

Der Sozialpsychiatrische Dienst im Brennpunkt – Landespsychiatrieberichterstattung 2008

Hermann Elgeti

Die wachsenden Nöte eines notwendigen Dienstes

Seit 2007 haben die Leitungen der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in Niedersachsen und ihre mit der Geschäftsführung der Sozialpsychiatrischen Verbände beauftragten Mitarbeiter den Erfahrungsaustausch untereinander intensiviert. Dies erfolgt vor allem im Rahmen von Dienstbesprechungen mit der Fachaufsicht, dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS), an denen auch der Geschäftsführer des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen teilnimmt. Neben einer landesweiten Dienstbesprechung pro Jahr gibt es halbjährlich mindestens zwei Treffen für jeden der vier ehemaligen Regierungsbezirke. Hier werden Informationen ausgetauscht, aktuelle Probleme diskutiert, Anliegen an die Fachaufsicht herangetragen und Ergebnisse von Umfragen vorgestellt.

Die Schwierigkeiten, denen die SpDi bei der Erfüllung ihrer im Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen (NPsychKG) definierten Aufgaben begegnen, sind vielfältig und haben in den letzten Jahren weiter zugenommen. Der Hilfebedarf steigt, nicht nur infolge der Alterung der Gesellschaft, der zunehmenden sozialen und wirtschaftlichen Not (besonders bei Langzeitarbeitslosen) in Verbindung mit abnehmenden Ressourcen an Unterstützung im Lebensumfeld der Betroffenen. Die Inanspruchnahme des SpDi steigt auch aufgrund eines vielerorts zu beobachtenden Rückzugs anderer Hilfsangebote. Der Kommunale Sozialdienst und die Jugendhilfe werden vielerorts aufgrund von Defiziten im kommunalen Haushalt zu Leistungskürzungen gezwungen. Nicht wenige Psychiater geben wegen ungünstiger Rahmenbedingungen ihre Praxis vorzeitig auf oder finden bei Erreichen der Altersgrenze keinen Nachfolger. Psychotherapeuten behandeln jeweils nur eine kleine Anzahl von Patienten und lassen sich bevorzugt in großen Städten nieder. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der Versorgungskliniken werden oft wegen Unterfinanzierung und fehlender Wohnortnähe der gesetzlichen Verpflichtung, sektorbezogen und bei Bedarf auch aufsuchend tätig zu werden, nicht gerecht.

Nicht nur bei den Hilfen im Einzelfall steigt der Arbeitsaufwand, sondern auch bei der Koordination und Planung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Die meisten großen Klinik- und Heimträger entwickeln ihre Hilfsangebote ohne Abstimmung

mit den Verbundgremien. Während auf der einen Seite unter Umständen wichtige Bestandteile für ein wirksames gemeindepsychiatrisches Netzwerk fehlen, treten auf der anderen Seite immer mehr spezialisierte oder kleine Anbieter auf den Plan, die sich an der Versorgung der Betroffenen beteiligen wollen. Der politisch forcierte marktwirtschaftliche Wettbewerb im Gesundheitswesen fördert die Konkurrenz unter den verschiedenen Anbietern und erschwert gemeinsame Bemühungen um eine Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Zu den beschriebenen Entwicklungen im gesellschaftlichen und professionellen Umfeld kommen Erschwernisse, die in den institutionellen Rahmenbedingungen des SpDi selbst liegen. Die Arbeitsverdichtung in den SpDi aufgrund steigenden Hilfebedarfs trifft fast überall auf ein kleines Team von Mitarbeitern, deren Altersdurchschnitt eher steigt und deren psychische Belastungsfähigkeit eher sinkt. Die Konfrontation mit extremen psychosozialen Notlagen über Jahrzehnte hinweg ist aufreibender, als wir das wahrhaben wollen. Der Ärztemangel im deutschen Gesundheitswesen ist auch bei den niedersächsischen SpDi spürbar: Mehrere fachärztliche Leitungspositionen in kommunalen SpDi können nicht besetzt werden, weil sich keine geeigneten Bewerber finden oder die Kommunen ihnen sehr viel weniger Gehalt zahlen als die Krankenhäuser. Die Attraktivität eines Jobs als Arzt im SpDi sinkt noch einmal, wenn man ohne Personalausgleich mit zusätzlichen Arbeiten abseits der Kernaufgaben gemäß NPsychKG zugeschüttet wird, sei es als Amtsarzt oder als Gutachter für andere kommunale Fachbereiche.

