

Dr. Rüdiger Hannig
Vorsitzender
Landesverband Schleswig-Holstein
der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.

21.09.2026

Stellungnahme

Vielen Dank für ihre Anfrage, vielen Dank an dieser Stelle dem Ministerium für die ausführliche, sicherlich nicht so einfache Darstellung und auch Dank an die Kommunen, die alle zum Teil sehr ehrlich geantwortet haben.

1) In der Einleitung wird sehr schön beschrieben, dass die SPDİ's Hilfen anbieten bzw. koordinieren sollen, um psychische Krisen zu deeskalieren bzw. Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Das Gesetz ist 2020 in Kraft getreten und die SPDİ's wurde in der Anfangsphase durch Corona übersteuert. Allerdings wäre es jetzt sehr hilfreich zu wissen, wie sich die Zwangsmaßnahmen je Kommune entwickelt haben und welche Aktivitäten für eine Senkung derselbigen eingeleitet worden sind. Ferner wäre es wichtig zu erfahren, wie sich die Suizide und Suizidversuche entwickelt haben. Immerhin ist die Vermeidung der Eigengefährdung ein Teil des Auftrages an den SPDİ.

2) Die Umsetzung des PsychHG ist sehr vielfältig, so wie die Kommunen vielfältig sind. Die Arbeitskreise gemeindenahe Psychiatrie (AKgnP) sind sehr unterschiedlich in der Zusammensetzung.

Polizei, Richter, Agentur für Arbeit, ambulante Psychiater/Psychotherapeuten, Angehörige, Betreuer, Eingliederungshilfe, Krankenkassen, Wohnungsamt, etc. fehlen bisweilen, gleichwohl sie einen erheblichen Beitrag liefern. Anzuregen wäre vielleicht ein Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV), wie es ihn in manchen Kommunen schon gibt, und der z. B. in anderen Bundesländern die kommunale Versorgungsverpflichtung gewährleistet. Hierzu gibt es Qualitätsempfehlungen der BAG GPV und Gesetze in anderen Bundesländern (NRW wird gerade erarbeitet). Insgesamt ist die Partizipationsmöglichkeit insbesondere von organisierten Angehörigen in den einzelnen Kommunen sehr unterschiedlich gegeben.

3) Die Unterbringung nach PsychHG stellt nicht nur für die betroffene Person ein einschneidendes Ereignis dar, sondern auch für uns An- und Zugehörige, die Subjekte dieser Fremdgefährdung bzw. in die Eigengefährdung involviert waren. Auch unter Präventionsgesichtspunkten sowohl für Angehörige aber auch zurückkehrende Betroffene, wäre eine stärkere Unterstützung für Angehörige wünschenswert und sollte ein Ziel des PsychHG sein. Für die Professionellen ist es z. B. normal, ein Deeskalationstraining zu erhalten, für Angehörige die seltene Ausnahme.

Eine PsychHG Unterbringung wird nicht selten beendet, bevor ein Richter zugegen ist. Insbesondere geschieht dieses bei Intoxikationen. Gleichwohl war diesem ein schwerwiegendes Ereignis vorausgegangen. Wir Angehörigen erwarten daher, dass dieses Ereignis mit dem SPD i verpflichtend nachbesprochen werden muss auch im Sinne einer zukünftigen Vermeidung. Nach gegebenenfalls mehreren Wochen eine unverbindliche Einladung zum Gespräch zu versenden, entspricht nicht der Schwere des vorherigen Eingriffs.

4.1) Es ist uns Angehörigen nicht ganz klar, nach welchen Kriterien sich die Soll-Vollzeit-Äquivalente ergeben. Die teilweise Unterbesetzung kann die Akzeptanz der psychisch erkrankten Menschen in der Gesellschaft gefährden. Diese Akzeptanz benötigen wir dringen, bei einer stärkeren Ambulantisierung und Inklusion.

4.2) So wie EX-IN primär die Betroffenen Sicht einbringt, so könnten Angehörigenbegleiter die Angehörigensicht als größte Gruppe in der psychiatrischen Versorgung ermöglichen.

5) Gemeindepsychiatrische Zentren sind zu begrüßen. Generell möchte wir auf das Gemeindepsychiatrische Basismodell verweisen, um die Versorgung zu verbessern.

6) Die Erreichbarkeit bei Krisen bzw. in deren Vorfeld ist für den sozialen Nahraum - also auch für uns Angehörige - ein ganz wichtiger Punkt. Bayern hat dieses mit dem Bayernweit einheitlich erreichbaren Krisendienst vorgemacht, während in Schleswig-Holstein jede Kommune anders verfährt und dieses teilweise nach Uhrzeit. Jede Kommune hat ein 24/7 verfügbares, mobiles Team bereitzuhalten. Wenn durch ein geschicktes, telefonisches Zusammenschalten der SPD i's deren Einsatzhäufigkeit reduziert werden könnte bzw. die der Polizei und Rettungsdienste, wäre schon viel gewonnen. Gleichzeitig könnte damit das qualifizierte Angebot in den Randzeiten für Betroffene und Angehörige ausgeweitet werden. Das sich in Abstimmung befindliche Gesetz zur Notfallversorgung wird auf solche Strukturen aufbauen. Warum warten wir in S.-H. seit Jahren auf diese Erreichbarkeit?

7) Die Netzwerkarbeit ist sehr wichtig. Schön wäre es, wenn sich die Kreistage Parteiübergreifend verstärkt einbinden ließen.

8) Auf Grund des demographischen Wandels, der mit einer Reduktion der professionellen Ressourcen bei gleichzeitiger Nachfragesteigerung insbesondere im Gerontopsychiatrischen Bereich einhergehen wird, werden wir eine starke Ambulantisierung des psychiatrischen Systems erleben. Dieses bedeutet einen Umbau mit einer stärkeren Unterstützung der informell Pflegenden, die diese Aufgabe bewerkstelligen müssen. Ein leistungsfähiger SPD i ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

Landtag S.-H.: Sozialausschuss: Drucksache 20/4345

Bericht zur Umsetzung des PsychHG in den

Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein

Am 24. September 2026 im Landtag, R. 122, Düsternbrooker Weg 70, 24105 Kiel von 15:00 h bis 17:00 h

Dr. Rüdiger Hannig, Vorstandsvorsitzender LVSH-AFpK e. V.

Agenda

1. Arbeitskreis gemeindenähe Psychiatrie
2. Kommunale Steuerung
3. Gemeindepsychiatrische Zentren
4. Hilfen für Angehörige
5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst

Agenda

1. Arbeitskreis gemeindenahe Psychiatrie
2. Kommunale Steuerung
3. Gemeindepsychiatrische Zentren
4. Hilfen für Angehörige
5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst

1. Arbeitskreis gemeindennahe Psychiatrie

Sie sind sehr unterschiedlich zusammengesetzt.

Häufig fehlende/nicht eingebundene Teilnehmer:

1. niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten (ambulante medizinische Versorgung)
2. Polizei (Erstkontakt)
3. Rettungsdienste (Erstkontakt)
4. GKV (stationäre & ambulante Versorgung / Pflege)
5. Agentur für Arbeit (berufliche Ausbildung, BEMpsy, Arbeitsplätze)
6. Rentenversicherung (Über 60.000 Frühverrentung/Jahr)
7. Schulen/Berufsschulen (Krankheit der Jugend)
8. Kreistagsabgeordnete (Weiterentwicklung in der Kommune)
9. Angehörige (Tokenismus)

Agenda

1. Arbeitskreis gemeindenähe Psychiatrie
2. Kommunale Steuerung
3. Gemeindepsychiatrische Zentren
4. Hilfen für Angehörige
5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst

2. Kommunale Steuerung (1)

Zahlen/Fakten zur kommunalen Steuerung (Beispielhaft)

Resultate

1. Suizide

1. Anzahl
2. Anzahl Suizidversuche
3. ... (Notfallseelsorge)

2. PsychHG (Tilman Steinert)

1. Anzahl Einweisungen
2. Dauer der Einweisung
3. Anzahl Zwangsbehandlungen
4. Anzahl/ Dauer Fixierungen
5. ...

3. BGB (Gerichte)

1. Anzahl Zwangsunterbringung
2. Dauer der Unterbringung
3. Anzahl Zwangshandlungen
4. Anzahl / Dauer Fixierungen (auch somatisch)
5.

Ressourcen

1. SPDi

1. Anzahl MA
2. Krisenstatistik a la Krisendienst Schwaben

2. Besondere Wohnformen

1. Anzahl Wohnplätze
2. Zusammensetzung der Belegung
3. ...

3. Kliniken

1. Anzahl der Behandlungsplätze
2. Belegung
3. Dauer der Aufenthalte
4. ...

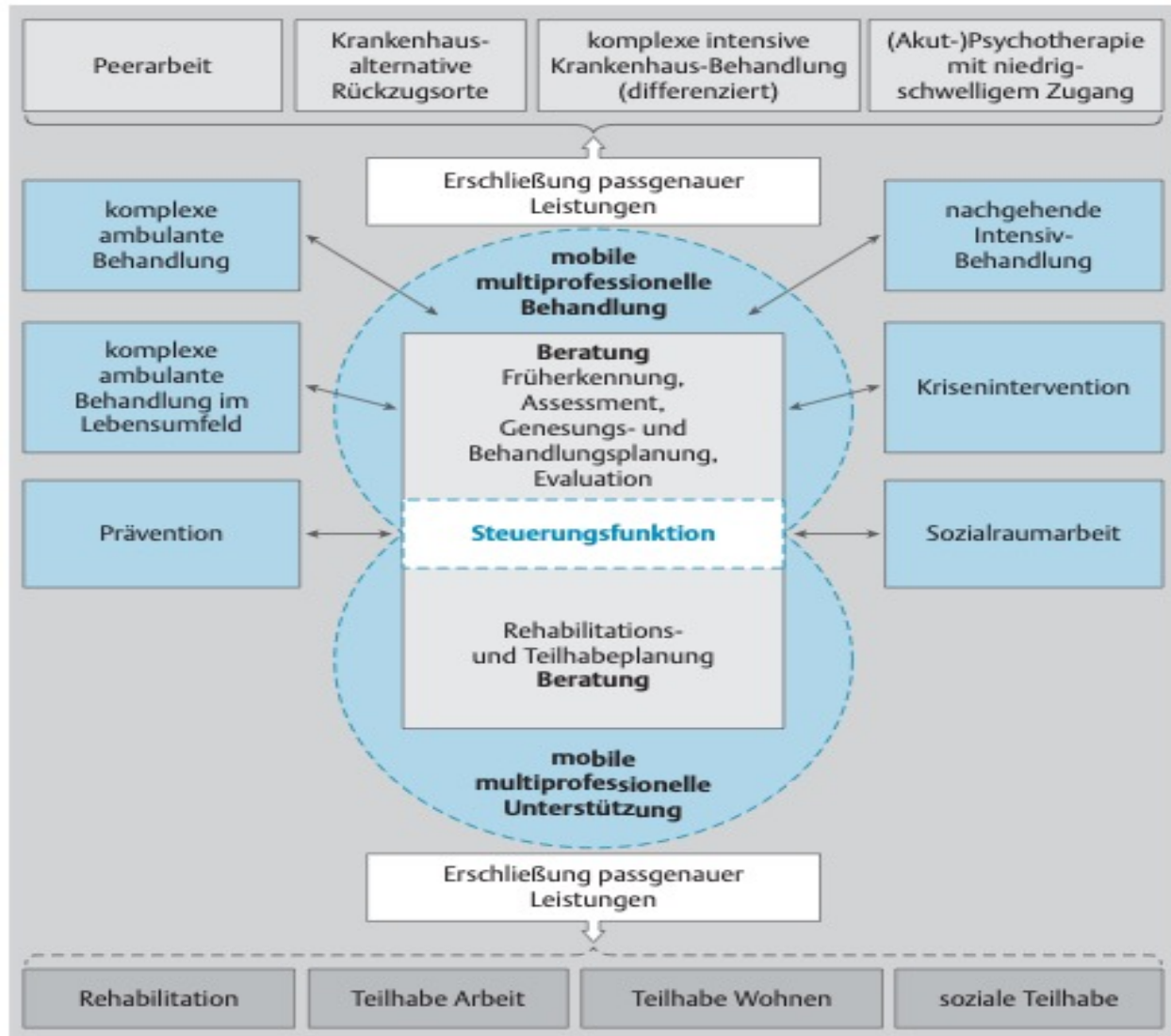
2. Kommunale Steuerung (2)

Ressourcen SPD				
Kreis	Soll VZ	Ist VZ	Einwohner	Quote Einwohner/VZ
Dithmarschen	4,75	4,75	133.000,00	28.000,00
Flensburg	10,70	9,40	96.000,00	8.971,96
Herzogtum-Lauenburg	6,00	5,50	206.000,00	34.333,33
Kiel	16,94	14,50	251.000,00	14.817,00
Lübeck	18,00	15,19	217.000,00	12.055,56
Neumünster	6,00	6,00	80.000,00	13.333,33
Nordfriesland	9,00	7,00	171.000,00	19.000,00
Ostholstein	14,07	11,70	202.000,00	14.356,79
Pinneberg	19,73	19,73	326.000,00	16.523,06
Plön	6,36	4,75	130.000,00	20.440,25
Rendsburg-Eckernförde	12,61	10,15	277.000,00	21.966,69
Schleswig-Flensburg	16,25	16,25	206.000,00	12.676,92
Segeberg	16,20	16,20	284.000,00	17.530,86
Steinburg	10,00	9,63	132.000,00	13.200,00
Stormarn	14,70	12,60	247.000,00	16.802,72
	181,31	163,35	2.958.000,00	16.314,60

Agenda

1. Arbeitskreis gemeindenähe Psychiatrie
2. Kommunale Steuerung
3. Gemeindepsychiatrische Zentren
4. Hilfen für Angehörige
5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst

3. Gemeindepsychiatrische Zentren (1)



Funktionales Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen

Ingmar Steinhart, Günther Wiegand:
Psychiat. Prax. 2016, 43: 65-68

Modellprojekt: <https://gbv.online/>

3. Gemeindepsychiatrische Zentren (2)

Das Dithmarscher Model ist aus dieser Sichtweise ausdrücklich zu begrüßen!

Gleichwohl steht die Forderung nach einem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV), wie er derzeit in NRW in der PsychHG Gesetzgebung vorgesehen ist mit **Versorgungsverpflichtung!**

Agenda

1. Arbeitskreis gemeindenähe Psychiatrie
2. Kommunale Steuerung
3. Gemeindepsychiatrische Zentren
4. Hilfen für Angehörige
5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst

4. Hilfen für Angehörige

1. „Notfallseelsorger“ nach PsychHG Einsatz
2. Deeskalationstraining für Angehörige (z. B. Safwards)
3. Familien entlastende Dienste (FED)
4. Niedrigschwellige, aufsuchende Hilfen
5. Niedrigschwelliger, bekannter Krisendienst (z. B. Die 113 für die Psychische Krise; auch bei Suizidalität)

Agenda

1. Arbeitskreis gemeindenähe Psychiatrie
2. Kommunale Steuerung
3. Gemeindepsychiatrische Zentren
4. Hilfen für Angehörige
5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst

5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst (1)

Basisannahmen für eine GROBE Abschätzung:

1. Bayrischer Krisendienst (24/7): Jahresbericht Schwaben 2025:

https://krisendienste.bayern/wp-content/uploads/2026/07/KD_Schw_Jahresbericht_2025_FINAL.pdf

2. Schleswig-Holstein (2.958 Mio. EW) / Schwaben (1.935 Mio. EW) = 1,53 Faktor

3. Durchschnittliche Telefonzeit (Anruf + Dokumentation): 19,30 Minuten

4. Ein Personentag (PT) sind 480 Minuten/Tag (8h/Tag x 60 Minuten/h).

5. Eine Vollzeitstelle (VZ) sind 190 PT/Jahr mit 91.200 Minuten/PT & Jahr.

5. Schleswig-Holstein-weiter Krisendienst (2)

Wochentagsverteilung:			
Wochentag	Anrufe Schleswig- Holstein	S.-H. Mintuten	S.-H. PT/WT
Montag	51,36	991,32	2,07
Dienstag	51,67	997,22	2,08
Mittwoch	51,06	985,42	2,05
Donnerstag	50,91	982,47	2,05
Freitag	48,92	944,11	1,97
Samstag	44,64	861,50	1,79
Sonntag	46,78	902,81	1,88

5. Schleswig-Holstein weiter Krisendienst (3)

Tagesverteilung:				
Uhrzeit	S.-H. (Anrufe/Jahr)	S.-H. Minuten/Jahr	S.-H. PT/Jahr	
6-9h	1.105,24	21.331,08	44,44	
9-12h	2.965,64	57.236,92	119,24	Arbeitszeit SPD
12-15h	2.907,55	56.115,78	116,91	Arbeitszeit SPD
15-18h	2.704,24	52.191,81	108,73	Arbeitszeit SPD
18-21h	3.286,67	63.432,67	132,15	
21-24h	2.337,36	45.110,95	93,98	
0-3h	2.355,70	45.465,00	94,72	
3-6h	284,33	5.487,66	11,43	

5. Schleswig-Holstein weiter Krisendienst (4)

Aufwand Krisendienst				
	Anrufe / Jahr	Minuten / Jahr	PT / Jahr	VZ / Jahr
Gesamtaufwand	17.946,73	346.371,86	721,61	ca. 4 Stellen in S.-H.
Davon innerhalb SPDi Arbeitszeit	8.577,44	165.544,51	344,88	ca. 2 Stellen in S.-H.
Davon außerhalb SPDi Arbeitszeit	9.369,29	180.827,36	376,72	ca. 2 Stellen in S.-H.

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit

Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V.

Hopfenstraße 1d
24114 Kiel

Tel.: 0431 260 956-90 (keine Beratung)

[kontakt\(at\)lvsh-afpk.de](mailto:kontakt(at)lvsh-afpk.de)