



WERNER FELBER
INSTITUT

STELLUNGNAHME DES WERNER-FELBER-INSTITUT E.V.

ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER NATIONALEN SUIZIDPRÄVENTION

Am 28.11.2024 veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium mit erheblicher Verzögerung einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Die Erarbeitung eines solchen Gesetzes war im Entschließungsantrag vom 05.07.2023 durch die Mehrheit des Bundestages positiv abgestimmt worden. Das Werner-Felber-Institut e. V. hat dieses Vorhaben ausdrücklich begrüßt.

Im Referentenentwurf werden verschiedene Maßnahmen zur Suizidprävention aufgeführt. Leider ist dieser Entwurf an vielen Stellen zu unkonkret und lässt wesentliche Maßnahmen der Prävention (z. B. Verhaltens- und Verhältnisprävention, die Bandbreite und Vielfalt niedrigschwelliger Versorgung, der außerklinischen Maßnahmen etc.) außer Acht. Auch die Methodenrestriktion wird nur sehr kurz und wenig konkret erwähnt. Der Entwurf beschreibt ohnehin bestehende Maßnahmen (z. B. Ansprache von Krisendiensten, Umgang mit Suizidalität unter Geheimnisträgern).

Wir schlagen daher dringend eine Prüfung von Formulierungen und Maßnahmen dahingehend vor, dass sie genauer spezifiziert werden.

Aufgrund der Ausrichtung des Werner-Felber-Instituts (WFI) soll hier vor allem auf die Punkte Forschung, Datenbankerstellung und der Methodenrestriktion (mit dem Schwerpunkt der baulichen Suizidprävention) eingegangen werden. Eine weitere detaillierte Analyse des Entwurfes ist aufgrund der Kürze der Frist für die Einreichung von Stellungnahmen innerhalb von nur 7 Tagen ab dem Tag seiner Veröffentlichung bis zum 05.12.2024 nicht möglich.

Es ist aus der Sicht des WFI nicht nachvollziehbar, dass mehrfach auf die Bedeutung der Evidenz der Suizidpräventionsmaßnahmen hingewiesen wird, und zugleich die Methodenrestriktion, die die höchste Evidenz hat (und auch als wichtigste Maßnahme im Strategiepapier des BMG vom 02.05.2024 aufgeführt wurde) kaum erwähnt wird und an keine Verbindlichkeit gekoppelt ist.

Die Forschung wird als Aufgabe der Koordinierungsstelle definiert. Ob und in welchem Umfang es zu Ausschreibungen von Forschungsprogrammen kommt, wird nicht beschrieben. Zudem bleibt unklar, welche Aufgaben, Aufträge oder Ziele mit dem Begriff "Forschung" im Gesetzesentwurf verbunden sind.

Im Folgenden werden einige Aspekte der verschiedenen Paragraphen angeführt, die wir dringend zur Überarbeitung/Änderung bzw. Ergänzung empfehlen.

§ 1 (1)

Die Aussage „Der Gesetzentwurf hat das Ziel, 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.“ läuft mit dem Begriff „möglichst“ dem Begriffsverständnis von Prävention als Verhinderung oder Verhütung zuwider.

Der Abschnitt „Die notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit erfolgt durch die Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die sich an Maßnahmen der Suizidprävention freiwillig oder aufgrund rechtlicher Vorgaben beteiligen.“ lässt offen, wer zu den Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der weiteren Akteure zu zählen ist und bleibt damit ähnlich vage wie im Präventionsstärkungsgesetz. Diese Unschärfe führt dazu, dass eine Gemengelage und eine Verantwortungsdiffusion zwischen tatsächlichen oder mutmaßlichen Akteuren sowie unklare Zuständigkeiten und damit auch fehlende Zuweisung von Ressourcen entstehen.

Gemäß dem Entwurf können sich Krankenkassen „freiwillig oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben“ an Suizidprävention beteiligen; dies steht im Widerspruch zu den Vorgaben des PräVG, nachdem Krankenkassen zur Beteiligung angehalten sind.

§ 1 (2)

Zu hinterfragen ist die Aussage „...Maßgabe, dass das Rechtsgut Leben nicht gegen den freien Willen der betroffenen Person zu schützen ist“, da sie widersprüchlich zur Inobhutnahme/Klinikeinweisung/Behandlung im Falle akuter Selbst-/Fremdgefahr scheint.

In diesem Abschnitt scheinen die Selbst-/Fremdgefährdung; die Rolle von Patientenwillen und -verfügungen nicht ausreichend berücksichtigt. Mit Bezug auf die „...Maßgabe, dass das Rechtsgut Leben nicht gegen den freien Willen der betroffenen Person zu schützen ist“ entsteht eine Unklarheit darüber, wie im Sinne dieses Gesetzes Entscheidungen gegen den freien Willen getroffen werden können und zugleich der eigenen Berufsordnung (Heilkunde!) gerecht werden kann.

§ 2 (3)

Die Aussage „...Ergebnis einer Handlung (billigend) in Kauf zu nehmen“ würde mit dem Zusatz „billigend“ auch ein Inkaufnehmen durch Unterlassen von Schutzmaßnahmen oder der Bagatellisierung risikobehafteten Verhaltensweisen einschließen, was z. B. im Jugendalter und höchsten Lebensalter relevant ist. Damit würde verdeutlicht werden, dass das Inkaufnehmen auch durch Gleichgültigkeit gegenüber dem Eintritt des Todes gekennzeichnet werden kann; die Absicht nicht zu sterben, muss nicht zwingend erkennbar sein (z. B. im Falle fahrlässig in Kauf genommener Risiken).

§ 2 (4)

In folgenden Satz sollte ergänzt werden: „..... die sich mit den medizinischen, psychischen und sozialen UND SOZIALWIRTSCHAFTLICHEN Folgen von Suiziden beschäftigen...“

§ 3 UND § 4

Folgende Anmerkungen sind zu diesen beiden Paragraphen zu machen:

In beiden Paragraphen wird Suizidprävention auf die Arbeit von Krisendiensten bezogen; und somit auch darauf limitiert. Allerdings werden Krisendienste in der Regel dann einbezogen, wenn bereits eine Krise (vorübergehender Zustand der Überforderung oder Hilflosigkeit, in der alle dem Individuum bisher verfügbaren oder vom Individuum erprobten Strategien keine Entlastung bringen und Lebensziele nachrangig erscheinen, vgl. Caplan)



WERNER FELBER
INSTITUT

eingetreten ist. Suizidprävention im Sinne der Aufklärung durch Informationsvermittlung und Enttabuisierung, setzt deutlich vor und außerhalb von Krisenmomenten an und erstreckt sich somit auf Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und umfasst universelle, selektive und indikative Ansätze.

Der im Entwurf deutlich gewordene Bezug zur Prävention i. S. der Krankheitsverhütung ist insofern auch zu begrenzt, als dass ein gesundheitsförderliches Vorgehen durch einen Fokus auf Ressourcen und Befähigung des Individuums sowie den Einbezug von upstream-Ansätzen gleichermaßen Berücksichtigung finden muss, um nachhaltige Effekte und die „Wirksamkeit“ einer solchen gesetzlichen Regelung abbilden zu können.

Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bedarf daher auch der Beteiligung von Bildungs- und Erziehungseinrichtungen u. a..

Der Fokus auf „Krisendienste“ schließt zahlreiche offene Kontakt- und Beratungsstellen, soziale Hilfen, lebensweltbezogene (Quartiersmanagement, bauliche Maßnahmen, Maßnahmen der Verhältnisprävention) aus. Ebenso benachteiligt der alleinige Fokus auf „Krisendienste“ Zielgruppen, die nicht oder nur zögerlich oder verspätet formelle Hilfsangebote oder vornehmlich informelle Hilfsangebote aufsuchen. Informelle Hilfsangebote sind zahlreich vorhanden, zwar mehr oder weniger professionalisiert, aber sie bilden eine wesentliche Gruppe von Akteuren in der gegenwärtigen Suizidprävention. Bis dato wird/wurde Suizidprävention in hohem Maße regional verortet und im Ehrenamt betrieben (einschl. der Betreuung von Betroffenen und An-/Zugehörigen, des Einsatzes von Krisenteams, Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung, Informationsvermittlung und Vermittlung in weiterführende formelle Hilfen). Dieser Aspekt wird in dem vorliegenden Entwurf an keiner Stelle berücksichtigt.

