



**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte
Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV)
zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der nationalen Suizidprävention
vom 28.11.2024**

Berlin, 05.12.2024

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)
Vereinssitz Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Michaela Hach (Vorsitzende), Annette Becker-Annen (stellv. Vorsitzende)

Kontakt:
Postadresse: Gibber Straße 7 / 65203 Wiesbaden / www.bag-sapv.de
Tel: 0171 755 6017 / E-Mail: info@bag-sapv.de
Amtsgericht Charlottenburg VR 34995 B

Einleitung und Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 28. November 2024 den „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention mit dem Ziel vorgelegt, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern. Zudem sollen Stigmata und Tabuisierungen von psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen, weiter bekämpft werden.

Die BAG-SAPV bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum o.g. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Bundesregierung durch diesen Entwurf das Leid von Menschen mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suizid und deren Mit-Betroffenen durch eine nationale Suizidprävention aufgreift.

Wir sehen hierin einen weiteren wichtigen Baustein zur Stärkung der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung insbesondere auch in der Palliativversorgung und der Hospizarbeit.

Unsere allgemeine übergeordnete Anmerkung bezieht sich auf die besonderen Befassungsschwerpunkte von Kindern und Jugendlichen und speziellen Herausforderungen der Suizidalität von alten und betagten Menschen sowie Einrichtungen mit hohem Risikoklientel, z. B. Langzeit-Pflegeeinrichtungen und Suchthilfe-Einrichtungen. Diese finden aus unserer Sicht in diesem Referentenentwurf keine ausdrückliche und ausreichende Berücksichtigung.

Unsere dezidierten Anmerkungen entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Auflistung.

Mit freundlichen Grüßen



Michaela Hach

Vorsitzende BAG-SAPV

Postadresse
Gibber Straße 7 | 65203 Wiesbaden

Tel: [+49 \(0\) 171 755 60 17](tel:+4901717556017) | Fax: [+49 \(0\) 322 242 446 85](tel:+49032224244685)
E-Mail: m.hach@bag-sapv.de | Web: www.bag-sapv.de

Vereinssitz Berlin | Vereinsregister Charlottenburg VR 34995 B



Stellungnahme der BAG-SAPV zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Vom 28.11.2024

Referentenentwurf Stand 28.11.2024	Anmerkungen / Stellungnahme BAG-SAPV
<p>A. Problem und Ziel</p> <p><u>Seite 1 Zeile 2</u> „Suizide und Suizidversuche verursachen erhebliches Leid. Menschen mit Suizidgedanken durchleben zumeist eine langanhaltende Phase des Leidens, aber auch Familie und Freunde sind direkt mitbetroffen.“</p> <p><u>Seite 1 Abs.1</u> „Inwieweit nationale und internationale Krisen und der damit verbundene Anstieg an psychischen Belastungen in der Bevölkerung einen Einfluss auf die Entwicklung der Suizidraten haben, bleibt abzuwarten.“</p> <p>„Die Vielzahl von Initiativen, Hilfsangeboten und Programmen zur Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in sonstigen kritischen Lebenslagen und speziell auch zur Suizidprävention haben dazu beigetragen, die Suizidrate seit den 1980er Jahren zu halbieren.“</p>	<p>Von Suizidhandlungen herausgeforderte oder traumatisierte Helfer (z.B. Mitarbeitende der Feuerwehr, Rettungsdiensten, Polizei, Bahn sowie unmittelbare Augenzeugen) gilt es ebenfalls zu berücksichtigen, da diese auch zu den Betroffenen zu zählen sind.</p> <p>Die Entwicklung ist unseres Erachtens nicht „abzuwarten“ sondern „ist kontinuierlich (fortwährend) zu beobachten“ Abwarten ist keine aktive Präventionsstrategie.</p> <p>Die Vielzahl der erwähnten Initiativen sind fast ausschließlich nicht dauerhaft regelfinanziert, Maßnahmen zur Lösung dieser Herausforderung sind nicht umfassend erkennbar.</p>

<p><u>Seite 1 Abs. 4</u> „Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern.“</p>	<p>Nicht nur die Rahmenbedingungen, sondern auch die Maßnahmen selbst gilt es sicherzustellen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.</p>
<p>B. Lösung</p> <p><u>Seite 2 Abs. 2</u> „Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung zu stärken und zu verbessern.“</p>	<p>Hier sollten genauere und konkretere Interventionen genannt werden. Die Formulierung „Information, Aufklärung, Forschung, Unterstützung“ ist sehr allgemein und zu unspezifisch gehalten.</p>
<p>Abschnitt 1 Allgemeine Vorschriften</p>	
<p>Seite 8 § 1 „Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich</p> <p>(1) Ziel des Gesetzes ist es, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung zu stärken und zu verbessern. Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen sollen möglichst verhindert werden. Dazu sind Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige frühzeitig und umfassend zu unterstützen, einem suizidalen Verlangen ist vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren (Suizidprävention). Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit erfolgt durch die Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die sich an Maßnahmen der Suizidprävention frei-willig oder aufgrund rechtlicher Vorgaben beteiligen.</p> <p>(2) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben bleibt durch dieses Gesetz unberührt. Alle Maßnahmen erfolgen mit der Maßgabe, dass das Rechtsgut Leben nicht gegen den freien Willen der betroffenen Person zu schützen ist. Menschen mit</p>	<p>Wir begrüßen die Absicht des Gesetzgebers, dass Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen möglichst verhindert werden sollen.</p> <p>Das Ziel und die Problembeschreibung sind aus unserer Sicht sehr allgemein gehalten. Der Autonomiegedanke (Recht auf Selbsttötung) wirkt gegenüber dem Ansatz zur Suizidprävention annähernd gleich gewichtet). Ziel scheint es nicht zu sein, Menschen, die aufgrund einer Erkrankung die Folgen des Handelns nicht abschätzen zu können, als besonders schützenswert zu definieren (z.B. bei psychischen Krisen).</p> <p>„Unterstützung“ als Maßnahme ist dergestalt unbestimmt, dass sich hieraus keine unmittelbar wirksamen Interventionen ableiten lassen. Wir empfehlen hier zu ergänzen, worin und wozu sowie mit welchen Mitteln und durch wen sind die Menschen mit Suizidgedanken zu unterstützen sind.</p>

<p>Suizidgedanken und Sterbewillige werden insbesondere dahingehend unterstützt, ihre Selbstbestimmungsfähigkeit zu bewahren oder wiederherzustellen, um eine nicht von einem freien Willen getragene Umsetzung des Sterbewunsches zu verhindern und eine autonome und umfassend informierte Entscheidungsfindung von Sterbewilligen im Sinne von § 2 Absatz 2 sicherzustellen. „</p>	
<p>§2 Begriffsbestimmungen</p>	<p>Auch diese sind sehr allgemein gehalten. Alle Menschen mit Suizidgedanken werden zusammengefasst. Die Aspekte der Suizidprävention durch Hospiz- und Palliativversorgung werden bei den weiteren Akteuren nicht berücksichtigt.</p> <p>Krisendienste im Sinne dieses Gesetzes sind geeignete Angebote der Länder und weiteren Akteure im Bereich Suizidprävention, die beraten sollen. Hier sollte berücksichtigt werden, dass Institutionen, Einrichtungen und Leistungserbringer (wie z.B. die SAPV), die nicht ausschließlich oder hauptsächlich in der Suizidprävention tätig sind, aber mit dem Thema häufig in Kontakt kommen, ebenfalls in die nationale Suizidprävention (z.B. durch Qualifikation, Forschung, Lehre) einbezogen werden müssen.</p>
<p>Abschnitt 2 Maßnahmen der Suizidprävention</p>	
<p>§3 Suizidprävention durch Information und Aufklärung</p> <p>§4 Zugang zu Krisendiensten</p>	<p>Wir begrüßen es mit Nachdruck, dass die Behörden in den Ländern Information über „Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung“ zur Verfügung stellen sollen und die Leistungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung im Kontext der Suizidprävention genannt werden.</p> <p><u>Zu §3 und §4:</u> Die Finanzierung von 24h erreichbaren Krisendiensten ist aus unserer Sicht erforderlich aber nicht geregelt, auch sind zielgruppenspezifische Belange nicht benannt, z.B. Kinder, pflegende Angehörige, beruflich Pflegende als Schlüsselpersonen der Alterssuizidalität. Eine Intervention (deutlich vor der Krise) ist zwingend anzubieten und zu regeln. Aus unserer Sicht sind z.B. antizipative Interventionen gegen Einsamkeit,</p>

	Verlust von Freiheitsgraden der Autonomie und Würde dringend geboten.
<p>§6 Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention und Zusammenarbeit in den Ländern</p> <p>§7 Zusammenarbeit zur Suizidprävention mit den Ländern</p>	<p><u>Zu §6 und §7</u> Netzwerkstrukturen zur Koordination ersetzen nicht notwendige konkrete Maßnahmen. Direkt erforderlich sind z.B. ein kurzfristiges und kleinräumiges (aber auch kumuliert berichtetes) Monitoring von mindestens abschließend vollzogenen Suizidhandlungen (assistierte freiverantwortliche von nicht freiverantwortliche getrennt und letztere auch nach Ort des Vollzugs aufgeschlüsselt) zur Erkennung von sog. Hot-Spots als Voraussetzung zur präventiven Gelegenheitsrestriktion.</p>
<p>Abschnitt 3 Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention</p>	
<p>§9 Aufgaben</p>	<p>Zu den beschriebenen Aufgaben der Koordinierungsstelle sehen wir auch ein Erfordernis, Einrichtungen und Leistungserbringer (wie z.B. die SAPV), die nicht ausschließlich oder hauptsächlich in der Suizidprävention tätig sind, aber mit dem Thema häufig in Kontakt kommen, ebenfalls in die Vernetzung und Zusammenarbeit einzubeziehen.</p> <p>Diese sollten ebenfalls im Verzeichnis und der Rahmenempfehlung für Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden.</p> <p>Es fehlen Ansätze dafür, wie mit Suizidhotspots z.B. Brücken von denen häufig gesprungen wird, umzugehen ist. Dies wird in anderen Ländern als Suizidpräventiv evaluiert.</p> <p>In den Modellvorhaben sollen bestehende Strukturen die Weiterbehandlung von Menschen während/nach Krisen übernehmen. Die bestehenden Strukturen reichen aber schon heute nicht aus.</p>
<p>§ 11 Mitgliedschaft</p>	<p><u>Zu §11:</u> Es wird keine Zielvorgabe definiert, hier erscheint das Ergebnis offen. Umsetzung bzw. Start der Surveillance ist unbedingt zeitnah erforderlich.</p>

	<p>Mandatierte Vertretung wie Hausärzte und Psychiater/Psychotherapeuten sowie Hospiz- und Palliativkompetenz müssen explizit mit benannt werden.</p>
<p>Abschnitt 4 Forschung</p>	
<p>§19 Forschung</p>	<p>Da es viel zu wenig Daten zu dem Thema gibt, wäre ein Lehrstuhl für Suizidprävention sinnvoll. Im Entwurf steht lediglich, dass die Koordinierungsstelle den Bereich Forschung übernimmt. Das erscheint uns eher zu wenig.</p>
<p>Begründung</p>	
<p>A. Allgemeiner Teil Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen</p>	
<p>Hinter Suizidgedanken steht oft nicht das Gefühl „Ich will nicht mehr leben“, sondern eher „Ich will so nicht mehr leben“.</p>	<p>Der Aussage: „Weitere Herausforderungen für die Suizidprävention stellen die gesellschaftlichen und politischen Debatten zum assistierten Suizid dar.“ (Begründung S.21) stimmen wir zu. Gerade auch deshalb ist nicht nur die Information, sondern auch die Stärkung von „Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung“ dringend notwendig. Nur so können gerade bei unheilbar erkrankten Menschen „Anstrengungen zur Unterstützung von Menschen in Krisensituationen und zur Suizidprävention“ (Begründung S.22) auch in die Tat umgesetzt werden.</p> <p><u>Seite 21 Abs. 2.</u> Aus unserer Wahrnehmung heraus ist bei Palliativpatient:innen die Aussage „Ich kann so nicht mehr leben“ eher zutreffend. Der Ausdruck „Ich will so nicht mehr leben“ könnte auch als Willensbekundung zur Sterbehilfe verstanden werden.</p> <p><u>Seite 22 Abs. 3</u> Eine weitere wichtige Zielgruppe der Suizidprävention sind Menschen in der letzten Lebensphase. Dies impliziert sowohl Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen als auch hochaltrige, zumeist multimorbide Menschen, deren Lebensende mittelbar bevorsteht. Für sie</p>

<p>„Eine weitere wichtige Zielgruppe der Suizidprävention sind Menschen in der letzten Lebensphase.“</p>	<p>besteht Suizidprävention in einer einfühlsamen und individuell angepassten Herangehensweise, die darauf abzielt, die Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen zu lindern und gleichzeitig die Würde und Autonomie der Patientinnen und Patienten zu respektieren.</p> <p>Als Maßnahme wird eine einfühlsame Herangehensweise empfohlen. Hier müsste u.E. nach auch explizit die qualifizierte Palliativversorgung genannt werden. Was Menschen häufig suizidal werden lässt, sind quälende Beschwerden, der Verlust des Würdeempfindens und der Verlust der Selbstbestimmung.</p>
<p>B. Besonderer Teil</p>	
<p>Zu Nummer 3</p> <p>Durch therapeutische Unterstützung ist es sehr häufig möglich,.....</p>	<p>„Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, bei der Suizidprävention das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Schutz des Lebens zu achten.</p> <p>In <u>Absatz 2</u> wird deutlich gemacht, dass die in Wahrnehmung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben getroffene Entscheidung des Einzelnen, sein Leben zu beenden, von Staat und Gesellschaft auch zu respektieren ist. Allein auf der Grundlage der individuellen Situation sowie der persönlichen Einstellungen und Wertoptionen der Betroffenen ist zu beurteilen, ob und inwieweit Hilfsangebote geeignet sind, eine zum Suizid motivierende Belastung abzuwenden bzw. zu vermindern.“ (Besonderer Teil, S.51) ... und gerade diese individuelle Situation kann bei unheilbarer Erkrankung oder Multimorbidität im Alter in der Regel durch Leistungen der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung verbessert werden!</p> <p>Nicht nur Informationen über, sondern gerade auch die tatsächlichen „Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung“ können Ängste, die in Zusammenhang mit schwerer Krankheit, Sterben und Tod auftreten, mildern und vermitteln, dass ein umfangreiches Netz an Hilfen, Begleitung und Versorgung zur Verfügung steht. Die bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung greifen ineinander und zielen darauf ab, eine den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen entsprechende Versorgung und Begleitung zu ermöglichen – sei es zu</p>

	<p>Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz.“ (<u>Besonderer Teil, S.52</u>)</p> <p><u>Seite 53 Absatz 1</u> Dies entspricht leider nicht den aktuellen Gegebenheiten in der ambulanten Versorgungspraxis. Eine zeitnahe therapeutische Unterstützung ist nicht gegeben bzw. meist nicht verfügbar, Betroffene warten oft zu lange auf ein Therapieangebot. Der Entwurf greift hier auf eine nicht existierende Ressource zurück.</p> <p>Gerade in der SAPV wäre es für Patienten und Patientinnen dringend erforderlich die bisher nur biprofessionelle Leistungserbringung (qualifizierte palliativärztliche und palliativpflegerische Leistungsanteile) durch psycho-soziale Fachpersonen bei Erwachsenen zu ergänzen.</p> <p>Vernetzung aller Ebenen ist insbesondere wichtig und notwendig, um das Ziel zu verfolgen, „Personen inmitten psychosozial verdichteter suizidaler Lebenssituationen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und den situationsbedingt anspruchsvollen Anforderungen an eine freiverantwortliche Entscheidung Rechnung zu tragen.“ (<u>Besonderer Teil, S.59</u>) ... aber noch wichtiger als die „Vernetzung aller Ebenen“ sind die realen Versorgungsmöglichkeiten vor Ort, um dieses Ziel zu erreichen.</p> <p>„Der Deutsche Ethikrat gibt passend dazu in seiner Stellungnahme vom 22. September 2022 an, dass eine freiverantwortliche Suizidentscheidung voraussetzt, dass die suizidwillige Person über den Gegenstand, der von ihr zu treffende Entscheidung hinreichend informiert ist, sie also hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte hat. Ohne eine solche Kenntnis kann eine Suizidentscheidung – unabhängig von den Gründen für die Unkenntnis – nicht als freiverantwortlich gelten.“ (<u>Besonderer Teil, S.61</u>) ... Auch solche Kenntnisse bei lebensbedrohlicher Erkrankung zu vermitteln, ist ein wesentliches Merkmal bedarfsgerechter Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung.</p>
--	---