



## **Bericht**

der Landesregierung – Ministerin für Justiz und Gesundheit

## **Bericht zur Umsetzung des PsychHG in den Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein**

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Umsetzung des PsychHG in der Praxis und organisatorische Ausgestaltung der erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen.....	4
3. Umsetzung der Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge im Zusammenhang mit Unterbringungen sowie Darstellung der Fallpraxis insgesamt.....	10
4. Personelle Situation.....	15
4.1 Besetzungssituation.....	15
4.2 Einbindung der fachlichen Qualifikationen.....	17
5. Intensität der Aufgabenwahrnehmung gemäß §§ 1 Absatz 1 Nummer 1, 4 bis 6 PsychHG durch die Kreise und kreisfreien Städte.....	18
6. Organisation der zeitlichen Abdeckung der erforderlichen Bereitschaftsdienste insbesondere außerhalb der üblichen Dienstzeiten (Nacht-/ Wochenend-/ Feiertagsdienste).....	21
7. Netzwerkarbeit.....	23
7.1 Ausgestaltung der Netzwerkarbeit in den verbindlich vorgesehenen Arbeitskreisen für gemeindenaher Psychiatrie.....	23
7.2 Einsatz der personellen und zeitlichen Ressourcen für Netzwerkarbeit.....	25
7.3 Bedeutung der Arbeitskreise in den Kreisen und kreisfreien Städten und Bewertung der Zusammenarbeit vor Ort.....	28
8. Fazit.....	30

## 1. Einleitung

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat in der 39. Tagung am 30. Januar 2026 den Berichtsantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN „**Schriftlicher Bericht zur Umsetzung des PsychHG in den Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein**“ (Drucksache 20/4002) beschlossen und damit die Landesregierung gebeten, zur 42. Tagung des Landtages einen schriftlichen Bericht auf Grundlage einer Abfrage aller schleswig-holsteinischen Kreise und kreisfreien Städte über die aktuelle Umsetzungspraxis des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) und die sich daraus ergebende Weiterentwicklungsbedarfe für hilfsbedürftige Menschen zu geben.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) der elf Kreise und vier kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein als zuständige Aufgabenträger des PsychHG haben durch die durchgeführte Abfrage des Ministeriums für Justiz und Gesundheit die Gelegenheit erhalten, gelungene Ansätze sichtbar zu machen und mögliche Weiterentwicklungsbedarfe zu adressieren. Alle Kreise und kreisfreien Städten haben sich an der Abfrage beteiligt. Ihnen und den koordinierenden Kommunalen Landesverbänden gilt der Dank für die zeitnahe Bereitstellung der Daten.

Im Einzelnen hatten die SpDi zu folgenden Punkten die Möglichkeit der Stellungnahme:

- Wie werden die Vorgaben des PsychHG in der Praxis umgesetzt und wie sind die erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen organisatorisch ausgestaltet?
- Wie werden die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge im Zusammenhang mit Unterbringungen umgesetzt? Wie stellt sich die Fallpraxis insgesamt dar?
- Wie sind die SpDi personell aufgestellt (Vollzeitäquivalente) und welche fachlichen Qualifikationen sind eingebunden? Wie stellt sich die aktuelle Besetzungssituation dar?
- In welcher Intensität werden die Aufgaben gemäß §§ 1 Absatz 1 Nummer 1, 4 bis 6 PsychHG durch die Kreise und kreisfreien Städte wahrgenommen? Welcher Anteil der o.a. Vollzeitäquivalente entfällt jeweils auf diesen Aufgabenbereich?

- Wie ist die zeitliche Abdeckung der erforderlichen Bereitschaftsdienste organisiert, insbesondere außerhalb der üblichen Dienstzeiten (Nacht-, Wochenend-/ Feiertagsdienste)?
- Wie wird die Netzwerkarbeit in den verbindlich vorgesehenen Arbeitskreisen für gemeindenahe Psychiatrie ausgestaltet? Welche personellen und zeitlichen Ressourcen werden hierfür eingesetzt, welche Bedeutung kommt den Arbeitskreisen in den Kreisen und kreisfreien Städten jeweils zu und wie wird die Zusammenarbeit vor Ort bewertet?

Hier wird deutlich, dass nicht Unterbringung und Zwangsmaßnahmen im Fokus stehen, sondern die Hilfen, die vorsorgend, begleitend und nachsorgend angeboten oder vermittelt werden. Dabei sind die SpDi auf die individuelle Kooperationsbereitschaft sowie den Wunsch und Willen des betroffenen Menschen angewiesen.

Dieser Bericht orientiert sich in seinem Aufbau an den vorliegenden Fragen, die teilweise inhaltlich komprimiert oder tabellarisch dargestellt werden.

Ziel dieses Berichtes ist es, durch die Sichtbarmachung regionaler Unterschiede bei der Umsetzung des PsychHG gut etablierte und funktionierende Organisationsstrukturen herauszustellen sowie etwaige Weiterentwicklungsbedarfe zu identifizieren, die die wichtige Rolle der SpDi stärken. Denn die Hilfen und Unterstützungsleistungen durch die SpDi haben maßgeblichen Anteil daran, ob Krisen überhaupt entstehen bzw. sich verdichten sowie ob Unterbringungen oder Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen an psychisch erkrankten Menschen in Teilen entbehrlich werden. Es gilt, je wirksamer die Hilfen umgesetzt werden, desto weniger Gewalt und Zwang kommen in der psychiatrischen Versorgung zum Einsatz (vgl. Gesetzesbegründung PsychHG, LT-Drucksache 19/1901). Eine wirksame Umsetzung der Vorgaben des PsychHG bedeutet den gesetzlich vorgesehenen Schutz von Menschen mit psychischen Störungen und ihren verfassungsrechtlich garantierten Rechten.

## **2. Umsetzung des PsychHG in der Praxis und organisatorische Ausgestaltung der erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen**

Träger der Aufgaben des PsychHG sind die Kreise und kreisfreien Städte gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 PsychHG. Die entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in allen schleswig-holsteinischen Kreisen und kreisfreien Städten eingerichteten SpDi

unterfallen den im PsychHG verankerten gesetzlichen Regelungen. Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahr und unterliegen der Fachaufsicht des Landes, die durch die oberste Landesgesundheitsbehörde wahrgenommen wird.

In der Regel sind die SpDi dem Fachdienst Gesundheit der jeweiligen Kreis- oder Stadtverwaltung („Gesundheitsamt“) untergeordnet, wobei sie meist fachlich eigenverantwortliche Sachgebiete darstellen. Die SpDi sind gemäß der Vorgabe in § 2 Absatz 2 Satz 3 PsychHG multiprofessionell zu besetzen, was bei allen Kreisen und kreisfreien Städten der Fall ist. Die Besetzung erfolgt stets interdisziplinär durch ärztliche, sozialpädagogische und verwaltungsspezialisierte Mitarbeitende. Vereinzelt wird angegeben, dass die Fallbearbeitung regelhaft im Vier-Augen-Prinzip erfolgt, so berichtet beispielsweise der Kreis Stormarn. Dieser Bericht wird im weiteren Verlauf die personelle Aufstellung und die jeweiligen fachlichen Qualifikationen detailliert darstellen (siehe Gliederungspunkt 4).

Vereinzelt nehmen die SpDi auch andere Aufgaben neben den Aufgaben des PsychHG wahr. So berichtet beispielsweise die Stadt Flensburg, dass im selben Sachgebiet unter anderem auch die Schwangerschaftskonfliktberatung und amtsärztliche Begutachtungen nach anderen gesetzlichen Regelungen angesiedelt sind. Auch nimmt in Flensburg der SpDi Aufgaben der Betreuungsbehörde wahr. In Unterbringungsverfahren nach dem BGB werden die Aufgaben der Betreuungsbehörde bei der Zuführung der betroffenen Person zur Unterbringung durch den SpDi der Stadt Flensburg wahrgenommen.

In der Regel ist der SpDi ausweislich der durchgeführten Abfrage zentral bei der Kreisverwaltung des jeweiligen Kreises oder bei der Stadtverwaltung der kreisfreien Stadt verortet. Die zentrale Ansiedlung stellt dabei die niedrighschwellige Erreichbarkeit sicher. Teilweise stehen davon abweichend nach dem jeweiligen Bedarf im Einzelfall auch Außen- und Beratungsstellen als weitere Standorte für das Anbieten von Hilfe- und Unterstützungsleistungen zur Verfügung, beispielsweise berichtet dies der Kreis Pinneberg. In einigen Kreisen verteilt sich der SpDi auch originär auf mehrere Dienststellen und damit Beratungsstellen im Kreisgebiet, beispielsweise ist dies im Kreis Segeberg der Fall.

§ 2 Absatz 4 PsychHG normiert in einer nicht abschließenden Aufzählung die konkret zu erfüllenden Aufgaben der SpDi, insbesondere die niedrighschwellige Beratung und Betreuung sowie die Gewährung von Hilfen, die Krisenintervention und Unterbrin-

gungsmaßnahmen, die Koordinierung der psychiatrischen Versorgung in den Kommunen, die Fachaufsicht über die beliebigen Krankenhäuser, das Beschwerdemanagement sowie die ärztliche psychiatrische Beurteilung. Die SpDi decken eine Vielzahl an unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen des psychiatrischen Versorgungssystems ab. Die aufgezählten Aufgaben in § 2 Absatz 4 PsychHG stellen dabei die Schwerpunkte der Tätigkeit dar.

Als eindeutige Vorgabe normiert § 2 Absatz 5 PsychHG die Zusammenarbeit mit anderen Stellen, mithin die Netzwerkarbeit und regionale Steuerung durch die SpDi; insbesondere mit den Gemeinden, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung, Eingliederungshilfe- und Pflegeeinrichtungen, Trägern der Sozial-, Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie der Suchthilfe, Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, Betreuungsbehörden und -vereinen, Polizei-, Ordnungs- und Justizbehörden sowie der Arbeitsverwaltung. Ziel dieser Regelung ist, dass die umfassende Kooperation zwischen dem SpDi und den aufgeführten Organisationen gefördert wird, damit betroffene Menschen schnellstmöglich die notwendige Unterstützung erhalten (vgl. LT-Drucksache 19/1901, S. 42).

Alle Kreise und kreisfreien Städte berichten, dass die Netzwerkarbeit einen wichtigen Aspekt der Tätigkeit des SpDi darstellt. In allen Kreisen und kreisfreien Städten findet sich ein Netzwerk von niedrigschwelligen Hilfen in Form von Beratungs- und Begegnungsangeboten, über welches die SpDi transparent informieren und diese auch koordinieren. Man kann den SpDi eine sogenannte „Lotsenfunktion“ zusprechen, so benennt es beispielsweise der Kreis Segeberg. Dabei werden externe Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten durch andere Institutionen oder Behörden aufgezeigt, beispielsweise durch die Eingliederungshilfe, die Schuldnerberatung oder Suchthilfe. Vereinzelt wird durch die SpDi auch anlassbezogen eine behördenübergreifende Abstimmung initiiert, so berichtet es beispielsweise die Stadt Kiel. Die SpDi wirken auch in regionalen Netzwerkgruppen mit, wie der Kreis Stormarn exemplarisch berichtet.

Durch diese Angebote kommt es in nahezu allen Kreisen und kreisfreien Städten dazu, dass sich viele hilfeschuchende Personen eigenständig melden (sog. Selbstmelder). Dies berichtet beispielsweise der Kreis Steinburg. Teilweise melden sich

aber auch direkte Bezugspersonen von betroffenen Menschen, woraufhin der SpDi die Kontaktaufnahme mit den Betroffenen initiiert. Gleichwohl werden die SpDi im jeweiligen Kreis- oder Stadtgebiet auch aufsuchend tätig.

Die SpDi übernehmen vielfältige Öffentlichkeitsarbeit, um die Aufgabenwahrnehmung nach den Vorgaben des PsychHG zu gewährleisten. Viele SpDi verfügen über sogenannte „Wegweiser“; diesen teilweise digitalen Informationsbroschüren können die verschiedenen Hilfs- und Beratungsangebote entnommen werden, insbesondere werden konkrete Einrichtungen, Träger, Beratungsstellen und Begegnungsstätten nebst Möglichkeiten der Kontaktaufnahme benannt. Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsleistungen werden durch die Mitarbeitenden der SpDi nicht nur auf diesem Weg veröffentlicht, sondern auch durch den Internetauftritt oder die Veranstaltung von Informations- und Aktionstagen und das Halten von Fach- und Informationsvorträgen, so berichten es beispielsweise der Kreis Segeberg und der Kreis Herzogtum Lauenburg. Eine Übersicht über die landesweit verfügbaren Wegweiser findet sich unter [LVGFSh: Hilfe vor Ort \(https://www.lvgfsh.de/psychische-gesundheit-in-der-lebens-und-arbeitswelt/entstigmatisierung-psychischer-erkrankungen-am-arbeitsplatz/hilfe-vor-ort\)](https://www.lvgfsh.de/psychische-gesundheit-in-der-lebens-und-arbeitswelt/entstigmatisierung-psychischer-erkrankungen-am-arbeitsplatz/hilfe-vor-ort).

Die SpDi koordinieren verschiedene Hilfesysteme – teilweise auch trägerübergreifend, so beispielsweise der Kreis Pinneberg im Bereich Antistigma Arbeit und auch in Kooperation mit den Gemeinden im Themenbereich Vermeidung von Wohnungsverlust und Unterstützung wohnungsloser psychisch kranker Menschen.

Insbesondere die Präventionsarbeit wird durch eine vielfältige Trägerlandschaft wahrgenommen, so beispielsweise in der Stadt Flensburg durch das Suchthilfezentrum der Norddeutschen Gesellschaft für Diakonie als klassische Beratungsstelle. Auch im Kreis Herzogtum-Lauenburg wird beispielsweise die Alkohol- und Drogenberatung durch externe Dienstleister gewährleistet. Außerdem findet sich beispielsweise im Kreis Segeberg ein über § 67 ff. SGB XII finanziertes NAH-Programm (Niedrigschwellige Aufsuchende Hilfen) als "verlängerter Arm" des SpDi, wobei die beschäftigten Hilfeträger die Arbeit des SpDi ergänzen, indem sie kurzfristig Betroffene unterstützen. Diese Maßnahme erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt als Kostenträger und ermöglicht möglichst niedrigschwellig und unbürokratisch Hilfe.

Auch dient die Vorgabe der Einrichtung der Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie gemäß § 3 PsychHG der Koordination von verschiedenen Hilfsangeboten. In der

Regel kommen die Arbeitskreise mehrfach jährlich zusammen. Die Arbeitskreise bezwecken die Koordinierung von Hilfen und damit auch die Gewährleistung der Wirksamkeit der im PsychHG vorgesehenen Hilfen. Im weiteren Verlauf wird detailliert über die Arbeitskreise für gemeindenaher Psychiatrie berichtet (siehe Gliederungspunkt 7).

Die Gewährung von Hilfen durch die SpDi ist eine zentrale Vorgabe des PsychHG und geht aus den Vorschriften der §§ 4 bis 6 PsychHG hervor. Die Hilfs- und Unterstützungsleistungen sollen den betroffenen Menschen in Form von vorsorgenden, begleitenden sowie nachsorgenden Hilfen gewährt werden. Im weiteren Verlauf wird über die Hilfs- und Unterstützungsleistungen weiter berichtet.

Alle Kreise und kreisfreien Städte gaben an, dass im Fokus dabei grundsätzlich die persönliche und telefonische Beratung, die Begleitung von betroffenen Menschen in akuten Krisen durch sogenannte Krisengespräche, die Vermittlung von geeigneten Hilfeangeboten sowie die aufsuchende Hilfe durch den SpDi oder anderen kooperierenden Trägern in Form von Hausbesuchen steht. Die organisatorische Umsetzung erfolgt, wie bereits oben benannt, durch niederschwellige Kooperationsangebote einer vielfältigen Trägerschaft. Die Koordination der Hilfen erfolgt dabei stets durch den SpDi.

Grundlage für die Gewährung von Hilfs- und Unterstützungsleistungen ist dabei stets die niedrighschwellige und durchgängige Erreichbarkeit der SpDi. Alle SpDi geben an, dass sie sowohl während der Geschäftszeiten als auch außerhalb dieser eine Erreichbarkeit gewährleisten. Während der Geschäftszeiten zeigen sich kreisabhängig vereinzelt Unterschiede in der zeitlichen Besetzung wie auch in der Organisation. So berichten beispielsweise der Kreis Rendsburg-Eckernförde und der Kreis Schleswig-Flensburg, dass während der Geschäftszeiten sowohl ein Tageskrisendienst zur Abwendung akuter Eigen- oder Fremdgefährdung tätig ist als auch parallel eine bezirksbezogene, auch präventive Versorgung stattfindet. Diese organisatorische Struktur findet sich so in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten, auch nehmen die Mitarbeitenden des SpDi dabei ihre jeweiligen Aufgaben im Innen- und Außendienst wahr. In größeren Kreisen sind die Mitarbeitenden der SpDi nach Bezirksbereichen aufgeteilt, so beispielsweise im Kreis Segeberg. Der Kreis Nordfriesland berichtet, dass der SpDi organisatorisch im Bereich der Krisenintervention in einen Vordergrunddienst und einen ärztlichen Hintergrunddienst aufgeteilt ist, wobei letzterer erst tätig wird, wenn der mit Psychologen und

Psychiatriepflegekräften ausgestattete Vordergrunddienst eine ärztliche Einbeziehung für notwendig hält.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gewährleisten alle SpDi eine Erreichbarkeit in Ausgestaltung eines Bereitschaftsdienstes oder eines Krisendienstes auch außerhalb der Geschäftszeiten. Diesbezüglich wird der Bericht im weiteren Verlauf detaillierte Ausführungen machen (siehe hierzu Gliederungspunkt 6).

Die Hilfs- und Unterstützungsleistungen werden organisatorisch nicht nur durch andere externe Stellen wahrgenommen bzw. unterstützt, sondern originär durch die Mitarbeitenden der SpDi. Die SpDi sind dabei die zentrale fachliche Stelle. Vereinzelt werden die notwendigen internen Abläufe und jeweiligen Zuständigkeiten in sogenannten Verfahrensbeschreibungen festgehalten, die dem multiprofessionellen Team der Mitarbeitenden als fachliche Orientierung dienen, so wie beispielsweise im Kreis Stormarn.

Dabei liegt bei den kommunalen Trägern insbesondere die individuelle telefonische oder persönliche Beratung von Betroffenen und Angehörigen und die Kontaktaufnahme in Form von Hausbesuchen in der Zuständigkeit und im Fokus der SpDi. In allen Kreisen und kreisfreien Städten findet sich eine offene Sprechstunde.

Werden Sachverhalte oder hilfebedürftige Personen durch Dritte an den SpDi herangetragen bzw. gemeldet, obliegt diesem die Kontaktaufnahme, die schriftlich, telefonisch oder durch Hausbesuche erfolgen kann. Im Rahmen der Kontaktaufnahme werden oft auch Angehörige der betroffenen Personen einbezogen, so berichtet es exemplarisch der Kreis Steinburg und die Stadt Lübeck.

Auch obliegt den SpDi nach § 8 PsychHG die Initiierung des gerichtlichen Unterbringungsverfahrens und die Mitwirkung während des Verfahrens. Die persönliche Inaugenscheinnahme und die Begutachtung von betroffenen Personen vor der Beantragung einer Unterbringung erfolgt durch fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte der SpDi. Auch der Vollzug der Unterbringung nach § 13 PsychHG obliegt den SpDi. Insbesondere bestimmen die Kreise und kreisfreien Städte unter Berücksichtigung des Unterbringungsplans, in welchem Krankenhaus der betroffene Mensch unterzubringen ist. Die SpDi übernehmen dabei die Fachaufsicht über die beliebigen psychiatrischen Krankenhäuser. Im Rahmen des Unterbringungsverfahrens initiiert der SpDi auch gerichtlich anzuordnende Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung gemäß §§ 27 ff. PsychHG. Im weiteren Verlauf des Berichts wird auf die Frage eingegangen, wie die gesetzlich

vorgesehenen Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge im Zusammenhang mit Unterbringungen umgesetzt werden (siehe Gliederungspunkt 3).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die vielfältigen gesetzlich verankerten Vorgaben im PsychHG von allen Kreisen und kreisfreien Städten regelhaft umgesetzt werden. Die organisatorische Umsetzung der erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen ist bei den ausgewerteten Kreisen und kreisfreien Städten grundsätzlich vergleichbar. Die vielfältigen Aufgaben, die das PsychHG den SpDi auferlegt, konzentrieren sich auf die Gewährung von vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen, wobei alle Dienste betonen, dass niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch sie und externe Träger den Schwerpunkt der Tätigkeit darstellen. Aus der Abfrage wird deutlich, dass alle Kreise und kreisfreien Städte gut etablierte Organisationsstrukturen vorweisen, dies gilt insbesondere für das Angebot niedrigschwelliger Hilfs- und Unterstützungsleistungen.

### **3. Umsetzung der Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge im Zusammenhang mit Unterbringungen sowie Darstellung der Fallpraxis insgesamt**

Die Unterbringung nach dem PsychHG stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte des betroffenen Menschen dar. Sie ist nur zulässig, wenn infolge einer psychischen Störung eine gegenwärtige Gefahr für Leben oder Gesundheit der betroffenen Person oder für bedeutende Rechtsgüter Dritter besteht. Voraussetzung hierfür ist eine fachlich qualifizierte und belastbare Tatsachenermittlung, insbesondere die Feststellung einer psychischen Störung sowie eine sorgfältige Gefährdungseinschätzung. Die persönliche Inaugenscheinnahme und Begutachtung durch fachlich qualifizierte Personen sind dabei von zentraler Bedeutung und tragen wesentlich dazu bei, nicht erforderliche Unterbringungen zu vermeiden.

Darüber hinaus darf eine Unterbringung nur erfolgen, wenn Hilfemaßnahmen im Sinne der §§ 4 ff. PsychHG erfolglos geblieben sind, nicht durchgeführt werden konnten oder nicht ausreichen und die bestehende Gefahr ausschließlich durch eine stationäre Krankenhausbehandlung abgewendet werden kann. Daraus ergibt sich die besondere Bedeutung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge. Diese zielen darauf ab, Unterbringungen möglichst zu vermeiden, ihre Dauer zu verkürzen oder nach Beendigung der Unterbringung eine nachhaltige Stabilisierung sowie die soziale Wiedereingliederung zu unterstützen. Im Unterschied

zur Unterbringung selbst, die auch gegen den Willen der betroffenen Person erfolgen kann, setzen diese Hilfen deren Mitwirkungsbereitschaft und Einvernehmen voraus.

Zu den gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge zählen insbesondere Beratungs- und Hilfeangebote gemäß §§ 4 bis 6 PsychHG für Menschen mit psychischen und/oder Suchterkrankungen sowie für deren Angehörige und Mitbetroffene. Hierzu gehören Informationen, persönliche Beratung, begleitende Unterstützung, die Vermittlung weiterführender geeigneter Hilfen, Einbindung anderer Leistungssysteme, im Rahmen der Krisenintervention Klärung, Hilfeangebote oder ärztliche Untersuchung, die ggf. nach Vorladung verpflichtend ist.

Hier wird deutlich, dass die Hilfe der SpDi zu einem größeren Anteil in einer (koordinierenden) Lotsenfunktion besteht.

Die praktische Umsetzung von Hilfen erfolgt niedrigschwellig und lebensweltorientiert. Neben Beratungen in den Dienststellen sind betroffene Menschen, aber auch deren Angehörige und Mitbetroffene bei Bedarf auch in ihrem häuslichen Umfeld, also im Sozialraum aufzusuchen.

Die Fallpraxis ist insgesamt als ein abgestuftes System zu verstehen, in dem präventive und begleitende Hilfen vorrangig eingesetzt werden, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden oder – sofern sie unvermeidbar sind – auf das notwendige Maß zu begrenzen. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung in den Kreisen und kreisfreien Städten wird entsprechend der vorliegenden Abfrageergebnisse nachfolgend dargestellt.

Die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen der Vorsorge, Begleitung und Nachsorge im Zusammenhang mit Unterbringungen werden in allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein grundsätzlich durch den SpDi umgesetzt. Übereinstimmend bilden niedrigschwellige Beratung, persönliche Begleitung, Vermittlung weiterführender Hilfen, die Einbindung des sozialen Umfeldes sowie aufsuchende Kontakte einschließlich Hausbesuchen den Kern der Arbeit. Ziel ist es, Unterbringungen möglichst zu vermeiden oder ihre Dauer zu verkürzen und nach Beendigung einer Unterbringung die Stabilisierung und soziale Integration der Betroffenen zu sichern. Ergänzend geben mehrere kommunale Träger (Kiel, Segeberg, Lübeck, Nordfriesland, Stormarn, Herzogtum Lauenburg, Pinneberg, Plön, Ostholstein, Steinburg) an, dass offene Sprechstunden, Begegnungsangebote, Betreuung am Übergang oder Netzwerkgespräche mit präventiver und nachsorgender

Funktion vorgehalten oder vermittelt werden. Den gemeindepsychiatrischen Basisangeboten aus dem „Rahmenstrukturvertrag Soziale Hilfen“ kommt daher besondere Bedeutung zu. Weitere Kreise und kreisfreie Städte (Kiel, Segeberg, Nordfriesland, Lübeck, Ostholstein, Pinneberg, Plön, Steinburg, Stormarn) erklären, dass die Mitarbeitenden eng mit Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, weiteren Beratungsstellen sowie bei Bedarf mit Polizei, Rettungsdiensten und Leistungsträgern zusammenarbeiten, um eine bedarfsgerechte Koordination der Hilfen sicherzustellen. Es ist der Landesregierung bekannt, dass dies in den übrigen Kreisen ebenfalls erfolgt, auch wenn es nicht ausdrücklich erwähnt wurde.

Als weitere Gemeinsamkeit zeigt sich die strukturierte Fallbearbeitung mit zeitnaher Reaktion auf Meldungen und fachlich fundierter Einschätzung von Gefährdungslagen, die die kreisfreien Städte Kiel und Lübeck sowie die Kreise Segeberg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Plön, Steinburg und Stormarn angeben. Aufsuchende Kontakte während eines Klinikaufenthaltes sind in zahlreichen Kreisen (Segeberg, Herzogtum Lauenburg, Pinneberg, Plön, Steinburg, Stormarn, Schleswig-Flensburg) ebenfalls fester Bestandteil der Praxis, um frühzeitig Kontakt herzustellen oder zu halten und das Entlassmanagement vorzubereiten. Dabei erfolgt im Kreis Segeberg mindestens ein persönlicher Klinikbesuch zur Kontaktaufnahme oder zur Stabilisierung bestehender Kontakte, ein kontinuierlicher Austausch mit der Klinik zu untergebrachten Personen im Kreis Herzogtum Lauenburg, wöchentliche Klinikbesuche im Kreis Pinneberg, regelmäßige Sprechstunden in der Klinik sowie Abstimmungen im Rahmen des Entlassmanagements in den Kreisen Plön und Steinburg, strukturierte Fallbesprechungen mit der Sektorklinik im Kreis Stormarn sowie regelmäßige Kliniksprechstunden als gelebtes Entlassmanagement im Kreis Schleswig-Flensburg.

Auch nach Beendigung eines Klinikaufenthaltes erfolgt regelhaft eine strukturierte Kontaktaufnahme durch den SpDi, berichten die kommunalen Träger Kiel, Segeberg, Nordfriesland, Herzogtum Lauenburg, Lübeck, Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Stormarn. In der kreisfreien Stadt Kiel und im Kreis Segeberg informiert die Klinik den SpDi über die Entlassung, woraufhin zeitnah freiwillige Beratungsangebote unterbreitet werden. Im Kreis Nordfriesland erfolgt eine enge Abstimmung mit Fachklinik, Polizei und Rettungsdiensten zur Sicherstellung einer niedrigschwelligen Beratung und Einzelfallhilfeplanung. In vereinzelt Kreisen wird das weitere Vorgehen individuell zwischen Patient, Behandelndem und sozialem

Umfeld abgestimmt und bis zur Übergabe an zuständige Stellen innerhalb oder außerhalb der Kreisverwaltung begleitet. Wiederholte Hilfsangebote sowie eine enge Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement des Jobcenters oder der Wohnungslosenhilfe zur Sicherung der Lebensgrundlage sind im Kreis Pinneberg ebenfalls Bestandteil der Nachsorge. Eine strukturierte Nachsorge zur Vermeidung erneuter Krisensituationen wird im Kreis Stormarn ausdrücklich praktiziert, während die Nachsorge im Kreis Rendsburg-Eckernförde durch die Bezirkssozialarbeit erfolgt. Die Weiterbegleitung in komplementäre Hilfen unter Einbindung von Angehörigen stellt einen weiteren Bestandteil der Nachsorge im Kreis Ostholstein dar, ebenso die erneute Kontaktaufnahme zur Beratung nach Entlassung in der kreisfreien Stadt Lübeck.

Hinsichtlich des Zugangs und der Erreichbarkeit bestehen landesweit niedrighschwellige Strukturen, die jedoch unterschiedlich ausgestaltet sind. Während der SpDi während der Regelarbeitszeiten persönlich, telefonisch, schriftlich oder über Online-Kontaktformulare erreichbar ist (Kreis Segeberg, Stadt Lübeck), werden Gespräche sowohl im Dienst als auch im häuslichen Umfeld oder im Sozialraum angeboten (kreisfreie Stadt Lübeck, Kreis Ostholstein, Kreis Steinburg) oder ergänzend tägliche Online-Sprechstunden-Termine vorgehalten (Kreis Stormarn). In akuten Gefährdungssituationen erfolgt unverzüglich eine ärztlich-psychiatrische Untersuchung vor Ort, gegebenenfalls unter Einbindung des Bereitschaftsdienstes oder polizeilicher Absicherung (Kreis Segeberg) oder es stehen täglich zwei Mitarbeitende für aufsuchende Krisenkontakte zur Verfügung, wobei eingehende Mitteilungen tagesaktuell priorisiert werden (Kreis Pinneberg). Im Kreis Schleswig-Flensburg wird die Erreichbarkeit durch vier Regionalteams mit gemeindenahen Sprechstunden an sieben Standorten sichergestellt.

Neben diesen deutlichen Gemeinsamkeiten zeigen sich Unterschiede vor allem aufgrund regionaler Rahmenbedingungen und organisatorischer Schwerpunktsetzungen. So wird in der kreisfreien Stadt Kiel ein besonders belasteter Stadtteil durch zusätzliche wöchentliche Sprechstunden unterstützt. Im Kreis Segeberg ergänzt die „Niedrighschwellige aufsuchende Hilfe“ (NAH-Programm) nach § 67 SGB XII das Hilfeangebot. Netzwerkgespräche unter Anwendung der Methode „Open Dialogue“ werden geplant oder in den Kreisen Segeberg, Pinneberg und Steinburg bereits genutzt. Aufgrund der geografischen Lage des Kreises Nordfriesland mit seinen Inseln und Halligen ist eine besonders enge Kooperation zwischen Kliniken, Polizei

und Rettungsdiensten erforderlich. In der Stadt Lübeck wird Netzwerkarbeit ausdrücklich als Bestandteil der Vorsorge verstanden. Im Kreis Ostholstein erschweren fehlende Fachärztinnen und Fachärzte, Kostenübernahmeverweigerungen zuständiger Leistungserbringer (wie z. B. das Sozialamt) sowie erhöhte Zugangsschwellen in der Eingliederungshilfe die Weitervermittlung, sodass der SpDi dort vielfach die einzige aufsuchende, niedrigschwellige ärztliche Hilfe darstellt. Die Fallbearbeitung wird im Kreis Stormarn durch ein Vier-Augen-Prinzip unter Beteiligung ärztlicher und sozialpädagogischer Fachkräfte abgesichert. Im Kreis Steinburg besteht eine enge Kooperation mit einem Hometreatment-Team der Klinik sowie die Durchführung von Netzwerkgesprächen in der Klinik.

Die Stadt Flensburg berichtet, dass der SpDi fast ausschließlich als zuständige Behörde für die Gefahrenabwehr bei Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen in Anspruch genommen wird und stellt seit der Gesetzesnovellierung des PsychHG im Dezember 2020 nahezu eine Verdopplung der Fallzahlen in diesen Angelegenheiten und einen steigenden Gesamtaufwand u.a. in Verbindung mit den gerichtlichen Verfahren fest. Die Präventions- und Beratungsarbeit in Bezug auf den im PsychHG relevanten Personenkreis wird zum allergrößten Teil durch eine vielfältige Trägerlandschaft mit abgestuften Angeboten geleistet.

Eine besondere organisatorische Struktur findet sich im Kreis Dithmarschen. Dort besteht eine enge Kooperation mit dem beliebigen Krankenhaus, den Westküstenkliniken Heide und Brunsbüttel gGmbH, für fachärztliche Begutachtungen steht neben der Leitung des SpDi ein vertraglich geregelter Fachärztee pool zur Verfügung, während die Antragsstellung durch Ordnungsbeamte erfolgt. Mit dem Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) existiert zudem eine gemeinsame Clearing- und Lotsenstelle von Kreis und Klinik, die Vorsorge, Steuerung und Koordination von Leistungen nach dem SGB V, SGB IX und SGB XII unter einem organisatorischen Dach bündelt. Nach einer Unterbringung erfolgt dort im Rahmen einer sogenannten GPZ-Auftragsrunde eine strukturierte Übergabe in die Regelsysteme.

Insgesamt wird deutlich, dass die Umsetzung der Vorsorge-, Begleit- und Nachsorgemaßnahmen landesweit auf gemeinsamen fachlichen Grundprinzipien beruht, insbesondere auf niedrigschwelliger Erreichbarkeit, strukturierter Fallbearbeitung, enger Kooperation und überwiegend aufsuchender Begleitung. Unterschiede ergeben sich vor allem aus regionalen Versorgungsstrukturen, geografischen Bedingungen, personellen Ressourcen, der Mitwirkungsbereitschaft der betroffenen Menschen und

spezifischen organisatorischen Ausgestaltungen, ohne dass das gemeinsame Ziel – die Vermeidung von Unterbringungen, deren möglichst kurze Dauer sowie eine stabilisierende Nachsorge – in Frage gestellt wird.

#### 4. Personelle Situation

Im Folgenden wird die personelle Situation der einzelnen SpDi tabellarisch dargestellt. Die Übersicht enthält für jeden Kreis bzw. jede kreisfreie Stadt neben der Einwohnerzahl (Angaben des Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein „Bevölkerung der Gemeinden in Schleswig-Holstein 3. Quartal 2025“) die vorgesehenen Soll-Vollzeitäquivalente sowie die aktuell besetzten Vollzeitäquivalente. Zudem ist, sofern von den Kreisen entsprechende Angaben gemacht wurden, der Anteil der Vollzeitäquivalente ausgewiesen, der auf den Aufgabenbereich nach §§ 1 Absatz 1 Nummer 1, 4 bis 6 PsychHG entfällt. Sofern die Angabe „keine Angabe“ ausgewiesen ist, wurden durch den jeweiligen Kreis keine quantitativen Angaben übermittelt. In einzelnen Fällen erfolgten stattdessen qualitative Erläuterungen, beispielsweise mit dem Hinweis, dass eine Gewichtung der Arbeitsanteile derzeit nicht möglich sei oder dass im multiprofessionellen Team von fließenden Übergängen auszugehen ist.

##### 4.1 Besetzungssituation

<b>Kreis/kreisfreie Stadt (Einwohnerzahl)</b>	<b>Soll-Vollzeitäquivalente</b>	<b>Ist-Vollzeitäquivalente</b>	<b>Anzahl der Vollzeitäquivalente für Aufgaben gemäß §§ 1 Absatz 1 Nummer 1, 4 bis 6 PsychHG bzw. Anteil in Prozent für diesen Aufgabenbereich</b>
Kreis Dithmarschen (133.468 EW)	4,75	4,75	2,5 (ca. 53%)
Stadt Flensburg (95.851 EW)	10,7	9,4	1,5 (ca. 16%)

Kreis Herzogtum Lauenburg (206.371 EW)	6	5,5	Keine Angabe
Landeshauptstadt Kiel (251.022 EW)	16,94	14,5	12,5 (ca. 86%)
Hansestadt Lübeck (217.022 EW)	18	15,19	14,69 (ca. 97%)
Stadt Neumünster (79.975 EW)	6	6	4,5 (ca. 75%)
Kreis Nordfriesland (170.946 EW)	9	7	Keine Angabe
Kreis Ostholstein (201.763 EW)	14,07	11,7	Keine Angabe
Kreis Pinneberg (325.949 EW)	19,73	19,73	17,14 (ca. 86%)
Kreis Plön (130.406 EW)	6,36	4,75	Keine Angabe
Kreis Rendsburg- Eckernförde (277.402 EW)	12,61	10,15	9,15 (ca. 90%)
Kreis Schleswig- Flensburg (205.883 EW)	16,25	16,25	7,25 (ca. 45%)
Kreis Segeberg (283.856 EW)	16,2	16,2	6,01 (ca. 37%)
Kreis Steinburg (132.408 EW)	10	9,63	7,7 (ca. 80%)

Kreis Stormarn (247.340 EW)	14,7	12,6	Keine Angabe
--------------------------------	------	------	--------------

Ein wesentlicher Faktor für die Aufgabenerfüllung ist die personelle Situation der SpDi. In zwei Dritteln der Kreise und kreisfreien Städte sind die im Stellenplan vorgesehenen Vollzeitäquivalente derzeit nicht vollständig besetzt; im verbleibenden Drittel entspricht die tatsächliche Besetzung dem Stellenplan.

#### 4.2 Einbindung der fachlichen Qualifikationen

In den SpDi sind flächendeckend multiprofessionelle Teams tätig, die ein breites Spektrum fachlicher Qualifikationen abdecken. Zentrale Bestandteile sind Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, teilweise mit zusätzlichen Qualifikationen in Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Suchtmedizin oder Öffentlichem Gesundheitswesen. Ergänzend wirken Ärztinnen und Ärzte mit psychiatrischer Erfahrung sowie Amtsärztinnen und Amtsärzte mit.

Darüber hinaus sind Psychologinnen und Psychologen und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – teils auch in Ausbildung – eingebunden. Eine wesentliche Rolle übernehmen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, häufig mit Zusatzqualifikationen wie sozialpsychiatrischer Weiterbildung oder systemischer Beratung. In einigen Diensten sind zudem Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter (EX-IN), Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler sowie Fachkräfte mit Public-Health-Qualifikation vertreten.

Auch pflegerische Kompetenzen sind integriert, insbesondere Fachkrankenpflegerinnen und Fachkrankenpfleger für Psychiatrie sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger mit psychiatrischer Erfahrung. Medizinische Fachangestellte unterstützen die ärztliche Arbeit. Ergänzt werden die Teams durch Verwaltungsfachkräfte, Bürokommunikations- und Sekretariatsmitarbeitende, die organisatorische und administrative Aufgaben übernehmen.

Insgesamt zeigt sich, dass die SpDi interdisziplinär aufgestellt sind und medizinische, psychologische, sozialpädagogische, pflegerische sowie verwaltungsfachliche Kompetenzen systematisch miteinander verbinden, um eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

## **5. Intensität der Aufgabenwahrnehmung gemäß §§ 1 Absatz 1 Nummer 1, 4 bis 6 PsychHG durch die Kreise und kreisfreien Städte**

Zur Beantwortung der Frage, in welcher Intensität die Aufgaben gemäß §§ 1 Absatz 1 Nummer 1 sowie 4 bis 6 PsychHG durch die Kreise und kreisfreien Städte wahrgenommen werden, wird zunächst der gesetzliche Rahmen in komprimierter Form dargestellt.

§ 1 PsychHG bestimmt den Anwendungsbereich des Gesetzes und unterscheidet zwischen freiwilligen Hilfen und freiheitsentziehenden Maßnahmen. Voraussetzung für ein Tätigwerden ist das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung von gewisser Erheblichkeit sowie eine daraus resultierende Hilfsbedürftigkeit.

Die in § 4 PsychHG geregelten Hilfen zielen auf die Förderung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortlichkeit und sozialer Integration ab. Sie sind vorsorgend, begleitend und nachsorgend auszugestalten und sollen insbesondere dazu beitragen, Unterbringungen möglichst zu vermeiden oder in ihrer Dauer zu begrenzen; dabei werden auch Angehörige und das soziale Umfeld einbezogen.

§ 5 PsychHG konkretisiert diese Hilfen inhaltlich und umfasst insbesondere Beratung, persönliche Begleitung, die Vermittlung weiterführender Unterstützungsangebote sowie aufsuchende Maßnahmen. Die Leistungen sind am individuellen Bedarf auszurichten und bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zu gewähren, wobei vorrangige Leistungssysteme zu berücksichtigen sind.

§ 6 PsychHG regelt schließlich das Verfahren der Kontaktaufnahme und das abgestufte Vorgehen des SpDi in möglichen eigen- und fremdgefährdenden Situationen. Durch geeignete Formen der Ansprache, Hausbesuche, Vorladungen und erforderlichenfalls ärztliche Untersuchungen sollen frühzeitig Hilfen eingeleitet und Unterbringungen nach Möglichkeit vermieden werden.

Vor diesem Hintergrund wird entsprechend der vorliegenden Abfrageergebnisse nachfolgend dargestellt, in welcher Intensität bzw. konkreten Ausgestaltung die Kreise und kreisfreien Städte diese gesetzlichen Aufgaben wahrnehmen.

Die Aufgaben gemäß §§ 1 Abs. 1 Nr. 1, 4 bis 6 PsychHG werden in Schleswig-Holstein grundsätzlich kontinuierlich und bedarfsgerecht durch die SpDi der Kreise und kreisfreien Städte wahrgenommen. Dabei bilden Beratung, Begleitung, Vermittlung weiterführender Hilfen und aufsuchende Tätigkeiten den Kern der Tätigkeit. Ein Schwerpunkt liegt auf niedrigschwelligen Angeboten, die sowohl im Amt, im

Sozialraum als auch in der eigenen Häuslichkeit erbracht werden. Allen gemeinsam ist die Ausrichtung auf die in § 4 PsychHG beschriebenen Ziele. Diese kontinuierliche Arbeit wird ergänzt durch die Fachaufsicht über die beliehenen Kliniken, Krisenintervention, Netzwerkarbeit und Kooperationsarbeit.

In allen Regionen wird die Intensität der Maßnahmen fallabhängig gesteuert, wobei sowohl zeitlich begrenzte, intensive Interventionen als auch längerfristige Begleitung nach Unterbringungen erbracht werden. Die Intensität der Aufgabenwahrnehmung lässt sich also nicht pauschal quantifizieren.

Unter Gliederungspunkt 4.1 dieses Berichtes wird der Anteil der Vollzeitäquivalente ausgewiesen, der auf den Aufgabenbereich nach §§ 1 Absatz 1 Nr. 1, 4 bis 6 PsychHG entfällt. Sofern die Kreise und kreisfreien Städte entsprechende Angaben gemacht haben (10 von 15), zeigt sich, dass der Teil der insgesamt zur Verfügung stehenden Vollzeitäquivalente, die für diesen Aufgabenbereich eingesetzt werden, zwischen 16 und 97 Prozent stark variiert, wobei bei 6 kommunalen Trägern ein Anteil von über 75 Prozent zu verzeichnen ist und die Vor- und Nachsorgearbeit damit eine entsprechend große Rolle einnimmt.

Die Einbindung der fachlichen Qualifikationen in den fokussierten Aufgabenbereich variiert: In manchen Kommunen sind sämtlich Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen beteiligt, ärztliche Unterstützung erfolgt bedarfsabhängig (z. B. in der kreisfreien Stadt Lübeck), in anderen sind alle Mitarbeitenden des Dienstes in die Aufgaben eingebunden (z. B. im Kreis Herzogtum Lauenburg).

Die akute Krisenintervention zur Vermeidung von Unterbringungen hat vielerorts Vorrang, wie es beispielsweise die Kreise Nordfriesland, Pinneberg und Rendsburg-Eckernförde darstellen. Gleichzeitig nimmt die niedrighschwellige Betreuung und Begleitung einen wesentlichen Teil der Arbeitszeit ein, flankiert von regelmäßiger Netzwerkarbeit mit Kooperationspartnern wie Betreuungsbehörden, Eingliederungshilfe, Allgemeinen Sozialen Diensten, Polizei, Rettungsdiensten, Leistungsträgern und freien Trägern (beispielsweise beschrieben von den Kreisen Nordfriesland und Steinburg). Der Kreis Pinneberg beschreibt seine entsprechende Arbeit als konzeptionell klar am Vorrang der Krisenintervention ausgerichtet, mit festen Erreichbarkeitszeiten und kurzfristiger Verfügbarkeit von Fachkräften; die Hilfen erfolgen zeitnah, intensiv und in der Regel befristet, mit dem Ziel der Wiederherstellung eigenständiger Bewältigungskompetenz. Diese Priorisierung zugunsten der Krisenabklärung kann aufgrund personeller Engpässe mit Wartezeiten

bei präventiven und aufsuchenden Arbeiten verbunden sein worauf der Kreis Rendsburg-Eckernförde hinweist. Das Vorgehen bei den Maßnahmen nach §§ 4, 5 PsychHG sowie § 6 PsychHG wird vom Kreis Plön differenziert dargestellt, wobei §§ 4 und 5 PsychHG individuell bewertet und umgesetzt werden und solche nach § 6 PsychHG in Abstimmung mit dem Amtsgericht oder der Polizei im Akutfall umgesetzt werden.

Einige Kommunen setzen zusätzliche Akzente im Bereich vorsorgender Maßnahmen, etwa durch Unterstützung bei Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten sowie Krisenplänen und -pässen (Neumünster, Rendsburg-Eckernförde; Steinburg). Für die Erstellung eines Krisenpasses wurde durch ein trialogisches Expertenpanel eine Vorlage mit Ausfüllhilfe erstellt: [LVGFSH: Krisenpass](https://lvgfsh.de/psychische-gesundheit-in-der-lebens-und-arbeitswelt/krisenpass) (<https://lvgfsh.de/psychische-gesundheit-in-der-lebens-und-arbeitswelt/krisenpass>).

Wie bei der Frage nach der Umsetzung der o. g. Aufgaben nach dem PsychHG wird bei der Intensität der Hilfen von den Kreisen Ostholstein und Steinburg darauf hingewiesen, dass strukturelle Herausforderungen wie fehlende medizinische Versorgungsangebote oder begrenzte komplementäre Angebote (Eingliederungshilfe) die Arbeit der SpDi erschweren; die Vermittlungsmöglichkeit in ein aufsuchendes Behandlungsteam der psychiatrischen Klinik wird vom Kreis Steinburg als Vorteil bewertet.

Aus einer Kommune wird eine deutliche Dominanz ordnungsrechtlicher Aufgaben beschrieben. Insbesondere Gefahrenabwehr-, Unterbringungs- und Fixierungsangelegenheiten prägen dort das Arbeitsfeld, während vorsorgende und begleitende Hilfen gemäß §§ 4 bis 6 PsychHG vergleichsweise seltener nachgefragt oder umgesetzt werden; das Verhältnis wird auf etwa 4:1 geschätzt (Flensburg). Präventions- und Beratungsbedarfe werden hier durch diverse Angebote freier Träger aufgegriffen.

Im Kreis Dithmarschen erfolgt die Aufgabenwahrnehmung vollumfänglich gemeinsam mit dem Kooperationsträger des Westküstenklinikums (WKK) im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Zentrums.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die gesetzlichen Aufgaben landesweit umgesetzt werden, die konkrete Intensität jedoch maßgeblich vom jeweiligen Fallaufkommen und der individuellen Fallkonstellation, den personellen Ressourcen und den regionalen Versorgungsstrukturen abhängt. Unterschiede bestehen vor allem im Verhältnis

zwischen ordnungsrechtlich geprägter Gefahrenabwehr und präventiver beziehungsweise begleitender Unterstützungsarbeit.

## **6. Organisation der zeitlichen Abdeckung der erforderlichen Bereitschaftsdienste insbesondere außerhalb der üblichen Dienstzeiten (Nacht-/ Wochenend-/ Feiertagsdienste)**

Der sozialpsychiatrische Bereitschaftsdienst gewährleistet, dass die Aufgaben nach dem PsychHG auch außerhalb der regulären Dienstzeiten, nachts, an Wochenenden und an Feiertagen, wahrgenommen werden können. Er stellt die kurzfristige fachliche Einschätzung akuter psychischer Krisensituationen sowie die Einleitung erforderlicher Maßnahmen sicher. Hintergrund ist, dass eine Unterbringung nach dem PsychHG an enge gesetzliche Voraussetzungen gebunden ist. Sie setzt grundsätzlich einen schriftlichen Antrag der zuständigen Behörde sowie eine ärztliche Stellungnahme voraus, die auf einer persönlichen Begutachtung beruht (§ 8 PsychHG). Diese darf nicht länger als 24 Stunden zurückliegen und soll am Ort des Geschehens erfolgen (§ 2 Absatz 2 PsychHGVO). Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, ist eine vorläufige Unterbringung zulässig; der gerichtliche Antrag ist in diesem Fall unverzüglich nachzuholen (§ 11 Absatz 1 PsychHG i. V. m. Artikel 104 Absatz 2 GG). Zur jederzeitigen Erfüllung dieser gesetzlichen Anforderungen ist eine durchgehende Erreichbarkeit erforderlich.

Die zeitliche Abdeckung der Bereitschaftsdienste wird in allen antwortenden Kreisen und kreisfreien Städten durch eine Kombination aus regulärem Tagesdienst und ergänzender Rufbereitschaft außerhalb der üblichen Dienstzeiten sichergestellt. Während der regulären Dienstzeiten besteht eine unmittelbare Ansprechbarkeit im Gesundheitsamt beziehungsweise im SpDi. Die Krisenabklärung erfolgt in der Regel multiprofessionell unter Beteiligung sozialpädagogischer, ärztlicher und verwaltungsseitiger Fachkräfte; teilweise bestehen hierfür verbindliche Prozessbeschreibungen und standardisierte Abläufe.

Außerhalb der regulären Dienstzeiten wird die Erreichbarkeit durch Rufbereitschaftsdienste gewährleistet. In der überwiegenden Zahl der Kreise und kreisfreien Städte umfasst die Rufbereitschaft mindestens eine psychiatrienerfahrene Ärztin beziehungsweise einen psychiatrienerfahrenen Arzt; vielfach wird diese durch nichtärztliches Fachpersonal, etwa sozialpädagogische Mitarbeitende, sowie Verwaltungskräfte er-

gänzt. Die Alarmierung erfolgt regelmäßig über Polizei oder Rettungsleitstellen. Die Begutachtung findet aufsuchend statt.

Mehrere Kreise und kreisfreie Städte setzen zur Sicherstellung der ärztlichen Verfügbarkeit ergänzend Honorarärztinnen und -ärzte ein (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Kreis Segeberg, Kreis Steinburg, Kreis Schleswig-Flensburg, Kreis Herzogtum Lauenburg, Kreis Plön). Teilweise ist ein Vordergrunddienst mit nichtärztlichem Fachpersonal eingerichtet, während Ärztinnen und Ärzte im Hintergrunddienst hinzugezogen werden, insbesondere zur Erstellung der ärztlichen Stellungnahme im Rahmen eines Unterbringungsverfahrens (Kreis Herzogtum Lauenburg; vergleichbar strukturiert auch Kreis Segeberg, Kreis Plön). Besondere organisatorische Ausgestaltungen werden ebenfalls berichtet: So wird in einem Fall eine ärztliche Begutachtung innerhalb von 30 Minuten zugesichert (Stadt Neumünster). In einem anderen Kreis besteht ein 24-Stunden-Krisendienst mit dem Schwerpunkt unterbringungsvermeidender Intervention, wobei bei Bedarf eine ärztliche Hinzuziehung erfolgt (Kreis Steinburg). In Kiel sind die Bereitschaftsdienste außerhalb der Geschäftszeiten werktags, an Wochenenden und Feiertagen ärztlich sowie sozialpädagogisch doppelt besetzt.

Zugleich werden strukturelle Herausforderungen benannt. Insbesondere die Sicherstellung einer rechtskonformen ärztlichen Rufbereitschaft mit ausreichender psychiatrischer Expertise wird als zunehmend schwierig beschrieben (kreisfreie Stadt Lübeck; Kreis Herzogtum Lauenburg). Teilweise müssen Ärztinnen und Ärzte anderer Fachbereiche des Gesundheitsamtes außerhalb ihrer regulären Aufgaben herangezogen werden, was zu Belastungen in anderen Aufgabenbereichen führt (kreisfreie Stadt Lübeck).

Insgesamt ist festzustellen, dass die zeitliche Abdeckung der Bereitschaftsdienste außerhalb der regulären Geschäftszeiten flächendeckend organisiert ist und eine durchgehende Erreichbarkeit grundsätzlich gewährleistet wird. Unterschiede bestehen vor allem in der personellen Ausgestaltung, insbesondere im Anteil interner beziehungsweise externer ärztlicher Kräfte sowie in der Organisation von Vorder- und Hintergrunddiensten, und in der Einschätzung der langfristigen personellen Sicherstellung.

## **7. Netzwerkarbeit**

### **7.1 Ausgestaltung der Netzwerkarbeit in den verbindlich vorgesehenen Arbeitskreisen für gemeindenahe Psychiatrie**

Die Ausgestaltung der Netzwerkarbeit in den verbindlich vorgesehenen Arbeitskreisen für gemeindenahe Psychiatrie ergibt sich aus den gesetzlichen Vorgaben des § 3 PsychHG sowie aus den hierzu ergangenen landesrechtlichen Empfehlungen. Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie einzurichten, um die Koordination der Hilfsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen und die gemeindenahe Versorgung strukturell zu stärken.

§ 3 Absatz 2 PsychHG konkretisiert die Aufgaben dieser Arbeitskreise. Danach sollen sie insbesondere die Kooperation und Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände fördern. Ziel ist es, die Zusammenarbeit verbindlich und kontinuierlich zu gestalten, Versorgungsangebote aufeinander abzustimmen, Schnittstellen zu verbessern sowie regionale Versorgungslücken oder Aufgabenüberschneidungen zu vermeiden. Auf diese Weise soll die Wirksamkeit der Hilfen insgesamt gesteigert und die Erfüllung der Aufgaben nach dem PsychHG unterstützt werden.

Zur weiteren Konkretisierung hat die oberste Landesgesundheitsbehörde im Mai 2024 gemäß § 3 Absatz 1 Satz 2 PsychHG eine Empfehlung zur Zusammensetzung der Arbeitskreise veröffentlicht. Diese unterstreicht die Bedeutung einer strukturierten und kontinuierlichen Netzwerkarbeit auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.

Wie sich in der Praxis zeigt, sind in den antwortenden Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedliche Strukturen für die Arbeitskreise der gemeindenahen Psychiatrie etabliert. Dabei wird deutlich, dass die konkrete Umsetzung des gesetzlichen Auftrags vor Ort in unterschiedlichen Formaten, Schwerpunktsetzungen und Einbindungen in bestehende Planungs- und Steuerungsprozesse erfolgt.

Die Arbeitskreise werden in den einzelnen Kreisen in Schleswig-Holstein regelmäßig durchgeführt. So tagt der Arbeitskreis im Kreis Pinneberg in der Regel zweimal jährlich; ergänzend besteht ein Arbeitskreis für Menschen mit Suchterkrankungen, der viermal jährlich zusammentritt. Bei Bedarf werden zusätzliche Arbeitsgruppen gebildet, zudem organisiert der Arbeitskreis jährlich die „Woche der seelischen Gesundheit“ sowie dezentrale dialogische Veranstaltungen. Er ist Bestandteil des Sozialpla-

nungssystems des Kreises und gibt Handlungsempfehlungen an politische Entscheidungsgremien weiter. Im Kreis Rendsburg-Eckernförde erfolgt die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der vorhandenen Personalressourcen, wobei Krisenabklärungen stets gewährleistet sind, aufsuchende und präventive Maßnahmen aufgrund vakanter Stellen jedoch Wartezeiten aufweisen können. Der Arbeitskreis im Kreis Segeberg besteht seit 1989 und trifft sich zwei- bis dreimal jährlich. Neben den regulären Sitzungen werden Sonderveranstaltungen zu aktuellen Themen durchgeführt, darunter Fachfortbildungen und fachspezifische Konferenzen. Der Arbeitskreis gibt Empfehlungen an Politik, Verwaltung und Leistungserbringer und erstellt regelmäßig Jahresberichte zur regionalen Psychiatrieplanung, die von den Mitgliedern gemeinsam verabschiedet werden. Kritisch angemerkt wird, dass Krankenkassen nur schwer in die Arbeit eingebunden werden können und es keine verbindliche Einbeziehung des Arbeitskreises bei Veränderungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur gibt. Der Arbeitskreis im Kreis Steinburg folgt den geltenden Empfehlungen, trifft sich viermal jährlich und veranstaltet bei Bedarf Fachtage oder lädt Experten ein. Der daraus hervorgegangene Arbeitskreis Sucht bearbeitet aktuelle Themen und Projekte wie beispielsweise den Mobilitätspass oder die Begegnungsstätten. Im Kreis Herzogtum Lauenburg existiert historisch die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), die derzeit in Abstimmung neu strukturiert wird. Der Arbeitskreis im Kreis Plön trifft sich zweimal jährlich; die Geschäftsführung liegt beim SpDi, der zugleich im Gemeindepsychiatrischen Verbund aktiv ist. Im Kreis Schleswig-Flensburg tagt der Arbeitskreis viermal im Jahr und ist verantwortlich für die Erstellung des kommunalen Psychiatrieplanes, dessen letzte Veröffentlichung 2025 erfolgte. Für den Kreis Dithmarschen wird der Netzwerkarbeit allein schon aufgrund der bestehenden Kooperation zwischen den Beteiligten eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Zusammenarbeit wird insgesamt als sehr gut bewertet. Aufgrund der komplexer werdenden Anforderungen bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen sind jedoch Handlungsbedarfe in der Angebotsgestaltung erkannt worden und befinden sich zwischen den beteiligten Akteuren in Bearbeitung. Ergänzend bestehen regelmäßige Netzwerktreffen zwischen dem WKK, dem Kreis Dithmarschen als Träger des SpDi sowie den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX und hoch- sowie niedrigschwelligen Leistungserbringern für psychiatrische Hilfen. Darüber hinaus findet ein sogenannter Dialog zwischen SpDi, Betroffenen und Angehörigen sowie Leistungserbringern der Region statt.

In den kreisfreien Städten ist die Netzwerkarbeit teilweise intensiver organisiert: In Flensburg finden die Sitzungen zweimal jährlich statt, wobei die Tagesordnung an aktuellen Problemlagen und den Themenvorschlägen der Teilnehmenden ausgerichtet wird. In Lübeck findet der Arbeitskreis einmal jährlich statt und dient dem intensiven Austausch zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen; zusätzlich existieren ein Arbeitskreis Sucht sowie weitere Gremien und Veranstaltungen zur regionalen und überregionalen Vernetzung. In Neumünster wird der gesetzliche Auftrag umgesetzt; der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie verfügt über fünf Arbeitsgruppen (Allgemeine Psychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie, Kinder und Jugend, Arbeit), die jeweils viermal jährlich tagen. In Kiel nehmen die Arbeitskreissitzungen ein multiprofessionelles Team aus Ärztin, Sozialpädagogin, medizinischen Fachangestellten (MfA) und Ärztlicher Leitung wahr, um die fachliche Vernetzung und Koordination der Versorgung sicherzustellen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Arbeitskreise sowohl regelmäßige Sitzungen als auch ergänzende Fachveranstaltungen und Projekte organisieren. Gemeinsam ist allen Kreisen und kreisfreien Städten die kontinuierliche Vernetzung der regionalen Akteure, Unterschiede bestehen vor allem in der Häufigkeit der Sitzungen, der Schwerpunktsetzung bestimmter Themenbereiche wie Sucht oder Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Integration in regionale Planungs- und politische Entscheidungsprozesse. Während die Arbeitskreise in Kreisen wie Segeberg oder Pinneberg stark in die Sozialplanung eingebunden sind, übernehmen diese in kreisfreien Städten wie Lübeck oder Kiel besondere Koordinations- und Abstimmungsfunktionen. Insgesamt gewährleisten alle Arbeitskreise eine kontinuierliche Zusammenarbeit, unterscheiden sich jedoch in organisatorischer Intensität und inhaltlicher Schwerpunktsetzung.

## **7.2 Einsatz der personellen und zeitlichen Ressourcen für Netzwerkarbeit**

Die personellen und zeitlichen Ressourcen für die Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie variieren zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten teils erheblich und hängen von der jeweiligen organisatorischen Ausgestaltung sowie dem Umfang der wahrgenommenen Koordinierungsaufgaben ab.

In mehreren Kreisen und kreisfreien Städten werden feste Zeitkontingente in Form von prozentualen Stellenanteilen ausgewiesen. So werden in der kreisfreien Stadt Kiel pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) etwa 10–15 % der Arbeitszeit für Gremien- und

Netzwerkarbeit aufgewendet. Im Kreis Plön entfallen auf die Netzwerkarbeit rund 20 % einer ärztlichen Stelle sowie 30–35 % einer sozialpädagogischen Stelle. Im Kreis Steinburg wird der durchschnittliche Anteil mit etwa 20 % pro Mitarbeitendem angegeben, wobei Leitungs- und Stellvertretungsfunktionen den größten Anteil übernehmen. Im Kreis Segeberg werden insgesamt rund 0,6 VZÄ für die Arbeit im Arbeitskreis veranschlagt; hierin enthalten ist neben der laufenden Gremienarbeit auch die Erstellung des alle zwei Jahre erscheinenden Psychiatrieplanberichts.

Andere Kreise und kreisfreie Städte beschreiben die Ressourcen eher anhand konkreter Sitzungs- und Vorbereitungszeiten. In Flensburg fallen bei mehreren Sitzungen pro Jahr einschließlich Vor- und Nachbereitung insgesamt etwa 16 Stunden jährlich an. In Neumünster tagt der Arbeitskreis viermal jährlich für jeweils 1,5 Stunden. Hinzu kommen Vor- und Nachbereitungszeiten, insbesondere für Einladung, Protokollerstellung und organisatorische Aufgaben, die durch Leitung, stellvertretende Leitung, eine Fachkraft für Bürokommunikation sowie einen Sozialpädagogen wahrgenommen werden.

Teilweise werden die Aufgaben über Funktionszuweisungen geregelt. Im Kreis Schleswig-Flensburg übernimmt der Leiter des SpDi die Sprecherfunktion und vertritt den Arbeitskreis in weiteren Gremien; die Geschäftsführung liegt bei einem Mitarbeitenden des SpDi. Auch im Kreis Segeberg liegt der Vorsitz bei der Fachdienstleitung; die Geschäftsführung wird durch eine sozialpädagogische Fachkraft wahrgenommen, zudem sind zwei Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ständige Mitglieder des Arbeitskreises. Im Kreis Rendsburg-Eckernförde wirken alle Mitarbeitenden im Rahmen ihrer zeitlichen Ressourcen an der Netzwerkarbeit mit, mit einem Schwerpunkt bei ärztlichem Team und Bezirkssozialarbeit.

In Lübeck wird der Gesamtumfang, unter Einbeziehung regionaler und überregionaler Arbeitskreise sowie berufsgruppenspezifischer Gremien, mit etwa 20-30 Wochenstunden beziffert. Im Kreis Herzogtum Lauenburg befindet sich die Netzwerkarbeit derzeit in einer Neustrukturierung mit dem Ziel, die gesetzlichen Vorgaben effizienter umzusetzen und die bestehenden Strukturen weiterzuentwickeln. Für den Kreis Dithmarschen werden die Ressourcen in Form regelmäßig stattfindender Netzwerktreffen in Anspruch genommen. Hierzu zählen eine wöchentliche GPZ-Auftragsrunde (Gemeindepsychiatrisches Zentrum), ein ebenfalls wöchentliches Netzwerktreffen zwischen SpDi, GPZ und Eingliederungshilfe, ein monatliches Abstimmungstreffen

mit dem WKK und Leistungserbringern sowie ein Trialog, der einmal pro Quartal durchgeführt wird.

Ergänzend zu den vorstehenden Ausführungen werden die gemeldeten Ressourcen nachfolgend tabellarisch dargestellt.

<b>Kreis / kreisfreie Stadt</b>	<b>Personelle Ressourcen</b>	<b>Zeitlicher Umfang</b>
Kreis Dithmarschen	regelmäßige Netzwerktreffen (wöchentliche GPZ-Auftragsrunde; wöchentliches Netzwerktreffen SpDi/GPZ/EGH; monatliches Treffen WKK/Leistungserbringer; Trialog quartalsweise)	wöchentlich, monatlich bzw. quartalsweise
Stadt Flensburg	keine festen Stellenanteile	ca. 16 Std./Jahr
Kreis Herzogtum Lauenburg	Neustrukturierung	keine Angabe
Landeshauptstadt Kiel	10–15 % pro VZÄ	10–15 % pro VZÄ
Hansestadt Lübeck	Beteiligung an mehreren AK	ca. 20–30 Std./Woche
Stadt Neumünster	Leitung + Verwaltung + Protokollführung	4 Sitzungen/Jahr zzgl. Vor-/Nachbereitung
Kreis Pinneberg	keine Angabe	keine Angabe
Kreis Plön	Arzt 20 %, Sozialpädagogik 30–35 %	feste Stellenanteile
Kreis Rendsburg-Eckernförde	Mitarbeitende gesamt; Schwerpunkt ärztl./Bezirkssozialarbeit	im Rahmen vorhandener Ressourcen
Kreis Schleswig-Flensburg	Sprecher SpDi; Geschäftsführung SpDi	keine Angabe

Kreis Segeberg	Vorsitz FDL; 2 FÄ; Geschäftsführung Soz.päd.	ca. 0,6 VZÄ gesamt
Kreis Steinburg	ca. 20 % je MA (Schwerpunkt Leitung)	ca. 20 %

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Ressourcenbereitstellung für die Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie landesweit gewährleistet ist, jedoch in Umfang und organisatorischer Ausgestaltung variiert. Sie reicht von klar definierten prozentualen Stellenanteilen über feste Stundenkontingente bis hin zu funktionsbezogenen Zuständigkeiten innerhalb der SpDi.

### **7.3 Bedeutung der Arbeitskreise in den Kreisen und kreisfreien Städten und Bewertung der Zusammenarbeit vor Ort**

Auf Grundlage der Rückmeldungen der Kreise und kreisfreien Städte wird deutlich, dass die Arbeitskreise gemeindenahe Psychiatrie in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins eine zentrale Rolle in der kommunalen psychiatrischen Versorgungslandschaft einnehmen. Ihre Bedeutung hat sich über die Jahre gewandelt: Während sie in der Aufbauphase gemeindepsychiatrischer Strukturen vielfach eine stark steuernde Funktion innehatten, wirken sie heute überwiegend als Koordinierungs-, Austausch- und Vernetzungsplattformen. In der Stadt Flensburg beispielsweise hat sich der Arbeitskreis gemeindenahe Psychiatrie von einer stark steuernden Aufbauinstanz zu einem Gremium entwickelt, das feinabstimmend informiert, aktuelle Entwicklungen aufgreift und Kooperationen koordiniert. Thematisch haben sich die Schwerpunkte in den letzten Jahren zunehmend auf den Bereich der Gefahrenprävention verschoben. Durch die steigenden Anforderungen in den Bereichen Unterbringung und Zwangsmaßnahmen intensivierte der SpDi die Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz, initiierte regelmäßige „Runde Tische“ und nimmt an Hochrisikokonferenzen zur häuslichen Gewalt teil.

Auch die Kreise Pinneberg und Steinburg betonen die hohe Bedeutung des Arbeitskreises gemeindenahe Psychiatrie für die Koordination und Vernetzung der Hilfen. Im Kreis Pinneberg ist die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Trägern sehr gut, und psychiatrienerfahrene Menschen werden aktiv in die Arbeitskreise eingebunden. Die Einbeziehung von Angehörigen gestaltet sich teilweise schwieriger, dennoch entstehen gemeinsame Initiativen und ein vertrauensvoller Austausch. Der Kreis

Steinburg hebt hervor, dass die Zusammenarbeit in kleineren Netzwerken besonders effektiv ist, da hier konkrete Vereinbarungen getroffen und angepasst werden können. Der SpDi ist in zahlreichen themenspezifischen Netzwerken aktiv, darunter Sucht, Gewaltprävention, frühe Hilfen, Amtsgericht und Klinik, und legt großen Wert auf eine umfassende Netzwerkarbeit, um die Unterstützungsangebote im Kreis im Blick zu behalten.

Der Arbeitskreis gemeindenahe Psychiatrie dient auch als Schnittstelle zu politischen Entscheidungsträgern. Im Kreis Pinneberg ist er als Teil des Sozialplanungssystems an politischen Entscheidungen beteiligt und verfügt über ein Antragsrecht im Fachausschuss, während im Kreis Segeberg alle zwei Jahre ein Psychiatrieplanbericht mit Handlungsempfehlungen für Verwaltung und Politik erstellt wird. Neumünster und der Kreis Plön berichten ebenfalls von einer Wirkung auf politische Gremien, wobei der Arbeitskreis im Kreis Plön aktuelle Themen aufgreift, fachliche Zuarbeit einholt und Impulse zur Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Strukturen gibt. In Kiel, als Landeshauptstadt, besitzt der Arbeitskreis gemeindenahe Psychiatrie einen hohen Stellenwert. In Lübeck wird der Arbeitskreis als für die Arbeit des SpDi extrem wichtig beschrieben, da hier mit allen Stakeholdern und an Maßnahmen nach dem PsychHG Beteiligten intensiv abgestimmt und kooperiert wird. Für den Kreis Dithmarschen wird der Netzwerkarbeit allein schon aufgrund der bestehenden Kooperation zwischen den Beteiligten eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Zusammenarbeit wird insgesamt als sehr gut bewertet. Aufgrund der komplexer werdenden Anforderungen bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen sind jedoch Handlungsbedarfe in der Angebotsgestaltung erkannt worden und befinden sich zwischen den beteiligten Akteuren in Bearbeitung.

Trotz dieser positiven Entwicklungen bestehen weiterhin Herausforderungen. Der Fachkräftemangel wirkt sich spürbar auf die Angebotsstruktur der Hilfen aus und erfordert eine Bündelung knapper Ressourcen. Einflussmöglichkeiten gegenüber Krankenkassen und Sozialversicherungsträgern werden als unzureichend beschrieben, Einladungen zur Mitarbeit blieben teilweise unbeantwortet. Auch finanzielle Begrenzungen schränken die Steuerungsmöglichkeiten ein, wie die Streichung von Präventionsprojekten im Rahmen der Haushaltskonsolidierung zeigt.

Der Kreis Herzogtum Lauenburg befindet sich derzeit in einer Neustrukturierung, sodass eine belastbare Einschätzung zur Bedeutung und Bewertung des Arbeitskreises dort noch nicht vorliegt.

Insgesamt zeigen die Rückmeldungen jedoch, dass die Arbeitskreise gemeindenaher Psychiatrie einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung, Weiterentwicklung und Abstimmung der gemeindepsychiatrischen Versorgung leisten. Sie stärken Transparenz, Kooperation und fachlichen Austausch und bilden eine wichtige Schnittstelle zwischen Praxis, Verwaltung und Politik, wobei in einzelnen Kommunen die Themen Gefahrenabwehr, Unterbringung und Zwang zunehmend an Bedeutung gewinnen.

## **8. Fazit**

Die Auswertung der Rückmeldungen der Kreise und kreisfreien Städte zeigt insgesamt, dass die im PsychHG des Landes Schleswig-Holstein normierten Aufgaben landesweit normgerecht umgesetzt werden. Die organisatorische Ausgestaltung der erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen ist in ihren Grundstrukturen vergleichbar, auch wenn regionale Besonderheiten in der konkreten Umsetzung bestehen. Die gesetzlich verankerten Aufgaben konzentrieren sich dabei auf vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen. In allen Regionen wird eine kontinuierliche Wahrnehmung dieser Maßnahmen berichtet. Ein Schwerpunkt liegt auf niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die durch die SpDi selbst oder von freien Trägern erbracht werden.

Gleichzeitig wird deutlich, dass örtliche Rahmenbedingungen und hier insbesondere die räumliche Erreichbarkeit, die personellen Ressourcen sowie die Mitwirkungsbereitschaft der Betroffenen, maßgeblichen Einfluss auf Art und Intensität der Umsetzung haben.

Ein wesentlicher Faktor für die Aufgabenerfüllung ist die personelle Situation der SpDi. In zwei Dritteln der Kreise und kreisfreien Städte sind die im Stellenplan vorgesehenen Vollzeitäquivalente derzeit nicht vollständig besetzt; im verbleibenden Drittel entspricht die tatsächliche Besetzung dem Stellenplan. Gleichwohl sind alle Dienste multiprofessionell aufgestellt und gewährleisten eine fachübergreifende Versorgung. Die Landesregierung stellt fest, dass die wichtigen Aufgaben der SpDi aktuell zumeist noch adäquat ausgefüllt werden können. In Anbetracht des Fachkräftemangels und im Hinblick auf den Umgang mit besonders herausfordernden Personengruppen – wie Ereignisse in jüngster Vergangenheit zeigen – steigen die Herausforderungen an den SpDi.

Landesweit sind die Bereitschaftsdienste außerhalb der regulären Geschäftszeiten organisiert und sichern grundsätzlich eine durchgehende Erreichbarkeit. Unterschiede bestehen vor allem in der personellen Ausgestaltung und der Einschätzung der langfristigen Sicherstellung.

Die Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie gewährleisten in allen Kreisen und kreisfreien Städten eine kontinuierliche Vernetzung der regionalen Akteure. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung, Weiterentwicklung und Abstimmung der gemeindepsychiatrischen Versorgung und bilden eine wichtige Schnittstelle zwischen Praxis, Verwaltung und Politik.

Über die Beantwortung der konkret formulierten Fragestellungen hinaus lassen sich aus den Rückmeldungen der Kreise und kreisfreien Städte weitere fachliche Erkenntnisse ableiten, die für eine Weiterentwicklung der SpDi und der gemeindepsychiatrischen Hilfestrukturen von Bedeutung sein können:

Ein zentrales Entwicklungsfeld liegt in der Stärkung der Selbstbestimmung betroffener Menschen. Die Förderung von Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und vergleichbaren Instrumenten im Sinne des § 1 Absatz 4 PsychHG kann einen wichtigen Beitrag zur vorsorgenden Hilfe leisten und dazu beitragen, Krisensituationen frühzeitig zu strukturieren.

Darüber hinaus zeigt die Einbindung von EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten, dass die systematische Nutzung von Erfahrungsexpertise geeignet ist, die Peer-Beratung zu stärken und Partizipation zu fördern.

Dem Schwerpunkt der niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsangebote werden auch Begegnungsstätten und Betreuung am Übergang zugeordnet. Für die Gruppe der Menschen mit intensiverem Hilfebedarf wurde im Kreis Segeberg mit dem NAH-Programm, der Niedrigschwelligen Aufsuchenden Hilfe, ein vergleichbares Angebot, gestützt auf § 67 SGB XII, geschaffen, das als Best Practice-Beispiel für andere Regionen dienen kann.

Ferner wird deutlich, dass vielerorts bereits eine enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen SpDi, Leistungserbringern und weiteren Institutionen besteht, die sich dem Konzept eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes annähert. Eine weitergehende strukturelle Verfestigung solcher Verbundstrukturen könnte Transparenz, Verbindlichkeit und Steuerungsfähigkeit weiter erhöhen.

Insgesamt unterstreichen die Rückmeldungen, dass die gemeindepsychiatrische Versorgung durch die SpDi in Schleswig-Holstein auf tragfähigen Strukturen beruht, zugleich jedoch eine kontinuierliche fachliche und strukturelle Weiterentwicklung erforderlich bleibt, um den wachsenden und komplexer werdenden Anforderungen nachhaltig gerecht zu werden.