

11. VDS14 und VDS90 Erfassung des psychischen Befunds von Psychotherapiepatienten

Stephanie Backmund, Lars Theßen & Serge K. D. Sulz

11. VDS14 and VDS90: Assessment of the Mental Status of Psychotherapy Patients

Abstract

Der vorliegende Beitrag beschreibt die Anwendung und Validität des **standardisierten Interviews VDS14** in Kombination mit dem **VDS90-Symptomfragebogen** zur zeitökonomischen Erhebung des psychischen Befunds in der psychotherapeutischen Praxis. Ziel dieser kombinierten Diagnostik ist die Erstellung einer fundierten **Syndromdiagnose**, die als relevanter für die Therapieplanung erachtet wird als eine reine ICD-Klassifikation.

Der Prozess beginnt mit dem VDS90 als **Selbstbeurteilungsinstrument**, das 90 Symptome aus 27 Syndrombereichen erfasst und als Screening für das anschließende Interview dient. Durch diesen Filtermechanismus konzentriert sich das VDS14-Befund-Interview gezielt auf jene 16 Hauptsyndrome, bei denen im Vorscreening oder durch klinisches Urteil ein Verdacht besteht. Dies ermöglicht eine qualifizierte Diagnostik in einer Bearbeitungszeit von durchschnittlich **30 bis 40 Minuten**, was eine erhebliche Zeitersparnis gegenüber herkömmlichen Verfahren wie dem SKID I darstellt.

Validierungsstudien belegen eine hohe Übereinstimmung der resultierenden ICD-10-Diagnosen mit dem SKID I (81 %). Zudem weist der VDS90 eine **hohe Reliabilität** (innere Konsistenz 0,93) sowie eine ausgeprägte **Änderungssensitivität** auf, wodurch er sich besonders für Outcome-Studien eignet. Das Verfahren schließt zudem diagnostische Lücken klinisch relevanter Bereiche wie Essstörungen, Sucht und Trauma.

Summary

This article describes the application and validity of the standardized interview VDS14 in combination with the VDS90 symptom questionnaire for the time-efficient assessment of the mental status in psychotherapeutic practice. The goal of this combined diagnostic approach is to establish a well-founded syndrome diagnosis, which is considered more relevant

for therapy planning than a purely ICD-based classification. Validation studies show high agreement with the SCID-I and demonstrate the procedure's high reliability and sensitivity to change.

Schlüsselwörter

Psychischer Befund - VDS14-Befund - VDS90-Symptomliste- -Syndromdiagnostik – Zeitökonomie - Psychotherapie-Diagnostik - Standardisiertes Interview - ICD-10 / ICD-11 - SKID I Alternative – Selbstbeurteilung – Änderungssensitivität - Validität

Keywords

Mental status - VDS14 assessment - VDS90 symptom list - Syndrome diagnostics- -Time efficiency - Psychotherapy diagnostics - Standardized interview - ICD-10 / ICD-11 - SCID-I alternative - Self-assessment - Sensitivity to change - Validity

e) Einleitung Die sorgfältige Erhebung des psychischen Befunds ist eine unverzichtbare Voraussetzung vor Beginn jeder Psychotherapie. Herkömmliche Verfahren wie das SKID I sind zwar hochgradig valide, erfordern jedoch einen erheblichen Zeitaufwand, der in der täglichen Praxis oft schwer umsetzbar ist. Das hier vorgestellte Verfahren, bestehend aus dem VDS90-Symptomfragebogen und dem VDS14-Befund-Interview, wurde entwickelt, um eine zeitökonomische Alternative zu bieten, die dennoch eine fachlich fundierte Syndromdiagnose ermöglicht. Im Fokus steht dabei die Erstellung eines klinisch relevanten Befunds, der als direkte Grundlage für die Therapieplanung dient.

Der folgende Bericht beschreibt die Anwendung des **standardisierten Interviews VDS14** (Sulz, Hörmann, Hiller und Zaudig 2002, Sulz, Hummel, Jänsch, Holzer 2011) und des **VDS90-Symptomfragebogens** (Sulz und Grethe 2005, Sulz, Beste, Kerber, Rupp, Scheuerer, Schmid 2009) zur zeitökonomischen Erhebung des psychischen Befunds, wobei die Befundung sich auf die im VDS90 als relevant identifizierten Syndrome konzentriert.

