



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Walitza, Susanne ; Jochem-Helbig, Sandra

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-136360>
Journal Article
Published Version

Originally published at:

Walitza, Susanne; Jochem-Helbig, Sandra (2017). Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 23(2):24-30.

Susanne Walitza und Sandra Jochem-Helbig

Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Zusammenfassung

Depressionen sind neben Angststörungen und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine der häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Für die Behandlung liegen aktuelle, auch deutschsprachige und schweizerische Leitlinien und Empfehlungen vor, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden. Der Beitrag versucht auch sozial- und heilpädagogische Aspekte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu berücksichtigen.

Resumé

Outre les troubles anxieux et le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDA/H), les dépressions font partie des pathologies les plus fréquentes qui surviennent au cours de l'enfance et de l'adolescence. Cet article présente une synthèse des lignes directrices et des recommandations actuelles ayant été élaborées pour le traitement de ces pathologies, tant en Suisse qu'en Allemagne. Cette contribution cherche également à prendre en compte des aspects socio-pédagogiques et de pédagogie spécialisée qui relèvent de la psychiatrie des enfants et des adolescents.

Vor einer spezifischen und gleichzeitig das Kind in seinen ganzen Lebensbezügen erfassenden Behandlung einer Depression muss immer eine ausführliche Diagnostik erfolgen. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht hat sich hierfür das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012) durchgesetzt und bewährt. Es ermöglicht das Erfassen der verschiedenen psychiatrisch und entwicklungspsychologisch relevanten Störungen sowie der Lebens- und Funktionsbereiche des Kindes.

Behandlungsrelevante Diagnostik

Für die Achse 1 des MAS wird die kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung diagnostiziert. Für eine gesamthafte Erfassung gibt es standardisierte Screening-Verfahren, Untersuchungsinstrumente und ausführliche Interviews. Im Folgenden gibt es für jede einzelne Störung eigene standardisierte Verfahren, wie z. B. für die Depression das Depressions-Inventar von Beck

(Beck, Steer & Brown, 2013; Hautzinger, Keller & Kühner, 2009). Diese Störungen müssen nicht immer alle Kriterien oder das Vollbild erfüllen. Viele dieser Erkrankungen wie z. B. die Autismus-Spektrum-Störungen oder auch die ADHS weisen fließende Übergänge zu gesundem Verhalten auf. Die Depression kann ebenfalls im Vollbild, als teil-remittierte oder auch in einer Art Mischform, z. B. als ängstlich depressive Symptomatologie, auftreten. Häufig komorbid auftretende Störungen bei Depressionen sind vor allem Angststörungen, bei Kindern oft auch externalisierende Störungen und bei weiblichen Jugendlichen häufiger Essstörung. Andere weitverbreitete Störungen im Kindes- und Jugendalter sind Entwicklungsstörungen wie die Sprachentwicklungs-, Les- / Rechtschreib- und Rechenstörung. Diese werden auf der 2. Achse des MAS klassifiziert. Ihr Vorliegen kann ebenfalls zur depressiven Verstimmung führen, da das häufig dadurch bedingte Schulversagen und das Erleben, trotz Trainings immer schlechter als die Altersgleichen zu sein, die

Kinder nachhaltig frustriert. In der Regel müssen Entwicklungsstörungen über Jahre behandelt werden. Bei ersten Fortschritten und aufgrund der Entstigmatisierung, wenn das «Versagen» als Störung erkannt wurde, kann sich auch die Depression reduzieren.

Die 3. Achse des MAS ist die Begaubungsdiagnostik. Im Hinblick auf die Depression kann sowohl eine über- als auch unterfordernde Situation dazu führen, dass Betroffene eine Depression entwickeln. Ständige schulische Überforderung durch den Schulstoff selbst oder auch durch ein sehr ehrgeiziges Familienumfeld kann das Kind dann in eine ausweglose Situation bringen, in der eine Psychotherapie oder eine andere Behandlung allein nicht weiterhelfen wird, solange nicht die Umgebungsbedingungen wie Anforderungsprofile angepasst werden.

Auch organische Ursachen – auf Achse 4 zu klassifizieren – wie z. B. eine Schilddrüsenfunktionsstörung können zu einer depressiven Verstimmung führen. Schilddrüsenfunktionsstörungen können ein buntes Bild der Depression produzieren, die von einer starken Erschöpfung oder emotionalen Einengung bis zu einer eher agitierten, durch aggressives Verhalten charakterisierten Depression reicht. Auch hier bringt die alleinige Psychotherapie selten Erfolg, sondern würde die Genesung nur «verschleppen». Daher ist der Ausschluss von organischen Ursachen beim Vorliegen von psychischen Störungen notwendig. Neben den Faktoren, die mehr «im Kind selbst» vorzufinden sind, werden auf der 5. Achse der MAS die psychosozialen Bedingungen diagnostiziert. Dies sind z. B. die Interaktionen mit den Eltern oder Geschwistern. Mit diesen psychosozialen Umständen werden auch Krankheiten der Eltern körperlicher oder psychischer Natur erfasst. Ist die Erzie-

hung adäquat und angemessen, ist das Kind überfordert mit Aufgaben (z. B. Partnerersatz) oder wird das Kind selbst in der Familie oder in der Schule zum Aussenseiter oder gar zum Sündenbock? Neben der Familie ist die Schule mit den Beziehungen zu Lehrern und Klassenkameradinnen ein sehr wichtiges psychosoziales Umfeld. Mobbing, ein Schulphänomen, das es eigentlich schon immer gab, scheint mit den digitalen Medien an Häufigkeit und Intensität zuzunehmen und belastet viele Kinder. Eine Depression aufgrund von Mobbing kann ebenfalls nicht einfach mit Psychotherapie behandelt werden. Mobbing entsteht u. a. dadurch, dass dem Missstand zugeschaut wird. Hier spielt der Einbezug der Schule und Eltern sowie der anderen Kinder eine grosse Rolle (Melfsen & Walitza, 2013).

Auf der letzten, 6. Achse des MAS werden die «psychosoziale Anpassung» und das «Funktionsniveau» des Kindes u. a. anhand der Bewältigung seiner entwicklungsentsprechenden Aufgaben eingeschätzt. Je schwerer die Beeinträchtigung ist, umso intensiver und komplexer ist in der Regel die Planung der Therapie.

Leitlinien und Behandlungsempfehlungen zur Therapie

Behandlungsempfehlungen haben im Vergleich zu Leitlinien, wie der Name schon sagt, mehr einen Charakter der Empfehlung, sie basieren aber auch auf den Kriterien der «evidence based medicine» bzw. einer Medizin, die den besten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt.

Für die Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter liegen aktuelle deutschsprachige S3-Leitlinien vor (DGKJP, 2013). Nach der Diagnostik sollte immer eine Aufklärung/Edukation sowie eine Bera-

tung der Betroffenen und deren Eltern und wenn möglich des relevanten Umfeldes erfolgen. Als spezifische Behandlungsstrategie wird als erste Wahl die kognitive Verhaltenstherapie empfohlen. Sie hat den höchsten Evidenzgrad und die Studienlage ist hier am aussagekräftigsten. Leider ist sie für das Kindes- und Jugendalter schlechter als für das Erwachsenenalter und auch etwas dürftiger als z. B. für Angststörungen oder ADHS. Bedauerlicherweise ist auch die Studienlage zum Einbezug der Eltern insgesamt weniger aussagekräftig. Das führt dazu, dass die Leitlinien den Einbezug nicht gleichermassen empfehlen. Je jünger die Kinder sind und umso eher das Umfeld ursächlich, aufrechterhaltend oder schützend wirkt, umso mehr müssen die Eltern einbezogen werden. Bei Jugendlichen ist auch die Stärkung der Autonomie und Selbstwirksamkeit von grosser Bedeutung, wobei dies die Eltern nicht ausschliessen muss. Aufgrund der Studienlage wurde die interpersonelle Psychotherapie als Therapie zweiter Wahl, aber auch mit einem guten Evidenzgrad eingestuft. Wir können sie jedoch hier nicht ausführlicher diskutieren und verweisen daher auf die Leitlinien und weiterführende Literatur (DGKJP, 2013).

Bei Jugendlichen ist die Stärkung der Autonomie und Selbstwirksamkeit von grosser Bedeutung.

Eine medikamentöse Therapie ist beispielsweise dann sinnvoll, wenn aufgrund des hohen Schweregrades einer Depression eine alleinige Psychotherapie nicht ausreichend wirksam ist, eine sofortige Wirkung erzielt werden sollte oder eine akute Suizidalität vorliegt. In der Regel erfolgt die medika-

mentöse Therapie immer in Kombination mit ausführlicher Beratung und Psychotherapie, also nach der Leitlinie und in der Regel kombiniert mit kognitiver Verhaltenstherapie. Bei der medikamentösen Therapie muss man nach der Zielsymptomatik unterscheiden, welche Medikation sinnvoll ist und natürlich entsprechend der Verträglichkeit und dem Wirkungs-Nebenwirkungsverhältnis (siehe S. 27).

Behandlungsempfehlungen halten sich im Gegensatz zu Leitlinien an die Ergebnisse mit dem höchsten Evidenzgrad, aber sie lassen den Behandelnden einen grösseren Spielraum. Für die Behandlung von Depressionen liegen in der Schweiz Empfehlungen primär für Erwachsene vor (1. Rev., SGAD; Holsboer-Trachsler et al., 2016a; Holsboer-Trachsler et al., 2016b). Die meisten Empfehlungen lassen sich teilweise auch auf das Kindes- und Jugendalter übertragen. Der Behandlungsplan richtet sich in erster Linie nach dem Schweregrad der Depression. Eine aktiv-abwartende Begleitung (watchful waiting) kann bei Patientinnen und Patienten mit leichter depressiver Episode genügen. Eine Medikation sollte nur nach kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eingesetzt werden und der Einsatz von Antidepressiva wird bei mittelgradigen und schweren depressiven Episoden empfohlen. Im Gegensatz zu den Leitlinien wird der Wunsch respektive die Präferenz der Patientin respektive des Patienten oder ein positives Ansprechen auf bestimmte Medikamente in der Vergangenheit thematisiert. Bezogen auf Kinder und Jugendliche bedeutet dies, dass sowohl die Präferenz der Eltern als auch ihre eigene eine Rolle spielt. Eltern müssen die Therapie nachvollziehen und unterstützen können, die Kinder und Jugendlichen altersentsprechend aufgeklärt und ihr Wille adäquat be-

rücksichtigt werden. Für Kinder und Jugendliche kann es relevant sein, ob Eltern oder Geschwister bei einer ähnlichen Symptomatik auf eine bestimmte Behandlung besonders gut angesprochen haben. Ein wesentliches Behandlungsmoment ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient und Behandelnden, weshalb jede Psychotherapie und Pharmakotherapie in ein entsprechendes Gesprächsangebot eingebettet wird. Diese Beziehung wird bei Kindern und Jugendlichen unseres Erachtens besonders auf den Prüfstein gestellt, müssen doch die Eltern das Wohl ihrer Kinder berücksichtigen und gleichzeitig Verantwortung abgeben.

Empfehlungen

betreffend Medikation

Wenn die Indikation für eine Medikation besteht, dann sind die «selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer» (SSRIs) die Medikation erster Wahl. Dies aufgrund ihres positiven Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrums. Auch andere Antidepressiva wirken ähnlich effektiv, weisen aber in dieser Altersgruppe mehr Nebenwirkungen auf. Für die Depression im Kindes- und Jugendalter ist in der Schweiz praktisch kein SSRI zugelassen. Die Zulassungen in anderen Ländern und für andere Erkrankungen zeigen jedoch, dass es zumindest eine Studienlage zu den Medikamenten in dieser Altersgruppe gibt. Das Dilemma des «Off Label Uses» (zulassungsüberschreitende Anwendung) und der zu geringen Studienlage haben wir in unserem Buch für Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter diskutiert (Gerlach et al., 2016). Nach einer Debatte um die Erhöhung von suizidalen Gedanken nach der Einnahme von SSRIs zeigt die Studienlage, dass suizidale Verhaltensweisen nicht dadurch verstärkt wur-

den. In der grössten einzelnen randomisiert kontrollierten Studie zum Vergleich der Effektivität von Psychotherapie, Medikation und Kombinationstherapie (March et al., 2007) zeigten die Befunde, dass die Depression kurzfristig besser durch Medikation und Kombinationstherapie behandelt werden konnte, aber langfristig die Effekte der Therapien ausgeglichen waren.

Neue Möglichkeiten der Therapie

Da wir besonders für diese vulnerable Altersgruppe nach Alternativen in der Behandlung suchen, haben wir eine multizentrische Studie zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter mit Omega-3-Fettsäuren initiiert. Die Studie wird vom schweizerischen Nationalfonds unterstützt und untersucht Omega-3-Fettsäuren in der Erstbehandlung pädiatrischer Depressionen. Positive Wirkungen dieser Intervention sind bei Depressionen im Erwachsenenalter, aber auch bei ADHS beschrieben. Bei ADHS haben Omega-3-Fettsäuren in einer Metaanalyse zu nicht-medikamentösen Therapien (Sonuga-Barke et al., 2013) die beste Wirksamkeit in der Reduktion der ADHS-Symptomatik gezeigt.

Interventionen sollten immer individuell und der jeweiligen Symptomatik angepasst werden.

Sozialpädagogische Perspektive und (teil-)stationäre Behandlung

Wie bereits beschrieben, können sich Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf verschiedene Weisen zeigen und die Patientinnen und Patienten verschiedene Funktionsniveaus aufweisen. Während einige z. B. noch ein starkes Rückzugsverhal-

ten zeigen, können andere Betroffene mit etwas Begleitung bereits am Gruppengeschehen teilnehmen und in verschiedene milieutherapeutische Aktivitäten eingebunden werden. Daher sollten jegliche Interventionen immer individuell und der jeweiligen Symptomatik angepasst werden. Aus sozialpädagogischer Sicht sind verschiedene Aspekte hinsichtlich der Beziehungsgestaltung, Kommunikation und Unterstützung im Alltag zu beachten. Gerade für Kinder und Jugendliche sind verlässliche Beziehungen unabdingbar. Zu wissen, dass jederzeit ein kompetenter und verlässlicher Erwachsener in ihrer Nähe ist, der Zeit für sie hat, gibt ihnen die Sicherheit, um Vertrauen aufbauen zu können. Eine sanfte, vorsichtige und vor allem echte vertrauensvolle Kontakt- und Beziehungsaufnahme ist von grosser Bedeutung. Dies geschieht üblicherweise im Alltag durch regelmässige Gespräche etwa in Form von Bezugspersonengesprächen, Tagessrückblicken oder im Rahmen eines «Walk and Talk». Erfahrungen zeigen, dass dies gerade von Jugendlichen als sehr entlastend wahrgenommen wird, da sie nicht im direkten Kontakt mit dem Erwachsenen sind und es ihnen leichter fällt, über sich und die sie belastenden Themen zu sprechen. Gespräche mit Kindern sollten, wann immer möglich, mit spielerischen Mitteln erfolgen, da sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes im direkten Kontakt oft Überforderung zeigen und sich Themen im Spiel häufig «nebenbei» ergeben. Sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen ist es von hoher Bedeutung, dass das Gesagte zu jeder Zeit ernst genommen, nicht bagatelisiert, verharmlost oder missbilligt wird. Es liegt hierbei auch in der Verantwortung der Pädagoginnen und Pädagogen, Überforderung zu erkennen, darauf adäquat einzuge-

hen und gegebenenfalls Gespräche abbrechen.

Schon gesunde Kinder und Jugendliche gehen eher selten von sich aus auf unbekannte Personen zu. Dies wird durch die Erkrankung noch verstärkt und so ist es immer wieder Aufgabe der pädagogischen Fachperson, den Kontakt zu suchen und zu halten, auch wenn sie regelmässig auf Ablehnung seitens der Kinder und Jugendlichen trifft. In der Regel sind die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung schon längere Zeit nicht mehr in der Lage, ihren Alltag alleine zu strukturieren, da ihnen sowohl die Energie als auch die Motivation hierfür fehlen. Nicht selten treffen wir Kinder und Jugendliche, die am liebsten den gesamten Tag in ihrem Zimmer bzw. Bett verbringen. Erfahrungen zeigen, dass eine klare Tagesstruktur mit kleinen absehbaren Abschnitten unterstützend wirkt. Diese sollten in einem Tages- bzw. Wochenplan mit fixen Zeitangaben und den jeweiligen Aktivitäten visualisiert werden. Beim Erstellen des Tagesplans sind soweit wie möglich die Kinder und Jugendlichen miteinzubeziehen. Ziele sollten realistisch und im Rahmen des Depressionsgrads erreichbar sein. Pausen – auch als Rückzugsmöglichkeit – müssen genug Platz haben und das jeweilige Funktionsniveau muss Berücksichtigung finden, da auch hier schnell die Gefahr besteht, zu viel zu wollen und die Betroffenen zu überfordern.

Für Pädagoginnen und Pädagogen kann es kräftezehrend sein, ständig zu motivieren und zu aktivieren. Daher lässt sich konstatieren, dass es für Mitarbeitende der Milieuthérapie wichtig ist, immer mit einer positiven Haltung auf die jeweiligen Kinder und Jugendlichen zuzugehen, nicht zuletzt auch, um die eigenen Kraftreserven zu schützen. Eine gesunde Portion Humor kann hier durchaus hilfreich sein.

Aus pädagogischer Perspektive hat die Elternarbeit einen sehr hohen Stellenwert. Als hilfreich in der Praxis zeigt sich auch, den Eltern die jeweiligen Förder- oder Strukturpläne zu erläutern und sie zu motivieren, diese in ihren Alltag einzubeziehen, da nicht selten Milieuwechsel wie Wochenendbeurlaubungen zu Irritationen auf beiden Seiten führen können.

Zusammenfassung

Die Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeichnet sich durch die auf jedes Kind massgeschneiderte Therapie im interprofessionellen Team unter Einsatz multimodaler Bausteine aus. Ein hier nicht weiter ausgeführter, aber absolut zentraler Baustein der teilstationären und stationären Behandlung ist die Beschulung in unseren Klinikschulen und die Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen unserer Klinik (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) und der externen Schulen. Der Beitrag in diesem Heft von Koch, Schweikardt, Weber und Kupferschmid (2017, S. 15–23) widmet sich vertiefter diesem Thema. Der beständige Austausch zwischen allen an der Therapie beteiligten Personen ist von grosser Bedeutung für das einzelne Kind, aber auch für eine optimale weitere Entwicklung therapeutischer Strategien.

Literatur

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2013). *Beck-Depressions-Inventar-FS* (BDI-FS). Manual. Deutsche Bearbeitung von Sören Kliem & Elmar Brähler. Frankfurt a.M.: Pearson Assessment.
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) (2013). *Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie* (S3). AWMF-Registernummer 028-043.
- Gerlach, M., Mehler-Wex, C., Walitza, S., Warnke, A. & Wewetzer, C. (Hrsg.) (2016). *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, Ch. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision* (2. Aufl.). Frankfurt a.M.: Pearson Assessment.
- Holsboer-Trachsler, E., Hättenschwiler, J., Beck, J., Brand, S., Hemmeter, U. M. et al. (2016a). Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016, Teil 1: Die Akutbehandlung depressiver Episoden. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 16 (35), 716–724.
- Holsboer-Trachsler, E., Hättenschwiler, J., Beck, J., Brand, S., Hemmeter, U. M. et al. (2016b). Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016, Teil 2: Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe unipolarer depressiver Störungen. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 16 (36), 739–743.
- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K. et al. (2007). The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 64 (10), 1132–1143.
- Melfsen, S. & Walitza, S. (2013). *Soziale Ängste und Schulangst – Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO – Mit einem synoptischen Vergleich*

von ICD-10 und DSM-IV (6. Aufl.). Bern: Huber.

Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M. et al. (2013). Non-pharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170 (3), 275–289.



Prof. Dr. med. Dipl. Psych.
Susanne Walitza
Klinikdirektorin
susanne.walitza@puk.zh.ch



Dipl. Päd. Sandra Jochem-Helbig
Fachexpertin Sozialpädagogik
und Bildung
sandra.jochem@puk.zh.ch

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
Postfach 1931
8032 Zürich
www.pukzh.ch

Impressum

**Schweizerische Zeitschrift für
Heilpädagogik, 23. Jahrgang, 2/2017
ISSN 1420-1607**

Herausgeber

Stiftung Schweizer Zentrum
für Heil- und Sonderpädagogik (SZH)
Haus der Kantone
Speichergasse 6, Postfach, CH-3001 Bern
Tel. +41 31 320 16 60, Fax +41 31 320 16 61
szh@szh.ch, www.szh.ch

Redaktion und Herstellung

Kontakt: redaktion@szh.ch
Verantwortlich: Beatrice Kronenberg
Fachliche Leitung: Lea Blatter
Redaktion: Silvia Brunner Amoser,
Silvia Schnyder, Daniel Stalder
Rundschau und Dokumentation: Thomas Wetter
Inserate: Remo Lizzi, Florian Schär
Layout: Monika Feller

Erscheinungsweise

9 Ausgaben pro Jahr, jeweils in der Monatsmitte

Inserate

inserate@szh.ch
Annahmeschluss: 10. des Vormonats;
Preise: ab CHF 220.– exkl. MwSt.;
Mediadaten unter www.szh.ch → Zeitschrift

Auflage

2506 Exemplare (WEMF/SW-beglaubigt)

Druck

Ediprim AG, Biel

Jahresabonnement

Schweiz CHF 76.90 (inkl. MwSt.);
Ausland CHF 84.00
Preis Studierende mit Legi: CHF 53.85 (inkl. MwSt.)
Preise Kollektivabonnemente: auf Anfrage

Einzelnummer

Schweiz CHF 8.20 (inkl. MwSt.), plus Porto
Ausland CHF 8.00, plus Porto

Abdruck

erwünscht, bei redaktionellen Beiträgen
jedoch nur mit ausdrücklicher Genehmigung
der Redaktion.

Hinweise

Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge von
Autoren und Autorinnen muss nicht mit
der Auffassung der Redaktion übereinstimmen.

Informationen zur Herstellung von Artikeln
erhalten Sie unter www.szh.ch → Zeitschrift

Weitere Informationen erhalten Sie auf
unserer Website www.szh.ch

