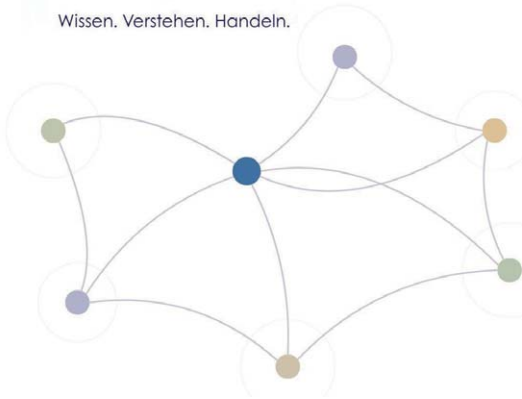


SERIE

Suizidprävention

Wissen. Verstehen. Handeln.



Mit diesem Beitrag beginnt im Hessischen Ärzteblatt eine Serie zur Suizidologie. Koordiniert von Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie und Suizidprävention (Goethe-Universität Frankfurt am Main), beleuchtet die Serie verschiedene Aspekte der Suizidologie und Suizidprävention und zeigt deren Relevanz für die ärztliche Praxis auf.

Einleitung

Für das Jahr 2024 registrierte das Statistische Bundesamt in Deutschland 10.372 Suizide. Damit sterben hierzulande deutlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und HIV/AIDS zusammen [1]. Diese Zahl verdeutlicht, dass Suizid nicht nur ein gesellschaftliches, sondern auch ein zentrales medizinisches Problem darstellt. Zugleich gehört die Selbsttötung anthropologisch und historisch zu den Möglichkeiten menschlichen Handelns; wo eine Entscheidung tatsächlich frei, wohlervogen und unbeeinflusst von behandelbaren Erkrankungen, akuter Not oder äußerem Druck getroffen wird, steht nicht ihre Verhinderung im Zentrum ärztlichen Handelns. „Suizidalität stellt ein komplexes Phänomen dar. Sie umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf eine selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens zielen, wobei der innere Druck, suizidale Gedanken in Handlungen umzusetzen, entscheidend ist. Suizidalität zielt auf eine Veränderung unerträglich empfundenen Leids; angestrebt werden Ruhe und Leidensfreiheit. Suizidalität ist

Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprävention

Auftakt einer Serie zur Suizidologie

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, Dipl.-Pflegerin Christian Petzold,

Dr. phil. Dipl.-Ing. Katharina König

nicht identisch mit Todeswünschen. Beide Phänomene überschneiden sich jedoch“ [2]. In der Realität des Versorgungssystems begegnen Ärztinnen und Ärzte vor allem Menschen in Krisen, unter dem Eindruck psychischen Schmerzes, von Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Krankheit oder Überforderung. Für die ärztliche Praxis ist entscheidend, dass Suizidalität keine Randerscheinung einzelner Spezialdisziplinen ist, sondern eine klinisch relevante Querschnittsdimension der Versorgung [3].

Ein relevanter Anteil der Menschen in suizidalen Krisen nimmt im Vorfeld hausärztliche, fachärztliche oder notfallmedizinische Leistungen in Anspruch [4]. Daraus ergibt sich für Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen die Notwendigkeit, suizidale Warnzeichen zu erkennen, Suizidalität aktiv zu explorieren und entsprechende Hinweise konsequent in diagnostische und therapeutische Entscheidungen einzubeziehen. Suizidpräventive Interventionen können wirksam sein; zugleich sind ihrer individuellen Vorhersagbarkeit und praktischen Umsetzbarkeit im Einzelfall Grenzen gesetzt [5–8].

Suizidprävention basiert auf einer klinisch bedeutsamen Beobachtung: Suizidale Krisen sind häufig ambivalent. Viele Betroffene wollen nicht primär sterben, sondern einen Zustand psychischen Schmerzes, der Hoffnungslosigkeit oder subjektiv erlebter Ausweglosigkeit beenden [9]. Gerade in dieser Ambivalenz liegt die Chance präventiven Handelns. Wo Belastung reduziert, Hoffnung wieder zugänglich, Behandlung ermöglicht und Sicherheit hergestellt wird, kann Suizidprävention wirksam werden. Sie ist daher nicht nur Krisenintervention, sondern zugleich Beziehungs-, Sorge-, Versorgungs- und Strukturarbeit [5].

Mit dem vorliegenden Beitrag beginnt im Hessischen Ärzteblatt eine lose Folge suizi-

dogischer Beiträge, die in den kommenden Heften zentrale Facetten von Suizidalität und Suizidprävention aus unterschiedlichen medizinischen und versorgungspraktischen Blickwinkeln aufgreifen wird. Es beginnt mit vertiefenden Beiträgen zu besonders relevanten klinischen Konstellationen: den Auftakt bilden Christine M. Freitag über Kinder und Jugendliche mit neuromentalen Entwicklungsstörungen und Charlotte Sachs über Störungen der Emotionsregulation und selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter. Danach folgen Mathias Luderer und Kollegen über Suizidalität bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Substanzkonsumstörungen sowie Christine Reif-Leonhard über affektive Erkrankungen und Suizidalität. Weitere Beiträge widmen sich dem Umgang mit Todeswünschen und dem Wunsch nach assistiertem Suizid in der Onkologie (Christina Sauer) und den Besonderheiten im höheren Lebensalter (Peter Wagner). Den Schluss bildet die Perspektive von Angehörigen auf die Suizidprävention (Martha Wahl). Die Reihe soll damit nicht nur die Breite des Themas sichtbar machen, sondern auch konkrete Anregungen für eine sensible und fachlich fundierte Versorgungspraxis geben.

Suizidprävention als fachübergreifende Aufgabe

Für die ärztliche Praxis außerhalb der Psychiatrie ist ein Befund besonders relevant: Viele Menschen, die später durch Suizid sterben, hatten zuvor Kontakt zum Gesundheitssystem. Eine systematische Übersichtsarbeit fand im Jahr vor dem Suizid eine durchschnittliche Kontaktquote zur Primärversorgung von 80 %, im letzten Monat noch von 44 %. Hausarztpraxis, fachärztliche Sprechstunde und Notaufnahme sind damit zentrale Orte der Früherkennung [4]. Eine qualitative Studie

zu der Behandlung von suizidalen Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis betont die Bedeutung von Gesprächskompetenzen und dem Austausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen [8].

Suizidalität präsentiert sich dabei selten in Form eines offen artikulierten Sterbewunsches. Im Vordergrund stehen häufig Schlafstörungen, Angst, Schmerzen, Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, Erschöpfung oder diffuse Überforderung. Gerade bei Menschen mit depressiven Symptomen, Substanzkonsumstörungen, chronischen Schmerzen sowie neurologischen oder onkologischen Erkrankungen sollte eine suizidale Entwicklung differenzialdiagnostisch mitbedacht werden. Die Nationale Suizidpräventionsstrategie sowie auch die Leitlinie für unipolare Depression betonen ausdrücklich, dass Gesundheitsberufe im Erkennen und Ansprechen suizidaler Krisen stärker qualifiziert werden müssen [3, 10].

Auch im professionellen Hilfskontext besteht häufig die Annahme, das direkte Ansprechen von Suizidgedanken könne suizidales Verhalten verstärken oder überhaupt erst auslösen. Hinzu kommen Haltungen, wonach sich ein Mensch, der sich das Leben nehmen wolle, ohnehin nicht aufhalten lasse oder suizidales Erleben vorschnell als Ausdruck einer freien, der Intervention nur begrenzt zugänglichen Entscheidung verstanden werde. Solche Positionen sind auch Ausdruck eines Versorgungsproblems: Suizidalität ist in Aus-, Weiter- und Fortbildung vieler Gesundheitsberufe bei weitem noch immer nicht so verankert, wie es bei anderen vital bedrohlichen Zuständen selbstverständlich wäre. Für die Annahme, dass die Exploration von Suizidgedanken schadet, gibt es keine belastbare Evidenz. Im Gegenteil: Das direkte, ruhige und nicht wertende Ansprechen kann entlasten, Isolation reduzieren und ein therapeutisch relevantes Gespräch überhaupt erst ermöglichen. Eine adäquate Exploration beschränkt sich daher nicht auf die Frage nach einem allgemeinen Todeswunsch, sondern umfasst aktive Suizidgedanken, konkrete Pläne, Vorbereitungshandlungen, verfügbare Mittel, vorausgegangene Suizidversuche sowie aktuelle Schutzfaktoren [10, 11]. Praktisch bewährt sich dabei eine klare Gesprächslogik: zunächst die subjektive

Not anerkennen, dann konkret nach Suizidalität fragen und anschließend die jeweils angemessene weitere Hilfe festlegen. Das kann ein kurzfristiger Folgetermin sein, die Einbeziehung von Angehörigen, eine Krisenplanung, eine psychiatrische Miturteilung oder eine stationäre Sicherung. Für den klinischen Alltag ist dabei weniger Perfektion als Konsistenz entscheidend. Hilfreich ist, dass mittlerweile auch praxisnahe Materialien mit Gesprächshinweisen, Formulierungsbeispielen und Beispielfragen verfügbar sind; die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention stellt hierzu für Fachpersonen konkrete Hinweise für Krisengespräche bereit [12]. Gleichwohl scheitert Suizidprävention im Alltag nicht selten an Zeitmangel, Unsicherheit oder am Ausweichen vor dem Thema.

Wo Suizidprävention nachweislich wirksam ist

Eindrücklich belegt sind bevölkerungsbezogene Maßnahmen der Methodenrestriktion. Gemeint ist die Erschwerung des Zugangs zu hochletalen Suizidmethoden, etwa durch Sicherungen an Hochrisiko-Orten, Restriktionen für Schusswaffen oder sichere Arzneimittelpackungen. Die aktuelle Evidenz spricht klar dafür, dass solche Maßnahmen Suizide verringern [13]. Ebenso bedeutsam ist, dass die häufig geäußerte Annahme, Betroffene würden regelhaft auf andere Methoden oder Orte ausweichen, durch die Evidenz nicht gestützt wird. Für die Praxis folgt daraus, dass Suizidprävention nicht nur Gespräch und Therapie ist, sondern auch eine Aufgabe von Umwelt-, Infrastruktur- und Gesundheitspolitik [3, 14].

Eine weitere zentrale Ebene ist das Erkennen und die leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen. Depressionen, bipolare Störungen, Schizophrenien, Substanzkonsumstörungen und Persönlichkeitsstörungen sind mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko assoziiert [15]. Zugleich wäre es verkürzt, Suizidalität ausschließlich als Symptom einer psychiatrischen Diagnose zu verstehen. Klinisch relevant sind vor allem aktuelle Dynamiken wie Hoffnungslosigkeit, Einengung, psychischer Schmerz, Agitiertheit, Impulsivität, Schlafstörung, sozialer Rückzug und der Zugang zu letalen Mitteln. Ebenso be-

deutsam ist das systematische Mitdenken psychosozialer Belastungsfaktoren, etwa Einsamkeit, Beziehungskrisen, Verlustergebnisse, Überforderung, finanzielle oder berufliche Konflikte sowie das Erleben von Entwertung oder Ausweglosigkeit. Gerade diese Dimension bleibt im ärztlichen Alltag häufig untererfasst, obwohl sie für die suizidpräventive Einschätzung und das weitere Vorgehen von erheblicher Bedeutung sein kann. Suizidprävention darf sich daher nicht in der Behandlung zugrunde liegender Diagnosen erschöpfen, sondern muss die aktuelle Gefährdungslage in ihrem psychopathologischen und psychosozialen Kontext erfassen und in universelle, selektive und indizierte Präventionsansätze eingebettet sein [5, 10, 16].

Besondere Aufmerksamkeit verdienen Übergänge im Versorgungssystem, da sie mit einer erhöhten Vulnerabilität für suizidales Verhalten assoziiert sind. Insbesondere nach einem Suizidversuch sowie nach Entlassung aus einer psychiatrischen stationären Behandlung besteht eine ausgeprägte Risikokonzentration. Eine aktuelle Metaanalyse bestätigt, dass die Suizidrate in der frühen Phase nach Entlassung besonders hoch ist, im weiteren Verlauf zwar abnimmt, jedoch über einen längeren Zeitraum gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht bleibt [17]. Für die Versorgungspraxis folgt daraus, dass Entlassung nicht als Abschluss, sondern als hochkritischer Übergang zu verstehen ist. Rasche Wiedervorstellung, verbindliche Nachsorge, telefonische Kontaktangebote und kurze strukturierte Interventionen sind in dieser Phase klinisch besonders relevant [17, 18].

Gerade für somatisch tätige Ärztinnen und Ärzte ist dies bedeutsam, weil viele Betroffene nach einer Krise nicht unmittelbar in spezialisierten Strukturen ankommen. Wer nach einem Suizidversuch, einer Intoxikation, einer akuten Belastungsreaktion oder einer psychiatrischen Entlassung weiterbehandelt, übernimmt damit immer auch eine suizidpräventive Funktion [17].

Grenzen prädiktiver Verfahren

So wichtig Exploration und Risikoeinschätzung sind: Die individuelle Vorhersage von Suiziden bleibt begrenzt. Struktu-

rierte Skalen und Risikomodelle können das Gespräch ordnen, sie ersetzen aber weder klinische Einschätzung noch therapeutische Beziehung. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zu Vorhersagemodellen zeigte, dass nur ein kleiner Teil der entwickelten Modelle extern validiert wurde und viele Modelle für den klinischen Alltag nur eingeschränkt nutzbar sind. Moderne Suizidprävention verschiebt den Fokus deshalb von der scheinbar exakten Vorhersage hin zu therapeutischer Einschätzung, gemeinsamer Sicherheitsplanung und konsequentem Risikomanagement [5, 6].

Diese Grenze muss professionell reflektiert und ausgehalten werden. Nicht jeder Suizid ist trotz guter Versorgung vermeidbar. Ein Suizid ist trotz Behandlung nicht automatisch als Beleg ärztlichen Versagens zu werten. Umgekehrt darf die begrenzte Vorhersagbarkeit nicht zur Relativierung von Versorgungslücken führen. Erforderlich ist vielmehr eine Haltung, die weder auf Überschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten noch auf therapeutischen Nihilismus hinausläuft, sondern auf sorgfältiger Exploration, Dokumentation, Sicherung, Vernetzung und verlässlicher Nachsorge beruht [5].

Medien, Sprache und Entstigmatisierung

Suizidprävention ist auch Kommunikationsarbeit. Die WHO weist in ihren aktualisierten Empfehlungen für Medienschaffende darauf hin, dass detaillierte, dramatisierende oder romantisierende Berichte suizidales Verhalten beeinflussen können, während Berichte über bewältigte Krisen und Hilfesuche eher protektiv wirken. Für Ärztinnen und Ärzte folgt daraus vor allem eines: Suizidalität sollte weder tabuisiert noch sensationalisiert werden. Eine klare, nüchterne und respektvolle Sprache ist Teil der Prävention [19].

Auch im medizinischen Alltag ist Entstigmatisierung mehr als ein Begleitthema. Wer befürchten muss, mit suizidalen Gedanken als schwach, nicht belastbar oder beruflich ungeeignet zu gelten, sucht später Hilfe. Das gilt für Jugendliche ebenso wie für ältere Menschen, für Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen ebenso wie für Angehörige

der Gesundheitsberufe. Suizidprävention ist deshalb immer auch Kulturarbeit gegen Schweigen, gegen Moralisation und gegen die Abwertung psychischer Krisen [20].

Suizidalität in der Ärzteschaft

Ein Schwerpunkt, der in den vergangenen Jahren zu Recht mehr Aufmerksamkeit erhalten hat, ist die Ärzteschaft selbst. Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur Helfende, sondern auch eine vulnerable Berufsgruppe. Internationale Daten zeigen, dass das Suizidrisiko in der Ärzteschaft nicht einheitlich verteilt ist: Eine große Metaanalyse aus 20 Ländern fand für männliche Ärzte insgesamt keine erhöhte standardisierte Suizidrate mehr, für Ärztinnen hingegen weiterhin ein erhöhtes Risiko; eine neuere US-Analyse stützt diesen Befund [21, 22].

Für Deutschland ist die Datenlage allerdings deutlich begrenzter. Da die amtliche Todesursachenstatistik Suizide nach Ursache, Alter und Geschlecht, nicht aber nach Beruf ausweist, lassen sich Suizide in der Ärzteschaft bislang nicht aus einer bundesweit validen amtlichen Statistik beziffern; verfügbare Angaben bleiben daher auf Schätzungen oder indirekte Annäherungen angewiesen.

Die Gründe des erhöhten Suizidrisikos unter Medizinerinnen und Medizinern sind nicht nur individueller Natur. Hohe Verantwortung, Perfektionsanspruch, Arbeitsverdichtung, Schichtarbeit, Hierarchien und eine Kultur, die psychische Belastung noch immer zu häufig als Schwäche missversteht, erschweren die Hilfesuche. Eine aktuelle qualitative Analyse beschreibt als zentrale Barrieren Stigma, Angst vor beruflichen Konsequenzen, Sorge um Approbation oder Karriere sowie den mangelnden Zugang zu vertraulicher Hilfe [14].

Ein systematisches Review zu Suizidalität bei Medizinerinnen und Medizinern beschreibt als Schutzfaktoren: soziale Unterstützung, Resilienz (Anpassungsfähigkeit), Mental Health Trainings, ein gutes Arbeitsklima, Self-Care und Aktivitäten außerhalb des Berufes (Sport, Hobbies etc.) [23].

Prävention in der Ärzteschaft darf sich nicht in Appellen zur individuellen Resi-

lienz erschöpfen. Eine aktuelle Metaanalyse zu Interventionen für Ärztinnen und Ärzte zeigt zwar Nutzen persönlicher, gruppenbasierter und kompetenzorientierter Angebote. Zugleich betonen die Autorinnen und Autoren, dass es an Evidenz zu strukturellen und organisationsbezogenen Maßnahmen weiterhin fehlt [24]. Für Kliniken und Praxen bedeutet das: Es braucht vertrauliche Hilfsangebote, Peer-Support, Supervision, klare Notfallpfade bei akuter Suizidalität und eine Organisationskultur, in der psychische Krisen mit derselben Selbstverständlichkeit thematisiert und behandelt werden wie substanzbezogene Störungen. Gerade im Umgang mit Suchterkrankungen ist die Sensibilität in vielen Einrichtungen bereits stärker ausgeprägt, auch wenn weiterhin Verbesserungsbedarf besteht; für suizidale Krisen sollte Vergleichbares gelten. Führungskräften kommt in diesem Kontext eine besondere, wenngleich nicht alleinige Verantwortung zu. Sie prägen durch Haltung, Sprache und den Umgang mit Offenlegung psychischer Belastungen wesentlich, ob Hilfe frühzeitig in Anspruch genommen werden kann oder aus Angst vor Stigmatisierung, Karrierenachteilen oder Loyalitätskonflikten unterbleibt. Ein konkreter, wenn auch noch punktueller Ansatz niedrigschwelliger Unterstützung ist in Deutschland etwa die PSU-Helpline, die für Mitarbeitende und Verantwortliche im Gesundheitswesen eine anonyme, kostenfreie und vertrauliche psychosoziale Beratung anbietet [25].

Hinzu kommt, dass auch der Suizid einer Patientin/eines Patienten oder einer Kollegin/eines Kollegen für Behandlungsteams hoch belastend sein kann. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass Patientensuizide bei Gesundheitsfachpersonen häufig mit emotionalen und professionellen Belastungen einhergehen und dass formalisierte Unterstützungsangebote, Supervision und strukturierte Nachbesprechungen vielfach als unzureichend erlebt werden. Postvention ist deshalb nicht nur Fürsorge für Hinterbliebene, sondern auch Prävention weiterer Krisen im Versorgungssystem. Teams benötigen nach solchen Ereignissen strukturierte Nachbesprechungen, Supervision und eine Kultur, die diffe-

renziert aufarbeitet, statt vorschnell Schuldige zu suchen [26–28].

Suizidassistenz: eine Grenze zwischen Autonomie und Schutz

Die Auseinandersetzung mit Suizidassistenz wird für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen sowie für Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend noch relevanter. Sie betrifft nicht nur einzelne Grenzbereiche der Medizin, sondern die ärztliche Praxis insgesamt: im individuellen Gespräch mit Patientinnen und Patienten, im institutionellen Umgang mit Todeswünschen und suizidalen Krisen sowie im Hinblick auf gesellschaftliche und rechtspolitische Entwicklungen, die zu einer Verschiebung von Erwartungen, Deutungsmustern und Verantwortungszuschreibungen führen können. Schon deshalb ist eine frühzeitige fachliche und ethische Befassung mit dem Thema erforderlich [29]. Die Bundesregierung hat 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie vorgelegt [3]; zudem wurde im Dezember 2024 ein Gesetzentwurf zur Stärkung der nationalen Suizidprävention im Kabinett beschlossen [29] und im Februar 2025 erst-

mals im Bundesrat beraten. Aus suizidpräventiver Perspektive ist entscheidend, dass Hilfe zum Leben strukturell Vorrang behält. Wo Suizidassistenz gesellschaftlich als Option diskutiert wird, muss umso sorgfältiger geprüft werden, ob ein Sterbewunsch tatsächlich freiverantwortlich ist oder ob Depression, Einsamkeit, Demoralisierung, Druck oder Versorgungslücken mitwirken.

Die Haltung der Bundesärztekammer markiert hier einen wichtigen Orientierungsrahmen. Der Deutsche Ärztetag hat wiederholt betont, dass Suizidhilfe nicht als regulärer Bestandteil ärztlicher Berufsausübung gesetzlich verankert werden sollte. Zugleich hebt die Bundesärztekammer hervor, dass es Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist, Patientinnen und Patienten mit Suizidgedanken oder Todeswünschen mit Empathie und Gesprächsbereitschaft zu begegnen; das vertrauensvolle Gespräch über Todeswünsche oder Lebensmüdigkeit sei ein zentraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Ebenso wird betont, dass in diesem hochsensiblen Bereich weder Zwang noch Erwartungsdruck Platz haben dürfen. Für die Versorgungspraxis folgt daraus eine

doppelte Verpflichtung: einerseits Offenheit für das Gespräch, andererseits besondere Wachsamkeit gegenüber nicht freiverantwortlichen, krisenhaften oder durch Krankheit geprägten Entscheidungsprozessen [2]

Fazit für die Praxis

Suizidprävention ist evidenzbasiert möglich, bleibt jedoch in Diagnostik, Intervention und Verlauf ein komplexes und herausforderndes Handlungsfeld. Für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen bedeutet dies, Suizidalität aktiv zu explorieren, Warnzeichen und Hochrisikophasen konsequent zu berücksichtigen, die Aussagekraft prädiktiver Instrumente realistisch einzuordnen und mit lokalen Krisen-, Notfall- und Nachsorgestrukturen vertraut zu sein. Dazu gehört auch, die eigene Berufsgruppe als potenziell vulnerable Population mit in den Blick zu nehmen. Suizidprävention ist damit kein auf wenige spezialisierte Expertinnen und Experten begrenztes Aufgabenfeld, sondern integraler Bestandteil ärztlicher Handlungskompetenz und professioneller Versorgungspraxis [4, 5, 21].



Foto: Uwe Dettmar

**Prof. Dr. med.
Ute Lewitzka**^{1,2}



Foto: privat

**Dipl.-Pflegerwirt
Christian Petzold**³



Foto: Roger Günther

**Dr. phil. Dipl.-Ing.
Katharina König**^{1,4}

¹ Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Frankfurt –
Goethe Universität,
Frankfurt, Hessen,
Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus, TU Dresden,
Dresden, Sachsen,
Deutschland

³ Bundesärztekammer, Dezernat 8 –
Public Health, Berlin, Deutschland

⁴ Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e. V., Dresden,
Zentrum für Psychische Gesundheit,
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
E-Mail: lewitzka@med.uni-frankfurt.de

Das Literaturverzeichnis findet sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.