1. Überblick und Zielsetzung der Befunderhebung

Die sorgfältige Erhebung des psychischen Befunds ist vor Beginn einer Psychotherapie unverzichtbar. Das VDS14-Befund-Interview wurde als Alternative zum SKID I entwickelt und zielt primär auf die **Syndromdiagnose** ab, welche als relevanter für die Therapieplanung erachtet wird als die reine ICD-Diagnose.

Die kombinierte Anwendung von VDS90 und VDS14 ermöglicht eine qualifizierte und sorgfältige Diagnostik, die in der Regel nur **etwa 30 Minuten** dauert, was im Vergleich zum SKID I, der deutlich länger dauert, sehr zeitökonomisch ist. Die kurze Bearbeitungszeit ergibt sich daraus, dass die Patienten zuerst den VDS90 ausfüllen, was eine **grobe Vororientierung** erlaubt, und das anschließende Interview (VDS14) nur die Syndrombereiche vertieft, bei denen ein Verdacht besteht.

2. Durchführung der Fragebogenerhebung (VDS90)

Instrument und Skalierung: Der **VDS90-Symptomfragebogen** (Symptomliste) dient als **Selbstbeurteilungsinstrument** (Selbstbeurteilungsskala) und wird vom Patienten **vor dem eigentlichen Interview** ausgefüllt.

- Der Fragebogen erfasst die **90 wichtigsten Symptome** für die psychotherapeutische Praxis.
- Die **Skalierung** zur Bewertung des Schweregrads des Symptoms ist **vierstufig**:
 - **0:** Symptom nicht vorhanden
 - **1:** leicht ausgeprägt
 - **2:** **mittel ausgeprägt**
 - **3:** **stark/schwer ausgeprägt**
- Die 90 Symptome lassen sich **27 Syndromen** zuordnen, darunter Angst, Depression, Somatoforme Störungen, Alkoholismus, Sucht und Essstörungen.

Zweck der VDS90-Erhebung: Der VDS90 dient dem **ersten Screening** und der **Sichtdiagnostik**. Er bildet die Grundlage für eine Syndromdiagnose und ermöglicht eine **zeitökonomische und effektive vertiefte Befunderhebung** mit dem VDS14.

3. Durchführung des standardisierten Interviews (VDS14)

Das VDS14-Befund-Interview ist ein standardisierter Interviewleitfaden zur Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befundes, der **16 (oder 17) Hauptsyndrome** erfasst.

Vorgehen beim Interview und Syndromauswahl: Das Interview beginnt, nachdem der Interviewer die VDS90-Symptomliste des Patienten per Sichtdiagnose gescreent hat. Der Interviewer nutzt die VDS90-Ergebnisse, um bei fraglichen Syndromen aufmerksamer nachzufragen.

1. **Syndrom-Einstiegsfragen:** Für jedes der 16 Syndrome existiert eine spezifische **Einstiegsfrage** (Startfrage).
2. **Filtermechanismus zur Zeitökonomie:** Die Zeitersparnis ergibt sich dadurch, dass bei Verneinung der Einstiegsfrage der entsprechende Teil des Interviews **wegfällt**.
3. **Entscheidung des Interviewers: Entscheidend für das Weitermachen** mit den Fragen zu einem Syndrom ist **nicht nur die Bejahung der Einstiegsfrage durch den Patienten**, sondern das **klinische Urteil** des Interviewers, ob die Antwort des Patienten den **Verdacht** auf das Vorliegen des betreffenden Syndroms nahelegt. Der Patient wird gebeten, zur Begründung der Einstiegsfrage **Beschreibungen und Beispiele** zu geben.
4. **Selektion basierend auf VDS90-Vorscreening:** Die VDS90-Symptomliste dient als primäres Screening. **Wenn der VDS90 einen Wert von 2 (mittel ausgeprägt) oder höher (3 = stark ausgeprägt) für ein Syndrom liefert, ist der Verdacht auf das Vorliegen dieses Syndroms hoch.** Das Interview konzentriert sich dann auf die Syndrombereiche, die im VDS90 auffällig waren, um diese zu vertiefen. **Die tiefgehenden Fragen (insgesamt 190 Hauptsymptome und über 290 differenzierende Symptomangaben) werden nur für die Syndrome gestellt, bei denen dieser Verdacht besteht.**
5. **Ausnahme (Syndrom 7):** Für das Syndrom „Weitere, unspezifische Symptome“ gibt es **keine Startfrage**, deren Verneinung ein Übergehen des Syndroms ermöglicht; hier müssen **alle Fragen gestellt werden**.

Das VDS14-Befund Interview – Startfrage (z.B. Angst-Syndrom)

VDS14-Befund-Autoren: S. Sulz, W. Hiller, M. Zaudig

9

6-Syndrom 6: Angst-Syndrom

Startfrage: Haben Sie plötzlich auftretende Angstanfälle oder anhaltende Angst oder Angst vor bestimmten Situationen, Dingen, Ereignissen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.
unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Angst	Haben Sie öfter oder intensiver oder anhaltender als früher Angst? Bitte beschreiben Sie dies:	(0..1..2..3)
2	plötzliche Angstattacken	Haben Sie spontan und plötzlich auftretende Angstattacken ohne erkennbare Auslöser?	(0..1..2..3)

Das VDS14-Befund-Interview – Dokumentation

Ergebnis:

Es besteht ein Angst-Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

- phobisches Angstsyndrom
 - soziophobisches Angstsyndrom
 - Paniksyndrom
 - generalisiertes Angstsyndrom
 - weiteres Angstsyndrom:
- Spezifizieren Sie das Syndrom. Sie können eine weitere Spezifizierung eintragen.

Das VDS14-Befund Interview – Auswertung

Auswertung VDS14-Befund**(standardisierte Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befunds - Querschnittsbefund)**

Der VDS14-Befund erfasst 16 Syndrome der Achse-I-Störungen. (in der ersten Spalte). Sie korrespondieren mit den 26 Syndromen der VDS90-Symptomliste (zweite Spalte). Es erfolgt keine quantitative Auswertung, die von den einzelnen Symptomen ausgeht.

Vielmehr entscheidet die TherapeutIn nach der Befragung zu jedem Syndrom, ob dieses beim Patienten vorliegt und ob dessen **Ausprägung 1 = leicht, 2 = mittel oder 3 = schwer** ist.

Einige Syndrome können aufgrund der Ausgestaltung durch einzelne im Vordergrund stehende Symptome weiter differenziert werden, z. B. welches schizophrene Syndrom, welches Angstsyndrom, welches depressive Syndrom oder welche Essstörung.

Es kann rechts neben dem Syndromwert ein Profil gezeichnet werden. (vorher: 0---0---0, nachher: x---x---x)

Nr. VDS14	Nr. VDS90	Ab-kürz.	VDS14-Syndrom (Haupt- und Untersynonyme)	Wert	Profil
1	1	Sc	Schizophrenes Syndrom () paranoid, () <u>hebephren</u> , () kataton, () Residuum, () schizoaffektiv		0.....1.....2.....3
2	2	Ma	Manisches Syndrom () <u>hypoman</u> , () <u>parathym</u> () <u>synthym</u> psychotisch		0.....1.....2.....3
3	3	Or	Organische Syndrome (..) dementiell		0.....1.....2.....3
5	4	De	Depressives Syndrom () mit () ohne somatische Symptome () Dysthymie		0.....1.....2.....3
6	5	An	Angstsyndrom () Panik, () <u>agoraph</u> , () spez. Phobie () Sozialphobie () GAS		0.....1.....2.....3

Dauer des Interviews: Wenn dank des VDS90-Screenings und der Einstiegsfragen nur die vertiefenden Fragen eines einzigen Syndroms gestellt werden müssen, dauert die Erhebung oft **nur etwa 30 Minuten**. Bei Vorliegen von zwei Syndromen dauert es etwa 40 Minuten. Für jedes weitere Syndrom sind ungefähr 10 Minuten zusätzlich zu veranschlagen.

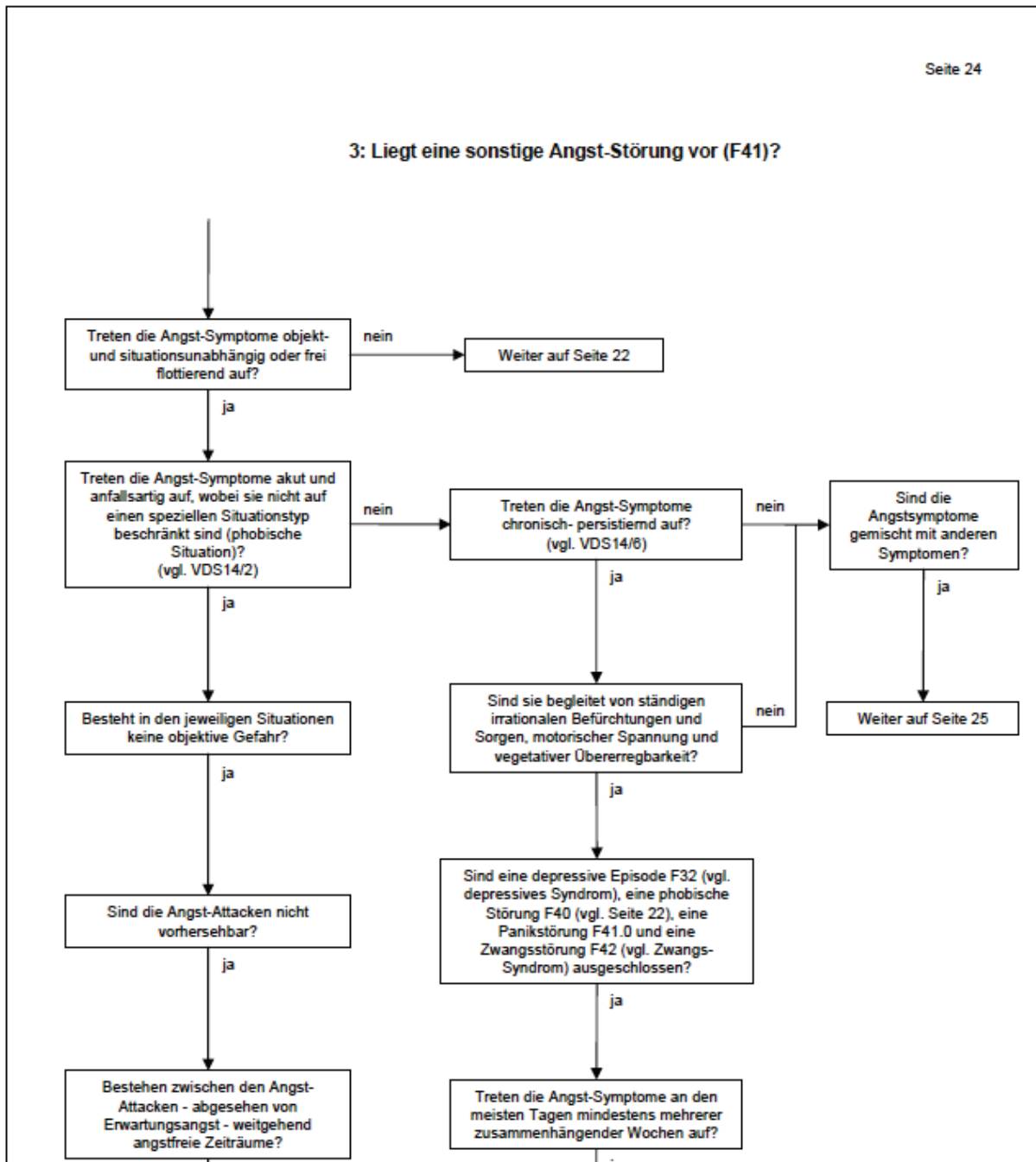
Detaillierte Symptombewertung im VDS14: Wenn ein Syndrom weiter exploriert wird:

