

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

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/023	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. 303 - 310

Elektiver Mutismus (F94.0)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Beim elektiven Mutismus (selektiven Mutismus nach DSM-IV) handelt es sich um eine emotional bedingte Störung der sprachlichen Kommunikation. Sie ist durch eine andauernde Unfähigkeit gekennzeichnet, in bestimmten Situationen zu sprechen, wobei in anderen Situationen das Sprechen möglich ist. Diese Störung beruht nicht auf fehlenden Sprachfertigkeiten. Artikulation, rezeptive und expressive Sprache der Betroffenen liegen in der Regel im Normbereich.

1.2 Leitsymptome

- Selektivität des Sprechens: In einigen sozialen Situationen spricht das Kind meist fließend, in anderen sozialen Situationen bleibt es jedoch stumm oder fast stumm.
- Konsistenz bezüglich der sozialen Situationen, in denen gesprochen bzw. nicht gesprochen wird.
- Häufiges Einsetzen nonverbaler Kommunikation (Mimik, Gestik, schriftliche Aufzeichnungen) durch das Kind.
- Dauer der Störung mindestens ein Monat (zur Abgrenzung eines passageren Mutismus soll der erste Monat nach Einschulung/Beginn des Kindergartenbesuchs nicht berücksichtigt werden).

1.3 Schweregradeinteilung

Bislang existiert nach ICD-10 keine Schweregradeinteilung. Sie könnte sich richten nach:

- Dauer des Bestehens des Mutismus
- Zahl der Personen oder Situationen, mit bzw. in denen nicht gesprochen wird
- Grad der Einschränkung von Alltagsfunktionen
- Entwicklungsniveau sonstiger Sozialkontakte bzw. Vorhandensein von Negativismus.

1.4 Untergruppen

Der elektive Mutismus tritt wahrscheinlich mit einer Häufigkeit von unter 1% in der Bevölkerung auf, deutlich häufiger jedoch bei Migranten. Die Störung tritt etwas häufiger bei Mädchen auf. Ein totaler Mutismus findet sich selten.

Im Rahmen eines totalen Mutismus kann der elektive Mutismus als Übergangsstadium vor bzw. nach dem völligen Schweigen angesehen werden. Teilweise ist der totale Mutismus nur aus dem Vergleich mit dem früheren Kommunikationsverhalten diagnostizierbar. Er kann nach schweren seelischen Traumata auftreten.

1.5 Ausschlussdiagnose

Die Diagnose ist nicht vereinbar mit dem Vorliegen folgender Störungen:

- Schizophrene Störung (F20), speziell Katatonie (F20.2)
- Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)
- Sehr schwere umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (F80)
- Morphologische bzw. neurologische Störungen des Sprechapparates
- Die Störung sollte nicht durch eine andere Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) besser erklärbar sein.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

- Beginn der Symptome
- Mögliche Auslöser bei Beginn der Störung
- Erkennbare aufrechterhaltende Bedingungen (z.B. positive Verstärkung durch vermehrte Zuwendung oder negative Verstärkung durch Vermeidung unangenehmer Situationen)
- Dauer, Ausmaß und Konstanz
- Sozialer Kontext des mutistischen bzw. des verbalen und nonverbalen Kommunikationsverhaltens:
 - Mit wem und/oder im Beisein wessen spricht bzw. schweigt das Kind, z.B. fremde Erwachsene, Gleichaltrige, spezielle Erwachsene, spezielle Gleichaltrige, in der Familie Vater, Mutter, Geschwister?
 - In welchen Situationen spricht das Kind?
 - Wie reagiert der Gesprächspartner auf das Schweigen (z.B. Lehrer)?
 - Welche nonverbalen Kommunikationsmittel kommen zum Einsatz?
- Ggf. Tonbandaufzeichnungen/Videoaufzeichnungen zur Analyse der Sprachstruktur
- Information aus Kindergarten/Schule (mit Einverständnis der Eltern) hinsichtlich Auftreten der Leitsymptome, Ausmaß und situative Variabilität (analog zur Exploration der Eltern)
- Verhaltensbeobachtung des Kindes während der Exploration, während körperlicher und psychologischer Untersuchungen mit besonderer Aufmerksamkeit hinsichtlich des mutistischen und sonstigen kommunikativen Verhaltens gegenüber dem Untersucher, den Eltern und anderen Personen
- Körperlich-neurologische Untersuchung mit Zentrierung auf orofaciale Auffälligkeiten.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Sprachentwicklung (rezeptive Sprache, expressive Sprache, Artikulation)
- Einsetzen der Leitsymptomatik (z.B. in der frühen Kindheit)
- Temperament und Primärpersönlichkeit
- Frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten, Angst, Kontaktprobleme, Trennungsängstlichkeit, Schlaf- und Essprobleme.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F93.2)
- Generalisierte Angststörung (F93.80)
- Phobische Störungen (F93.1)
- Emotionale Störungen mit Trennungsangst (F93.0)
- Sonstige Angststörungen (F41)
- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Depressive Symptomatik (F3)
- Regulationsstörung von Schlaf, Essen, Ausscheidungsfunktion
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (F91.3)
- Störungen der motorischen Funktionen (F82).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Entwicklungsübergänge (Eintritt in Kindergarten oder Schule)
- Migration, Bilingualität oder kulturelle Isolation der Familie
- Sprech- und Sprachstörungen in der Vorgeschichte von Familienmitgliedern
- Mutismus in der Vorgeschichte von Familienmitgliedern
- Angst/Ängstlichkeit und Scheu bei einem oder beiden Elternteilen
- Belastende Lebensereignisse oder Traumatisierungen

- Störungskonzepte der Eltern, Reaktionsweisen, ihre Therapieerwartung und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit
- Störungskonzepte von Erziehern/Lehrern, ihre Therapieerwartungen und ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit
- Integration des Kindes in die Gruppe/Klasse
- Belastende Bedingungen in Kindergarten/Schule
- Ressourcen in Kindergarten/Schule (Kleingruppenbeschäftigung, Kleingruppenunterricht).

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Untersuchung der nicht sprachgebundenen Intelligenz
- Ggf. Sprachentwicklungstests (z.B. mit Tonbandaufzeichnung zur Analyse der Sprachstruktur), inklusive Sprachverständnis
- Ggf. Entwicklungsdiagnostik bezüglich Motorik, Schreiben und Schriftsprache
- Hör- und Sehtests.

2.6 Weitergehende Diagnostik

- Soziale oder generalisierte Angststörung bzw. Phobie
- Depressive Episode oder Dysthymie
- Passagerer Mutismus als Teil einer Störung mit Trennungsangst (bei jungen Kindern)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung
- Umschriebene Störungen des Sprechens oder der Sprache
- Stottern/Poltern
- Fehlende Sprachkenntnisse
- Mittelgradige bis schwere Intelligenzminderung
- Tief greifende Entwicklungsstörungen
- Schizophrene Störungen (vor allem bei Beginn im Jugendalter)
- Organische/neurologische Primärstörungen (z.B. erworbene Aphasie, Taubheit)

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Bildgebende Diagnostik und EEG sind ohne Vorliegen von Entwicklungsstörungen entbehrlich.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Siehe Kap. 2.1.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Umschriebene Entwicklungsstörung von Sprechen oder Sprache?
- Intelligenzminderung?
- Hörstörung oder erworbene Aphasie?
- Modellverhalten innerhalb der Familie?
- Aufrechterhaltende Verhaltensweisen in Elternhaus oder Kindergarten/Schule?
- Chronische Belastungsfaktoren in Familie oder Kindergarten/Schule?
- Ausmaß der Beeinträchtigung der künftigen Entwicklung?

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

- Soziale Angststörungen und Phobien (F93)
- Störungen gemäß F98
- Depressive Störungen

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Ambulante Behandlung. Die Störung sollte nach Möglichkeit ambulant behandelt werden. Voraussetzung ist eine effiziente Zusammenarbeit mit den Eltern und den betreuenden Einrichtungen (Schule, Kindergarten, Hort).

Stationäre oder teilstationäre Behandlung. Falls sich die ambulante Therapie als nicht erfolgreich erwiesen hat oder nicht durchführbar ist, kann bei folgenden Bedingungen eine stationäre oder teilstationäre Behandlung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit indiziert sein:

- Ein das Symptom aufrechterhaltendes Verhalten in Familie oder Kindergarten/Schule kann nicht behoben werden.
- Besonders ungünstige psychosoziale Bedingungen (z.B. floride Angsterkrankungen eines Elternteils)
- Die Weiterentwicklung ist durch das reduzierte Funktionsniveau bedroht (z.B. bei totalem Mutismus in der Schule).
- Ausgeprägte komorbide Symptomatik.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Weil die Störung zur Chronifizierung neigt, muss eine frühzeitige Intervention sichergestellt werden. Die in der Regel als multimodale Behandlung durchgeführte Intervention umfasst folgende Schritte bei Eltern und Patient:

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der Erzieher bzw. Lehrer stehen am Anfang der Behandlung.
- Ein ursächliches Trauma erfordert dessen vorrangige Therapie, muss aber nicht notwendigerweise auch zur Verminderung der mutistischen Symptomatik beitragen.
- Grundsätzlich zielt die verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention auf Aufrechterhaltung bzw. Ausbau normaler verbaler Kommunikation. Das Ausweichen des Kindes auf nichtsprachliche Kommunikation (Zeichensprache, Schrift u.a.) sollte wegen symptomhaltenden Effektes in der Regel nicht unterstützt werden. Meist ist es sinnvoll, zunächst die sprachliche Kommunikation mit dem Therapeuten aufzubauen und danach in anderen Situationen, in denen das Sprechen schwer fällt. Eine intensive Verstärkung des Sprechens ist meist sehr hilfreich.
- Der Einsatz einer begleitenden Pharmakotherapie richtet sich nach dem Schweregrad und der Chronifizierung der Symptomatik sowie den komorbiden Störungen (Angst, Depression und sozialer Rückzug).
- Die Behandlung komorbider Störungen erfolgt parallel.
- Eine Übungsbehandlung bei Symptomen von Sprachentwicklungsverzögerungen oder anderen Teilleistungsschwächen wird – soweit möglich – parallel durchgeführt.
- Kindzentrierte Interventionen zur Verminderung von komorbiden Angststörungen und zum Aufbau sozialer Kompetenzen sind häufig indiziert.
- Die Beratung der Eltern zielt auf die Verminderung symptomaufrechterhaltender Verhaltensweisen (z.B. stellvertretendes Sprechen, überbehütendes Verhalten).
- Interventionen in Kindergarten und Schule zielen auf eine Verminderung der Symptomatik.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Aufklärung und Beratung berücksichtigen die konkreten familiären Bedingungen und Belastungen und umfassen:

- Information hinsichtlich der Symptomatik, der angenommenen ursächlichen Faktoren sowie der geplanten Behandlung
- Beratung hinsichtlich pädagogischer Interventionen zur Bewältigung der sozialen Problemsituationen, insbesondere durch Schaffung einer ermutigenden, angstfreien Atmosphäre
- Anfängliche Belohnung der nonverbalen Kontaktaufnahme (durch Zuwendung), dann aber zunehmend nur noch Belohnung verbaler Kontaktaufnahme
- Abbau der Verstärkung alternativer Kommunikationsmittel, wie z.B. Schriftverkehr und Gestik
- Kontingente Verstärkung verbaler Kommunikation
- Angemessene Aufforderungen zu verbaler Kommunikation
- Minderung der sozialen Ängste durch Vermittlung von Freundschaften, Ermutigung anderer Kinder, sich dem mutistischen Kind zuzuwenden, aber nicht das Sprechen für dieses zu übernehmen.

Die **verhaltensorientierte Psychotherapie** des Kindes umfasst mehrere Stufen:

- **Aufbau von Sprechen in Therapie gegenüber dem Therapeuten.** Dabei kann Sprechen

durch spielerische Beschäftigungen und andere Aktivitäten erleichtert werden. Initial kann es notwendig werden, präverbale Laute (beim Spiel) zu verstärken, später das Sprechen einzelner Worte und ganzer Sätze mit entsprechender Lautstärke (Shaping-Verfahren). Mitunter gelingt Sprechen anfangs nur mit der Bezugsperson in Anwesenheit des Therapeuten, wobei das Sprechen dann zunehmend auf den Therapeuten übergeht (Fading-Prozeduren). Wenn Sprechen mit dem Therapeuten aufgebaut ist, können andere Personen in die Therapie einbezogen werden und das Sprechen über Telefon eingeübt und verstärkt werden. In einer US-amerikanischen Studie hat sich forciertes Sprechen (der Therapeut bleibt mit dem Patienten so lange im Zimmer, bis es dem Patienten gelungen ist zu sprechen) als wirkungsvoll erwiesen.

