

## **Gesetzentwurf zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vom 28.11.2024**

### **Stellungnahme der Malteser**

#### **1. Vorbemerkung**

Vor dem Hintergrund der Debatte um eine gesetzliche Regulierung der Suizidassistenz haben die Mitglieder des Deutschen Bundestages mit dem am 06. Juli 2023 mit überwältigender Mehrheit angenommenen Entschließungsantrag zur Stärkung der Suizidprävention ein deutliches Zeichen der Humanität und Solidarität mit Menschen in suizidalen Krisensituationen gesetzt, deren Schutz Staat und Gesellschaft verpflichtet sind. Der Auftrag an die Bundesregierung, die Suizidprävention zu fördern und auszubauen und dies sowohl in einer nationalen Suizidpräventionsstrategie sowie in einem Suizidpräventionsgesetz zu verankern, hat unsere volle Zustimmung und Unterstützung.

Als Malteser gehören wir mit weit über 90.000 ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden zu den großen sozialen Dienstleistern in Deutschland. Wir sind Träger von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und stationären Hospizen, von Jugendhilfeeinrichtungen (insbesondere für psychisch erkrankte Jugendliche) und Einrichtungen für Geflüchtete. Wir sind einer der größten Anbieter in der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, engagieren uns in der Palliativmedizin genauso wie in der Trauerbegleitung. Zu unseren Arbeitsschwerpunkten gehört die Betreuung und Begleitung einsamer, alter, hilfsbedürftiger und insbesondere demenziell veränderter Menschen. In all diesen Diensten und Einrichtungen begegnen wir immer wieder schwerkranken sowie sterbenden Menschen jeden Alters, die Suizidgedanken haben.

#### **2. Unzureichender Prozess**

Der vorgelegte Referentenentwurf ist an zahlreichen Stellen deutlich überarbeitungs- und ergänzungsbedürftig. Zu unserem Bedauern ist eine notwendige fundierte und verantwortungsvolle Diskussion in den vorgegebenen Fristen und der verbleibenden Zeit dieser Legislaturperiode unmöglich. Ein solches übereiltes Vorgehen lässt weder genügend Zeit zu einer vertieften und seriösen Auseinandersetzung mit dem Gesetzesentwurf noch eine differenzierte Debatte des Parlaments darüber zu. Dies wird der Wichtigkeit und Bedeutung des Themas Suizidprävention nicht gerecht.

Mit einem übereilten Verfahren sollte die Chance auf ein hilfreiches, praxistaugliches und nachhaltiges sowie politisch und gesellschaftlich breit getragenes Suizidpräventionsgesetz nicht verspielt werden. Eine Verabschiedung des Gesetzesentwurfs in der aktuellen Fassung lehnen wir entschieden ab. Stattdessen sprechen wir uns mit Nachdruck dafür aus, die notwendige Diskussion eines Suizidpräventionsgesetzes unter der zwingend erforderlichen Einbindung der fachlichen Expertise der Verbände und Organisationen der Suizidprävention

und mit genügend Zeit zur parlamentarischen Debatte in der nächsten Legislaturperiode fortzusetzen.

### **3. Erforderliche Bestandteile eines Suizidpräventionsgesetzes**

Insgesamt wird der vorliegende Referentenentwurf für ein Suizidpräventionsgesetz an vielen Punkten den fachlichen und praktischen Erfordernissen für eine Stärkung der Suizidprävention nicht gerecht. Zwar werden verschiedene wichtige Elemente benannt, zahlreiche Abschnitte sind aber unklar formuliert oder verweisen lediglich auf zukünftige Entwicklungen. Wichtige Hinweise und Forderungen aus den Reihen der Verbände und Organisationen der Suizidprävention zu zentralen Elementen, die für eine Stärkung der Suizidprävention erforderlich sind, wurden entweder ungenügend, nicht zielführend oder gar nicht berücksichtigt.

Im Weiteren benennen wir zentrale Bestandteile für ein Suizidpräventionsgesetz, die im aktuellen Gesetzesentwurf dringend ergänzt bzw. präzisiert werden müssen. Diese werden nach einer ausführlichen Befassung sicherlich noch zu vertiefen und zu erweitern sein.