- Der Patient antwortet zunächst mit Ja oder Nein auf jede Symptomfrage.
- Die **tatsächliche Einschätzung des Schweregrads (0 bis 3)** wird jedoch vom Interviewer vorgenommen, basierend auf den weiteren Ausführungen und Beispielen des Patienten.
- Bei einigen Symptomen folgen **differenzierende Fragen** (insgesamt 291 bis 295), die nur beantwortet werden, wenn das Hauptsymptom vom Interviewer als vorhanden eingeschätzt wurde. Diese differenzierenden Fragen werden dichotom beantwortet (Zutreffen ankreuzen).

- Am Ende jedes Syndrombereichs beurteilt der Interviewer zusammenfassend, ob das Syndrom vorliegt und welchen Schweregrad es hat, und kann anschließend in **Subsyndrome** (insgesamt 48) differenzieren.

Diagnostik nach dem Interview: Nach der Befunderhebung führt der VDS14 zur Syndromdiagnose. Um zu einer gesicherten ICD-Diagnose (z. B. ICD-10) zu gelangen, kann der Interviewer in einem zweiten Schritt für jedes der 16 VDS14-Syndrome ein **Diagramm mit einem Entscheidungsbaum** (VDS14-Entscheidungsbaum-Diagnose-Diagramme) hinzuziehen (siehe www.eupehs.org → kostenlose Downloads: VDS14-ICD-10-Diagnosen-Entscheidungsbäume. Diese ICD-Entscheidungsbäume werden derzeit auf ICD-11 umgestellt.

Vom VDS14-Befund Syndrom Beispiel F41 zur ICD-Diagnose (Sulz, Hummel, Jänsch & Holzer 2011)



Untersuchung der Gültigkeit des VDS14

Sulz, Hummel, Jänsch und Holzer (2011, S. 215) berichten:

„Der VDS14-Befund wurde als Alternative zum SKID I entwickelt. Dieses standardisierte Interview zielt nicht direkt auf Diagnosen ab, sondern auf Syndrome. Erst in einem zweiten Schritt wird ein Entscheidungsbaum zu Hilfe genommen, der vom Syndrom zur diagnostischen Klassifikation nach ICD-10 führt. Die Validitätsprüfung erfolgte in dieser Studie durch Vergleich mit dem SKID I. Mit den 99 Patienten der Stichprobe der CIP-Ambulanz wurden beide Interviews durchgeführt und dann verglichen, wie häufig die gleiche ICD-10-Diagnose resultiert. Das war bei 81 % der Patienten der Fall. Berücksichtigt man die nicht vollständige Übereinstimmung der beiden Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10, die man mit höchstens 90 % ansetzen kann, dann ist das ein sehr gutes Ergebnis. Danach wurde die mit dem SKID I gewonnene Diagnose anhand der entsprechenden VDS14-Syndromwerte diskriminanzanalytisch vorhergesagt. Der Vergleich mit der wirklichen Diagnosegruppe der Patienten ergab eine 83-prozentige Übereinstimmung. Die diskriminanzanalytische Diagnosezuordnung der aus den Selbstbeurteilungsfragebogen VDS90-Symptomliste erbrachte fast so gute Übereinstimmungen: 81 % Zuordnung der Patienten zur richtigen Diagnosegruppe. Die Korrelation dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) mit den VDS90-Syndromen war mittel bis hoch. D. h., dass das Ausmaß psychischer bzw. psychosomatischer Symptomatik deutlich mit den selbstgeschilderten dysfunktionalen Persönlichkeitszügen des Patienten zusammenhängt. Ergebnis der Studie ist, dass das VDS14-Befund-Interview ein valides Instrument der Befunderhebung und Diagnosestellung nach ICD-10 ist.“

Ein Anwendungsbeispiel zeigt Abbildung 1 (Hebing 2014, S. 126):

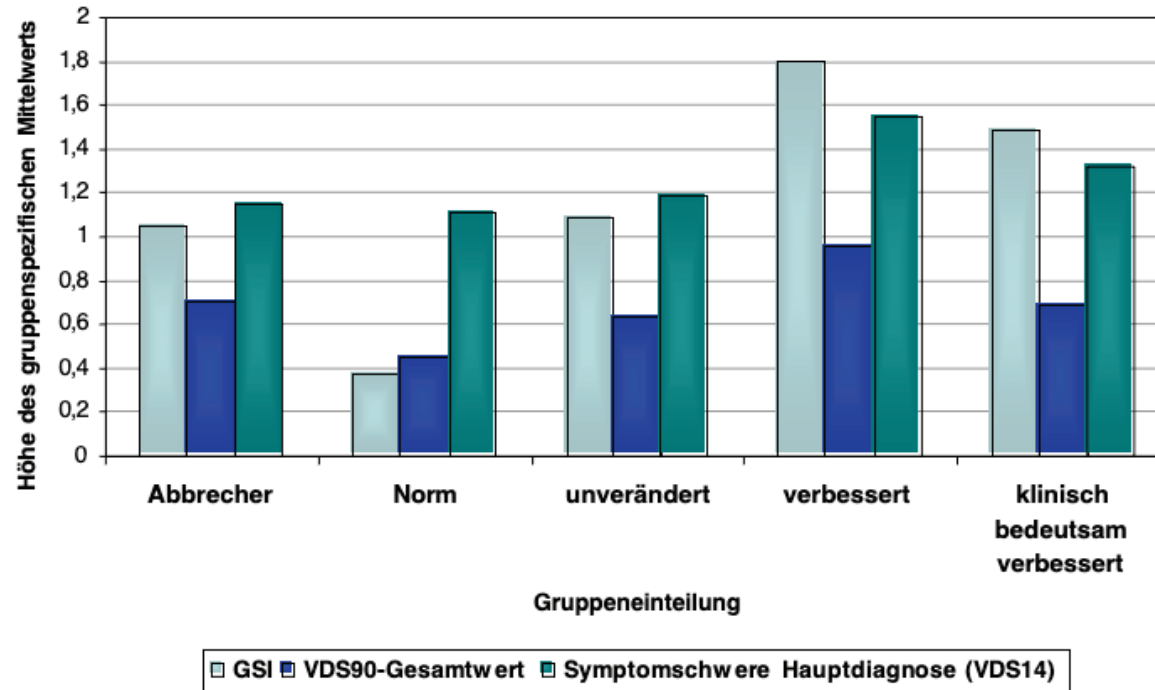


Abbildung 1 Ausprägung der Symptomschwere in den Gruppen zu Therapiebeginn

In dieser Studie wurden die Patienten am Therapieende in fünf Gruppen eingeteilt (Abbrecher, Norm, unverändert, verbessert, klinisch bedeutsam gebessert). Dann erfolgte ein Rückblick auf den Schweregrad der Erkrankung vor Therapiebeginn anhand des VDS14-Befundes.

Untersuchungen zur Testqualität des VDS90

Sulz und Backmund (2022) berichten, dass die VDSD90-Symptomliste sehr gute Reliabilität (innere Konsistenz 0.93), Test-Retest-Reliabilität (0.88) und zugleich hohe Änderungssensitivität aufweist, wodurch sie für therapeutische Outcome-Studien geeignet sind. Zudem weist sie Normtabellen auf. Sie ermöglicht eine Sichtdiagnostik und bildet bekannte psychopathologische Syndrome im Gegensatz zum SCL90-R nachvollziehbar ab. Außerdem erfasst sie wichtige beim

SCL90-R fehlende Störungen (Essstörungen, Süchte und Trauma). Die Differentialindikation ist deshalb einfach: SCL90-R wegen seiner internationalen Verbreitung für die Wissenschaft und die VDS90 für die klinische Praxis.

Diskussion und Resümee/Fazit Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kombination aus VDS90 und VDS14 eine hocheffiziente Methode zur Befunderhebung darstellt, die mit durchschnittlich 30 bis 40 Minuten deutlich zeitsparender als herkömmliche Verfahren wie das SKID I durchgeführt werden kann. Ein wesentlicher Vorteil liegt in dem zweistufigen Filtermechanismus: Der VDS90-Symptomfragebogen dient als Instrument zur Selbstbeurteilung und groben Vororientierung. Das anschließende VDS14-Interview nutzt diese Ergebnisse als Screening, um gezielt klinisch relevante Syndrome zu vertiefen.

Die wissenschaftliche Validierung untermauert die Zuverlässigkeit dieses Ansatzes: Mit einer 81-prozentigen Übereinstimmung zum SKID I erweist sich das VDS14 als valides Instrument für die ICD-10-Diagnosestellung. Besonders vorteilhaft für die klinische Praxis ist, dass das Verfahren diagnostische Lücken bei Störungsbildern wie Essstörungen, Sucht und Trauma schließt. Durch die hohe Reliabilität (0,93) und ausgeprägte Änderungssensitivität eignet sich das Instrumentarium zudem hervorragend für die Qualitätssicherung und Outcome-Studien. Die Ausrichtung auf die Syndromdiagnose bietet dem Therapeuten somit eine fundiertere Basis für die individuelle Therapieplanung als eine rein klassifikatorische Diagnose.

Literatur

- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (Hrsg.). (1997). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- APA (American Psychiatric Association). (1997). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Denk, C. & Sulz, S. (2011). *VDS-Expert QM 2011. Software zur Erhebung und Auswertung der Fragebögen und Interviews des Verhaltensdiagnostiksystems VDS*. München: CIP-Medien.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien* (2. Aufl.). Bern: Huber.

- Fähndrich, E. & Stieglitz, R. D. (2006). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes: Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2001). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T. (2006). *Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie*. In M. Amelang & L. Schmidt-Atzert (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4. Aufl., S. 495–532). Berlin: Springer.
- Hebing, M. (2014). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien.
- Holzer, S. & Sulz, S. (2011). *Entscheidungsbaum zur Stellung einer ICD-10-Diagnose bei depressivem Syndrom laut VDS14*. In S. K. D. Sulz et al., *Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes*. *Psychotherapie*, 16(2), 215–236.
- ICD-10 (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index*. World Health Organization.
- Peters, M. (2021). *Wirksame Kurz-Psychotherapie der Depression*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Scholz, D. & Wittchen, H.-U. (2005). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 413–418). Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R. D. (2007). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sulz, S. K. D. (2003). *Fallkonzeption des Individuums und der Familie*. In W. Hiller, E. Leibing & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie (Band 3): Verhaltenstherapie* (S. 25–48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Backmund-Abedinpour, S. (2022). *Das standardisierte Interview VDS14 und der VDS90-Symptomfragebogen zur Erhebung des psychischen Befunds*. *Psychotherapie*, 27(2), 35–41.
- Sulz, S. K. D., Beste, E., Kerber, A. C., Rupp, E., Scheuerer, R. & Schmidt, A. (2009). *Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitskalen*. *Psychotherapie*, 14(2), 215–232.
- Sulz, S. K. D., Gräff, U. & Jakob, C. (1998). *Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen*. *Psychotherapie*, 3(1), 46–56.
- Sulz, S. K. D. & Grethe, C. (2005). *Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapiepraxis und das interne Qualitätsmanagement*. *Psychotherapie*, 10(1), 38–48.
- Sulz, S. K. D., Hörmann, I., Hiller, W. & Zaudig, M. (2002). *Standardisierte Erfassung des psychischen Befundes in der psychotherapeutischen Praxis*. *Psychotherapie*, 7(1), 23–39.
- Sulz, S. K. D., Hummel, C., Jänsch, P. & Holzer, S. (2011). *Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID I und VDS14-Befund-Interview*. *Psychotherapie*, 16(2), 215–236.
- Sulz, S. K. D. & Maier, N. (2009). *Ressourcen- versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik – Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen?* *Psychotherapie*, 14(1), 38–51.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997a). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen (Interviewheft)*. Göttingen: Hogrefe.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997b). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II (Handanweisung)*. Göttingen: Hogrefe.

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinstr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu