DER PARITÄTISCHE
Gesamtverband

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
vom 28.11.2024

Vorbemerkung

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. vertritt als einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Interessen von ca. 40.000 Einrichtungen und Diensten von über 10.800 rechtlich eigenständigen Mitgliedsorganisationen, die u. a. auch in den Bereichen Gesundheit, Teilhabe und Pflege tätig sind. Dabei stehen für den Paritätischen die Versorgungssicherheit und -qualität sowie der Schutz und die Selbstbestimmung insbesondere vulnerabler Menschen gleichermaßen im Fokus, dies auch mit Blick auf das Handlungsfeld der Suizidprävention.

Das Ausmaß an Unterstützung, das insbesondere pflegebedürftige und beeinträchtigte Menschen erfahren, muss sie dazu befähigen, ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben nach ihren Vorstellungen führen zu können. Vorurteilsbehaftete Narrative, die das Leben mit einer Beeinträchtigung oder einer psychischen Erkrankung als nicht lebenswert darstellen, tragen maßgeblich zur (negativen) Bewertung der eigenen Lebenssituation bei. Das gilt auch im Falle des Angewiesenseins auf Pflege oder die anderweitige dauerhafte und umfassende Unterstützung durch andere Menschen. Es ist in jedem Fall zu verhindern, dass Menschen in Diskursen über lebenswertes Leben Diskriminierung oder Rechtfertigungsdruck erfahren und Todeswünsche oder Suizidgedanken dadurch befördert werden. Daher sind Hilfen zum Leben (Beratung, Begleitung, Unterstützung, (Krisen-)Versorgung, u. a. mit einem Fokus auf Suizidprävention, Bewusstseinsbildung und gesellschaftliche Teilhabe) sowie Hilfen und Begleitung in der letzten Lebensphase (Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung) weiter auszubauen und flächendeckend anzubieten.

Vor diesem Hintergrund bedanken wir uns für die Ausarbeitung des Referentenentwurfs zur Stärkung der Suizidprävention und die Möglichkeit zur Beteiligung, die wir im Folgenden zu ausgewählten Aspekten des Referentenentwurfs gerne wahrnehmen.

A. Einleitung und Zusammenfassung

Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe für nichtig – mit der Begründung, es sei mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Das in dem Urteil herangezogene Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse ebenso die private oder geschäftsmäßige Mithilfe Dritter. Gleichwohl stellte das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil fest, dass dies keine Verpflichtung zur und keinen Anspruch auf Leistung der Suizidbeihilfe nach sich ziehe. Im Verbund mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) hat der Paritätische bereits im Jahr 2022 in diesem Kontext auch auf die Notwendigkeit eines Suizidpräventionsgesetzes hingewiesen und in einem Forderungspapier Anregungen für gesetzliche Reformen ausgearbeitet[1].

Mit Blick auf die damaligen politischen Debatten und Gesetzgebungsversuche zur Neuregelung des assistierten Suizids[2] hat der Paritätische gemeinsam mit der BAGFW ausdrücklich begrüßt, dass dabei neben der Hervorhebung des Selbstbestimmungsrechts über das eigene Leben auch der Suizidprävention ein großer Stellenwert beigemessen wurde. Insofern begrüßen wir das Vorhaben des vorliegenden Referentenentwurfs, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung stärken und verbessern zu wollen, ausdrücklich. Die überparteiliche Zustimmung zum Entschließungsantrag „Suizidprävention stärken“ (BT-Drs. 20/7630) zeugt von einem breit getragenen politischen Willen und der realen Möglichkeit auf Einigung in der Sache. Gleichzeitig wäre hierfür ein ausgereiftes Vorgehen unter breiter und insbesondere zeitlich angemessener Beteiligung aller maßgeblichen Fachgesellschaften, Netzwerke und Interessenvertretungen wichtig und notwendig gewesen, um gemeinsam ein Gesetz zu entwickeln, das seine postulierten Ziele auch tatsächlich erreichen und die angestrebte Wirkung entfalten kann. Leider fehlen im vorliegenden Entwurf zudem auch verbindliche Regelungen zur Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel insbesondere zur Unterstützung der Länder und Kommunen.

[1] BAGFW (2022): Zentrale Forderungen zum Inhalt eines Suizidpräventionsgesetzes. Forderungspapier online verfügbar unter: https://www.bagfw.de/suche/detailansicht-news/zentrale-forderungen-der-bagfw-zu-den-inhalten-eines-suizidpraeventionsgesetzes [zuletzt abgerufen am 05.12.2024].

[2] Paritätischer Gesamtverband (2023): Neuregelung der Suizidassistenz im Bundestag gescheitert – Antrag zur Stärkung der Suizidprävention angenommen. Fachinformation online verfügbar unter: https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/neuregelung-der-suizidassistenz-im-bundestag-gescheitert-antrag-zur-staerkung-der-suizidpraevention-angenommen/ [zuletzt abgerufen am 05.12.2024].

Ohne diese und die damit verbundenen Anreize können die durch das Gesetzesvorhaben avisierten Ziele nicht erreicht werden. Zum jetzigen Zeitpunkt wären aus unserer Sicht insofern zügige Nachbesserungen notwendig, um den so wichtigen Gesetzentwurf in der kurzen verbleibenden Legislatur noch beraten, weiterentwickeln und verabschieden zu können.

Aus der Suizidforschung und der Fachpraxis ist hinlänglich bekannt, dass hinter Todeswünschen und Suizidgedanken häufig der Hilferuf nach einem menschenwürdigen Leben steht. Im Rahmen von Angeboten der Suizidprävention muss es deshalb oberstes Ziel sein, mit Menschen in Beziehung zu treten und gemeinsam die hinter ihrer Suizidalität verborgenen Wünsche, Nöte und Aussichtslosigkeiten zu begreifen, damit auch andere Wege aus der akuten Krise denkbar werden können.

Dazu sind dringend flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Regelversorgung zu ergreifen sowie spezifische Regelungen zur Verbesserung der (primären) Suizidprävention, wie sie im vorliegenden Entwurf in Ansätzen bereits gut beschrieben werden, entschlossen weiterzuentwickeln und voranzutreiben.

Auch bedarf es der Stärkung und des Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung, bestehende Zugangsbarrieren gilt es auch hier zügig abzubauen. Gerade schwerkranke Menschen sollten neben der Option der Suizidassistenz künftig auch Alternativen für ein selbstbestimmtes und begleitetes Sterben im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung kennen, für sich selbst bewerten und auswählen können.

B. Besonderer Teil - Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 – Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidpräventionsgesetz – SuizidPrävG)

§ 1 – Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich

Mit dem Referentenentwurf soll die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung gestärkt und verbessert werden. Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen sollen möglichst verhindert werden. Dies soll als gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Zusammenwirken unterschiedlicher Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) und Akteure (Zivilgesellschaft, Krankenkassen) erreicht werden.

Bewertung:

Der Paritätische unterstützt die Zielsetzung des Referentenentwurfs ausdrücklich. Aus unserer Sicht ist Abs. 2 im Kontext des vorliegenden Referentenentwurfs jedoch verzichtbar, auch weil damit in Verbindung mit § 2 (siehe unten) unsaubere Begriffsverwendungen (z. B. „freier Wille“) vollzogen und verfestigt werden. Dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben durch ein Gesetz zur Stärkung der Suizidprävention unberührt bleibt, ist zudem verfassungsrechtlich geschützt und bedarf insofern an dieser Stelle keiner expliziten Erwähnung.

§ 2 – Begriffsbestimmungen

Mit dieser Regelung sollen Definitionen im Sinne des Gesetzes u. a. zu den Begriffen Menschen mit Suizidgedanken, Sterbewillige und Suizidalität eingeführt werden.

Bewertung:

Die Angebote der Suizidprävention richten sich an ganz unterschiedliche Adressat*innengruppen und verfolgen insofern auch gesamtgesellschaftliche Ziele der Primärprävention und Anti-Stigma-Arbeit.

Der Versuch einer Unterscheidung und Definition von „Menschen mit Suizidgedanken“ und „Sterbewilligen“ erscheint im Kontext des Referentenentwurfs aus unserer Sicht daher weder notwendig noch sinnvoll. Die Begriffsverwendung „Menschen mit Suizidgedanken“ wäre vollkommen ausreichend und zielführend. Insofern ist Abs. 2 aus unserer Sicht verzichtbar, zumal der Begriff des „freien Willens“ verwendet wird. Hier (wie auch im gesamten Entwurf) müsste der über den bloßen freien Willen hinausgehende Begriff der „Freiverantwortlichkeit“ im Sinne des Urteils des Bundesverfassungsgerichts genutzt werden; u. a. um zu verhindern, dass durch das Gesetzesvorhaben zur Stärkung der Suizidprävention eine Vorfestlegung bzw. Herabsenkung des erforderlichen Schutzniveaus vorgenommen wird, auch mit Blick auf eine mögliche Neuregelung des assistierten Suizids.

§ 3 – Suizidprävention durch Information und Aufklärung

Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über Suizidalität und die Möglichkeiten zu deren Verhütung werden mit dem Referentenentwurf als öffentliche Aufgaben bekräftigt. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Informations- und Aufklärungsangeboten sollen die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen insbesondere über die lokalen und regionalen Krisendienste, die Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung und Beratungsmöglichkeiten zu deren Inanspruchnahme sowie Leistungen und Zugangswege der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung informieren.

Bewertung:

Der Paritätische begrüßt die Zielrichtung der Regelung. Wünschenswert wäre jedoch eine mit der Auftragsformulierung an die Länder verbundene Zusicherung (auch) finanzieller Unterstützung durch den Bund bei der Informations- und Aufklärungsarbeit (beispielsweise aufzugreifen in § 9), aber auch zur Sicherstellung und Förderung der entsprechenden Angebotsstruktur.

Ein wesentliches Anliegen der Suizidprävention ist es, die Themen Suizidalität und Suizid, aber auch psychische Gesundheit und Krankheit in die Mitte der Gesellschaft zu holen und unvoreingenommen zu besprechen, dies auch im Rahmen öffentlicher Diskurse. Tabuisierung und Stigmatisierung trägt maßgeblich dazu bei, dass sich Menschen in psychischen und suizidalen Krisen nicht an andere Menschen wenden bzw. professionelle Hilfsangebote nutzen. Dabei ist es ebenso wichtig festzuhalten, dass nicht jede psychisch erkrankte Person suizidal ist und auch nicht jede suizidale Person psychisch erkrankt. Insofern sind nuancierte, öffentliche Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen unbedingt erforderlich. Eine enge Verzahnung der bundesweiten Maßnahmen mit regionalen Aktivitäten und Veranstaltungen vor Ort ist dabei sinnvoll, um gesellschaftliche Debatten in unterschiedlichen Lebenswelten anzustoßen, die sich auch mit Fragen eines guten und gelingenden Lebens in unserer Gesellschaft auseinandersetzen. Wichtig ist in diesem Kontext auch eine themensensible mediale Berichterstattung. Darüber hinaus sind der Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie weitere Investitionen in die öffentliche Bewusstseinsbildung zu Sterben, Tod und Trauer wichtige Bausteine umfassender Suizidprävention. Die darauf gerichteten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit müssen unbedingt zielgruppenspezifisch und niedrigschwellig ausgestaltet sein.

§ 4 – Zugang zu Krisendiensten

Nach dem Referentenentwurf sollte die Inanspruchnahme von Krisendiensten durch Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige je nach Bedarf barrierefrei, anonym und vertraulich ermöglicht werden.

Bewertung:

Die Inanspruchnahme von Krisendiensten muss, auch vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention, unbedingt flächendeckend barrierefrei, anonym und vertraulich möglich sein. Insofern erschließt sich der Einschub „sollte je nach Bedarf“ an dieser Stelle nicht, erforderlich wäre hier eine verbindlichere und präzisere Regelung.

Darüber hinaus ist es notwendig, die vorhandenen sozialen, psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote zur Krisenintervention weiter auszubauen. Vor allem die sozialpsychiatrischen Dienste und psychiatrischen Notfall- und Krisendienste sind essenzielle Angebote zur Akuthilfe und Weitervermittlung und müssen durchgängig erreichbar sein. Wichtig sind hier insbesondere die Stärkung, Vernetzung und Kooperation bestehender Dienste und Einrichtungen vor Ort. Nur so kann eine gute und flächendeckende lokale psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung sichergestellt werden, wie es auch im Koalitionsvertrag vereinbart wurde. Neben den Krisendiensten müssen auch die psychische Gesundheit fördernde Angebote verlässlich und adäquat finanziert werden.

§ 6 i.V.m. § 7 – Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention und Zusammenarbeit in den Ländern/ Zusammenarbeit zur Suizidprävention mit den Ländern

Der Referentenentwurf sieht vor, dass in den Ländern Strukturen der Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention (Netzwerke) aufgebaut oder weiterentwickelt werden sollen, um sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Maßnahmen zur Suizidprävention aufeinander abzustimmen. Dabei sollen vorhandene Strukturen genutzt und die landesrechtlich zuständigen Behörden und Stellen sowie weitere Akteure im Bereich der Suizidprävention auf Landesebene einbezogen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder sollen zudem auf Grund von Vereinbarungen im Bereich der Suizidprävention zusammenwirken können.

Bewertung:

Der Paritätische begrüßt die avisierte Stärkung von regionalen Netzwerkstrukturen der Suizidprävention. Funktionierende (auch hauptamtliche) Vernetzung und Kooperation ist, wie bereits skizziert, ein unverzichtbarer Faktor im Aufbau eines lückenlosen Hilfenetzes. Solche Netzwerke müssen flächendeckend für jedes Bundesland aufgebaut und mit den entsprechenden finanziellen Mitteln sichergestellt und gefördert werden. Die mit den §§ 8 und 9 avisierte Koordinierungsstelle kann und sollte dabei unterstützen.

§ 8 i.V.m. § 9 – Errichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention/ Aufgaben

Im Bundesministerium für Gesundheit soll eine Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention (Koordinierungsstelle) eingerichtet werden. Diese soll unter Berücksichtigung der in der Anlage zu dem Referentenentwurf aufgeführten

Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention und deren Umsetzbarkeit insbesondere die Aufgabe wahrnehmen, zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention zu konzipieren, umzusetzen sowie die verantwortlichen Akteure bei der Umsetzung fachlich zu unterstützen.

Bewertung:

Die Errichtung einer solchen Koordinierungsstelle als zentrale Anlaufstelle zur Kooperation, Vernetzung und Wissensgewinnung/ -vermittlung im Bereich der Suizidprävention wird ausdrücklich begrüßt. Dabei ist aus unserer Sicht grundsätzlich darauf zu achten, dieser Stelle im Sinne ihrer Arbeitsfähigkeit und Wirksamkeit ein ihren Möglichkeiten und Zuständigkeiten angemessenes Aufgabenprofil zuzuweisen und sie stärker auf die Koordination von und die Kooperation mit bestehenden Angeboten und Strukturen zu fokussieren. Das Rad muss hier in vielen Bereichen sprichwörtlich nicht neu erfunden werden. Mit Blick auf die beigefügten Empfehlungen für einzelne Maßnahmen sollte zudem der regelhafte Einbezug der Erfahrungsexpertise betroffener Menschen sowie von An-/ Zugehörigen explizit benannt werden, insbesondere (aber nicht ausschließlich) bei den Abschnitten zur Qualitätssicherung und Fort-/ Weiterbildung.

Zu einzelnen neuen und bislang noch nicht thematisierten Aspekten und Aufgabenbereichen der Koordinierungsstelle möchten wir zudem anmerken:

Nr. 6 i.V.m. Nr. 11 und 12 – Qualitätssicherung und Surveillance/ Suizidregister:

Eine umfassende Surveillance (im Sinne einer systematischen Beobachtung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung über Suizidalität und Suizidprävention) ist Grundlage evidenzbasierter Qualitätskriterien und einer daran orientierten Qualitätssicherung. Insofern werden die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen ausdrücklich begrüßt. Dabei ist ein gesamtgesellschaftlicher, ressortübergreifender und insbesondere auch die Lebensverhältnisse vulnerabler Gruppen berücksichtigender Ansatz zu verfolgen.

Im Ergebnis wäre eine differenzierte und umfangreiche Statistik zu Suiziden in Deutschland wünschenswert. Die avisierte Regelung wird insofern begrüßt. Dies ist einerseits notwendig, um Präventionsangebote passgenau weiterzuentwickeln und andererseits, um auf Entwicklungen beim assistierten Suizid reagieren zu können.

Nr. 7 – Restriktion von Suizidmethoden und -mitteln:

Eines der erwiesenermaßen effizientesten Mittel zur Senkung der Suizidrate ist die Begrenzung der Zugänglichkeit zu Suizidmethoden und -mitteln. So können etwa bauliche Schutzvorkehrungen bei z. B. Brücken oder Bahntrassen/ -übergängen, aber

auch im stationären Versorgungsbereich, erfolgreiche Maßnahmen der Suizidprävention darstellen. Dies ließe sich z. B. in entsprechenden Bauvorschriften regeln und umsetzen. Auch ein restriktiver Zugang zu Schusswaffen oder der Zusatz von z. B. Brechmitteln bei bestimmten Medikamenten und Haushaltsgiften senkt nachweislich die Suizidrate. Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass solche Maßnahmen weder der Suizidalität an sich noch der dahinterstehenden Not und Verzweiflung Abhilfe schaffen. Insofern sind weitere Maßnahmen insbesondere der Primärprävention umzusetzen und auszubauen.

Nr. 8 – Bundesweit einheitliche Notrufnummer:

Menschen in einer suizidalen Krise, aber auch in anderen psychischen Notlagen, benötigen schnelle und niedrigschwellige Unterstützung. Um diese Hilfe gewährleisten zu können, bedarf es allgemein bekannter und multimedialer Zugangswege, die mit entsprechenden personellen und finanziellen Kapazitäten ausgestattet sind, um Wartezeiten und Versorgungsbrüche möglichst zu vermeiden.

Um eine schnelle, effiziente und jederzeit verfügbare Unterstützung in einer Krise zu ermöglichen, kann eine bundesweit einheitliche, leicht zu erinnernde Rufnummer einen wichtigen Beitrag leisten. Insofern wird der avisierte Aufbau und Betrieb einer zentralen und unentgeltlichen Notrufnummer („113“) insbesondere für Menschen mit Suizidgedanken, Personen in Krisensituationen, Angehörige und nahestehende Personen, Hinterbliebene, professionelle Bezugspersonen und Medienschaffende ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig besteht diese Forderungen innerhalb der Fachwelt seit geraumer Zeit, entsprechende Konzepte liegen bereits vor. Insofern ist es hier nicht ausreichend, lediglich weitere Konzepte zu entwickeln, sondern diese auch umzusetzen. Die operative Umsetzung sollte dabei u. a. in Absprache mit den Verbänden der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) erfolgen und die Ergebnisse des Psychiatriedialogs sowie des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) miteinbeziehen. Die vorgesehene Möglichkeit zur Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste sowie eine Verknüpfung mit den Leitstellen der Notfallversorgung sind aus unserer Sicht ebenfalls sinnvolle Maßnahmen, müssen aber technisch problemlos möglich sein, um Versorgungsbrüche zu vermeiden und schnell die erforderliche Hilfe anbieten zu können. Ungeachtet dessen muss auch die einzurichtende, zentrale Notrufnummer initiale, professionelle Krisenintervention leisten können. Die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel gilt es sicherzustellen.

Auch ist es notwendig, dass eine solche Stelle auf eine entsprechende, regionale Infrastruktur zurückgreifen kann, um unmittelbar präventiv zu wirken. Ambulante, niedrigschwellige Hilfen bei psychischen Krisen und ein schneller Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen sollten flächendeckend und zu jeder Zeit durch eine fachkompetente psychiatrische Krisenhilfe sichergestellt sein. Doppelstrukturen sind unbedingt zu vermeiden. Menschen in suizidalen Krisen wollen sich nicht mehrfach erläutern, sondern suchen unmittelbare Hilfe, die nur „vor Ort“ im regionalen System zu finden ist.

Nr. 9 – Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme:

Suizidalität ist als Phänomen in der breiten Gesellschaft zu beobachten und betrifft damit auch Menschen, die in Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens leben oder hierdurch Unterstützung erfahren. Hier ist vor allem an Einrichtungen wie Krankenhäuser, stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, an Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der offenen Altenarbeit zu denken. Die Sensibilität im Umgang mit psychischen und suizidalen Krisen muss insbesondere in diesen Handlungsfeldern erhöht werden. Alle haupt- und ehrenamtlich Tätigen im Gesundheits- und Sozialwesen sollten speziell auf solche Situationen vorbereitet und geschult werden. Insofern wird die vorgesehene Regelung ausdrücklich begrüßt, wünschenswert wäre aber eine frühzeitigere Verankerung bereits in den entsprechenden Ausbildungscurricula. Dabei sollte nicht nur medizinisches und psychologisches, sondern auch juristisches Wissen vermittelt werden. Die ethische Handlungskompetenz in diesen Professionen ist ebenfalls zu stärken. Zur Entwicklung einer entsprechenden Grundhaltung und zur Verbesserung der Gesprächsführungskompetenzen könnten auch psychotherapeutische Basiselemente Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula von Gesundheits- und Sozialberufen werden. Die Freistellung von Mitarbeitenden sowie die Kosten für solche Schulungen, aber auch für ggf. notwendige Supervisionen oder ethische Fallbesprechungen, müssen ebenfalls auskömmlich refinanziert werden.

Um den Erstkontakt zu erleichtern, wäre es zudem sinnvoll, eine Peer-to-Peer-Struktur zu etablieren und punktuell in einzelnen Einrichtungen und Diensten zusätzlich spezielle Gatekeeper*innen auszubilden, die über ein spezifisches Wissen zum Thema Suizidalität und Suizidprävention verfügen. Hilfreich kann ebenfalls das Erstellen und Bereitstellen von Handlungsanweisungen oder Orientierungshilfen sein, die im Notfall einen ersten Überblick verschaffen und Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Auch hierbei kann und soll die Koordinierungsstelle eine Schlüsselfunktion einnehmen, was wir sehr begrüßen.

Nr. 10 - Forschung:

Die Ursachen der Suizidalität sowie von Suizidversuchen und Suiziden sind komplex. Um sie in ihrer Entstehung besser zu verstehen und systematisch zu lernen, wie der Umgang damit besser gelingen kann, bedarf es gut ausgebauter und langfristig finanzierter Forschung. Insofern begrüßen wir auch diese Schwerpunktsetzung des Referentenentwurfs grundsätzlich, verweisen aber auf unsere weiteren Ausführungen zu § 19 (Forschung).

In diesem Zusammenhang wäre die Einrichtung spezieller Lehrstühle an entsprechenden Fakultäten denkbar und hilfreich. Um einen gelingenden Wissenstransfer in die Praxis zu schaffen, wäre es zudem sinnvoll, bestehende Unterstützungsangebote und Forschungsvorhaben besser miteinander zu vernetzen, um Lern- und Rückkoppelungsschleifen sicherzustellen und neue Erkenntnisse möglichst zeitnah in die Praxis zu überführen.

§ 10 i.V.m. § 11 – Errichtung eines Fachbeirats bei der Koordinierungsstelle; Aufgaben/ Mitgliedschaft

Die Koordinierungsstelle soll bei der Wahrnehmung und Erledigung ihrer in § 9 genannten Aufgaben durch einen bei der Koordinierungsstelle einzurichtenden Fachbeirat unterstützt werden. Er soll vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils für die Dauer von fünf Jahren eingesetzt werden. Die Koordinierungsstelle und der Fachbeirat sollen sich im Hinblick auf die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung abstimmen. Die Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder soll durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Ländern erfolgen.

Mitglieder des Fachbeirats sollen insbesondere Vertreter*innen von Verbänden, die die Interessen von Gruppen zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention wahrnehmen und die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen, Vertreter*innen der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen, Vertreter*innen von Polizei und Rettungsdiensten sowie Vertreter*innen von Angehörigen- und Betroffenenverbänden sein.

<u>Bewertung:</u>

Die avisierte Einrichtung eines die Koordinierungsstelle unterstützenden und begleitenden Fachbeirats wird grundsätzlich begrüßt. Insbesondere die Beteiligung der Vertreter*innen von Angehörigen- und Betroffenenverbänden ist dabei unverzichtbar. Hierfür müssen die dahinterstehenden, oftmals ehrenamtlich organisierten Strukturen berücksichtigt und durch entsprechende Aufwandsentschädigungen unterstützt werden.

Auch die Perspektiven der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sollten mitberücksichtigt und Vertreter*innen verbindlich beteiligt werden. Zudem ist es auch hier erforderlich, u. a. die Verbände der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und die Ergebnisse des Psychiatriedialogs sowie des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) miteinzubeziehen.

§ 19 – Forschung

Mit dieser Regelung soll der Forschungsauftrag an die einzurichtende Koordinierungsstelle nach § 9 Nr. 10 im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid nochmals unterstrichen werden. So soll die Forschung zum Beispiel auf Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierenden Forschungsprogramms durchgeführt werden.

Bewertung:

Wie bereits ausgeführt begrüßen wir die avisierte Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention grundsätzlich. Mit § 19 wird der Koordinierungsstelle im Bereich der Wissensgenerierung und -vermittlung jedoch eine weit über die Koordinierung hinausgehende Zuständigkeit und Verantwortung übertragen und gleichzeitig offengelassen, wie genau dies geschehen soll. Wir möchten insofern, in umgekehrter Systematik, ein Forschungsbudget vorschlagen, über das die Koordinierungsstelle mit Hilfe des Beirats Forschungsanträge Dritter bescheiden kann.

Zudem sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Förderrichtlinie „Suizidprävention stärken“ des Bundesministeriums für Gesundheit aus unserer Sicht künftig unbedingt weitergeführt und ausgeweitet werden sollte.

§ 20 i.V.m. § 21 – Berichtspflicht und Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll dem Deutschen Bundestag alle drei Jahre über die Arbeit der Koordinierungsstelle berichten, erstmals bis zum 30. Juni 2028. Zudem sollen die Wirkungen des Gesetzes sowie die Maßnahmen der Koordinierungsstelle vom Bundesministerium für Gesundheit rechtlich, medizinisch und im Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend bis zum 31. Dezember 2033 evaluiert werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Regelungen sind sinnvoll und werden begrüßt. Auch hier ist eine regelhafte Einbindung der Erfahrungsexpertise betroffener Menschen, von An-/Zugehörigen sowie von Vertreter*innen der Freien Wohlfahrtspflege und von Selbsthilfeverbänden unbedingt mitzuberücksichtigen.

Zudem sollten die Berichterstattung und Evaluation unbedingt regionale Komponenten (z. B. Erfolgsfaktoren und Hemmnisse) umfassen. Dabei ist zu jedem Zeitpunkt wissenschaftliche Unabhängigkeit zu wahren.

Durch die vorgesehene Evaluationsfrist zum 31. Dezember 2033 würde ein langer Wartezeitraum entstehen. Aus unserer Sicht sollten erste Evaluationsergebnisse bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegt werden, wie z. B. in Form eines Zwischenberichts.

Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nummer 6 – Vermeidung von Suizidversuchen und Suiziden als Gesundheitsziel

Die in § 20 Abs. 3 genannten Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sollen mit dem Referentenentwurf um den Aspekt der Vermeidung von Suizidversuchen und Suiziden erweitert werden.

Bewertung:

Eine solche gesetzliche Erweiterung ist aus unserer Sicht ausdrücklich zu begrüßen und muss dementsprechend in allen darauf bezugnehmenden Rahmenwerken zur Leistungsgestaltung und Förderung (z. B. Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) Berücksichtigung finden. Zudem möchten wir anregen, auch die Früherkennung von Suizidalität im Gesundheitsziel 6 mitaufzunehmen.

§ 64f (neu) – Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

Durch eine neu geschaffene Norm sollen Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention ermöglicht werden, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern und insbesondere auf die a) Vernetzung von Angeboten der medizinischen Versorgung – insbesondere der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Notfallversorgung – mit regionalen Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisenhilfen und der Suizidprävention sowie die b) Überführung von Menschen nach einem Suizidversuch in eine systematische und suizidpräventive Betreuung ausgerichtet sind.

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 vereinbaren oder durchführen. In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden; dabei soll ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden können.

Bewertung:

Aus Sicht des Paritätischen kann die Einführung von Modellvorhaben im Bereich der Suizidprävention sinnvoll sein. Mittel- und langfristig müssen erfolgreiche Angebote, wie sie bereits zahlreich erprobt wurden, aus unserer Sicht jedoch regelhaft verankert und finanziell abgesichert werden.

Grundsätzlich sollten die avisierten Modellprojekte aus unserer Sicht kassenartübergreifend konzipiert werden, um Breitenwirkung entfalten zu können. Die derzeitige Regelung lässt zudem vollkommen offen, zwischen welchen Akteuren in welcher Weise Kooperationsverträge geschlossen werden sollen. Hier sollte dringend nachgeschärft werden.

Die vorgesehene inhaltliche Ausrichtung der Modellprojekte kann grundsätzlich der Fehlsteuerung von Patient*innen und damit der Fehlallokation von Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorbeugen. Insofern ist das Ansinnen des Ministeriums nachvollziehbar, derartige Modellprojekte im SGB V verankern zu wollen. Gleichzeitig möchten wir betonen, dass auch Bund, Länder und Kommunen ihrer (Finanzierungs-)Verantwortung hier stärker nachkommen müssen.

Aktuell werden durch die Einengung auf die GKV zudem nur die bestehenden Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung berücksichtigt, die es mit den regionalen Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisenhilfen und der Suizidprävention zu vernetzen gelte. Ebenso sinnvoll und notwendig wären aus unserer Sicht aber auch Maßnahmen zur Vernetzung mit Strukturen und Angeboten u. a. aus den Bereichen der Sozialgesetzbücher VI, VIII, IX und XI.

C. Zusätzlicher Ergänzungsbedarf

1) Zeitnahe und kontinuierliche psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote ausbauen

Die aktuelle (Ungleich-)Verteilung von niedergelassenen Psychotherapeut*innen mit Kassensitz kann den Versorgungsbedarf von Menschen in psychischen Problemlagen derzeit nicht angemessen decken. Wartefristen von 6-8 Monaten auf einen Therapieplatz sind zu lang. Besonders für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist die Situation schwierig. Hier bestehen teilweise noch längere Wartezeiten für eine psychiatrische/ psychotherapeutische Versorgung. Es braucht daher dringend einen Ausbau z. B. der Anzahl der Kassensitze niedergelassener Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch, den rechtlichen Anspruch auf Behandlung auch über das Erstgespräch hinaus sicherzustellen und, wo nötig, eine angemessene und zeitnahe Anschlussversorgung zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang wäre über neue Berechnungsgrundlagen für Kassensitze der Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen und über eine generelle Reform der Bedarfsplanung nachzudenken. Die §§ 75 Abs. 1 und 73 Abs. 2 SGB V sollen eine entsprechende Versorgung zwar sicherstellen, dies ist aktuell jedoch nicht ausreichend der Fall. Der Koalitionsvertrag verspricht sich von einer Reform der Bedarfsplanung ebenfalls eine deutlich verbesserte Versorgung.

Da diese Maßnahmen jedoch erst langfristig zu einer Verbesserung führen können, sind kurzfristig andere Lösungen zur psychotherapeutischen Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen zu suchen.

2) Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz

In einer älter werdenden Gesellschaft gewinnt palliative Entscheidungskompetenz an immer größer werdender Bedeutung und ist daher auch im Kontext der Suizidprävention eine wichtige Komponente. Medizinische Behandlungen ermöglichen es, auf die Prozesse des Alterns und Krankseins Einfluss zu nehmen und tragen zu einem längeren Leben bei. Diese an sich positive Entwicklung stellt den Menschen und die Gesellschaft aber auch vor eine Reihe neuer Herausforderungen. Jede*r Einzelne muss sich heutzutage länger und tiefgreifender mit den Folgen des Altwerdens und ggf. Krankseins auseinandersetzen.

Insofern können Unterstützungsangebote dabei helfen, sich mit persönlichen Vorstellungen zur Versorgung am Lebensende zu beschäftigen und eigene Wünsche z. B. in einer Patient*innenverfügung, einer Vorsorge- und Betreuungsvollmacht und/ oder weiteren Niederschriften festzulegen. Eine frühzeitige und wiederholte Reflexion und Diskussion eigener Werte und Präferenzen bildet die Grundlage für alle weiteren, stärker auf die letzte Lebensphase ausgerichteten Entscheidungen im Sinne einer umfassenden palliativen Entscheidungskompetenz. Hierdurch können den vielfältigen, das Lebensende betreffenden Fragen und Unsicherheiten rechtzeitig begegnet und der Spielraum des eigenen Entscheidens erweitert werden.

Das Wissen um die Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Rahmen der hospizlich-palliativen Versorgung kann Menschen zudem dabei helfen, Wege im Umgang mit suizidalen Gedanken und Todeswünschen sowie Alternativen zu einem Suizid z. B. bei einer terminalen Erkrankung zu kennen und zu nutzen. Zur Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz sind allen Menschen die Möglichkeiten einer Beratung zu Fragen der Versorgung am Lebensende barrierefrei zur Verfügung zu stellen, zu jeder Zeit und in allen Lebensphasen.

Dieser Rechtsanspruch wäre, ergänzend zu dem Angebot von Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe gemäß § 132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase), aufzunehmen – etwa im Rahmen von Leistungen zur Primären Prävention und Gesundheitsförderung durch einen neuen § 20l im SGB V, der Versicherten einen Anspruch auf eine Beratung zu Fragen zur Versorgung am Lebensende sichert. Die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung ist dabei sicherzustellen.

Erforderlich wären zudem Richtlinien für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Berater*innen, die durch den GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und Palliativversorgung vereinbart werden, sowie Festlegungen über die Anerkennung von Angeboten durch Rechtsverordnungen (über eine Ermächtigung der Landesregierungen).

3) Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen stärken

Die palliative Begleitung und Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase erfordern einen hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand. Dieser Mehraufwand umfasst sowohl die pflegerische und medizinische Versorgung als auch die psychosoziale Begleitung von sterbenden Menschen wie auch ihrer An- und Zugehörigen. Aus unserer Sicht ist für die Palliativphase eine Verbesserung des Personalschlüssels in vollstationären Pflegeeinrichtungen erforderlich und die Verantwortung für eine Verbesserung der Versorgung in den stationären Einrichtungen auf mehrere Schultern zu verteilen.

Leider wurde der Zeitaufwand der für eine angemessene Palliativversorgung erforderlichen Sterbebegleitung im Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM) nicht berücksichtigt. Deshalb ist eine Zwischenlösung erforderlich, bis zu einem späteren Zeitpunkt ggf. diese Zusammenhangstätigkeiten bzw. Aufwände im Rahmen der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in die Personalbemessung nach § 113c SGB XI integriert werden. In finanzieller Hinsicht ist es erforderlich darauf hinzuweisen, dass die Behandlungspflege in stationären Pflegeinrichtungen, wie es der Koalitionsvertrag vorsieht, vollständig durch das SGB V finanziert wird. Behandlungspflegemaßnahmen, die dem palliativen Spektrum zugeordnet werden, müssen hier gesondert berücksichtigt und dürfen nicht übersehen werden.