Dringenden Handlungsbedarf sehen wir insbesondere bei folgenden Punkten:

1. Streichung des Begriffs "Sterbewillige" und der Bezüge zum assistierten Suizid aus dem Gesetzesentwurf, die einer gesetzlichen Regulierung in Rahmen eines Schutzkonzepts vorgreifen
2. Aufbau einer Informations- und Koordinierungsstelle, die die vorhandenen Strukturen, Angebote und Personen im Bereich der Suizidprävention regelhaft einbindet, mit den Hauptaufgaben (1) Sammlung und Bereitstellung von notwendigen Informationen und Daten, (2) die Koordinierung der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie sowie (3) Betrieb einer bundesweiten Rufnummer für akut suizidgefährdete Menschen, ihre An- und Zugehörigen sowie für professionelle Bezugspersonen
3. Einrichtung einer bundeseinheitlichen Rufnummer, die eine qualifizierte suizidpräventive Erstberatung sicherstellt, bevor je nach Bedarf an Angebote in der Fläche weitervermittelt wird.
4. Gesicherte Regelfinanzierung bereits bestehender niederschwelliger Suizidpräventionsangebote
5. Ausbau und Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung: insbesondere die Sicherung einer palliativpflegerischen Begleitung von Menschen in der stationären Langzeitpflege
6. Ausbau und die gesetzliche Förderung von niederschwelligen Trauerbegleitungsangeboten, die suizidalen Krisen im Zusammenhang mit unbewältigter Trauer vorbeugt
7. Gesetzliche Verankerung konkreter Maßnahmen der Methodenrestriktion: Dazu gehören z.B. die Sicherung bekannter Hot-Spots durch bauliche Maßnahmen, die Zugangsbeschränkung zu potenziell tödlichen Substanzen sowie Schutzräume für unbeteiligte Betroffene aus besonders suizidgefährdeten Risikogruppen vor Druck in Richtung eines assistierten Suizids. Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens

dürfen nicht dazu verpflichtet werden, assistierte Suizide zuzulassen oder zu unterstützen.

### **3.1 Begriffsbestimmung und Bezugnahme zur Suizidassistenz**

Die Forderung nach einer Stärkung und gesetzlichen Verankerung der Suizidprävention steht in direktem Zusammenhang mit der Diskussion um die Liberalisierung und Regulierung der Suizidassistenz. Auch wenn die Themen eng miteinander verwoben sind, irritieren verwendete Begriffsbestimmungen und die Art der Bezugnahme auf die Suizidassistenz im Referentenentwurf für ein Suizidpräventionsgesetz.

Suizidprävention richtet sich im Schwerpunkt an Menschen mit Gedanken an einen Suizid. Dies schließt auch Menschen mit ein, die einen assistierten Suizid in Erwägung ziehen, denn auch dies sind Menschen mit Suizidgedanken. Die im Referentenentwurf vorgenommene begriffliche Unterscheidung zwischen Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewilligen, die im Gegensatz zu Menschen mit Suizidgedanken eine von freiem Willen getragene feste Entscheidung getroffen haben (§ 1/ 2), entbehrt einer wissenschaftlichen Fundierung, bedient sich des Vokabulars von Suizidassistenzorganisationen und sollte daher in einem Suizidpräventionsgesetz keine Anwendung finden.

Neben der bereits kritisierten Begriffsbestimmung und -nutzung, die im Gesetz verankert werden soll, sind hier auch Bezugnahmen zur freiverantwortlichen Suizidhandlungen (§ 1/ 2, S. 51, 55, 61) zu nennen, die an verschiedenen Stellen des Entwurfs erfolgen. Zum einen erscheinen uns die umfassenden und hohen Voraussetzungen, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26.02.2020 zur Freiverantwortlichkeit formuliert, im Entwurf nicht berücksichtigt, zum anderen befürchten wir, dass auf diese Weise einer gesetzlichen Regulierung der Suizidassistenz vorgegriffen wird.

### **3.2 Einrichtung einer zentralen Informations- und Koordinierungsstelle**

Wesentlicher Bestandteil des Referentenentwurfs ist die Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention, die im Bundesgesundheitsministerium eingerichtet werden soll mit der Möglichkeit, Aufgaben an eine nachgeordnete Behörde zu übertragen (§ 8/9, §16). Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben soll die Koordinierungsstelle von einem Fachbeirat unterstützt werden (§ 10-15). Eine staatliche Koordinierungsstelle im Sinne einer Behörde kann helfen, aufbauend auf den bereits bestehenden professionellen und ehrenamtlichen Strukturen und Angeboten Suizidprävention zu vernetzen, zu stärken und auszubauen. Sie sollte aber vermeiden, Suizidprävention im Sinne eines hierarchischen Prozesses zu reglementieren bzw. verordnen zu wollen. Letzteres scheint jedoch der Fall zu sein, so wie die Koordinierungsstelle von ihrer Struktur und ihrem Aufgabenprofil im Entwurf angelegt ist. Insofern ist der Begriff der Koordinierungsstelle irreführend – vielmehr handelt es sich um eine Regulationsstelle für Suizidprävention. Anstatt die Fachverbände und Organisationen der Suizidprävention und deren Netzwerkstrukturen bei der Planung und Umsetzung von Suizidpräventionsmaßnahmen regelhaft beratend einzubeziehen und zu beteiligen, soll ein

vom Ministerium eingesetzter Fachbeirat mit anscheinend politischem Charakter, der allerdings nur für den begrenzten Zeitraum von zehn Jahren Bestand haben soll, die Koordinierungsstelle unterstützen.

Außerdem ist es u.E. nicht zielführend, den Bereich der Forschung unmittelbar an die Koordinierungsstelle zu binden (§19). Vielmehr sollte es eine deutliche Trennung zwischen Auftraggeber und den Forschungsvorhaben selbst geben. (§ 19)

Wir sprechen uns gemeinsam mit anderen Fachverbänden und Organisationen der Suizidprävention für die Einrichtung einer zentralen Informations- und Koordinierungsstelle aus, die die vorhandenen Strukturen, Angebote und Personen im Bereich der Suizidprävention bei der strategischen Entwicklung, Planung und Umsetzung von Suizidpräventionsmaßnahmen einbindet und auf diesen aufbaut. Zu den Hauptaufgaben einer solchen zentralen Informations- und Koordinierungsstelle gehören (1) die Sammlung und Bereitstellung von notwendigen Informationen inklusive Datenbanken sowie dazugehörigen Webseiten, (2) die Koordination der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und (3) der Betrieb einer bundesweiten Rufnummer für akut suizidgefährdete Menschen, ihre An- und Zugehörigen sowie professionell mit suizidgefährdeten Menschen tätige Personen.

### **3.3 Bundesweite Rufnummer für akut suizidgefährdete Menschen, ihre An- und Zugehörige sowie professionell mit suizidgefährdeten Menschen tätige Personen**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass gemeinsam mit den Ländern bis Mitte 2026 ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer unentgeltlichen bundesweit einheitlichen Rufnummer "113" für Menschen mit Suizidgedanken, Personen in Krisensituationen, An- und Zugehörige sowie professionelle Bezugspersonen und Medienschaffende eingerichtet werden soll. Während eine einheitliche Rufnummer begrüßenswert ist, sehen wir die geplante technische Weiterleitung an regionale Krisendienste ohne eine vorherige qualifizierte Erstberatung aus fachlicher Perspektive und unter praktischen Gesichtspunkten kritisch.

Gemeinsam mit anderen Fachverbänden und Organisationen der Suizidprävention halten wir stattdessen eine bundesweite 24/7-Rufnummer, bei der ohne Weiterleitung eine qualifizierte suizidpräventive Erstberatung erreicht werden kann, für unverzichtbar. Diese bundesweite Rufnummer muss durch qualifizierte Personen besetzt werden, denn jeder Anruf ist zugleich ein helfender Erstkontakt. Nach der Akutberatung und Intervention im direkten Gespräch sollte dann unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Anrufenden an wohnortnahe Unterstützungsangebote weitervermittelt werden.

Die unter einer bundesweiten Rufnummer vorgehaltene Bündelung der Fachkompetenz zum Umgang mit akuten suizidalen Krisen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene unmittelbar insbesondere in akuten suizidalen Krisen die passgenaue Hilfe erhalten, die sie brauchen. Um so mehr, als dass in vielen Bundesländern und Regionen (noch) keine bzw. nicht ausreichend Angebote für eine 24/7-Akuthilfe bei Suizidalität bestehen, wie der Entwurf selbst hervorhebt (S. 63).

Gleichzeitig wird das Vorhalten eines solchen zentralen Angebotes andere bisherige Angebote entlasten, die ohnehin mit mehr Anfragen als Beratungs- oder Begleitungsmöglichkeiten konfrontiert sind oder aufgrund von mangelnder Erfahrung der tätigen Personen, insbesondere durch im Ehrenamt Tätige, rasch in ein Überforderungserleben kommen.

Neben einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer sollte unbedingt ein Online-Beratungsangebot mitkonzipiert werden, um den Zugang so niedrigschwellig und zeitgemäß zu gestalten wie möglich.

### **3.4 Sicherung und Weiterentwicklung von bestehenden niederschwelligen Suizidpräventionsangeboten**

Der Referentenentwurf geht in § 64f auf künftige Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention ein, die in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ihren Verbänden vereinbart, durchgeführt und anschließend evaluiert werden sollen, während die dauerhafte finanzielle Sicherung von bereits existierenden und sehr gut angenommenen niedrigschwelligen Suizidpräventionsangeboten, wie etwa die bundesweit tätigen Angebote MANO und U25, keine Berücksichtigung findet. Diese niedrigschwelligen Angebote sind bis heute nicht regelfinanziert mit all den daraus entstehenden Nachteilen, z. B. dem Verlust von aufgebauter Kompetenz. Sie sind daher dringend in ihrem Bestand zu sichern, gezielt auszubauen und weiterzuentwickeln. Eine gesetzlich festgeschriebene Regelfinanzierung ist hierfür unverzichtbar.

### **3.5 Ausbau und Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung**

Schwerkranke und lebensbedrohlich erkrankte Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Deshalb verweist der Gesetzesentwurf in § 3 auf den suizidpräventiven Beitrag der Hospiz- und Palliativversorgung, beschränkt sich jedoch nur darauf, dass eine verbesserte Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die bestehenden Angebote erfolgen sollen.

Dringend erforderlich ist dagegen auch eine Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes, um eine adäquate Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen sicherzustellen. Denn eine umfassende Hospiz- und Palliativversorgung kann bei schwerkranken und sterbenden Menschen sowie deren An- und Zugehörigen eine entscheidende Rolle bei der Prävention von (assistierten) Suiziden spielen. Das Wissen um die Möglichkeiten der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und hospizlichen Versorgung sowie die Sicherheit, diese sowohl in ambulanten als auch stationären Settings überall in Deutschland flächendeckend in Anspruch nehmen zu können, sind zentrale Einflussfaktoren zur Reduktion suizidaler Krisen. Die bestehenden Förderungen müssen daher weiterentwickelt und ausgebaut werden, denn sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf. Dies betrifft insbesondere die allgemeine palliative Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, die allgemeine Palliativversorgung in Krankenhäusern und eine stärkere Förderung der Trauerbegleitung.

So wird beispielweise der Zeitaufwand für eine angemessene Palliativversorgung innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen nicht im Rahmen der Personalbemessungsverfahren berücksichtigt. Damit schwerkranke und suizidale hochaltrige Menschen eine adäquate palliativ-pflegerische Begleitung erhalten können, braucht es in der stationären Altenhilfe mehr Pflegefachkräfte, die in Palliative Care geschult sind. Diese Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen muss – wie in stationären Hospizen bereits üblich – durch die Krankenversicherung finanziert werden.

### **3.6 Ausbau und gesetzliche Förderung von niedrigschwelligen Trauerbegleitungsangeboten**

Menschen nach einer existentiellen Verlusterfahrung, z. B. durch den Tod einer nahestehenden Bezugsperson, fühlen sich häufig einsam und allein. Vielfach erscheint die einzige Lösung, sich dem überwältigenden Schmerz der Trauer, der Verzweiflung und dem Gefühl der Hilflosigkeit, dem Ausgeliefertsein durch den eigenen Tod zu entziehen. Für suizidale Krisen, die im Zusammenhang mit unbewältigter Trauer entstehen, sind niedrigschwellig erreichbare Trauerbegleitungsangebote, analog wie auch digital, wichtig. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, bundesweit niedrigschwellige Angebote der Trauerbegleitung als Element eines umfassenden Suizidpräventionsansatzes vorzuhalten.

Derzeit finanzieren sich die Angebote allein durch Spenden. Der Ausbau und eine auskömmliche Finanzierung von Trauerbegleitungsangeboten sollten daher im Rahmen des Suizidpräventionsgesetzes sichergestellt werden. Die im Kontext der Hospizarbeit bestehenden Trauerbegleitungsangebote sollten in diesem Zusammenhang als Qualitätsmerkmal von ambulanten und stationären Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung anerkannt und durch eine Förderung in Analogie zu § 39a Abs. 2 SGB finanziell abgesichert werden.

### **3.7 Verankerung von Maßnahmen der Methodenrestriktion**

Die Methodenrestriktion gehört zu den suizidpräventiven Maßnahmen mit der stärksten wissenschaftlichen Evidenz. Es ist nachgewiesen, dass der Zugang zu einer Methode nicht nur Einfluss auf die methodenspezifische, sondern auch auf die Gesamtsuizidrate haben kann. Betroffene, die im Moment der absoluten suizidalen Zuspitzung an der Umsetzung ihrer Intention gehindert werden, z. B. weil eine Brücke gesichert ist, weichen in der Regel nicht an diesem Tag, noch in der Folge auf eine andere Methode aus. Daher ist es nicht nachvollziehbar, dass im vorliegenden Referentenentwurf auf die Verankerung leicht umsetzbarer und schnell wirksamer Maßnahmen aus dem Bereich der Methodenrestriktion verzichtet wurde, sondern diese lediglich als Bestandteil zukünftiger Konzeptentwürfe der Koordinierungsstelle in Aussicht gestellt werden. Möglichkeiten wie z. B. Sprünge von hohen Gebäuden, Schienensuizide, Intoxikation mit Medikamenten/Chemikalien etc. können leicht eingeschränkt und u.a. im Baurecht oder im Arzneimittelrecht (SGB V, § 31) verankert werden. Insbesondere beim Neubau und bei der Rekonstruktion von Gebäuden der medizinischen, betreuenden und rehabilitativen Einrichtungen sollte unbedingt ein Nachweis baulicher Suizidpräventionsmaßnahmen verpflichtend sein. Der Zugang zu potenziell tödlichen

Substanzen muss über die Beschränkung von Packungsgrößen/-verordnungen weiter reglementiert werden. Schienenabschnitte mit gehäuften Suiziden sind bekannt und müssen, wie auch andere detektierte Hot-Spots, verpflichtend gesichert werden.

Mit der Möglichkeit, das Angebot von Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen, wurde ein zusätzlicher Zugang zum Suizid eröffnet. Es müssen alle Maßnahmen ergriffen werden, die dazu geeignet sind, einer Normalisierung dieser Methode entgegenzuwirken. Aus der Perspektive der Suizidprävention ist deshalb die Etablierung eines umfassenden Schutzkonzepts für besonders suizidgefährdete Risikogruppen auf legislativer Ebene geboten. Insbesondere müssen die Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens Lebensräume bleiben, in denen keinerlei Druck in Richtung assistiertem Suizid ausgeübt wird.

Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, wie z.B. Einrichtungen der Psychiatrie, der Jugendhilfe oder der Langzeitpflege, dürfen nicht dazu verpflichtet werden, assistierte Suizide zuzulassen oder zu unterstützen. Sie müssen die Möglichkeit haben, sich zu Schutzräumen zu erklären, in denen besonders unbeteiligte Betroffene aus besonders suizidgefährdeten Risikogruppen – etwa alte, kranke und pflegebedürftige Menschen – sich nicht gedrängt fühlen, den assistierten Suizid in Erwägung zu ziehen, weil die Person im Nachbarzimmer diesen Weg gewählt hat. Werbung und Verleitung zum assistierten Suizid in Institutionen müssen gesetzlich unterbunden werden.

#### **4. Ansprechpersonen**

Karin Gollan  
Leiterin Fachstelle Ethik  
Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH  
Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln  
Telefon 0221/9822-4142  
Telefax 040 694597 10471  
E-Mail: [karin.gollan@malteser.org](mailto:karin.gollan@malteser.org)

Dirk Blümke  
Leiter Fachstelle Hospizarbeit, Palliativversorgung & Trauerbegleitung  
Malteser Hilfsdienst e.V.  
Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln  
Telefon +49 (0) 221 98 22 2630  
Telefax +49 40 694597 10337  
E-Mail: [dirk.Bluemke@malteser.org](mailto:dirk.Bluemke@malteser.org)

Köln, 5. Dezember 2024

Malteser Hilfsdienst e.V.  
Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH