jugendhilfemaßnahmen anschließen sollten, so ist rechtzeitig unter Berücksichtigung der kindlichen und familiären Ressourcen dafür Sorge zu tragen, dass diese Maßnahmen beantragt und eingeleitet werden. Auch im Rahmen einer laufenden Behandlung kann es sinnvoll sein, begleitende Maßnahmen zu initiieren. Hier ist eine Absprache bzw. Koordination der jeweiligen Maßnahmen unerlässlich. Zunehmend orientieren sich Eltern an veröffentlichten Leitlinien der Behandlung. Dies kann dazu führen, dass der behandelnde Therapeut bei Abweichungen um Rechtfertigung gebeten wird oder auch juristische Konsequenzen drohen. Keine Behandlungsleitlinie in der Psychotherapie oder Medizin hat den verbindlichen Charakter einer Verordnung oder eines Gesetzes. Dennoch orientieren sich auch Gerichte zunehmend an ihnen. So sollte jeder Therapeut Abweichungen gut dokumentieren und im Zweifelsfall auch begründen (z.B. durch wissenschaftliche Publikationen) können. Kunstfehler können sich auf falsche Behandlungen und/oder Unterlassungen beziehen. Es ist hilfreich, die vorhandenen Leitlinien im Rahmen des Informed consent anzusprechen und auf dieser Grundlage die vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen zu begründen.

Literatur

1. Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Huber, Bern
2. Grawe, K (2004) Neuropsychotherapie. Schattauer, Stuttgart
3. Lehmkuhl U (Hrsg.) (2003) Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
4. Roth A, Fonagy P (1996) What works for whom? Guilford Press, London
5. Warnke A, Lehmkuhl G (Hrsg.) (2003) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Schattauer, Stuttgart, New York

Internetseiten

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: awmf.org
2. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): www.dgkjp.de (externer Link)
3. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: www.aacap.org (externer Link)

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

F. Resch, G. Lehmkuhl, M. Schulte-Markwort

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Franz Resch
Zentrum für psychosoziale Medizin

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

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:

11/2006

Letzte Überarbeitung:

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: 05.02.2008; 15:06:43

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft