

# **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

Dr. Christa Schaff

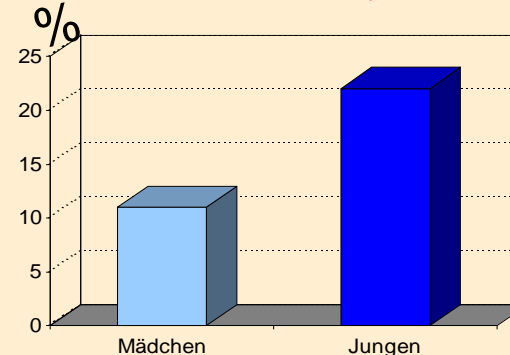
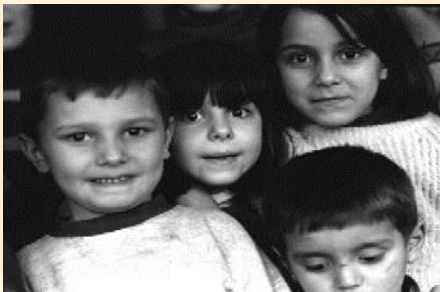
Berlin am 11.11.2017

**In Deutschland leben  
12,6 Mio Kinder und Jugendliche bis zum 18.Lebensjahr und  
14,7 Mio Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr**

Wenn man von 700.000 Geburten im Jahr ausgeht (Destatis, über die letzten 18 Jahre gemittelt),

# Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Störungen in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen

- 15 – 22 %, d.h. ca. 3 Mill. Kinder und Jugendliche bis zum 21.LJ zeigen **psychische Auffälligkeiten** (Daten aus 19 Studien, Ihle & Esser 2002: 6 – 12- Monatsprävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen);
- Basiserhebung KIGGS 2003-6 und 1. Welle KIGGS 2009-12 sowie BELLA-Studien: **20,2 %** auffällig



- **Vor der Pubertät:** Jungen doppelt so häufig wie Mädchen
- **Nach der Pubertät:** höhere Prävalenzraten bei Mädchen
- **Psychische Erkrankungen** zeigen ca. **10% aller Kinder und Jugendlichen zu allen MZP**

# Niedriger Sozialstatus und Armut sind ein hoher Risikofaktor

**Tab. 2** Prävalenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtwert grenzwertig auffällig oder auffällig, Elternversion) nach Erhebungszeitraum, Geschlecht, Alter und Sozialstatus

		KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) Deutsche Normwerte, altersstandardisiert <sup>a, b</sup>	KiGGS Welle 1 (2009–2012) Deutsche Normwerte <sup>c</sup>	<i>p</i> -Wert <sup>d</sup>
		% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	
<b>Gesamt</b>		20,0 (19,1–20,9)	20,2 (18,9–21,6)	0,743
<b>Geschlecht</b>	Jungen	23,8 (22,5–25,1)	23,4 (21,5–25,4)	0,710
	Mädchen	16,0 (15,0–17,1)	16,9 (15,2–18,7)	0,357
<b>Altersgruppen</b>	3 bis 6 Jahre	19,3 (17,8–20,9)	17,2 (14,9–19,9)	0,158
	7 bis 10 Jahre	22,6 (21,1–24,2)	23,1 (20,6–25,8)	0,750
	11 bis 13 Jahre	21,5 (19,6–23,5)	23,3 (20,8–26,1)	0,256
	14 bis 17 Jahre	17,0 (15,5–18,7)	17,8 (15,9–20,0)	0,539
<b>Sozialstatus</b>	Niedrig	30,8 (28,5–33,2)	33,5 (29,6–37,6)	0,211
	Mittel	19,2 (18,1–20,3)	19,0 (17,5–20,6)	0,818
	Hoch	11,3 (10,4–12,3)	9,8 (8,6–11,3)	0,078

<sup>a</sup>Altersstandardisiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010

<sup>b</sup>KiGGS-Basiserhebung:  $N_{(ungewichtet)} = 14.447$

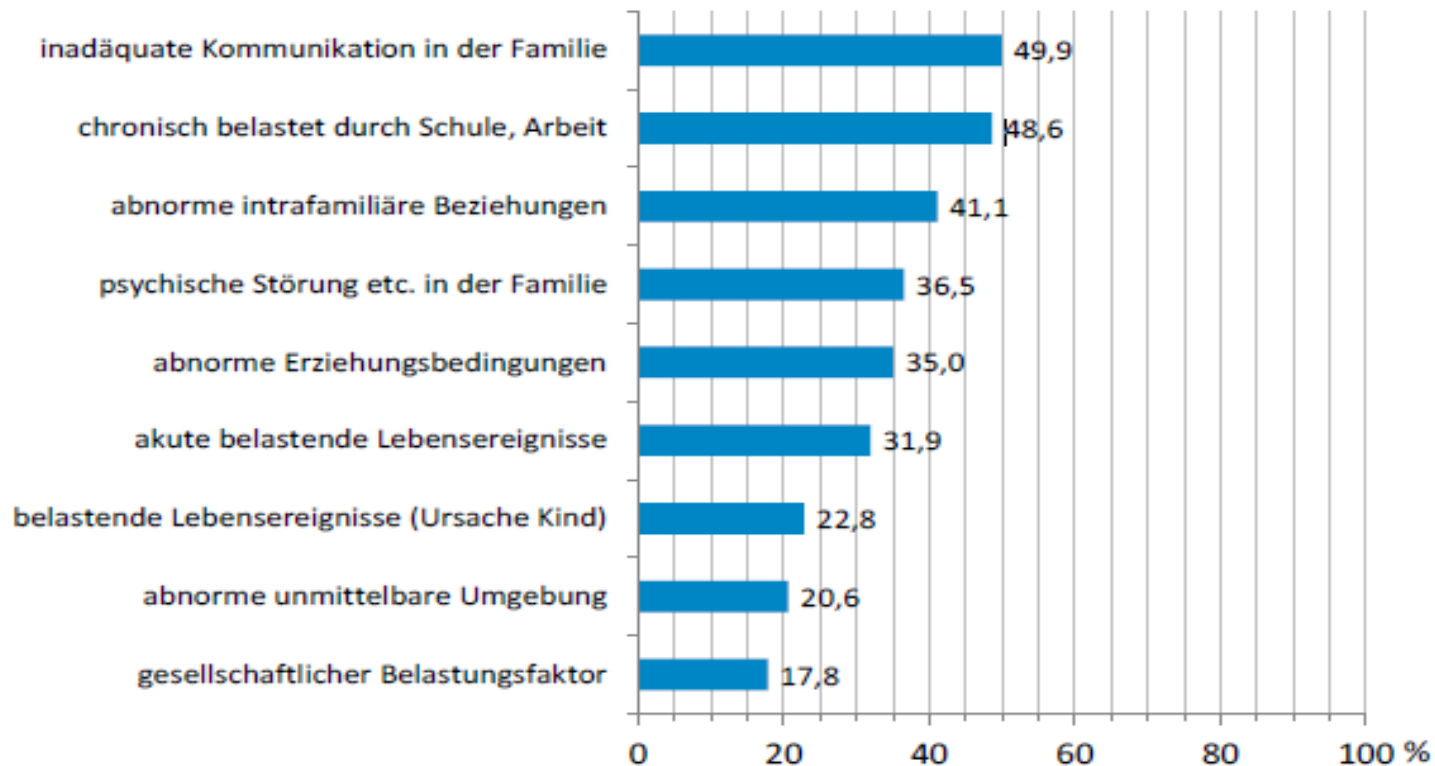
<sup>c</sup>KiGGS-Welle 1:  $N_{(ungewichtet)} = 10.353$

<sup>d</sup>Chi-Quadrat-Test 2. Ordnung nach Rao-Scott

KiGGS, Hölling et al 2014

# Psychosoziale Belastungen in Familie und Lebensumfeld nehmen zu!

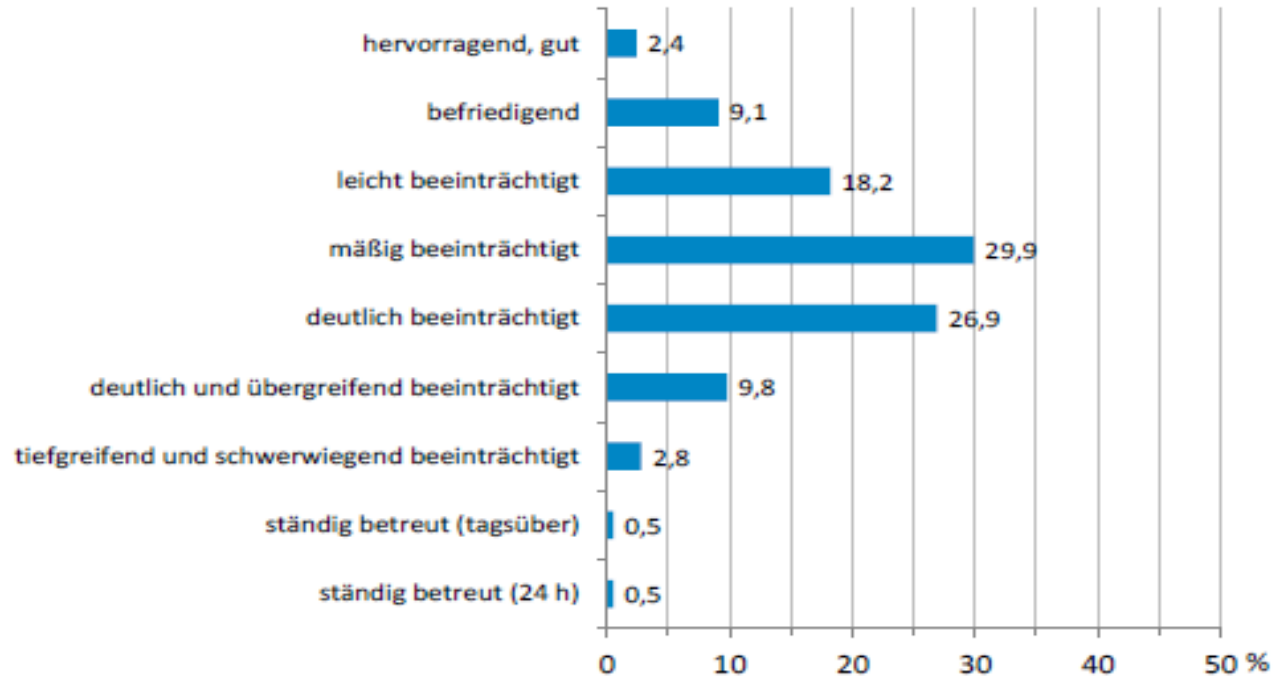
(nach Achse 5 des MAS in der SPV- Evaluation, ZI, 2014)



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

# Komplexe Störung der psychosoziale Anpassung bei Kindern und Jugendlichen in unseren Praxen

(nach Achse 6 des MAS in der SPV-Evauation, ZI, 2014)



16.106 Patienten mit einer Angabe zur Qualität der psychosozialen Anpassung

# Das Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche



# 25 Jahre Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

- 1956 Zusatztitel „Psychotherapie“
- 1968 „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie“
- 1970 DDR – Facharzt „Psychotherapie“
- 1978 Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“
- 1987 „Psychosomatische Grundversorgung durch KBV“
- 1992 Umbenennung „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ und  
**„Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“**
- „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“
- 2003 Umbenennung in „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“
- 2003 „Fachgebundene Psychotherapie“

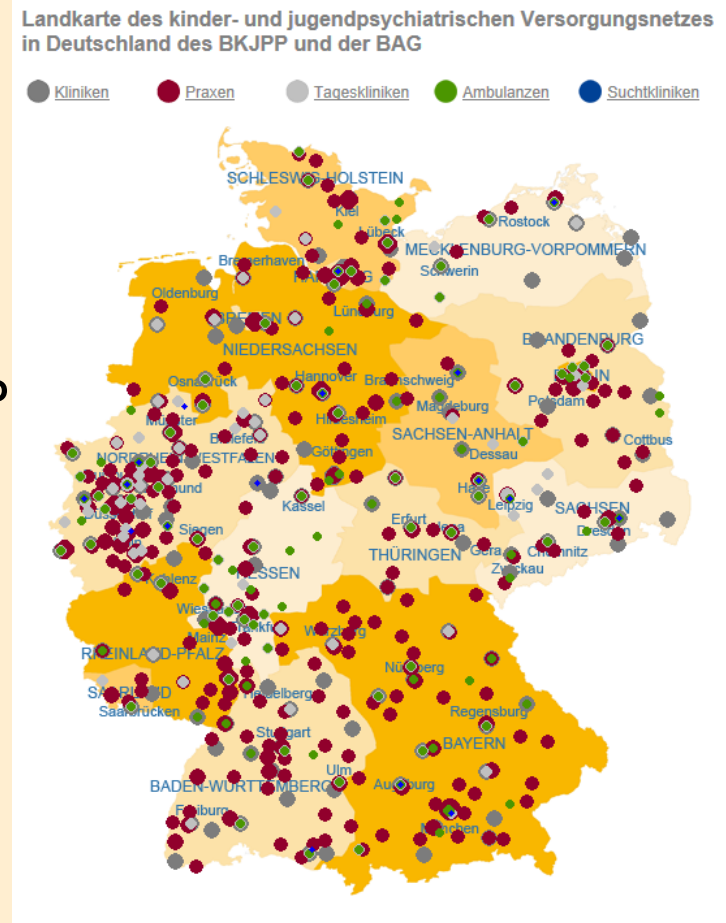


# Anzahl der KJPP in 2016 (Daten der BÄK)

Bezeichnungen	berufstätig (Sp. 2+5 +8+11)	ambulant			stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			sonstige Bereiche	ohne ärztliche Tätigkeit		Ärzte insgesamt	
		insgesamt	davon:		insgesamt	darunter:		insgesamt	darunter			insgesamt	darunter:		
			niedergelassen	angestellt		leitende Ärzte	gleichzeitig in Praxis		Sanitäts- offiziere	Gesundheitsamt					Ruhe- stand o. berufs- unfähig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TG Kindernephrologie	5	1	1	0	4	1	0	0	0	0	0	12	12	17	
TG Kindereuropsihiatrie	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	10	12	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	2259	1127	963	164	1004	167	16	58	0	35	70	487	338	2746	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	401	270	252	18	95	28	2	16	0	8	20	225	203	628	
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	1858	857	711	146	909	139	14	42	0	27	50	262	135	2120	
Lebensorganmedizin	444	290	295	40	279	70	10	5	40	2	0	150	204	454	

# Versorgungssituation mit Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Ende 2016

- **2259** berufstätige KJPP
- Davon **1127** ambulant tätig (963 Niedergelassene und 164 Angestellte in Praxen)
- Davon **1004** stationär arbeitende KJPP (167 leitende Ärzte in Universitätskliniken und stationären und teilstationären Einrichtungen)



## Behandelte Kinder und Jugendliche in KJPP-Praxen im Jahr 2014 (KBV, 2016)

- **429.760 Kinder und Jugendliche** unter 21 Jahre erhielten bei einem KJPP ein oder mehrere Leistungen

61 % von den Patienten waren männlich und 49 % weiblich

insgesamt wurde bei 92,2% der Patienten eine gesicherte F-Diagnose dokumentiert

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)

Quelle: KV-Abrechnungsdaten 2014

# Behandlungsfälle bei KJPP und KJP im Jahr 2015

	Quartal	Anzahl BHF	BHF je Arzt / PT	Anzahl Ärzte / PT
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	20151	72.971	30	2.399
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	20152	73.438	30	2.416
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	20153	72.215	30	2.438
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	20154	72.642	30	2.460
<b>Gesamtjahreswert</b>	<b>2015</b>	<b>291.266</b>	<b>120</b>	<b>9.713</b>
<b>Quartalsschnitt</b>		<b>72.817</b>	<b>30</b>	<b>2.428</b>
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20151	234.782	284	827
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20152	232.025	278	834
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20153	223.599	265	843
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20154	231.628	273	848
<b>Gesamtjahreswert</b>	<b>2015</b>	<b>922.034</b>	<b>1.100</b>	<b>3.352</b>
<b>Quartalsschnitt</b>		<b>230.509</b>	<b>275</b>	<b>838</b>
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie	20151	69.917	44	1.580
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie	20152	71.046	44	1.628
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie	20153	70.504	43	1.655
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie	20154	72.683	43	1.696
<b>Gesamtjahreswert</b>	<b>2015</b>	<b>284.150</b>	<b>173</b>	<b>6.559</b>
<b>Quartalsschnitt</b>		<b>71.038</b>	<b>43</b>	<b>1.640</b>

# Top 10 der Diagnosen im Jahr 2014 in KJPP-Praxen (KBV, 2016)

ICD-Code	Beschreibung	% Anteil an allen Patienten bei KJPP <sup>*/**/**</sup>
F90	Hyperkinetische Störungen	43,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23,1%
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	22,5%
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	19,3%
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	18,3%
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	16,0%
F91	Störungen des Sozialverhaltens	10,9%
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	10,3%
F32	Depressive Episode	9,4%
F45	Somatoforme Störungen	8,0%

\*Einschränkung auf die Abrechnungsgruppe: KJPP

\*\*Einschränkung Patientenentitäten auf bis 21 Jahre

\*\*\* Einschränkung auf F-Diagnosen

Wir arbeiten für Ihr Leben gern. << [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)

Quelle: Abrechnungsdaten 2014

## Medikamentöse Behandlungen in KJPP-Praxen

- **49,6% der Kinder und Jugendlichen mit ADS/ADHS** in KJPP- und KJP-Praxen im ADHS-Vertrag haben innerhalb eines Jahres mindestens einmal **Medikation erhalten** (Wissenschaftliche Begleitevaluation zum Versorgungskonzept AD(H)S in Baden-Württemberg, Becker, Mattejat 2013)
- **26%** aller Patienten in KJPP-Praxen erhielten Medikation (Abschlussbericht „kjp-qualität“ 2006, Mattejat et al.)
- **26,6%** aller Patienten in KJPP-SPV-Praxen (insgesamt 16.344; Patienten, 4.360 bei denen eine medikamentöse Behandlung erfolgt; ZI, SPV-Abschlussbericht 2014)
- **D.h. ca. 74% Prozent aller Kinder und Jugendlichen in KJPP-Praxen werden ohne Medikamente psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt!**



# Was ist Psychotherapie in der KJPP?

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch avermal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“

(Strotzka 1978)



# EUROPEAN TRAINING LOG-BOOK FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (UEMS CAP Section 2015)

## PROFESSIONALISM IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

### 5.2 Relationships with patients

- Communication skills with different age groups, parents, institutions and systems
- Ability to work positively with children and families in complex situations that may entail problematic relationships with conflict
- Discusses with patients/carers the potential benefit and risks of treatments available in order to obtain informed consent
- Ensures patient and parent participation in the process of treatment
- Manages the complex issues of confidentiality posed in work this age group
- Will show cultural sensitivity in their practice whilst maintaining child safety
- Will incorporate self-reflection and self-awareness in their dealings with patients and guard against prejudice from themselves or others
- Strives to ensure the provision of treatment to all children in need, irrespective of their social, racial and economic background
- Treats patients and represents child and adolescent psychiatry in public in a non-stigmatizing way



# EUROPEAN TRAINING LOG-BOOK FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (UEMS CAP Section 2015)

## THEORETICAL KNOWLEDGE

Sound knowledge of psychological and **psychotherapeutic treatment** methods

## SKILLS

The skill set to train and apply **psychotherapy for individuals, group or families** according to **behavioural/cognitive, psychoanalytic/dynamic, systemic methods** or **other appropriate psychological therapies**. The training should include theoretic seminars, supervised treatment techniques and individual or group self-awareness. It should be guided by the current UEMS-CAP Psychotherapy Guidelines (most recent version 2009)

Training must include, alongside the normal clinical work:

- clinical supervision which is an integral part of all practical training, and
- clinical co-operation with relevant institutions and professionals (e.g. Liaison work)

# **Verhaltenstherapie** für Kinder und Jugendliche ist für folgende Anwendungsbereiche wissenschaftlich anerkannt

(laut Stellungnahmen des W-Beirats Psychotherapie)

- **Affektive Störungen (F 30–39) und Belastungsstörungen (F 43)**
- **Angststörungen (F 40–42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
- **Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44–45) und andere neurotische Symptome (F 48)**
- **Essstörungen (F 50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 54)**
- **Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 60, 62, 68, 69), Störungen der Impulskontrolle (F 63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F 64–66), Abhängigkeit und Missbrauch (F 10, F 55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 20–F 29)**
- **Autistische Störungen (F 84)**
- **Verhaltensstörungen (F 90–92, F 94, F 98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Ticcstörungen (F 95)**

# **Systemische Therapie** für Kinder und Jugendliche ist für folgende Anwendungsbereiche wissenschaftlich anerkannt:

(laut Stellungnahmen des W-Beirats Psychotherapie)

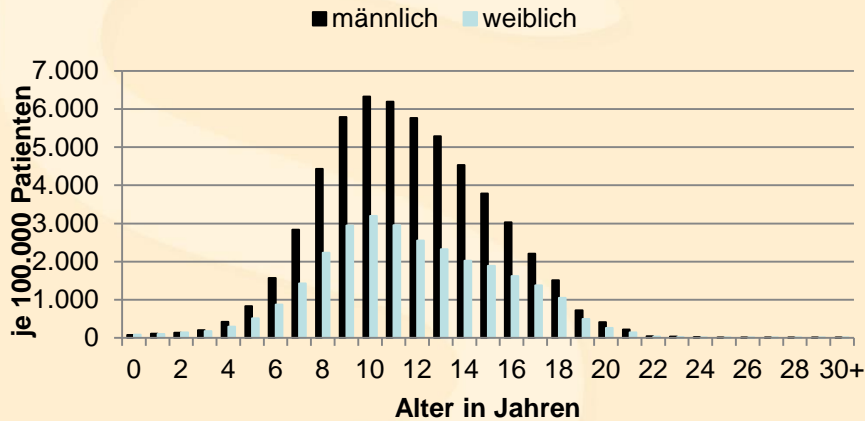
- **Affektive Störungen (F 30–39) und Belastungsstörungen (F 43)**
- **Essstörungen (F 50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 54)**
- **Verhaltensstörungen (F 90–92, F 94, F 98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Ticstörungen (F 95)**
- **Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 60, 62, 68, 69), Störungen der Impulskontrolle (F 63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F 64–66), Abhängigkeit und Missbrauch (F 1, F 55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 20–F 29)**

## Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBR) hat „begründete Hinweise“ gesehen, aber **keine wissenschaftliche Anerkennung** ausgesprochen bei:

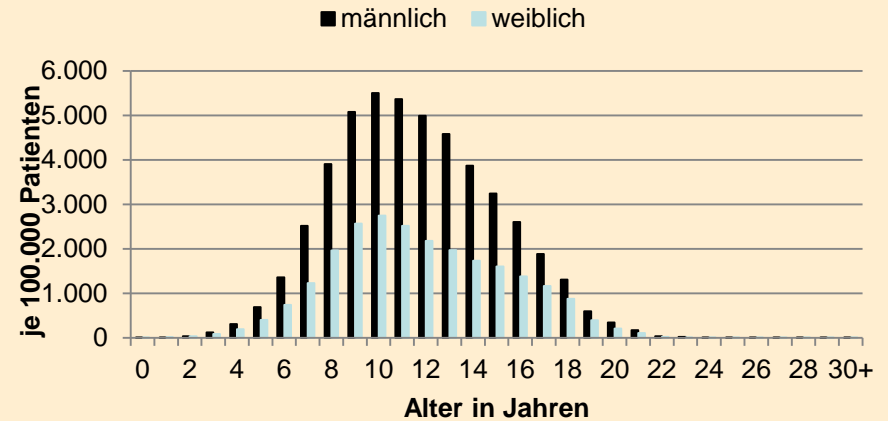
- **EMDR** für **Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen**
- **Interpersonelle Psychotherapie (IPT)** für **Behandlung Jugendlicher mit depressiver Störung**
- **Hypnotherapie** bei **kurzfristiger Bewältigung der Folgen von Chemotherapien bei Krebserkrankungen und anderen belastenden medizinischen Interventionen**
- **Psychodynamische Verfahren für Kinder und Jugendliche** sind bisher im WBR nicht untersucht worden.

# Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP)\*: Anzahl Patienten je 100.000 Patienten nach ausgewählten Leistungen, 1. Quartal 2010

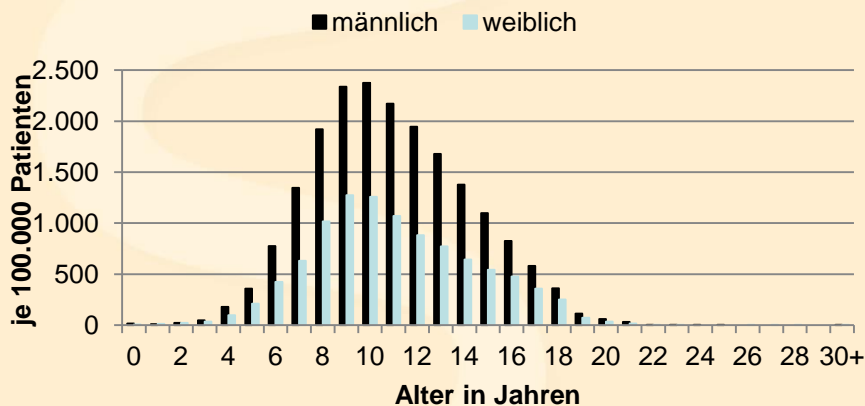
Alle Patienten bei KJPP



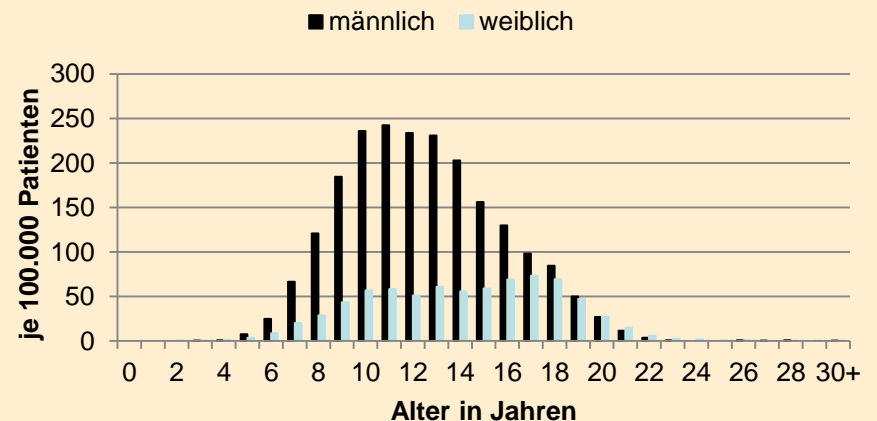
Alle Patienten mit Gesprächsleistungen



Alle Patienten mit psychiatrischen Testverfahren



Alle Patienten mit Leistungen aus Kapitel 35.2



# Mindestanforderung an eine psychotherapeutische Behandlung in der KJPP (Konsens der Kommission Psychotherapie der kinderpsychiatrischen Verbände Okt. 2017)

- Krankheitsbezogene **Diagnostik und Diff. Diagnostik** als Voraussetzung
- **Indikationsstellung** für Verfahren, Methode oder Technik je nach **Störungsverständnis**
- Berücksichtigung **bio-psychosozialen Wissens und pädagogischer und sozialer** Sichtweisen auf Kind, Eltern und soziales System
- **Ressourcenorientierung** bei Kindern und Jugendlichen, Eltern, sozialem System
- **Entwicklungsorientierung** bei Kindern und Jugendlichen, Eltern
- **Planung** und Einhaltung des **Behandlungsrahmens** mit Setting, Frequenz, Zeitdauer, Therapiedauer, Behandlungsende
- **Personelle Kontinuität** im therapeutischen Prozess
- **Verbale und nonverbale Werkzeuge** psychotherapeutischer Arbeit, z.B. Spiel beim Kind
- **Integration** verschiedener Behandlungsaspekte zu einem **Gesamtbehandlungsplan** (auch unter Einbezug verschiedener Therapeuten z.B. in Klinik oder SPV-Praxis)

# Störungsspezifische deutschsprachige Therapiestudien von 2003–2008

Forschungsleistung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003-2008, in: Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother. 37 (4)

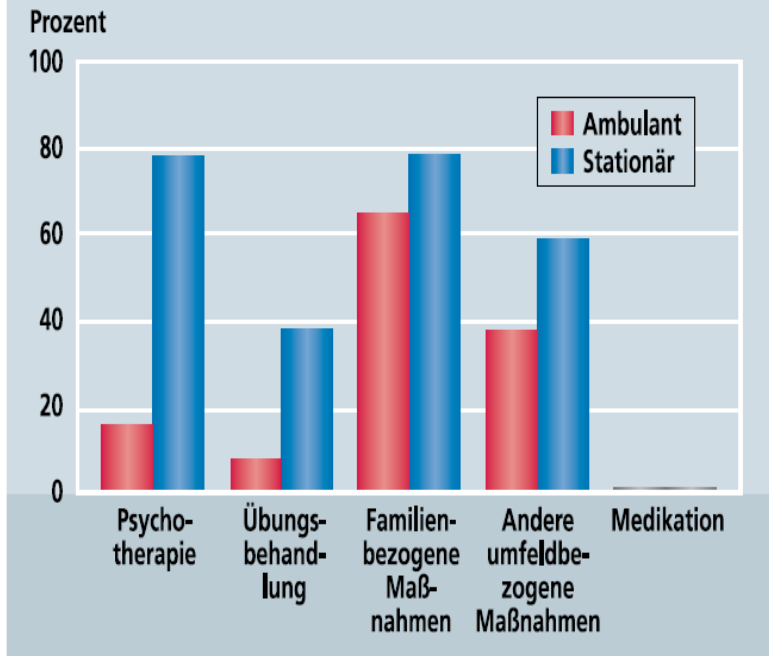
- **Adipositas**
- **Affektiven Störungen**
- **Angststörungen**
- **ADS/ADHS**
- **Essstörungen**
- **Schizophrenie**
- **Schulische Entwicklungsstörungen**
- **Störungen des Sozialverhaltens**
- **Tic-Störungen**
- **Zwangsstörungen**
- **Eltern-Kind-Interaktion bei Säuglingen und Kleinkindern**
- **Drug-Monitoring**



# Stationär: Psychotherapie bei 80 % der Patienten eingesetzt

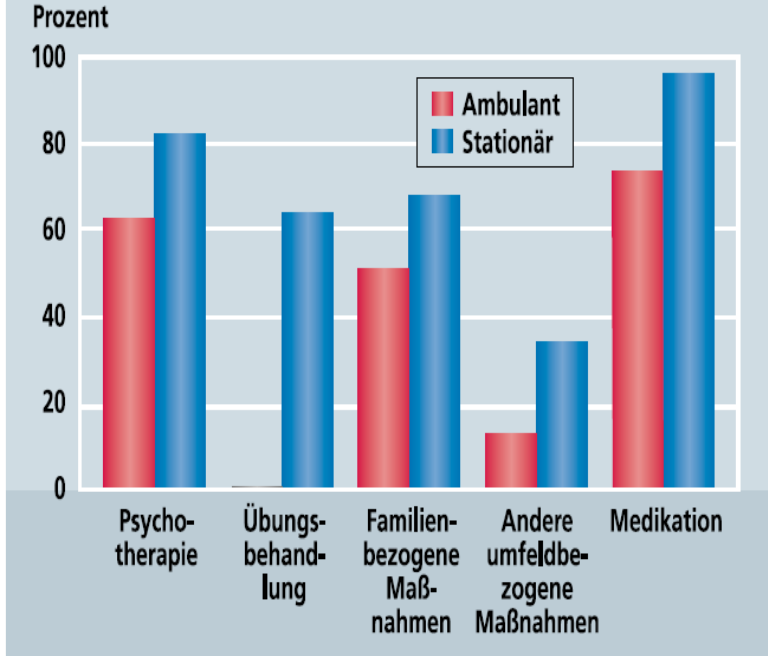
## PIA: deutlich seltener je nach Diagnose

Grafik 3



Behandlungsprofile: Kinder mit der Diagnose Anpassungs- oder Belastungsreaktion (ambulante und stationäre Behandlung)

Grafik 2



Behandlungsprofile: Jugendliche mit der Diagnose Schizophrenie (ambulante und stationäre Behandlung)

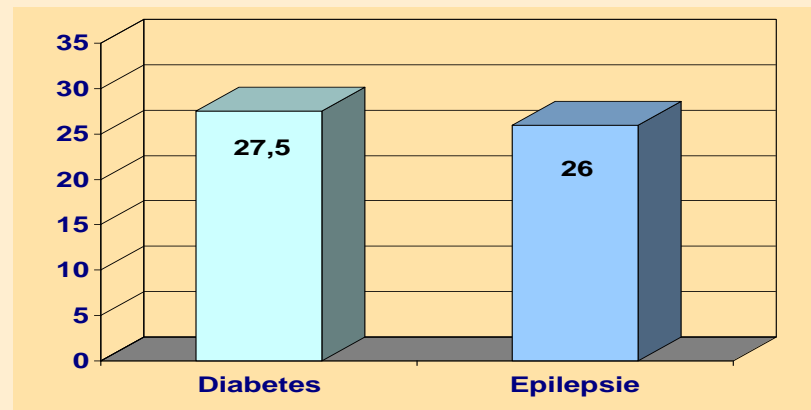
Aus: Remschmidt H, Mattejat F, DÄB 100: A 1066-1072 (2003)



# Komplexe Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen

Quelle: Abschlussbericht kjp-qualität 2006; [www.kjp-qualitaet.de](http://www.kjp-qualitaet.de)

- **Ca. 60% der Kinder und Jugendlichen** leiden unter psychosozialen Belastungen in Familie und Umfeld (Trennung der Eltern, Armut etc.)
  - **Bei ca. 50% der betroffenen Kinder und Jugendlichen** resultiert eine mäßige bis deutliche Beeinträchtigung der sozialen Anpassung
  - **Mehr als 50% der Kinder haben umschriebene Entwicklungsstörungen wie motorische oder sprachliche Entwicklungsrückstände**
  - **22,5% hatten neben psychischen Auffälligkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten auch eine körperliche Krankheit!**
- **Zum Vergleich:**
- Umgekehrt haben ca. 25% der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes oder Epilepsie depressive Störungen**



Ettinger AB et al.: Symptoms of Depression and Anxiety in Pediatric Epilepsy Patients. *Epilepsia* 39: 595-599, 1998. Kovacs M et al.: Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*. 20: 36-44, 1997.

## Ergebnisse im Verlauf eines Jahres aus Sicht der Eltern: Quelle: Abschlussbericht kjp- Qualität 2006 [www.kjp-qualitaet.de](http://www.kjp-qualitaet.de)

### Lebensqualität:

- Im Verlauf des Jahres zeigte sich eine **bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität in den Familien!**
- **Die Belastung der Eltern nahm sehr stark ab!**

### Problembelastung:

- Nach Angaben der Eltern haben sich **Probleme nach einem Jahr bei 80% bis 85%** der Patienten **verbessert!**
- **Weniger als 15%** gaben eine **Verschlechterung** im allgemeinen Befinden an.

### Zufriedenheit mit der Praxis:

- **40-50%** der Eltern waren „sehr zufrieden“
- **30-40%** waren „eher zufrieden“
- **10%** waren unentschieden
- **6-14%** waren unzufrieden

# Stichprobe mit CBCL am Anfang und Ende der Behandlung nach einem Jahr

Bachmann et al. The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting; World Psychiatry 2010; 9:111-117

- **296 Fälle** mit Diagnosen **ADHS, Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depressiven Syndromen**
- **Zwei Gruppen:**
  - 58% hatten 8 bzw. unter 8 Stunden Behandlung pro Jahr
  - 42% 9 Stunden oder mehr (max. 50 Stunden pro Kind/Jgdl. und 40 Stunden für Eltern)
- 26% aller Patienten bekamen Medikamente
- 66% aller Kinder und Jugendlichen aus der Gesamtstichprobe hatten nach einem Jahr keine Symptome im CBCL
- **Statistisch signifikante Verbesserung der Symptome**
  - **bei ADHS und Angststörungen**, vor allem bei höherer Behandlungsfrequenz der zweiten Gruppe,
  - aber **nicht bei Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen!**

**Psychotherapie  
ist vorrangige Behandlungsmethode in der KJPP und  
unverzichtbarer Bestandteil des Fachgebietes -  
wirksam, aber immer noch  
zu wenig beforscht und gefördert !**

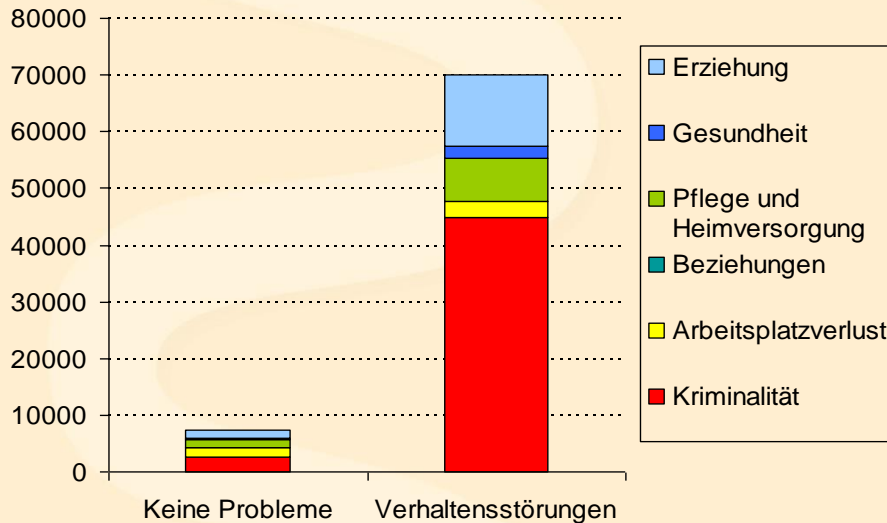
# Einige Forderungen:

„The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010“

Wittchen et al. 2011

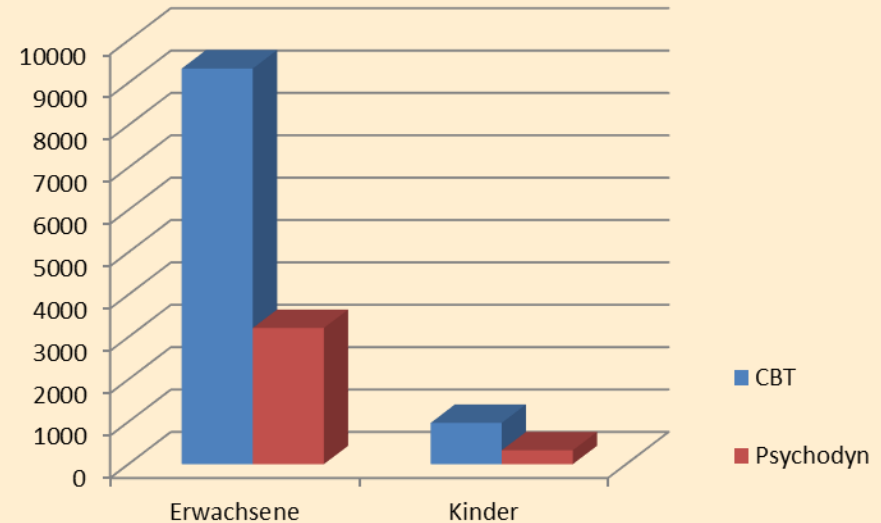
## 1. Frühe Diagnose und Therapie schon im Kindes- und Jugendalter, damit Erkrankungen nicht chronifizieren!

(Scott et al. BMJ 2001;323:191)



## 2. Grundlagen-, Anwendungs- und Versorgungsforschung intensivieren!

Anzahl Studien 1970-2009, laut PubMed n. Seiffge-Krenke 2011, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60:649-665

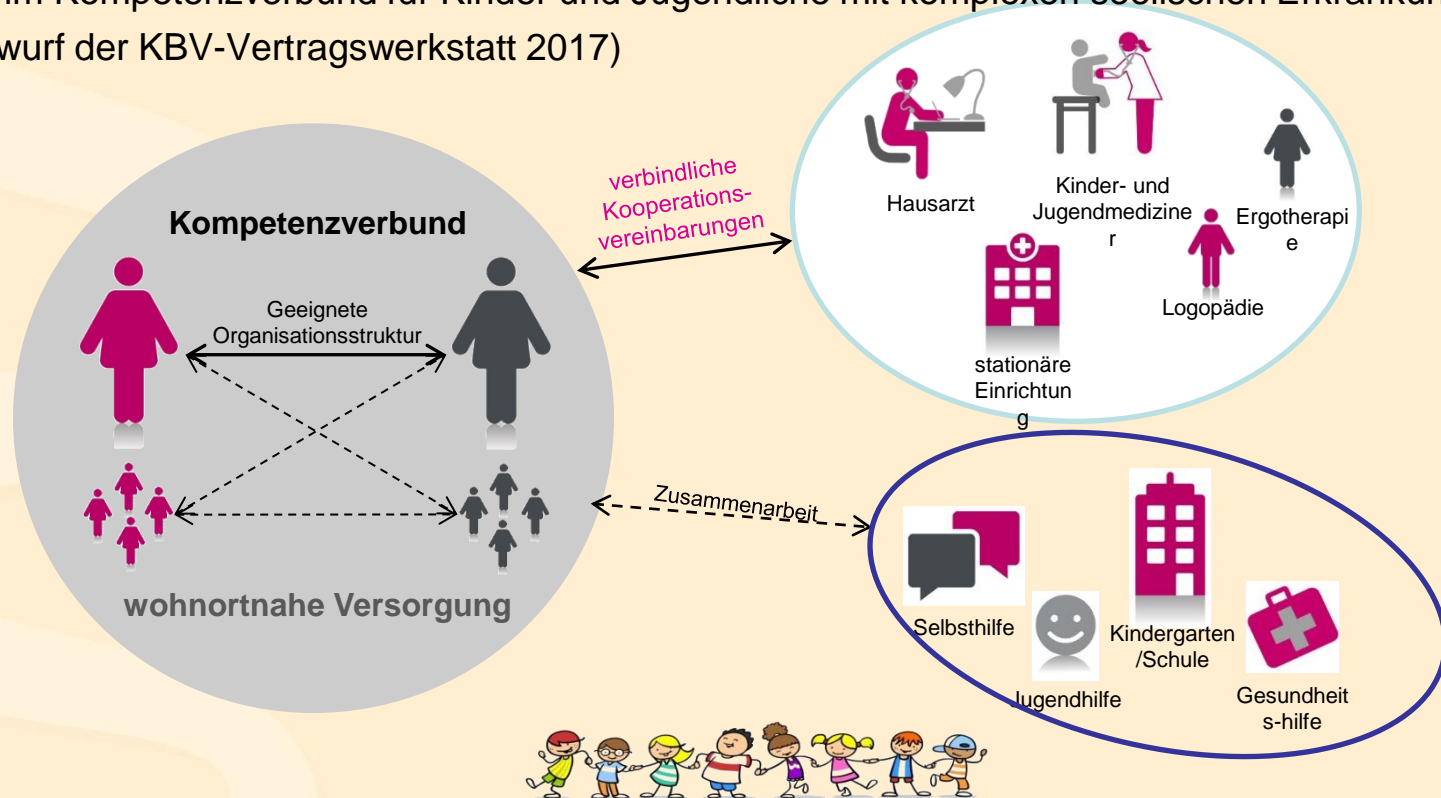


Weitere Forderungen nach Wittchen (s.o.):

3. Mehr Behandlungsressourcen für psychische Störungen, speziell für Kinder und Jugendliche

4. Verbesserte Zuweisungsmodelle, damit die Betroffenen schneller eine adäquate Therapie erhalten.

Bildung von Netzwerken im Kompetenzverbund (siehe „Koordinierte und strukturierte Versorgung im Kompetenzverbund für Kinder und Jugendliche mit komplexen seelischen Erkrankungen, Vertragsentwurf der KBV-Vertragswerkstatt 2017)



**„Das niedrige Problembewusstsein, gekoppelt mit dem Unwissen über das wahre Ausmaß hinsichtlich Häufigkeit, Belastungen und Kosten psychischer Störungen in allen Gesellschaften und Schichten, ist das zentrale Hindernis für die Bewältigung der Herausforderungen.“**

„The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010“ Wittchen et al. 2011





ACHTUNG!  
KINDERSEELE

STIFTUNG FÜR DIE PSYCHISCHE  
GESUNDHEIT VON KINDERN

*Danke für  
Ihre Aufmerksamkeit!*

Foto © pendergast · photocase.de

[www.achtung-kinderseele.org](http://www.achtung-kinderseele.org)