- **Aufbau von Sprechen im natürlichen Umfeld des Kindes unter Einbeziehung von Bezugspersonen.** Entlang einer nach dem Schwierigkeitsgrad geordneten Hierarchie von Sprechsituationen wird der Patient motiviert (durch Belohnungssysteme), die entsprechende Sprechsituation zu bewältigen. Im Rollenspiel können diese Situationen eingeübt werden. Angst fördernde Kognitionen sollten bearbeitet werden und durch Angst mindernde Gedanken (Mutmachergedanken) ersetzt werden.

Interventionen in der Familie zur Verminderung der Symptomatik setzen die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugsperson voraus und umfassen:

- Die Vermittlung sozialer Kompetenzen und Minderung von sozialen Ängsten bei Eltern und Bezugspersonen (evtl. Vermittlung einer psychotherapeutischen Unterstützung der Eltern) sowie evtl. Hilfe bei der Integration der Familie in ihr jeweiliges Umfeld.
- Abbau von stellvertretendem Sprechen durch Eltern, Verminderung überbehütender Tendenzen, Förderung der Autonomie des Kindes und Integration in Gleichaltrigengruppen
- Anleitung der Eltern zu graduiertem Vorgehen durch Aufbau des Sprechens in zunehmend schwieriger empfundenen Situationen
- Die Anwendung positiver Verstärker für Sprechen bzw. Verstärkerentzug bei definierten Verhaltensweisen des Kindes.

Interventionen im Kindergarten/Schule zur Verminderung der dort auftretenden Symptomatik umfassen bei gegebener Kooperation der Erzieher/Lehrer:

- Verhaltensmodifikationen unter Anwendung positiver Verstärker von sprachlichen Äußerungen durch Zuwendung oder auch Token-Systeme und Verstärkerentzug bei mutistischem Verhalten
- Zuordnung einer kleinen Gruppe zugewandter Kinder, Aufbau einer angstfreien und ermutigenden Situation für das Kind und Abbau der Außenseiterrolle
- Bei Vorschulkindern/Schulkindern mit lang anhaltender Symptomatik kann aufgrund aufrechterhaltender Bedingungen in Kindergarten/Schule ein Wechsel der Institutionen indiziert sein; bei Vorschulkindern mit lang anhaltender Symptomatik kann bei gleichzeitiger Therapie eine Zurückstellung von der Einschulung indiziert sein.

Eine **Pharmakotherapie** ist indiziert, wenn eine deutliche Beteiligung von Angst oder Depression vorliegt und der ausschließliche Einsatz nichtmedikamentöser Behandlungsverfahren keine Besserung erzielt. In einigen Studien an kleinen Patientenzahlen wurden günstige Wirkungen von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern berichtet (z.B. Fluoxetin in Tagesdosen von 20-60 mg, derzeit jedoch nur als "Heilversuch" möglich). Die Kombination mit MAO-Hemmern verbietet sich. Es sind die für diese Medikamentengruppe empfohlenen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.

- Erfahrungen mit anderen Antidepressiva sind begrenzt, also nicht zu verallgemeinern.
- Kurzfristig kann die Gabe von Angst reduzierenden Benzodiazepinen hilfreich sein.

Verlaufskontrollen sind notwendig bezüglich folgender Faktoren:

- Symptome des Mutismus in verschiedenen sozialen Umfeldern (Elternhaus, Kindergarten/Schule, Freizeit mit bekannten und fremden Gleichaltrigen sowie gegenüber fremden Erwachsenen)
- Angstsymptome in o.g. Situationen
- Emotionale Entwicklung
- Schulische Leistungen
- Familiäre Interaktionen und Beziehungen
- Bei medikamentöser Behandlung: Puls, Blutdruck, Appetit, Schlaf, Veränderung des Körpergewichts u.a.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Voraussetzung für eine teilstationäre Behandlung ist, dass der tägliche Weg zwischen Wohnort und Therapieeinrichtung zu bewältigen ist. Die Eltern dürfen nicht eine Dolmetscherfunktion zwischen Kind und Behandlungsteam übernehmen. Zusätzlich zum Vorgehen bei ambulanter Behandlung sind folgende Besonderheiten zu beachten:

- Ausreichende Information aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das (seltene) Krankheitsbild
- Konsistentes Verhalten der Mitarbeiter des gesamten Teams, wobei dem Kind die Wahl gelassen wird, zu sprechen, die gesetzten Kontingenzen zu verbalen und nonverbalen Äußerungen aber konsequent eingehalten werden
- Verstärkung sprachlicher Kommunikation
- Rechtzeitige Vorbereitung des Transfers auf das natürliche soziale Umfeld durch dessen Einbeziehung
- Sicherstellung einer eventuell notwendigen ambulanten Weiterbehandlung, insbesondere hinsichtlich Psychotherapie und Weiterführung der medikamentösen Behandlung

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Für eine stationäre Behandlung gelten die unter 4.1 aufgeführten Indikationen. Sie kann ferner durchgeführt werden, wenn die Voraussetzungen für eine teilstationäre Behandlung nicht erfüllt sind. Es gelten die gleichen Besonderheiten wie für die teilstationäre Behandlung. Vor Abschluss einer stationären Behandlung ist die Wiedereingliederung in Kindergarten/Schule evtl. mit übergangsweiser teilstationärer Behandlung sorgfältig zu planen.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Eine sozialpädagogische Familienhilfe kann die ambulante Behandlung im Sinne von Home treatment unterstützen.

Sofern eine andauernde Belastung eines Kindes in der Familie besteht, muss zur Sicherung des Therapieerfolges eine außerfamiliäre Betreuung erfolgen; ggf. kann dafür eine teilstationäre Betreuung genügen.

Eventuelle schulische Leistungsdefizite müssen aufgearbeitet werden. Sekundäre psychische Störungen bedürfen der Behandlung. Sofern die soziale Isolierung einer Familie oder soziale Ängste nicht gemindert werden können, ist eine intensivierete Weiterbetreuung der Familie indiziert.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Der ausschließliche Einsatz psychodynamischer, nondirektiv spieltherapeutischer oder systemischer Verfahren sollte mit Zurückhaltung betrachtet werden. Ausschließlich logopädische/sprachtherapeutische Behandlung ist unzureichend.

Generell ist zu allen unter 4. beschriebenen therapeutischen Schritten bzw. Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung ihrer Wirksamkeit bislang weitgehend auf Erfahrungswissen respektueller Experten beruht, das an einzelnen Patienten oder kleinen Serien von Patienten gewonnen wurde (V).

Literatur

1. Bergman RL, Piantini J, McCracken JT, Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002), 41, 938-946
2. Black B, Uhde TW, Treatment of elective mutism with fluoxetine: A double-blind, placebo-controlled study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1994), 33, 1000-1006
3. Dow SP et al., Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1995), 34, 836-846
4. Dummit ES 3rd et al., Systematic assessment of 50 children with selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36, 653-660
5. Kristensen H, Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. European Child and Adolescence Psychiatry (2001), 10, 135-142
6. Kristensen H, Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2000), 39, 249-256

7. Krohn DD, Weckstein SM, Wright HL, A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1992), 31, 711-718
8. Remschmidt H et al., A follow-up study of 45 patients with elective mutism. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience (2001), 251, 284-296
9. Steinhausen HC (2006) Elective mutism. In: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC (Eds.), A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge
10. Steinhausen HC, Juzi C, An analysis of 100 cases. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1996), 35, 606-614
11. Steinhausen HC et al., A long-term outcome study of selective mutism in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry (im Druck)
12. Yeganeh R et al., Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry (2003), 42, 1069-1075

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

R. Castell, O. Kratz, V. Rößner, E. Möller-Nehring, M.H. Schmidt

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

M. Döpfner; M.H. Schmidt, H.-Ch. Steinhausen

Korrespondenz an:

Prof. Dr. sc. hum. Manfred Döpfner
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Universität Köln
Robert-Koch-Straße 10
50931 Köln

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: 29.01.2008; 15:14:13

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft