

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 321 – Psychiatrie, Neurologie

Friedrichstraße 108
10117 Berlin

05.12.2024

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention als Berufsverband
der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM)
e.V. Stellung nehmen zu können.

Der Umstand, dass es im Jahr 2023 10.304 Menschen in Deutschland
waren, die sich selbst töteten, mehr als durch Verkehrsunfälle, Mord, HIV
und illegale Drogen zusammen, unterstreicht die Notwendigkeit, die
Suizidprävention als ein dringend der Aufmerksamkeit bedürftiges
Handlungsfeld der Gesundheitspolitik anzuerkennen.

Das Vorgehen entspricht damit Vorgaben und Planungen der europäischen
Kommission¹ und der WHO^{2,3}. Der Gesetzentwurf greift einige der in der wissenschaftlichen

Vorsitzende

Dr. Irmgard Pfaffinger
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie - Psychoanalyse
Knöbelstr. 36, 80538 München
Tel. 089 2283582, Fax 089 60600259
irmgard.pfaffinger@bpm-ev.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Norbert Hartkamp
Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie - Psychoanalyse
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel. 0212 22177270, Fax 0212 22177272
norbert.hartkamp@bpm-ev.de

Dr. Rüdiger Behnisch
Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Schnieglinger Str. 225 B, 90427 Nürnberg
Tel. 0176 14672143, Fax 0911 66070222
ruediger.behnisch@bpm-ev.de

Schatzmeister

Dr. Jochen Hefner
Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Augustinerstr. 3, 97070 Würzburg
Tel. 0931 66055576, Fax 0931 66055577
jochen.hefner@bpm-ev.de

Geschäftsführerin

Dr. Birgit Mirwald-Schulz
Robert-Koch-Platz 4, 10115 Berlin
Tel. 030 28864649, Fax 030 31565416
geschaeftsstelle@bpm-ev.de

Wissenschaftliche Beraterin

PD Dr. Cora S. Weber
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie und Innere Medizin
Oberhavel Kliniken GmbH, Klinik Hennigsdorf
Abt. Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Marwitzer Str. 91, 16761 Hennigsdorf
Tel. 03302 545-4332, Fax 03302 545-4289
cora.weber@oberhavel-kliniken.de

info@bpm-ev.de
www.bpm-ev.de

Bankverbindung

GLS Bank
IBAN DE50 4306 0967 1300 0430 00
BIC GENODEM1GLS

1 Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And
Social Committee And The Committee Of The Regions On A Comprehensive Approach To Mental Health
https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf

2 WHO (2002) Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention
programmes and strategies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107452/E77922.pdf;sequence=1>

3 WHO (2021) Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization

Literatur als evidenzbasiert wirksam erwiesene Strategien^{4,5} zur Suizidprävention auf, wie z.B. die Durchführung baulicher Maßnahmen an „Hotspots“ des Suizidgeschehens wie beispielsweise Brücken, lässt andere Strategien jedoch unbeachtet (z.B. Verwendung von Lithium in der Behandlung depressiver Störungen).

Gleichzeitig haben wir jedoch Zweifel daran, ob die geplante Einrichtung einer nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention, die den Kernpunkt des Gesetzentwurfes darstellt, eine wirksame Maßnahme sein wird.

Die vorgeschlagenen Bestimmungen erscheinen uns zu weiten Teilen eher vage und so weitgehend allgemeiner Natur, dass wir uns nicht recht vorzustellen vermögen, wie durch die vorgeschlagenen Maßnahmen die Verringerung der Suizidrate um 30 % erreicht werden soll, welche die WHO als Zielvorgabe bis zum Jahr 2030 vorgesehen hat⁶.

In besonderer Weise sehen wir kritisch, dass (S. 58 des Referentenentwurfs, erster Absatz) es als die wesentliche Herausforderung angesehen wird, dass zentrale Aufgaben der Suizidprävention in primäre Verantwortung der Länder und Kommunen und somit außerhalb der Handlungskompetenz des Bundes liegen, und dass aus diesem Grund auf Bundesebene eine überregionale Struktur in Form der Koordinierungsstelle geschaffen werden soll, die eine bundesweit vernetzende Funktion übernimmt.

Da Suizidprävention im Wesentlichen stets lokal und „vor Ort“ implementiert werden muss und auch spezifische Kenntnisse regionaler und örtlicher Gegebenheiten voraussetzt (Kenntnisse bezüglich suizidspezifischer „Hotspots“, besonders problembehafteter Sozialräume oder Teilpopulationen etc.), werden beispielsweise in Leitlinien gefasste bundesweite Vorgaben vermutlich oftmals die regional bestehenden Problemsituationen nicht adressieren können.

So könnte die geplante nationale Koordinierungsstelle Suizidprävention am Ende zu einer im Wesentlichen überflüssigen bürokratischen Einrichtung werden.

Damit dies nicht das Ergebnis des vorliegenden Gesetzesvorhabens ist, müssen die Rollen und Zuständigkeiten der Mitglieder einer nationalen Koordinierungsstelle ausdrücklich festgelegt

4 Scott, A., & Guo, B. (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?. WHO Regional Office for Europe

5 Dillon, L., Guiney, C., Farragher, L., McCarthy, A., & Long, J. (2015). Suicide prevention: an evidence review. Health Research Board, Dublin

6 WHO (2021) Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1>

werden, auch um Verantwortlichkeiten für die getroffenen Maßnahmen zu gewährleisten. Davon ist jedoch weder im Gesetzentwurf noch in der vorliegenden Begründung die Rede.

Zu Kritikpunkten im Einzelnen:

In § 9 (3.) sollte u.E. die Aufgabe der Koordinierungsstelle auf die Förderung der Zusammenarbeit beschränkt bleiben, eine Notwendigkeit, dass die Koordinierungsstelle aktiv durch eigene Koordinierung strukturelle und inhaltliche Vorgaben macht, besteht unseres Erachtens nicht. Wir halten auch die fachliche Unterstützung beim Aufbau und der Weiterentwicklung von Netzwerken und Krisendiensten für nur insoweit erforderlich, als dass Angebote (im Ggs. zu Vorgaben) gemacht werden, da die für die Netzwerkstrukturen notwendigen Fachkompetenzen bei den Krisendiensten und den Akteuren der Netzwerke im Regelfall hinreichend vorhanden sind.

In § 9 (6.) erschließt es sich uns nicht, warum es notwendig ist, Arbeitshilfen, die Krisendiensten und Netzwerk-Akteuren zur Verfügung gestellt werden sollen in leicht verständlicher Sprache abgefasst werden sollen. In der Regel darf davon ausgegangen werden, dass die hier angesprochenen handelnden Personen eher von in einer differenzierten und der Komplexität der Thematik angemessenen Sprache abgefassten Arbeitshilfen profitieren als von in leichter Sprache abgefassten Arbeitshilfen, die der notwendigen differenzierten Betrachtung nicht genügen. Ferner erschließt es sich uns hier nicht, wie das Verhältnis von Arbeitshilfen einerseits zu Qualitätskriterien und -standards andererseits sein soll, es sei denn, dass die zu erstellenden Arbeitshilfen „top-down“ zu Qualitätsstandards erklärt werden, wobei dann unklar bleibt, worauf sich eine solche Standardsetzung empirisch würde gründen wollen.

In § 9 (10.) erscheint es uns als vollkommen unangemessene Überforderung einer angedachten nationalen Koordinierungsstelle Suizidprävention, dieser Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid zu übertragen. Solche Aufgaben gehören zweifelsohne in die Hände von Universitäten oder Forschungsinstitutionen wie beispielsweise der Max-Planck-Gesellschaft oder des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG). Eine nationale Koordinierungsstelle Suizidprävention vermag gegenüber diesen Institutionen keinen Mehrwert zu schaffen.