Kurzfristig sollten pro Pflegeeinrichtung zusätzliche, ausschließlich aus dem SGB V finanzierte Stellenanteile für in Palliative Care qualifizierte Pflegefachpersonen gesetzlich ermöglicht werden. Aus unserer Sicht muss insofern die Verbesserung des

Personalschlüssels in stationären Pflegeeinrichtungen genauso wie die Palliativversorgung in stationären Hospizen durch die Krankenversicherung finanziert werden. Hierfür schlagen wir einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachkraftstellen zur Palliativversorgung in der vollstationären Pflege durch eine zu § 8 Abs. 6 SGB XI analoge Regelung vor. Analog zu § 8 Abs. 6 SGB XI bedeutet, dass diese zusätzlichen Stellen im Verhältnis von 1:50 Bewohner*innen in der Palliativversorgung mit den Pflegekassen vereinbart werden, die Ausgaben der Pflegekassen aber über die Krankenkassen gegenfinanziert werden. Dadurch würden auch die Eigenanteile der Bewohner*innen nicht erhöht werden. Des Weiteren sind auch die Kosten der Qualifizierung der Mitarbeiter*innen in diese Regelung mitaufzunehmen.

4) Einführung eines Rechtsanspruchs auf palliatives Case Management mit Lotsenfunktion zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung

Viele schwerkranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, aber auch im alltäglichen Leben, sind Betroffene und ihre An- und Zugehörigen häufig von der Organisation der Versorgung überfordert. Der Sozialdienst des Krankenhauses leistet nur ein Überleitungsmanagement im Rahmen der Entlassung, der/ die Hausärzt*in kann aus Kapazitätsgründen die notwendige Koordination in der Regel nicht erbringen. Das gilt auch, wenn der/ die Ärzt*in an der besonders qualifizierten und koordinierten Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V mitwirkt. Diese Versorgungsform ist zudem lediglich eine „Kann-Leistung“ und nicht flächendeckend verfügbar. Viele Personen sind daher auf sich allein gestellt und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Versorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung sowie Hilfs- und Heilmittel zeitnah bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können. Diese Situation verschärft sich noch einmal, wenn es vor Ort keine An- und Zugehörigen gibt, die sie dabei unterstützen können. Lediglich im Rahmen der Aktivitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) steht eine solche Unterstützung und Koordinierung zur Verfügung. SAPV ist aber nur wenigen Betroffenen mit sehr speziellen Krankheitsbildern vorbehalten.

Um allen schwerkranken und sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen bei der Organisation der notwendigen Hilfen unterstützen zu können und eine fallspezifische Versorgung zu gewährleisten, bedarf es der Einführung eines palliativen Case Managements.

Menschen, die an einer schwerwiegenden chronischen und/ oder terminalen Erkrankung leiden, sollte ein Gespräch mit einer*einem palliativen Case Manager*in angeboten werden. Diese*r Case Manager*in informiert und berät über die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung und hilft beim Navigieren der Einzelleistungsbereiche in unserem zergliederten Versorgungssystem. Dadurch wird auch eine Lotsenfunktion bei der Beantragung und Koordination notwendiger gesundheitlicher, pflegerischer, psychologischer, sozialer, spiritueller und sonstiger Unterstützungsangebote gewährleistet.

Die Leistung soll von dem/ der behandelnden Ärzt*in verordnet werden und kann von verschiedenen, entsprechend qualifizierten Berufsgruppen (Pflegefachkräften, Sozialpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) durchgeführt werden. Das palliative Case Management kann bei verschiedenen Leistungserbringern in der Regel- und Spezialversorgung verankert sein. Es soll flächendeckend verfügbar und möglichst niedrigschwellig und zugehend angelegt sein.

Aus unserer Sicht ist der Anspruch von Versicherten auf ein sektorenübergreifendes Case-Management zur Sicherung einer individuellen und bedarfsgerechten Versorgung als Leistung im SGB V gesetzlich zu verankern. Wir schlagen vor, dazu einen neuen § 39f SGB V oder § 37d SGB V zu statuieren. Für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Case Manager*innen sind entsprechende Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und Palliativversorgung zu vereinbaren.

5) Psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) integrieren

Schwerkranke und sterbende Menschen leiden nicht nur körperlich. Sie und ihre An- und Zugehörigen müssen sich auch mit den psychischen, sozialen, seelischen und finanziellen Auswirkungen ihrer Krankheit auseinandersetzen und diese bewältigen. All diesen Dimensionen muss mit einer umfassenden und der menschlichen Komplexität gerecht werdenden Schmerzbehandlung auch in der SAPV entsprochen werden. Dazu ist neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen die Verankerung der psychosozialen Leistungen im Rahmen des § 132d SGB V notwendig. Psychosoziale Leistungen, die bereits auf Palliativstationen und in stationären Hospizen regulärer Teil der palliativen Behandlung sind, müssen auch im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regelhaft erbracht und psychosoziale Fachkräfte fest in das Behandlungsteam integriert werden. Aus unserer Sicht ist daher eine Ergänzung der psychosozialen Leistungen in § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V erforderlich. Hierzu schlagen wir folgende Formulierung vor:

“Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, pflegerische und psychosoziale Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; (...).”

Berlin, 05. Dezember 2024

Dr. Joachim Rock, Hauptgeschäftsführer

Kontakt

Luca Torzilli
Mail: gesundheit@paritaet.org