

B. Gronemann, J. Tegeler

10 Jahre Sächsisches PsychKG

Erfahrungen und Probleme bei öffentlich-rechtlichen Unterbringungen

Gesundheitsamt
der Stadt Leipzig

Zusammenfassung

Das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten trat vor zehn Jahren in Kraft. Aus diesem Anlass wird ein Erfahrungsbericht zum Umgang mit den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach diesem Gesetz, auch zu den formalen Abläufen, wie sie in der Stadt Leipzig geregelt sind, vorgelegt. Es

werden darüber hinaus Häufigkeiten von Unterbringungen in Leipzig und versorgungsepidemiologische Daten aus anderen Regionen vorgestellt. Erhebliche Häufigkeitsunterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, aber auch innerhalb eines Bundeslandes zeichnen sich ab. Gründe dafür sind nur bedingt erkennbar. Zuverlässige Daten sind nur aus prospektiven Studien zu ge-

winnen. Abschließend werden einige Probleme zwischen Ärzten und Juristen im Umgang mit dem PsychKG beschrieben.

Schlüsselwörter: Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten, öffentlich-rechtliche Einweisungen psychisch Kranker, Zwangseinweisungen

Einleitung

Vor 10 Jahren ist das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (kurz: SächsPsychKG) in Kraft getreten. Wir nutzen deshalb die Gelegenheit, um über die in einem längeren Zeitraum gesammelten Erfahrungen zu berichten. Da bei Ärzten immer wieder Unsicherheiten im Umgang mit dem PsychKG zu beobachten sind, werden zunächst grundsätzliche Aspekte angesprochen, bevor wichtige Gesetzesteile im Detail besprochen und formale Abläufe skizziert werden.

Im Grundgesetz (Art. 2) ist die Freiheit der Person geschützt und darf nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes unter Einschaltung eines Richters eingeschränkt werden (Art. 104 Abs. 2 GG). Die („vorläufige“) Unterbringung psychisch Kranker wird in den Unterbringungsgesetzen nach Landesrecht geregelt. Dagegen erfolgt bei Kranken, die ihre Angelegenheiten nicht selbst regeln können eine zivilrechtliche Unterbringung nach dem Betreuungsrecht (BGB). Diese Unterbringungsmaßnahme ist nicht Gegenstand dieser Veröffentlichung.

Während Fachärzte für Psychiatrie und Öffentliches Gesundheitswesen in der Regel mit der schwierigen Problematik umzugehen wissen, werden Ärzte anderer Fachrichtungen seltener mit psychiatrischen Notfällen konfrontiert. Dabei kommt es immer wieder zu Konfliktsituationen, wenn eine stationäre Aufnahme unumgänglich erscheint, der Patient ihr jedoch ablehnend gegenüber steht. In einer ohnehin spannungsgeladenen Situation ist deshalb rasches und rechtssicheres Handeln geboten.

Das Sächsische Gesetz über die Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten

Das Gesetz regelt in den ersten beiden Abschnitten unter anderem die Leistungspflicht der Krankenhäuser, beschreibt einzelne Hil-

fen und benennt die Verantwortlichkeiten bei deren Durchführung.

Zu beachten ist eine Formulierung im § 5 (4) SächsPsychKG: „Die zur Bewältigung psychischer Krankheiten notwendige Hilfe soll möglichst ohne stationäre Behandlung, vor allem ohne Unterbringung erbracht werden“. Daraus ergibt sich nicht nur die Verpflichtung, eine strenge medizinische Indikation zur Unterbringung zu stellen, sondern daneben auch noch andere Möglichkeiten zur Vermeidung einer Unterbringung zu prüfen. Die Verhältnismäßigkeit der Mittel ist stets zu wahren. Im dritten Abschnitt des SächsPsychKG werden Unterbringung und Verfahren explizit beschrieben.

Dazu heißt es in § 10 (1): „Eine Unterbringung liegt vor, wenn ein psychisch Kranker gegen oder ohne seinen Willen auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung, einer vorläufigen Einweisung, einer fürsorglichen Aufnahme oder Zurückhaltung nach diesem Gesetz in einem Krankenhaus eingewiesen wird oder dort weiterhin zu bleiben hat“. „Krankenhäuser“ im Sinne dieses Gesetzes sind immer psychiatrische Krankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen, keine anderen Fachabteilungen.

(2) „Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange ein psychisch Kranker in Folge seiner psychischen Krankheit sein Leben oder seine Gesundheit erheblich und gegenwärtig gefährdet oder eine erhebliche und gegenwärtige Gefahr für bedeutende Rechtsgüter anderer darstellt und die Gefahr nicht auf andere Weise abwendbar ist“.

Somit können nur zwei Gründe zur Unterbringung führen: 1. die Fremdgefährdung und 2. die Eigengefährdung.

§ 13 regelt das vorbereitende Verfahren. Es heißt: „Die Verwaltungsbehörde ermittelt von Amts wegen, wenn sich gewichtige Anhalts-

punkte für das Vorliegen der Voraussetzungen einer Unterbringung ergeben. In diesem Falle hat sie ein amtsärztliches Gutachten darüber einzuholen, ob eine Unterbringung aus medizinischer Sicht erforderlich ist“. „Die Vollstreckung der vom Gericht angeordneten Unterbringung obliegt der Verwaltungsbehörde, die sich dabei der Mitwirkung des Polizeivollzugsdienstes bedienen kann“ (§ 14).

In akuten Notfällen ist eine sofortige vorläufige Unterbringung und fürsorgliche Aufnahme oder Zurückhaltung des Patienten möglich. Das Gesetz führt dazu aus: § 18 (1) „Bestehen dringende Gründe für die Annahme, dass die Voraussetzung für eine Unterbringung vorliegen, und kann eine gerichtliche Entscheidung nicht mehr rechtzeitig ergehen, um die drohende Gefahr abzuwenden, so kann die Verwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und nach Maßgabe des § 14 vollstrecken. Sie hat das zuständige Gericht unverzüglich, spätestens bis 10 Uhr des auf den Beginn des Festhaltens folgenden Tages, von der Unterbringung zu verständigen“.

§ 18 (3) „Bei Gefahr im Verzug, kann der Polizeivollzugsdienst in Fällen des Absatzes 1 einen Patienten ohne Anordnung der Verwaltungsbehörde dem nach § 15 zuständigen Krankenhaus vorführen. Soweit möglich, ist vorher ein Arzt beizuziehen. Der Patient ist unverzüglich zu untersuchen“. Die Untersuchung erfolgt unverzüglich im Krankenhaus durch einen Psychiater. Der Patient muss entlassen werden, wenn die Voraussetzungen zur Unterbringung nicht vorliegen.

§ 18 (5) „In den Fällen der Absätze 1, 3 und 4 hat das Krankenhaus unter Vorlage eines Gutachtens, in dem die Fragen nach § 13 Abs. 1 Satz 2 beantwortet sein müssen, das Gericht und die Verwaltungsbehörde unverzüglich, spätestens bis 10 Uhr des Tages, der auf den Beginn des zwangsweisen Aufenthaltes des Patienten folgt, zu benachrichtigen“.

Formaler Ablauf des Verfahrens

Anders als in vielen anderen deutschen Städten, vor allem in den alten Bundesländern, in denen die Unterbringungsaufgabe den Ordnungsbehörden obliegt, wurde 1994 in Leipzig das Gesundheitsamt durch eine Organisations-Verfügung des Oberbürgermeisters ermächtigt, die erforderlichen Verwaltungsabläufe unter Einbeziehung des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie, einer kommunalen Gesundheitseinrichtung, und der aufnehmenden Krankenhäuser zu regeln. Damit sollte der konkreten Versorgungs- und Betreuungssituation sowie der sozialen Stellung des psychisch Kranken besser Rechnung getragen und eine durch unangemessene Maßnahmen erschwerte Wiedereingliederung vermieden werden. Der Verbund Gemeindefähige Psychiatrie hält in sieben Stadtteilen Institutsambulanzen und sozialpsychiatrische Dienste mit multiprofessionellen Teams vor. Einige tagesklinische Plätze komplettieren das Angebot. Dadurch können bereits frühzeitig und gezielt andere Maßnahmen zur Verhinderung einer Unterbringung eingesetzt und gegebenenfalls auch überwacht werden.

