

Zentrum für Integrative Psychiatrie – ZIP gGmbH
Campus Kiel, Niemannsweg 147, 24105 Kiel

An Frau
Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses
des Landtages Schleswig-Holsteins

per E-Mail;
sozialausschuss@landtag.ltsh.de.

**Zentrum für Integrative
Psychiatrie gGmbH**

Campus Kiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Ambulanzzentrum
Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Institut für Sexualmedizin und
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Campus Lübeck

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Campus Kiel und Campus Lübeck

Trauma-Ambulanz
Flucht und Migration

<https://zip.uksh.de>

Ansprechperson:

Tel.: 0431 500-

✉ @uksh.de

Datum: 11.09.2026

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

Drucksache 20/4345

Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

ich bedanke mich für die Gelegenheit, zum Bericht der Landesregierung über die Umsetzung des PsychHG aus fachpsychiatrischer Sicht und entsprechend den Erfahrungen des Instituts für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des ZIP, Campus Kiel Stellung beziehen zu dürfen.

Vorbemerkungen und Ausgangslage

Das PsychHG Schleswig-Holstein vom 11.12.2020 hatte bereits im Titel deutlich gemacht, dass die neuen gesetzlichen Bestimmungen dieser Norm nicht nur die Psychiatrie betreffen, sondern alle Personen umfassen, die wegen einer psychischen Störung einen Hilfsbedarf aufweisen.

Das PsychHG hatte zudem dem sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) eine besondere Bedeutung zugemessen und sowohl die Krisenintervention als auch präventive Maßnahmen als Aufgaben des SpDi definiert – und außerdem vorgesehen, dass der SpDi eng mit anderen Stellen zusammenarbeiten soll, nämlich u.a. mit Eingliederungs- und Jugendhilfe, Suchthilfe, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Ziel des Berichts der Landesregierung über das PsychHG war es nunmehr, einen Überblick darüber zu geben, wie die Vorgaben des neuen PsychHG in Schleswig-Holstein umgesetzt worden sind. Dazu wurde allein die Methode der Selbstauskunft gewählt, indem die Kreise und kreisfreien Städte bzw. die sozialpsychiatrischen Dienste selbst einen Fragenkatalog zu beantworten hatten. Andere Stellen, die hätten Auskunft über die Umsetzung des PsychHG geben können, sind dagegen nicht in die Erhebung einbezogen worden.

Stellungnahme zu einzelnen Inhalten des Berichts der Landesregierung

Der Bericht fällt insgesamt sehr positiv aus und macht glauben, dass alle Vorgaben des PsychHG in Schleswig-Holstein im Sinne des Gesetzes umgesetzt werden.

Diese Einschätzung kann aus fachlicher Sicht in dieser Eindeutigkeit nicht bestätigt werden. Gerade die in dem Bericht betonte Netzwerkarbeit und Lotsenfunktion des SpDi erscheinen aus hiesiger Sicht zumindest für Kiel deutlich ausbaufähig.

Entsprechend den Erfahrungen des ISFP ist zu einigen Aussagen des Berichts, die sich auf einzelne Abschnitte des PsychHG beziehen, besonders Stellung zu nehmen:

1. § 6 PsychHG: Die Lücke zwischen freiwilliger Hilfe und akuter Gefahrenabwehr

Ein zentraler Punkt bleibt im Bericht weitgehend offen: Die konkrete Anwendung bzw. Umsetzung des § 6 PsychHG. Die Vorschrift sieht ein abgestuftes Vorgehen vor, wenn Anzeichen dafür bestehen, dass eine Person infolge einer psychischen Störung eigene oder bedeutende fremde Rechtsgüter gefährdet. Möglich sind zunächst Kontaktaufnahme und Hausbesuche sowie unter weiteren Voraussetzungen eine Vorladung und verpflichtende ärztliche Untersuchung.

Damit bietet § 6 gerade für diejenigen Situationen ein wichtiges Instrumentarium, in denen freiwillige Hilfen nicht angenommen werden, gleichzeitig aber bereits erhebliche Hinweise auf eine sich entwickelnde Eigen- und/oder Fremdgefährdung bestehen, ohne dass die Voraussetzungen einer akuten Unterbringung nach §7 PsychHG schon vorliegen würden. Aus Sicht der Gewaltprävention ist gerade diese Schnittstelle besonders relevant.

Empfehlung:

Für eine zukünftige Studie/Erhebung zur Bewertung der Umsetzung des PsychHG sollten gezielt folgende Fragestellungen untersucht werden:

- In wie vielen Fällen sind Einsätze nach § 6 PsychHG tatsächlich erfolgt?
- Nach welchen Kriterien werden Hausbesuche, Vorladungen und ärztliche Untersuchungen veranlasst?
- Welche Rolle nehmen die ärztlichen Mitarbeitenden des SpDi dabei ein?
- Welche Hilfen werden vom SpDi angeboten und umgesetzt, wenn eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik nicht notwendig ist.

2. Niedrigschwellige Erreichbarkeit muss mehr bedeuten als formale Erreichbarkeit

Aus dem Bericht geht hervor, dass alle Sozialpsychiatrischen Dienste angegeben haben, während und außerhalb der Geschäftszeiten erreichbar zu sein. Aus fachlicher Sicht sollte jedoch zwischen formaler Erreichbarkeit und einem tatsächlich niedrigschwelligen Zugang zum Fachdienst unterschieden werden.

Den praktischen Erfahrungen in Kiel entsprechend entsteht durchgehend der Eindruck, dass telefonische Hinweise auf psychisch auffällige Personen stark danach sortiert werden, ob bereits eine

akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Wird diese verneint, ist eine kurzfristige fachliche Fallaufnahme oder Abklärung nicht immer erkennbar. Gerade diese Fälle sind jedoch für eine primäre Prävention besonders relevant.

Zwischen einem allgemeinen Beratungsanliegen und einer bereits eingetretenen akuten Gefährdung liegt ein breites Spektrum von Situationen, in denen sich Krisen entwickeln, Warnsignale verdichten und fachliche Interventionen noch frühzeitig ansetzen könnten.

Wenn Fälle erst dann als handlungsrelevant eingeordnet werden, wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung bereits vorliegt, besteht die Gefahr, dass Möglichkeiten frühzeitiger Intervention und Prävention im engeren Sinne ungenutzt bleiben.

Empfehlungen:

Eine qualifizierte telefonische Ersteinschätzung sollte zwischen verschiedenen Konstellationen unterscheiden:

- akuter Gefährdung und sofortigem Interventionsbedarf,
- dringendem bzw. zeitnahe Abklärungsbedarf,
- allgemeinem Beratungs- oder Vermittlungsbedarf.

Entsprechend dieser Unterscheidung sollte eine angepasste Weiterbetreuung und/oder Weitervermittlung erfolgen.

Im SpDi sollte außerdem eine personelle Kontinuität oder eine akribische Dokumentation gewährleistet sein. Denn wenn Mitarbeitende des Tagesdienstes regelmäßig in Bereitschaftsdienste eingebunden sind und Vertretungen Fälle zunächst neu erschließen müssen, kann dies eine zügige und verbindliche Fallarbeit erschweren.

3. Krisenintervention außerhalb der Geschäftszeiten

Ein besonderer Entwicklungsbedarf besteht entsprechend den Erfahrungen in Kiel bei der Erreichbarkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes außerhalb der regulären Geschäftszeiten.

In Kiel ist außerhalb der Geschäftszeiten eine ärztlich und sozialpädagogisch doppelt besetzte Bereitschaft vorhanden. Für Betroffene, Angehörige oder Netzwerkpartner ist dieser Bereitschaftsdienst jedoch nicht unmittelbar erreichbar. In der Praxis erfolgt der Zugang außerhalb der Geschäftszeiten über Polizei oder Rettungsleitstellen, die den Sozialpsychiatrischen Dienst bei Bedarf hinzuziehen bzw. anfordern können.

Damit ist zwar eine Rufbereitschaft vorhanden, ein niedrigschwelliger direkter fachlicher Zugang zum SpDi jedoch nicht in gleicher Weise gewährleistet.

Daraus resultieren entsprechend den praktischen Erfahrungen Situationen, in denen bei der Polizei ausdrücklich um Hinzuziehung des SpDi gebeten wurde, zunächst jedoch ausschließlich ein polizeilicher Einsatz erfolgte. Bei psychischen Krisen kann ein primär ordnungsrechtlich geprägter Erstkontakt die Situation allerdings zusätzlich verschärfen anstatt diese zu deeskalieren.

Aus fachlicher Sicht erfordert jedoch nicht jede Krise außerhalb der Geschäftszeiten einen Einsatz von Polizei, Rettungsdienst oder SpDi vor Ort. Vielmehr könnte in vielen Situationen bereits eine fachlich qualifizierte telefonische Beratung dazu beitragen, die Lage einzuschätzen, Angehörige oder andere Beteiligte anzuleiten und eine Situation zu deeskalieren. Erst auf dieser Grundlage könnte entschieden werden, ob überhaupt ein aufsuchender Einsatz erforderlich ist und welche Fachkräfte hierfür geeignet sind. Eine direkte telefonische Erreichbarkeit des sozialpsychiatrischen Bereitschaftsdienstes könnte dementsprechend nicht nur einen niedrigschwelligeren Zugang ermöglichen, sondern auch eine frühzeitige fachliche Klärung unterstützen und gegebenenfalls den Bedarf für einen Einsatz vor Ort entbehrlich machen.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang das im Bericht beschriebene Modell des Kreises Steinburg. Dort besteht ein 24-Stunden-Krisendienst mit Schwerpunkt auf unterbringungsvermeidender Intervention und ärztlicher Hinzuziehung bei Bedarf.

Empfehlungen:

Es sollte geprüft werden, ob in Kiel der bereits etablierte ärztlich-sozialpädagogische Bereitschaftsdienst außerhalb der Geschäftszeiten unmittelbar telefonisch zugänglich gemacht und stärker für Beratung, Deeskalation und unterbringungsvermeidende Interventionen genutzt werden kann.

4. Entlassungsmanagement und aufsuchende Übergangsarbeit

Der Bericht beschreibt für mehrere Kreise regelmäßige Klinikbesuche, Kliniksprechstunden, Fallbesprechungen und eine frühzeitige Beteiligung des SpDi am Entlassungsmanagement. Vergleichbare regelhaft aufsuchende Kontaktaufnahmen während eines Klinikaufenthaltes sind für Kiel nicht etabliert. Vielmehr wird ein postalisches Beratungsangebot nach erfolgter Entlassung beschrieben.

Empfehlungen

Da gerade bei komplexen Problemlagen – z.B. gleichzeitig bestehender Wohnungsverlust, fehlende ambulanter Versorgung, Unterstützungsbedarf in verschiedenen Hilfesystemen oder wiederkehrenden psychiatrischen Krisen – eine Unterstützung möglichst bereits vor der Entlassung aus der stationären Behandlung ansetzen sollte, wäre auch für Kiel zu prüfen, wie ein verbindliches und frühzeitig einsetzendes Übergangsmanagement unter Beteiligung der jeweils geeigneten Akteure ausgestaltet werden kann. Dabei wären konkrete Bedarfe zu erfassen, weiterführende Hilfen anzubahnen, Klinik und externe Hilfesysteme zu vernetzen und den Übergang in das ambulante Setting tatsächlich zu begleiten. Die im Bericht beschriebenen Kliniksprechstunden, aufsuchenden Kontakte und strukturierten Fallbesprechungen anderer Kreise können hierfür wichtige Anhaltspunkte liefern.

5. Nachsorge nach Zwangsunterbringung

Der Bericht beschreibt für Kiel nach Klinikentlassungen eine strukturierte Kontaktaufnahme durch den SpDi. Hier stellt sich die Frage nach der tatsächlichen Wirksamkeit solcher Angebote. Insbesondere nach einer Zwangsunterbringung kann nämlich ein Kontaktangebot des SpDi für Betroffene zunächst mit Gedanken an Kontrolle und Zwang verbunden sein. Dies kann die Bereitschaft beeinträchtigen, unmittelbar an die Zwangsunterbringung anschließend freiwillige Nachsorgeangebote derselben Institution anzunehmen.

Empfehlungen:

Nicht allein der Umstand, dass ein Beratungsangebot besteht, sondern die Frage, ob dieses Angebot wirklich in der vorgesehenen Weise in Anspruch genommen wird und eine tatsächliche Hilfe für die Betroffenen darstellt, sollte Gegenstand einer Evaluation sein. In einer neuen Erhebung/Studie wären daher auch folgende Fragenstellungen zu adressieren:

- Wie viele Personen werden nach Entlassung aus einer Zwangsunterbringung tatsächlich durch den SpDi persönlich erreicht?
- Wie häufig kommt bei diesen Personen ein weiterer Beratungskontakt durch den SpDi zustande?
- Werden durch den SpDi aufsuchende Nachsorgeangebote durchgeführt?
- Welche Rolle könnten unabhängige oder peerbasierte Angebote übernehmen, beispielsweise EX-IN-Genesungsbegleitung?

6. Versorgungslücken und Abgrenzung unterschiedlicher Präventionsaufträge

Der Bericht verdeutlicht, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste häufig mit Versorgungslücken konfrontiert sind, die außerhalb ihres eigenen Zuständigkeitsbereichs entstehen. Fehlende fachärztliche Behandlungsmöglichkeiten, begrenzte psychosoziale Hilfen, hohe Zugangsschwellen zur Eingliederungshilfe sowie fehlende geeignete Wohn- und Unterstützungsangebote erschweren eine verlässliche Weitervermittlung. Dies zeigt zugleich die Grenzen der Lotsenfunktion des SpDi auf: Vermittlung kann nur dann wirksam sein, wenn geeignete Anschlussangebote vorhanden und zeitnah erreichbar sind.

Zudem hat der SpDi neben beratenden und unterstützenden Aufgaben auch eine besondere Funktion im Kontext von Gefahrenabwehr und Maßnahmen nach dem PsychHG inne. Diese Doppelrolle mit ordnungspolitischen Aufgaben auf der einen und mit Hilfsangeboten auf der anderen Seite unterscheidet ihn von Angeboten, die ausschließlich niedrigschwellig, freiwillig und präventiv arbeiten.

Empfehlungen:

Nicht sämtliche präventive Aufgaben sollten pauschal dem SpDi zugeordnet werden. Denn gerade bei Personen mit komplexen Risikokonstellationen kann es sinnvoll sein, unterschiedliche Angebote mit jeweils klar definierten Aufgaben vorzuhalten und verbindlich miteinander zu verzahnen, anstatt verschiedene Funktionen in einer einzigen Stelle zu bündeln. In der individuellen Fallbetreuung ist entscheidend, dass Versorgungslücken zwischen freiwilliger Beratung, spezialisierten präventiven Angeboten, medizinischer Behandlung und hoheitlicher Gefahrenabwehr frühzeitig erkannt werden und für Betroffene keine Zuständigkeitslücken entstehen.

In diesem Zusammenhang erscheint auch das im Kreis Segeberg bestehende NAH-Programm („Niedrigschwellige Aufsuchende Hilfen“) interessant. Es zeigt, dass ergänzende niedrigschwellige Strukturen den SpDi unterstützen können, ohne dessen Aufgaben vollständig zu übernehmen.

Bei vergleichbaren Modellen sollte jedoch auf eine klare Rollentrennung geachtet werden. Vertrauensbasierte, freiwillige Beziehungsarbeit und hoheitliche Gefahrenabwehr sollten nicht so miteinander vermischt werden, dass Zugangsbarrieren entstehen oder Rollen für Betroffene unklar werden.

Zusammenfassende Einordnung des Berichts der Landesregierung zum PsychHG

Der Bericht der Landesregierung suggeriert, dass eine umfassende Evaluation der Umsetzung der Aufgaben vorgenommen wurde, die im (neuen) PsychHG normiert worden sind. Dabei wird als Ergebnis im Wesentlichen mitgeteilt, dass sämtliche Aufgaben landesweit normgerecht umgesetzt worden sind.

Dieses Ergebnis ist aus fachlicher Sicht differenziert zu betrachten:

- Bedingt durch die für die Evaluation gewählte Methode der Selbstauskunft dürfte die Validität der Ergebnisse eingeschränkt sein: Die Selbstauskunft mag geeignet sein, um etablierte Strukturen abzufragen, erscheint aber weniger gut geeignet, um die Qualität und die Effekte dieser Strukturen zu bewerten. Vielmehr ist im Rahmen einer Selbstbewertung mit einer tendenziell zu günstigen Einschätzung der Verhältnisse zu rechnen.
- Dass solch eine in der Tendenz zu günstige Einschätzung auch im vorliegenden Bericht erfolgt ist, wird dadurch angedeutet, dass über zahlreiche unbesetzte Stellen und personelle Engpässe im SpDi verschiedener Kreise berichtet wird – wie unter diesen Umständen eine

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben möglich sein soll, erschließt sich aus fachlicher Sicht nicht.

- Zudem macht der Bericht regionale Unterschiede deutlich und weist auf Einschränkungen präventiver Arbeit und einige Versorgungslücken hin – auch dies spricht gegen eine flächendeckende und normgerechte Umsetzung des PsychHG.
- Wichtige Institutionen, Einrichtungen und Personen, die über die praktische Umsetzung des PsychHG hätten aus eigenen Erfahrungen Auskunft geben können, sind in die aktuelle Evaluation nicht einbezogen worden: Betroffene und Angehörige, Kliniken sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Hilfsdienste sind ebenso wenig befragt worden wie Polizeidienststellen und Rettungsdienste. Dieses Defizit muss notwendigerweise zu einer einseitigen Bewertung der Umsetzung des PsychHG führen.

Empfehlungen

Um tatsächlich beurteilen zu können, ob die gesetzlich vorgesehenen Vorgaben nicht nur formal umgesetzt, sondern tatsächlich in der beabsichtigten Weise Hilfen für die betroffenen Personengruppen darstellen, sollte eine breiter angelegte Evaluation unter Einbeziehung der genannten Personengruppen und Institutionen durchgeführt werden.

Dabei wäre insbesondere zu empfehlen, neben subjektiven Aussagen auch objektive Kriterien und Kennziffern zu erfassen:

- Zeitdauer zwischen Meldung eines Hilfsbedarfs beim SpDi und erstem Kontakt durch diesen
- Anzahl der durch den SpDi durchgeführten Hausbesuche
- Anlass für aufsuchende Kontakte
- Anwendung und Ergebnisse von Maßnahmen nach § 6 PsychHG,
- Anzahl der aufsuchenden Kontakte während Klinikaufenthalten von zwangsuntergebrachten Personen
- Anzahl der Kontakte zwischen SpDi und zwangsuntergebrachten Personen nach Klinikentlassungen
- Inanspruchnahme nachsorgender Angebote
- Anzahl der durch präventive Kontakte vermiedenen Unterbringungen.

Da sich die Aufgaben des SpDi und der neu etablierten Gewaltpräventionsambulanzen teilweise überschneiden wäre außerdem zu empfehlen, die Zusammenarbeit dieser Institutionen zu fördern und dabei insbesondere die (unterschiedlichen) Präventionsaufgaben dieser Institutionen gegeneinander abzugrenzen und zu schärfen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. C. Huchzermeier
Direktor des ISFP