Manche Kommune denkt zusätzlich über die Zusammenlegung seines Gesundheitsamtes mit dem der Nachbarkommune nach oder hat sie bereits vollzogen. Nur allzu leicht entsteht dann auch der verführerische Gedanke, am Personal des nun gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Dienstes zu sparen und Standorte aufzugeben. Wer in der Verwaltung will da das Argument hören, dass der SpDi seiner Klientel nur helfen kann, wenn der Weg zu ihren Wohnungen nicht zu lang ist und wenn das Personal auch für aufsuchende bzw. nachgehende Hilfen ausreicht? Verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung Sozialpsychiatrischer Dienste zur Erfüllung der im NPsychKG benannten Aufgaben gibt es in Niedersachsen nicht. Vor Verabschiedung des ersten Psychisch-Kranken-Gesetzes im Jahre 1978 lautete die Empfehlung, pro 150 000 Einwohner sechs Vollzeitstellen vorzusehen, einen Facharzt für Psychiatrie, einen Psychologen, drei Sozialpädagogen und eine Verwaltungskraft. Pro 100 000 Einwohner wären das damals 3,3 Fachkräfte (ohne Verwaltungskräfte) gewesen. Das war wohl schon 1978 zu knapp berechnet, 30 Jahre später aber ist es angesichts zunehmender Anforderungen sicherlich ganz und gar ungenügend.

Die tatsächliche Personalausstattung der SpDi in den letzten Jahren entnimmt man den Auswertungstabellen des Landesgesundheitsamtes nach den Daten der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden (Tabelle 1). Auf-

schlussreich ist die Differenzierung danach, ob der SpDi im Gesundheitsamt (GA) angesiedelt ist oder ob seine Aufgaben gemäß § 10 Abs. 3 NPsychKG teilweise oder ganz einem externen Dienst übertragen wurden. Wenn teilweise Aufgaben an einen externen Dienst übertragen wurden, handelt es sich dabei fast immer um die Suchtberatung. Es wird deutlich, dass bei einer teilweisen Übertragung zusammen rund acht Vollzeitstellen für Fachpersonal zur Verfügung stehen, die aber zur Hälfte der Suchtberatung zugute kommen. Bei vollständiger Übertragung an einen externen Dienst kommen durchschnittlich etwa 6,5 Vollzeitstellen zusammen, bei alleiniger Bewältigung aller Aufgaben im kommunalen SpDi gar nur vier Vollzeitstellen. Zu berücksichtigen ist hier auch noch, dass externe Dienste nie mit amtsärztlichen und selten mit anderen Aufgaben belastet werden, die nicht im NPsychKG stehen.

Tabelle 1: Personalausstattung nach Art des Sozialpsychiatrischen Dienstes*

	2004		2005		2006		2007	
	N	VK	N	VK	N	VK	N	VK
Dienste im GA, alle Aufgaben in eigener Hand	12	4,0	11	4,1	8	4,1	9	4,0
Dienste im GA, Aufgaben teilweise übertragen	22	3,5	23	4,1	18	4,6	21	4,5
externe Dienste, Aufgaben teils übernommen	12	4,2	14	4,0	7	3,9	10	?
externe Dienste, Aufgaben alle übernommen	3	5,8	3	6,2	3	6,5	4	6,4

*) N = Anzahl der Dienste; VK = Fachkraft-Vollzeitanteile pro 100.000 Einwohner

Leistungsspektrum und Fallzahlbelastung

Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden jährlich um eine Dokumentation zu ihrer Arbeit und zu derjenigen im Sozialpsychiatrischen Verbund gebeten (Formular im Abschnitt »Dokumente und Adressen« dieses Buches). Gab es bei der Umfrage für das Berichtsjahr 2006 eine Beteiligung von 51 % der insgesamt 45 SpDi (N = 23) und für 2007 von 62 % (N = 28), waren es für 2008 immerhin 76 % (N = 34). Man wird die von der Geschäftsstelle des Landesfachbeirates Psychiatrie ausgewerteten Daten inzwischen wohl als repräsentativ für Niedersachsen ansehen können. Zusätzliche Zahlen zum Personal und zu den Patienten der SpDi erhielten wir für das Jahr 2006 in 23, für 2007 in 28 und für 2008 in 32 Fällen. Diese wurden übermittelt als Kopien der von den SpDi ausgefüllten Blätter 28 bis 30 der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden. Wenn nicht anders dargestellt, beziehen sich die Ergebnisse im Folgenden auf das Berichtsjahr 2008.