Bei den Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention (S. 18, Ziff. 3.4) erscheint uns die Vorstellung illusionär, eine nationale Koordinierungsstelle Suizidprävention könne für „Gatekeeper“ (Polizeibeamte, Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ordnungsbehörden, pädagogische Fachkräfte, Lehrerinnen und Lehrer etc.) auf das Thema Suizidalität bezogene

Supervisionsangebote bereitstellen. Das wird alleine aufgrund der Zahl der genannten „Gatekeeper“ eine Unmöglichkeit sein. Die Vorstellung, dass Mitarbeiter der Koordinierungsstelle Leitlinien für solche Supervisionen erstellen ist ebenfalls illusionär, da Mitarbeiter einer Koordinierungsstelle in der Regel nicht über die erforderliche fachliche Ausbildung als Supervisoren und die für die Durchführung von kompetenter Supervision erforderliche notwendige Praxis verfügen.

Ebenfalls wenig zielführend erscheint uns (Ziff. 5.1) der Gedanke, es solle ein rund um die Uhr erreichbarer bundesweiter Krisendienst eingerichtet werden. Hilfe für in Krisen befindliche suizidale Personen muss stets lokal erfolgen; insoweit bedarf es keines bundesweiten Krisendienstes, sondern allenfalls einer bundesweit einheitlichen Möglichkeit einen dann aber stets lokal agierenden Krisendienst zu erreichen.

Hinsichtlich der in einem neuen § 64f des SGB V vorgeschlagenen Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention erschließt es sich uns nicht, inwieweit hier ein Auf- und Ausbau von regionalen psychiatrischen Krisendiensten von Nutzen sein kann. Tatsächlich stehen mit den regional zuständigen psychiatrischen Kliniken und den kommunalen sozialpsychiatrischen Diensten hinreichende psychiatrische Strukturen zur Verfügung. Zusätzliche, sich auf die Intervention bei suizidalen Patienten spezialisierende psychiatrische Krisendienste sind auch deswegen unnötig, weil niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und auch Hausärztinnen und Hausärzte über die notwendigen Kompetenzen verfügen, mit Patientinnen und Patienten in akuten suizidalen Krisen umzugehen, bspw. durch Veranlassung einer Einweisung in stationäre Behandlung gemäß des jeweiligen Landesgesetzes über Hilfen für psychisch Kranke. Der Gedanke weiterhin, es sei nützlich, Menschen nach einem Suizidversuch in eine systematische und suizidpräventive Betreuung, insbesondere im Sinne einer psychotherapeutischen Krisenkurzintervention zu überführen, wird alleine schon daran scheitern, dass es eine solche suizidpräventive psychotherapeutische Krisenkurzintervention auf empirisch fundierter Basis im Rahmen der bestehenden Strukturen der medizinischen Versorgung nicht gibt.

Bezüglich der angedachten Kosten erscheinen die Angaben im Referentenentwurf über weite Strecken nicht nachvollziehbar.

So ist in keiner Weise nachvollziehbar, dass alleine eine „Machbarkeitsstudie im Rahmen einer Konzepterstellung zur Einführung einer Krisenrufnummer“ 500.000 € kosten soll. Eine solche

Krisenrufnummer existiert beispielsweise schon länger in den Niederlanden⁷ und sie wurde auch bereits vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen propagiert⁸. Es liegen also bereits Konzepte und funktionierende Modelle vor.

Eine Notwendigkeit, eine halbe Million Euro für Konzeptentwicklung auszugeben, für etwas, was andernorts bereits existiert, bzw. für das Konzepte bereits erstellt sind, ist nicht erkennbar.

Weiterhin ist auch in keiner Weise erkennbar, wodurch ein Kostenaufwand von 300.000 € für den Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 9 (2.) und (5.) gerechtfertigt werden kann. Es handelt sich ja schließlich lediglich um die Sammlung von Hilfsangeboten verschiedener Akteure, die von diesen der Koordinierungsstelle kostenfrei zur Verfügung gestellt werden sollen. Eine auf dem technischen Niveau vergleichbarer Websites im Bereich von Behörden im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit zu erstellende Website könnte nach unserem Dafürhalten von einem fleißigen und engagierten Werkstudenten zu weniger als einem Zehntel der angedachten Kosten erstellt werden.

Gänzlich aus der Luft gegriffen erscheint uns die Vorstellung, dass 417 Behörden auf kommunaler und Landesebene jede 120 Arbeitsstunden (3 Arbeitswochen einer IT-Fachkraft, angenommen diese arbeite 40 Stunden pro Woche) dafür verwenden müssten, in ihrer jeweiligen IT-Infrastruktur jeweils eine (!) Informationsseite mit Verlinkungen innerhalb einer zentralen Website dieser Behörden einzurichten.

Nach vernünftigem Ermessen kann eine solche Aufgabe in längstens einem Arbeitstag von höchstens 8 Stunden erledigt werden, so dass ein Kostenaufwand von maximal 217.507,20 € anstelle der veranschlagten 3.262.608,00 € vernünftig und angemessen erscheint.

Unklar bleibt uns weiterhin, wie sich die Ausstattung der zu schaffenden nationalen Koordinierungsstelle mit insgesamt 11,5 Vollzeitstellen rechtfertigt, davon alleine 6,5 Akademikerstellen im höheren Dienst. Angesichts des Umstands, dass gemäß § 16 des Referentenentwurfs der wahrscheinlich größte Teil der anfallenden Arbeiten an eine andere Behörde, mutmaßlich die BZgA, delegiert werden wird und der wesentliche Teil der verbleibenden Aufgaben von hinzugezogenen Fachexpertinnen und -experten erledigt werden wird (bspw. §9 (9.)⁹), dürfte auch eine deutlich geringere personelle Ausstattung ausreichend sein.

⁷ https://de.wikipedia.org/wiki/113_Zelfmoordpreventie

⁸ <https://www.bapk.de/themen/113-die-bundesweite-krisennummer.html>

⁹ Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention für Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsberufe lassen sich nur durch Angehörige dieser Berufsgruppen entwickeln, jedenfalls werden diese die wesentliche Arbeit erledigen

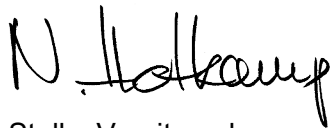
Bei den Erläuterungen zu § 3 (Nummer 3, Seite 53 des Referentenentwurfs) möchten wir darauf hinweisen, dass nicht lediglich auf bestehende Angebote der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verwiesen wird, denn tatsächlich haben psychosomatisch-medizinisch und psychotherapeutisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte hier ebenfalls einen beträchtlichen Anteil an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Auch erscheint uns die vorgenommene Gewichtung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB), wie sie im zweiten Absatz vorgenommen wurde nicht sachgerecht, wenn dieser eine „besondere Bedeutung“ zugeschrieben wird, während hingegen die Leistungen innerhalb der KSVPsych-RL lediglich als „weiteres Angebot“ apostrophiert werden. Tatsächlich muss auch hier der Grundsatz: „ambulant vor stationär“ konsequent beibehalten werden, so dass Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der KSVPsych-RL eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden muss und Leistungen der StäB als weiteres Angebot aufgeführt werden sollten.

Neben den hier genannten und im einzelnen aufgeführten Kritikpunkten gibt es noch weitere, auch redaktionelle Punkte, die nicht Gegenstand dieser Stellungnahme sein sollen.

Als Verband wünschen wir uns, dass die von uns vorgebrachten Punkte einer unvoreingenommenen Prüfung unterzogen werden – gleichwohl möchten wir abschließend unterstreichen, dass aus unserer Sicht eines in jedem Fall klar ist: Suizide und Suizidversuche sind nahezu immer für alle Betroffenen, für alle Angehörigen ein existenziell erschütterndes Vorkommnis. Deswegen ist es richtig, sich um die Prävention von Suiziden zu bemühen, und so wertschätzen wir es sehr, dass nunmehr ein Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz vorgelegt wurde, wie es bspw. auch schon der 128. Deutsche Ärztetag 2024 gefordert hatte.

Freundliche Grüße
Für den Vorstand des BPM



Stellv. Vorsitzender