Das Gesundheitsamt selbst ist zuständig für das vorbereitende Verfahren nach § 13 und das Verfahren zur sofortigen vorläufigen Unterbringung nach § 18 Abs. 1 SächsPsychKG. Die Aufgaben des Gesundheitsamtes nehmen während und außerhalb der Dienstzeit, also auch an Wochenenden und Feiertagen, Ärzte des Amtes wahr, die durch Konsultationen im klinisch-psychiatrischen Bereich und vielfältige kollegiale Kontakte mit Psychiatern auch entsprechende Erfahrungen haben.

Die Anträge zur Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen nach § 13 Abs. 1 werden von niedergelassenen Ärzten, Notärzten, Angehörigen, Polizei oder Amtsgericht gestellt. Das dazu erforderliche amtsärztliche Gutachten wird während der Dienstzeit in der Regel durch den am Gesundheitsamt tätigen Facharzt für Psychiatrie/Neurologie erstellt. Außerhalb der Dienstzeit ist dann die diensthabende Ärztin des Gesundheitsamtes zuständig. In der Regel wird auch ein Facharzt für Psychiatrie des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie oder ein niedergelassener Facharzt hinzugezogen.

Ordnet das Gericht die Unterbringung des Patienten an, so hat der bearbeitende Arzt des

Gesundheitsamtes den Facharzt der örtlich zuständigen Beratungsstelle des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie mit dem Vollzug der Unterbringung zu beauftragen. Ist dabei die Hilfe des Polizeivollzugsdienstes erforderlich, wird das Amtshilfeersuchen durch den Arzt des Gesundheitsamtes gestellt. Für die sofortige vorläufige Unterbringung ist ebenfalls der zuständige Arzt des Gesundheitsamtes verantwortlich. Er sollte allerdings vorher einen Facharzt des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie konsultieren.

In akuten Notfällen, zum Beispiel bei drohender Suizidalität, akuten Intoxikations- oder Erregungszuständen kann der Notarzt, der in der Regel nicht Facharzt für Psychiatrie/Neurologie ist, die Einweisung in das zuständige psychiatrische Krankenhaus vornehmen. Auch er kann sich dabei der Amtshilfe des Polizeivollzugsdienstes bedienen. Der Eingewiesene ist im Krankenhaus unverzüglich von einem Arzt zu untersuchen und bei fehlenden Gründen für eine Unterbringung auf freien Fuß zu setzen. Andernfalls muss das Krankenhaus unter Vorlage eines Gutachtens das Gericht bis 10.00 Uhr des Folgetages benachrichtigen.

In einigen Städten und Kreisen, auch in Sachsen, ist neben dem Gesundheitsamt auch das Ordnungsamt an den Einweisungen oder Unterbringungen beteiligt. Außerhalb der Dienstzeiten wird die Polizei zusammen mit dem Notarzt tätig. Nach Untersuchung und Begutachtung in der zuständigen psychiatrischen Klinik stellt dann das Ordnungsamt einen Unterbringungsantrag beim Gericht, falls der Betroffene nicht freiwillig in der Klinik bleibt und die dortigen Ärzte nachvollziehbar Voraussetzungen für die Unterbringung sehen.

Umfang und Inhalt des ärztlichen Gutachtens

Die Erstellung des Gutachtens erfordert eine persönliche und aktuelle Untersuchung des Patienten. Sie darf sich nicht auf die Angaben von Angehörigen oder Nachbarn beschränken. Die Untersuchungsbefunde und die Diagnose sollten nachvollziehbar und überzeugend für den Amtsrichter dargestellt werden. Das aktuelle Verhalten des Patienten muss konkret geschildert und die sich daraus ergebenden Gefahren (Eigen-/Fremdgefährdung) müssen beschrieben werden.

Untersuchung, Behandlung und Rechte der untergebrachten Patienten

Nach § 20 ist der eingewiesene Patient unverzüglich nach seiner Aufnahme in das Krankenhaus ärztlich zu untersuchen. Der Patient hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Der Behandlungsplan ist mit dem Patienten zu erörtern (§ 21). Die Behandlung und die dafür notwendigen Untersuchungen dürfen nur dann ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt werden, wenn durch den Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Patienten erheblich gefährdet wird (§ 22).

Auf die Darstellung weiterer Maßnahmen und Patientenrechte wird verzichtet. Sie sind in den jeweiligen Kliniken bekannt, ihre Missachtung kann zu juristischen Konsequenzen führen. Sie sind auch durch Patientenführsprecher (§ 4) nachprüfbar.

Diagnosen und Probleme bei untergebrachten Patienten

Die Mehrzahl der Patienten leidet entweder an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, akuter Suizidalität, einer maniformen Symptomatik oder einem psychomotorischen Erregungszustand im Rahmen einer Suchterkrankung (Spengler, 1994, Riecher-Rössler und Rössler, 1992, Gollmer, 1998).

Während die Patienten in der Regel uneinsichtig sind und die Einweisung ablehnen (deshalb ist die Unterbringung ja auch erforderlich), werden kontroverse Diskussionen häufig mit Familienangehörigen, Hausbewohnern und gelegentlich auch mit Hausärzten wegen der Nichteinweisung geführt, insbesondere bei extrem schwierigen Patienten und bei Verwahrlosungstendenzen. Eine fehlende Bereitschaft, sich freiwillig behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung. Bei einer Suchterkrankung mit Verwahrlosungstendenzen handelt es sich meistens um einen schon seit längerem bestehenden Zustand.

Für Patienten mit einer senilen Demenz ist die Einrichtung einer Betreuung mit Aufenthaltsbestimmungsrecht und medizinischer Fürsorge sinnvoller, da sie eine Unterbringung über einen längeren Zeitraum ermöglicht. Auch die Einrichtung einer Eilbetreuung zur Realisierung einer längerfristigen Unterbringung ist zu prüfen. Schwerkranke und moribunde Menschen, die eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigern, können ebenfalls nicht nach SächsPsychKG in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden.

Häufigkeiten der Unterbringung und versorgungsepidemiologische Daten

Wie aus zahlreichen Publikationen hervorgeht, unter anderem von Spengler und Böhme (1989), Riecher-Rössler und Rössler (1992) und Gollmer (1998), gibt es nicht nur zwischen einzelnen Bundesländern, sondern auch innerhalb eines Bundeslandes von Klinik zu Klinik erhebliche Häufigkeitsunterschiede der Einweisungen, wobei auch die Berechnungsgrundlagen nicht immer vergleichbar waren.

Nach Spengler und Böhme (1989) variieren die Unterbringungsraten in Westberlin zwischen 30 Prozent und 56 Prozent und in Nordrhein-Westfalen zwischen 4 Prozent und 60 Prozent. Trotz des Ausbaus ambulanter, teilstationärer und komplementärer Behandlungsmöglichkeiten hat sich in Nordrhein-Westfalen mancherorts die Anzahl der Unterbringungen in einem 10-Jahres-Zeitraum verdoppelt (Gollmer 1998). Dies betrifft vor allem sofortige Unterbringungen, Unterbringungen außerhalb der üblichen Dienstzeit und Zurückhaltungen im Psychiatrischen Krankenhaus. Nach Crefeldt (1998) werden in Deutschland jährlich mehr als 120.000 Menschen, zumindest vorübergehend gegen ihren Willen, in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht. Das entspräche einer Zwangsunterbringungsrate von ca. 150 pro 100.000 Einwohner. Dressing und Salize (2004) bewegen sich bei ihren Angaben zwischen 6/100.000 (Portugal) und 218/100.000 Einwohner (Finnland).

Spengler (1994) berichtete über sehr niedrige Unterbringungshäufigkeiten in den neuen Bundesländern. Polak und Schläfke (2001) werteten 206 Unterbringungsfälle des Gesundheitsamtes Rostock zur zwangsweisen Unterbringung psychisch Kranker in die Universitätsklinik Rostock im Vergleich der Jahre von 1987 bis 1989 und 1991 bis 1994 aus. Bezogen auf die Gesamtaufnahmen der Klinik ergab sich für realisierte zwangsweise Unterbringungen ein Anstieg von 1,11 % (1987) auf 2,61 % (1994). Diesen Anstieg bringen die Autoren mit der unterschiedlichen Gesetzgebung und der zunehmenden Verkürzung der stationären Verweildauer, die bei chronisch Kranken zu häufigen Wiederaufnahmen führt, in Verbindung.

Inwieweit die in Ostdeutschland zu dieser Zeit in Gang gekommene „Enthospitalisierung“ dabei eine Rolle spielt, wird nicht beschrieben.

In den meisten Untersuchungen wurden deutliche Stadt-Land-Unterschiede festgestellt. Die höheren Unterbringungsraten in Großstädten werden unter anderen a. damit erklärt, dass sich dort Patienten mit chronisch verlaufenden Psychosen und sozialer Desintegration, Abhängigkeitskranke mit ungünstiger Prognose, persönlichkeitsgestörte Menschen mit frühen Entwicklungsstörungen sowie psychisch kranke alte Menschen, vorwiegend Frauen mit wahnhaften Erkrankungen, häufen. Nach Ansicht zahlreicher Autoren sind nicht die Fremd- und Selbstgefährdung allein entscheidend für die Unterbringung, sondern es spielen dabei auch andere Faktoren wie die Quantität und Qualität ambulanter und teilstationärer Einrichtungen, die Einstellung der einzelnen Institutionen und Personen zu psychisch Kranken, das Gelingen oder das Nicht-Gelingen des Therapeuten, zu dem Patienten eine Beziehung aufzubauen, sowie das therapeutische Klima und der Ruf eines Krankenhauses eine wesentliche Rolle.

In der Tabelle werden die Häufigkeit von Anträgen auf Unterbringung und tatsächlich vollzogene Unterbringungen in der Stadt Leipzig in den Jahren 1996 bis 2003 dargestellt. Die gesamten Verfahren haben einen Gipfel im Jahr 2001 (261 Fälle) und ein Minimum 1996

(161). Die Zahl der dann tatsächlich realisierten Einweisungen ist über die Jahre ziemlich konstant geblieben (ca. 90 bis 120 Fälle). Die Zwangsunterbringungsraten bewegen sich damit zwischen ca. 15 und 24 pro 100.000 Einwohner.

Bei den Zurückhaltungen im Krankenhaus nach § 18 Abs. 4 findet sich dagegen ein deutlicher Anstieg, der möglicherweise auch auf die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und auf den sogenannten Drehtüreffekt zurückzuführen ist.

Den Autoren liegen Angaben über Einweisungen nach dem SächsPsychKG aus Dresden und aus Chemnitz vor. Da diese Zahlen von unterschiedlichen Institutionen, zum Beispiel Sozialpsychiatrischen Diensten und den Ordnungsämtern stammen und nicht vollständig sind, ist ein direkter Vergleich mit den Zahlen aus Leipzig nicht möglich.

Alle genannten Häufigkeiten stammen aus retrospektiven Studien. Es finden sich gravierende Unterschiede der Dokumentationspraxis in den verschiedenen Institutionen und Bereichen (Amtsgericht, Kommunalbehörden, Ordnungsämter). Unterschiedliche Verfahren bestehen auch außerhalb der üblichen Dienst- und Arbeitszeiten, wiederum mit Unterschieden in den Kreisen und Städten.

Anträge auf Unterbringung und tatsächlich vollzogene Unterbringungen von Patienten mit psychischen Krankheiten 1996 – 2003 in Leipzig

Zwangsunterbringungen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen nach § 13 Abs. 1	77	89	127	123	135	133	144	109
gerichtlich angeordnete Vorführung zur Untersuchung nach § 13 Abs. 3	2	1	2	5	0	2	0	1
Unterbringungsantrag nach § 13 Abs. 6	4	5	7	6	3	4	4	2
Unterbringung durch Verwaltungsbehörde nach § 18 Abs. 1	41	45	43	38	56	48	37	31
Unterbringung durch Polizeivollzugsdienst nach § 18 Abs. 1	8	7	10	17	18	20	14	11
Zurückhaltung im Krankenhaus nach § 18 Abs. 4	23	29	42	30	42	47	56	62
Sonstiges (im Betreuungsverfahren)	6	8	2	6	3	7	0	0
Gesamt:	161	184	233	225	257	261	255	216
tatsächlich realisierte Unterbringungen	76	86	102	91	119	119	111	106

Nach Gollmer (1998) existieren unter anderem aus den oben genannten Gründen gegenwärtig keine validen und reliablen Daten zum Unterbringungsgeschehen. Zuverlässigere Daten sind nur aus prospektiven Studien zu gewinnen.

Probleme im Zusammenwirken zwischen Ärzten und Juristen

Aus Leipziger Sicht können sich Probleme in der Beurteilung dann ergeben, wenn Patienten nach der Klinikaufnahme eine suizidale Absicht bestreiten oder wenn Patienten mit paranoid-halluzinatorischen Erkrankungen oder einer Manie Krankheitssymptome geschickt dissimulieren. Zu Diskrepanzen in der Beurteilung kann es vor allem auch dann kommen, wenn die mündliche Anhörung durch den Richter eine gewisse Zeit nach der stationären Aufnahme stattfindet. Zu diesem Zeitpunkt kann es unter der medikamentösen Therapie schon zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik gekommen sein, ohne dass schon eine Krankheits- und Behandlungseinsicht vorliegt. Wird die Unterbringung zu diesem Zeitpunkt aufgehoben und besteht der Patient auf einer sofortigen Entlassung, so ist mit einer erneuten Exacerbation der Erkrankung zu rechnen. Diese Erfahrungen

decken sich auch mit den Angaben in der Literatur.

In der klinischen Beurteilung und gutachtlichen Bewertung betonen die Psychiater häufig den Fürsorgegedanken, während die Richter der Gefahrenabwehr den Vorrang einräumen. Während Psychiater die Meinung vertreten, dass manisch Kranke auf Grund ihrer Hyperaktivität und fehlender Krankheitseinsicht sich und ihre Familie erheblich schädigen (zum Beispiel durch Geldausgaben), können Juristen zu der Ansicht kommen, dass dieses Verhalten eine zwangsweise Unterbringung nicht rechtfertigt. Bergener et al. (1986) berichten über positive Erfahrungen mit einer Arbeitsgruppe aus Juristen und Psychiatern, in der gemeinsam über strittige Unterbringungen diskutiert wird.

Ausblick

Ein Unterbringungsgesetz und die danach zu treffenden Zuständigkeiten sollten vor allem auch danach beurteilt werden, ob und wie sie dem psychiatrisch Kranken helfen, seine spezifischen Probleme zu bewältigen, ohne dass die berechtigten Schutzinteressen der Gesellschaft vernachlässigt werden. Es darf nicht einseitig einem gelegentlich zu beobachtenden

Trend in der breiten Öffentlichkeit nachgeben, der psychisch Kranke als „gemeingefährlich“ diffamiert. Auch eine angemessene gesetzliche Regelung kann die drängenden Probleme des psychiatrischen Alltags nur lindern, jedoch nicht beseitigen. Diese hängen wesentlich von der Qualität der psychiatrischen Versorgung ab. Je dichter das Netz von Versorgungsangeboten und vertrauensvollen Beziehungen zwischen psychisch Kranken und ihren Betreuern und Therapeuten ist, um so eher werden sich Zwangsmaßnahmen vermeiden lassen.

In der Praxis hat sich das SächsPsychKG bewährt, unter anderem auch, weil es in Leipzig eine enge Kooperation zwischen dem Verbund Gemeindenahe Psychiatrie, den Krankenhäusern, gegebenenfalls dem Sozialamt in bestimmten Fällen, und dem Gesundheitsamt gibt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser
Dr. med. Bodo Gronemann und
Priv. Doz. Dr. med. Joachim Tegeler
Gesundheitsamt,
Friedrich-Ebert-Straße 19a, 04109 Leipzig