Das Leistungsspektrum der SpDi umfasst in über 90 % aller Kommunen Sprechstunden im Dienst mit Bereitschaft zu sofortigen Notfall-Hausbesuchen an jedem Wochentag für mindestens vier Stunden. Ebenso häufig werden Gut-

achtungen gemäß § 12 NPsychKG zur Frage von Zwangseinweisungen und anderen Anlässen erstellt, z. B. im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI), des Kinderjugendhilfegesetzes (SGB VIII) oder des Betreuungsgesetzes. Nahezu 80 % aller SpDi organisieren Konferenzen zur Hilfeplanung für seelisch behinderte Menschen gemäß § 53 SGB XII und nehmen an sonstigen aufwendigen, dienstübergreifenden Fallbesprechungen teil. Immerhin 70 % der Ärzte sind an allgemeinen amtsärztlichen Begutachtungen beteiligt. Relativ selten dagegen ist die – fachlich und ethisch fragwürdige – Wahrnehmung von Funktionen einer Ordnungsbehörde bei Zwangseinweisungen (21 %). In 18 % der SpDi können die dort angestellten Ärzte über eine persönliche Ermächtigung sozialpsychiatrische Problempatienten auch kassenärztlich behandeln, wie es in § 11 NPsychKG empfohlen wird.

Die Auswertungen des Landesgesundheitsamtes für die Jahre 2004 bis 2007 zeigen, dass der Umfang der Einzelfallhilfen in den letzten Jahren zugenommen hat, ohne dass das Personal entsprechend aufgestockt worden wäre (Abbildung 1). So stieg die Fallzahlbelastung, also die Zahl der jährlich betreuten Patienten pro Fachkraft-Vollzeitstelle (ohne Verwaltungskräfte) deutlich an. Für SpDi in Trägerschaft der Kommune, die keine Aufgaben gemäß NPsychKG (z. B. die Suchtberatung) an freie Träger delegiert haben, ist die Fallzahlbelastung besonders hoch (Tabelle 2).

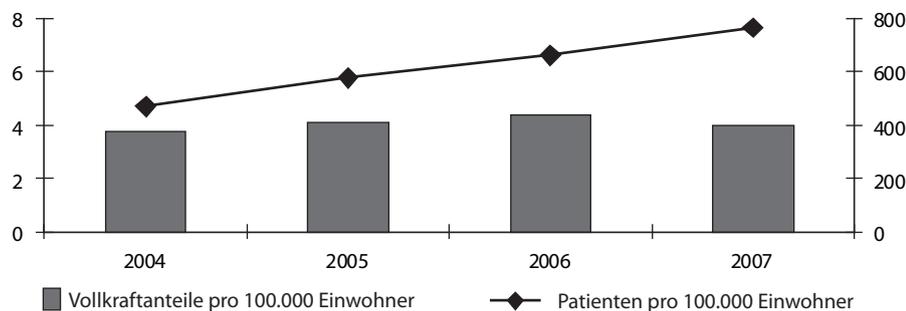


Abbildung 1: Fachpersonal und Patientenzahl der Sozialpsychiatrischen Dienste 2004 – 2007

Tabelle 2: Patientenzahl pro Fachkraft* im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)

	2004		2005		2006		2007	
	N	Wert	N	Wert	N	Wert	N	Wert
Durchschnitt aller SpDi	20	102	19	121	13	138	14	160
alle Aufgaben im Gesundheitsamt (GA)	12	118	11	152	8	184	9	197
Aufgabenteilung (SpDi im GA & extern)	8	74	6	79	3	66	2	78
alle Aufgaben bei externem SpDi	2	123	2	157	2	162	3	155

*) Vollzeitstelle Fachpersonal (ohne Verwaltungskräfte)

Die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund

Die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) nach § 8 NPsychKG gehört auch zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste und wird nach ihren Angaben auch in fast allen Fällen (91 %) wahrgenommen. Für diese Funktion werden pro Verbund durchschnittlich 0,31 Vollkraft-Anteile (VK) eingesetzt, wenn man den Sonderfall der Region Hannover mit 1,2 Mio. Einwohnern ausnimmt. Bezieht man die Personalressourcen auf die Einwohnerzahl der an der Befragung teilnehmenden Kommunen, kommt man auf einen Durchschnitt von 0,21 VK pro 100 000 Einwohner, für die Region Hannover ergibt sich hier ein Wert von 0,15 VK.

Die SpV in den einzelnen Kommunen sind sehr verschieden in ihrer Zusammensetzung und ihren Aktivitäten. Vertreten sind bei den Gremiensitzungen in der Regel im Einzugsgebiet tätige Leistungserbringer (97 %), aber auch die Kommunalverwaltung (84 %) und für die Finanzierung der Hilfen zuständige Leistungs- bzw. Kostenträger (81 %). Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen nehmen in 71 % der Verbünde an der Netzwerkarbeit teil, aber nicht immer sind es Mitglieder von Vereinen der Psychiatrie-Erfahrenen, die ja noch gar nicht überall einen organisatorischen Zusammenhalt entwickeln konnten. Die Angehörigen psychisch Kranker sind in nur 48 % der Verbünde an der Gremienarbeit beteiligt, in 45 % sind Vertreter des Kommunalparlamentes dabei. Meist findet nur eine Plenarversammlung pro Jahr statt, maximal sind es zwei, nur in der Region Hannover sind monatliche Sitzungen die Regel. Einladungen und Protokolle werden vom SpDi erstellt und verschickt. Durchschnittlich tagen zusätzlich vier bis fünf Fachgruppen oder Ausschüsse in regelmäßigen Abständen (d.h. mindestens zweimal pro Jahr), in der Region Hannover waren es 2008 21 solcher Arbeitsgruppen.

Die SpDi müssen im Benehmen mit dem SpV auch den Sozialpsychiatrischen Plan gemäß § 9 NPsychKG über den Bedarf und das gegenwärtige Angebot an Hilfen für psychisch Kranke erstellen und regelmäßig fortschreiben. Dies erfordert einen recht großen Aufwand und auch eine gute Zusammenarbeit mit allen Mitgliedern des Verbunds. Man kann sich vorstellen, dass die Erledigung dieser Aufgabe bei Personalnot im Dienst selbst und bei schwierigen Verhältnissen im regionalen Verbund eher einmal aufgeschoben wird. Bei 29 % der Kommunen, die sich an der Umfrage für das Berichtsjahr 2008 beteiligten, lag der letzte Plan schon mindestens fünf Jahre (2003 oder früher) zurück. Nur 42 % der Kommunen hatten ihren Plan zuletzt in den Jahren 2006 bis 2008 fortgeschrieben oder hatten dies zumindest für 2009 vor. Andererseits gaben 85 % der SpDi an, im Berichtsjahr mit der Erstellung des Sozialpsychiatrischen Plans befasst gewesen zu sein. Hier könnten wohl viele SpDi Unterstützung von außen gebrauchen, sowohl bei der Einschätzung des Ist-Zustandes als auch bei der Planung und Durchführung von Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation.

Regionale Analysen zu Personal und Patienten

Selbstverständlich unterscheiden sich die Anforderungen an Sozialpsychiatrische Dienste quantitativ und qualitativ je nach den besonderen Verhältnissen vor Ort. In städtischen Verdichtungsräumen und bei hoher Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung ist mit relativ mehr chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen zu rechnen.¹ Außerdem stehen in großen, gering besiedelten Landkreisen weniger andere ambulante Fachdienste zur Verfügung, die Erreichbarkeit des SpDi ist schlechter, und der Zeitaufwand für aufsuchende Hilfen wird sehr hoch. In großen Kommunen muss die notwendige Personalstärke im SpDi an der Einwohnerzahl gemessen werden, um eine ausreichende Versorgung der auf Hilfe angewiesenen Bürger zu gewährleisten.

Wenn wir in Niedersachsen eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung in Bezug auf sozialpsychiatrische Hilfen gemäß NPsychKG erreichen wollen, müssen diese Faktoren in der Personalausstattung der SpDi Berücksichtigung finden. Überprüft werden kann das mit den Daten aus der Sozialberichterstattung der Kommunen. Neben der Einwohnerzahl sind Daten zur Siedlungsdichte der Kommune (gemessen als Einwohner pro Hektar Gebietsfläche) und Altersstruktur der Bevölkerung wichtig. Von Bedeutung ist auch der Anteil Arbeitsloser an den 18- bis 64-jährigen Einwohnern als Hinweis auf das Ausmaß sozialer Problemlagen. Die Auswertung der verfügbaren Daten für das Berichtsjahr 2008 erbringt interessante Zusammenhänge zwischen Personalausstattung der SpDi und Anzahl der dort betreuten Patienten einerseits, Größe und Sozialstruktur der Kommune andererseits (Tabelle 3). Die Region Hannover bleibt dabei als einziger großstädtischer Ballungsraum in Niedersachsen unberücksichtigt.

Es zeigt sich, dass die SpDi in Kommunen mit einer großen Einwohnerzahl (kreisfreie Städte und Landkreise, ohne Region Hannover) vergleichsweise weniger Fachpersonal haben und weniger Patienten erreichen. Dieser Befund lässt vermuten, dass bevölkerungsreiche Kommunen die Personalausstattung ihres SpDi nicht an der Anzahl der Einwohner ausrichten. Diese SpDi scheinen für die hilfsbedürftigen Mitbürger schlechter zugänglich zu sein, sei es durch Personalnot, sei es durch einen zu weiten Weg zum Dienst. In gering besiedelten Landkreisen (unter 1,0 Einw. pro Hektar) sind die SpDi ebenso wie in kreisfreien Städten (ab 3,0 Einw. pro Hektar) beim Fachpersonal relativ besser ausgestattet, dort werden aber auch sehr viel mehr Patienten betreut. In Kommunen mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Arbeitslosen ist der Umfang an Einzelfallhilfen (gemessen

1 KLUGE H, BECKER T, KALLERT TW, MATSCHINGER H, ANGERMEYER MC (2007): Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste – eine Mehrebenenanalyse. *Psychiatrische Praxis*; 34: 20–25.

Tabelle 3: Kennzahlen für SpDi nach Sozialstruktur der Kommune 2008

Kennzahlen zur Sozialstruktur der Kommune	Kommunen		Fachkräfte pro 100 000 Einw.	dokumentierte Patienten pro 1000 Einw.	
	Anzahl	Anteil mit Daten (N)			
Anzahl Einwohner	unter 100 000	10	50 % (5)	4,3	7,8
	100 000 – 150 000	15	73 % (11)	4,0	7,1
	150 000 – 200 000	12	67 % (8)	3,5	5,2
	über 200 000	8	63 % (5)	3,0	6,0
Siedlungsdichte (Einw./Hektar Gebietsfläche)	unter 1,0 Einw./ha	7	71 % (5)	4,1	9,9
	1,0 – 1,9 Einw./ha	26	58 % (15)	3,4	4,8
	2,0 – 2,9 Einw./ha	4	75 % (3)	2,8	4,7
	ab 3,0 Einw./ha	8	75 % (6)	4,4	10,1
Anteil Arbeitsloser an 18- bis 64-Jährigen	unter 5,0 %	9	56 % (5)	2,8	4,0
	5,0 % – 6,2 %	11	64 % (7)	4,1	5,7
	6,3 % – 7,5 %	17	65 % (11)	3,7	7,5
	über 7,5 %	8	75 % (6)	3,5	7,4

*) eigene Auswertung nach Daten der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden und des Landesamtes für Statistik; ohne Region Hannover

als Anzahl dokumentierter Patienten pro 1000 Einwohner) deutlich erhöht, ohne dass die Personalausstattung entsprechend angepasst wurde.

Erstmals wurden für das Berichtsjahr 2008 die SpDi gebeten, jeweils für ihre Kommune auch die Anzahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen (abW) gemäß § 53 SGB XII für seelisch behinderte Menschen zu melden. Für diesen Personenkreis führt das Niedersächsische Landesamt für Soziales bisher nur eine Statistik zum Umfang stationärer und teilstationärer Eingliederungshilfen. Für 27 von insgesamt 46 Landkreisen und kreisfreien Städten konnten Angaben ausgewertet werden. Landesweit wurde ein Durchschnittswert von 91 belegten Plätzen pro 100 000 Einwohner errechnet (Tabelle 4). Im Bezirk mit der niedrigsten Siedlungsdichte, Lüneburg (ohne Landkreis Celle), liegt der Wert nur bei 72, im Bezirk Braunschweig dagegen bei 104.

Tabelle 4: Umfang ambulant betreuten Wohnens nach Bezirk 2008

Bezirk	Einwohner (in Tsd.)	Einw. pro ha	Kommunen		belegte Plätze	
			Anzahl	Anteil mit Daten	Anzahl	Ziffer*
Weser-Ems	2477	1,7	17	47 % (8)	763	91
Lüneburg –Celle	1518	1,1	10	70 % (7)	678	72
Hannover +Celle	2329	2,2	8	75 % (6)	1687	92
Braunschweig	1624	2,0	11	82 % (9)	1293	104
Niedersachsen	7948	1,7	46	61 % (28)	4421	91

*) belegte Plätze im ambulant betreuten Wohnen pro 100 000 Einwohner der Kommune

Die teilweise sehr großen Unterschiede zwischen einzelnen Kommunen lassen sich ohne genaue Kenntnis des gesamten Hilfesystems vor Ort nicht sinnvoll

interpretieren. In der einen Region mögen psychisch chronisch und schwer erkrankte Menschen dank bedarfsgerechter Hilfen wie des ambulant betreuten Wohnens eher in ihrer gewohnten Lebensumwelt verbleiben. Woanders werden diese Personen vielleicht häufiger in einem Wohn- oder Pflegeheim untergebracht (nicht selten wohnortfern), wodurch sich der Bedarf an ambulant-aufsuchenden Hilfen kurz- und langfristig verringert. Der Umfang der Leistungsgewährung kann bedarfsgerecht sein oder einen Hinweis geben auf Unter-, Über- oder Fehlversorgung:

- Unterversorgung kann vorliegen, weil der Zugang zu diesem Angebot erschwert ist, beispielsweise durch hohe Hürden vor der Kostenzusage oder geringes Entgelt für die erbrachten Leistungen.
- Überversorgung wäre zu vermuten, wenn es bei wichtigen Risiko-Merkmalen der Nutzergruppen keine Unterschiede zwischen ambulant betreutem Wohnen und weniger aufwändigen ambulant-aufsuchenden Diensten (PIA, SpDi) gibt.
- Fehlversorgung müsste man annehmen, wenn ambulant betreutes Wohnen nur deshalb nötig wird, weil vorrangig zuständige ambulant-aufsuchende Dienste ihre Aufgaben nicht erfüllen (können). Das mag daran liegen, dass diese wohnortnah nicht verfügbar sind, zu wenig Personal haben oder keine aufsuchenden Hilfen leisten. Vorrangig könnten Leistungen der ambulanten Ergotherapie oder psychiatrischen Pflege sein, aber auch solche der PIA oder des SpDi.

In jedem Falle lohnt es sich, Art und Umfang des verfügbaren Angebots an Hilfen für die Bürger einer Kommune genau unter die Lupe zu nehmen. Dieses Angebot muss mit der Einwohnerzahl, Sozialstruktur und Versorgungstradition in der Region in Beziehung gesetzt werden. Ein Abgleich mit den Daten vergleichbarer anderer Kommunen kann bei der Interpretation der Ergebnisse und der Suche nach einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung vor Ort helfen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat gemäß NPsychKG den Auftrag, diesen Prozess im Sozialpsychiatrischen Verbund anzustoßen, zu verbreitern, voranzutreiben und aufrecht zu erhalten. Die Kommunen sollten im Interesse ihrer hilfsbedürftigen Bürger dafür sorgen, dass dort genügend Personal vorhanden ist, das sich kompetent und engagiert dieser anspruchsvollen Aufgabe widmen kann.

Anschrift des Autors

*Dr. med. Hermann Elgeti
Medizinische Hochschule Hannover
Sozialpsychiatrische Poliklinik List
Podbielskistraße 158
30177 Hannover
Elgeti.hermann@mh-hannover.de*