Suizidprävention findet in zahlreichen anderen Lebensbereichen und Versorgungskontexten statt, z. B. andere Beratungsstellen außerhalb von Krisendiensten, (Hoch-)Schulen und Bildungseinrichtungen, Wohnheimen, Einrichtungen des öffentlichen Lebens, Orten des öffentlichen Lebens mit Bezug zur Lebensrealität der Menschen. Eine Limitierung auf Krisendienste wird dem tatsächlichen Bedarf an suizidpräventiven Maßnahmen nicht gerecht und es droht durch den Gesetzentwurf eine weitere Überlastung der bestehenden Krisendienste.

Lohnenswert wäre aus Sicht des WFI auch eine Adressierung von Schlüsselfiguren des öffentlichen Lebens, ungeachtet des Anspruchs (Ziele des Gesetzes), möglichst alle Bevölkerungsgruppen anzusprechen.

§ 4

Die Formulierung „je nach Bedarf“ - ist zu streichen, denn der Zugang zu Krisendiensten und anderen Maßnahmen zur Suizidprävention ist grundsätzlich zu ermöglichen (Fürsorgepflicht; Gleichstellung).

§ 5

Wir empfehlen die Berufsgruppe „Fachpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen zu ergänzen; es ist außerdem zu prüfen, ob die Formulierung Fachkräfte der Sozialen Arbeit vorzuziehen ist, da nicht alle Tätigen in der Sozialen Arbeit eine staatliche Anerkennung für die Berufsausübung vorweisen müssen.

§ 6

Ungeklärt bleibt bei diesen Ausführungen, wer diese Strukturen aufbauen soll, bzw. wer stellt welche finanziellen Mittel in welchem Umfang hierfür zur Verfügung? Wer wird mit Initiierung der Netzwerkarbeit betraut? Wer trägt die Kosten? Hier sollten Akteure der kommunalen Ebene (z. B. der Versorgungsämter / Sozialämter, Gesundheitsbehörden) und auf der Länderebene (z. B. Landespräventionsrat, Landesförderstellen für Prävention) benannt werden.

Es liegt die Vermutung nahe, dass in der gegenwärtigen Formulierung am ehesten die Psychiatrie-Arbeitsgemeinschaften in den Ländern bzw. den ihnen zugehörigen Gemeinde-/Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychiatriekoordinatoren/Psychiatriekoordinatorinnen angedacht sind. Dies wäre jedoch keine Verbesserung zur gegenwärtigen Lage - denn diese Dienste/Gruppen sind aufgrund ihrer sozialrechtlichen Grundlagen an Betroffene mit ausgewiesenem Indikationsbereich gebunden (also Personen mit diagnostizierten psychischen Störungen, = objektiver Bedarf = Leistungsgegenstand lt. EBM). Niederschwellige Angebote, Angebote der Schulsozialarbeit,

der offenen Sozialarbeit, Frühe Hilfen etc. die Personen mit latenten Bedarfen adressieren und zudem die traditionelle KOMM-Struktur überwinden könnten, würden dadurch nicht berücksichtigt werden. Offen bleibt, wer weitere wesentliche Akteure sein können oder aber zwingend einzubeziehen wären.

§8 NATIONALE KOORDINIERUNGSSTELLE AM BMG

Für diesen Paragraphen sind folgende Anmerkungen bzw. Fragen notwendig:

„...zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zu konzipieren“ - diese Formulierung missachtet die zahlreichen erprobten und evidenzbasierten Maßnahmen und es droht die Entwicklung von Parallelstrukturen bzw. -programmen.

Die Aufgaben der Koordinierungsstelle sind an einigen Stellen nicht tiefgreifend genug gefasst. Die Erstellung und Bereitstellung von Informationen mag eine wesentliche Grundlage (Suizid-)präventiven Handelns sein; dies befähigt aber die Adressatinnen und Adressaten noch nicht in der Nutzung und Umsetzung der Informationen; zudem führt mehr Information nicht zu einem Abbau von Selbst- und Fremdstigma oder zu wesentlich verbesserter Inanspruchnahme (Hilfesuchen bei informellen wie formellen Hilfsangeboten). Hierfür bedarf es nach aktuellem Kenntnisstand ein Zugehen auf die Zielgruppen in die Lebenswelten hinein.

In welchem Verhältnis steht dann die Koordinierungsstelle zum BMG/RKI/BzGA bzw. BIPAM/BIÖG sowie zum Nationalen Präventionskonferenz, zum GB-A, zu Gremien der AMWF sowie zu Berufsverbänden der gesundheitsbezogenen und weiterer Akteure?

(8a) Es kann vermutet werden, dass die Konzepterstellung zu dem Rufnummerangebot 113 auch die Fachqualifikation der Beraterin und Berater für Anrufende umfasst - dies müsste jedoch konkret beschrieben werden.

(9) in Bezug auf Fort- und Weiterbildungsprogramme sind Schlüsselpersonen (Gatekeeper) des teil-öffentlichen Lebens und auch außerhalb des Gesundheitswesens einzubeziehen, also Lehrkräfte u. a. pädagogische Fachkräfte, Fachkräfte der Soziale Arbeit, Präventions-/Gesundheitsbeauftragte in KMUs etc. sowie von Polizei, THW, Feuerwehr etc..

Für die Ziffern (11) und (12) wäre eine getrennte Erfassung von Suizid - Suizidversuch und assistiertem Suizid, die Verbindung mit Angaben zu Orten (à Identifikation von Hotspots) und Methoden (à Methodenrestriktion, Verhältnisprävention) zu implementieren.

§9 (7)

Da die Methodenrestriktion die höchste Evidenz im Bereich der Suizidprävention hat, ist eine gesetzliche Verankerung der möglichen Schutzmaßnahmen für Hochrisikogruppen (z. B. psychiatrische Patientinnen und Patienten) zwingend erforderlich. Wir begrüßen, dass im Bereich von Kliniken und Justizvollzugsanstalten bauliche Sicherungen bei Neubauten und Renovierungsvorhaben umgesetzt werden sollen. Bei der hohen Zahl an Suiziden in den genannten Einrichtungen muss zwingend eine Verpflichtung der Einrichtungen zur Konzeption einer baulichen Sicherung erfolgen. Das muss sich auch auf Bestandssituationen beziehen. Durch bauliche Suizidprävention können nachweislich Suizide und Suizidversuche verhindert werden.

Bei der Erfassung von Hotspots ist auf eine einheitlich genutzte Definition zu achten. Danach identifizierte Hotspots sind verpflichtend vom Eigentümer zu sichern. Als besondere Umgebung wird hier auf Bahngleise im Umkreis von 2km von psychiatrischen Kliniken hingewiesen, die grundsätzlich als Hotspots zu bewerten sind. Insgesamt fehlt hier die Konkretisierung der beschriebenen Maßnahmen.

§9 (10)

Eine Verortung der Forschung in der Koordinierungsstelle erscheint nicht zielführend. Zudem wird nicht klar, ob und in welcher Höhe regelhaft Forschungsprogramme ausgeschrieben werden. Eine Koordinierung der Forschung an dieser Stelle befürworten wir ausdrücklich.

Am WFI wird seit 2021 eine Datenbank gepflegt, in der suizidologische Forschungsarbeiten gelistet sind. Diese



WERNER FELBER
INSTITUT

Daten stellen wir Interessierten kostenfrei zur Verfügung und soll auch der Vernetzung von Forschenden dienen.

§ 9 (11)

Am Werner-Felber-Institut existiert seit 2019 eine Datenbank zur Erhebung von Kliniksuiziden und -suizidversuchen. Neben der Erfassung von demografischen Daten und Methoden etc. werden hier auch außergewöhnliche Ereignisse oder Behandlungsformen abgefragt, um Risikofaktoren zu identifizieren und Kliniken Hinweise zu Präventionsmaßnahmen geben zu können. Die Erhebung geht fachlich und inhaltlich weit über die Erkenntnisse einer Todesbescheinigung hinaus. Aktuell nehmen die Kliniken freiwillig an der Erhebung teil. Im Sinne der Fürsorge für die Hochrisikogruppe der psychiatrischen Patientinnen und Patienten sollte dieses Register verstetigt und Kliniken zur Datenübermittlung verpflichtet werden. Für dieses Register ist eine Grundfinanzierung durch den Bund vorzusehen.

Suizidologische Daten (z. B. über Suizidversuche) sollten möglichst im Echtzeitmonitoring erhoben werden, um geeignete Präventionsmaßnahmen zeitnah einzuleiten. Hierzu gibt es Modellprojekte in verschiedenen Ländern¹ oder aktuell in England.

Eine Verbesserung der Datenlage für Suizide, Suizidversuche und assistierte Suizide ist in jedem Fall anzustreben. Hier sollten neben datenschutzrechtlichen Fragestellungen auch die Rolle der Transparenzgesetze in den Ländern („Frag den Staat“) beleuchtet werden. Wie können Daten vor dem Zugriff der Öffentlichkeit geschützt werden, damit es bspw. durch die Veröffentlichung von Hotspots nicht zu einer Häufung von Suiziden an diesem Ort kommt?

Eine Erfassung der (assistierten) Suizide über die Todesbescheinigungen erscheint eine sinnvolle Lösung. Tatsächlich müssten in dem Fall aber zwingend neue Anforderungen formuliert werden und eine Digitalisierung derselben erfolgen. Aktuell unterscheiden sich die Todesbescheinigungen zwischen den Bundesländern deutlich in ihrer Qualität und Umfänglichkeit - eine Digitalisierung findet zudem nicht regelhaft statt. Der Forschung sollte ein Zugang zu den Daten ermöglicht werden.

Für eine Erfassung der Suizidversuche über die Krankenhäuser müssen datenschutzrechtlich Änderungen vorgenommen werden. Zudem muss klar sein, dass die Erhebung sehr unvollständig bleibt. Es wird empfohlen, für die Erhebung von Suizidversuchen zusätzliche andere Datenquellen (z. B. Rettungsleitstellen) einzubeziehen.

§ 9 (12)

Im WFI sind bereits mehrere suizidologische Datenbanken verortet (Kliniksuiziddatenbank, Hotspotregister für Sachsen, Forschungsarbeiten) - eine neue Registerstelle würde eine Doppelstruktur schaffen.

Bei der Entwicklung der Kliniksuiziddatenbank im Rahmen eines BMG-Projektes wurden zahlreiche Fachgesellschaften in Form eines Konsensusprozesses einbezogen. Wie oben dargestellt, überschreiten die Erkenntnisse daraus die Informationen aus den Daten der Todesbescheinigungen. Deshalb wird eine Weiterführung für die Hochrisikogruppe der psychiatrischen Patientinnen und Patienten empfohlen.

In dem Bereich der Hotspot Detektierung hat das Werner-Felber-Institut bereits ein Modellprojekt im Freistaat Sachsen umgesetzt. In dem Rahmen wurden Datenschutz und mögliche Datenquellen beleuchtet. Das Konzept bildet die Grundlage, um das Register auf andere Bundesländer zu übertragen und eine bundesweite Erhebung durchzuführen.

§ 19

Dieser Paragraph sollte um die Formulierung „evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention zu disseminieren und implementieren.“ ergänzt werden

Darüber hinaus wird in dem Paragraphen nicht konkretisiert, wer Forschungsprogramme aktualisiert, in welchem

1

Baran A, Gerstner R, Ueda M, Gmitrowicz A. Implementing Real-Time Data Suicide Surveillance Systems. Crisis. 2021 Sep;42(5).

zeitlichen Rahmen diese aufgelegt und mit welchen Mitteln diese finanziert werden und in welchem zeitlichen Rahmen? Desweiteren besteht die Frage, ob nur solche Forschung ausgeschrieben wird, die nicht von der Koordinationsstelle selbst betrieben werden kann.

§ 20

Um Verzögerungen, z. B. in Bezug auf Registerdaten zu minimieren, wäre eine direkte Berichterstattung der Koordinierungsstelle an das BMG sinnvoll.

Die in Tabelle „Empfehlungen für Maßnahmen“ weist einmalige Maßnahmen auf (1.2ff) - eine Verstetigung erfolgreicher Maßnahmen bzw. wie diese erreicht werden kann, ist hier nicht erkennbar. Daher wäre zu überlegen, ob zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle auch die Erarbeitung von Konzepten und die Förderung von Maßnahmen zur Implementation/Dissemination suizidpräventiver Strategien ergänzt werden kann.

Abschn. 1.1 bezieht sich ausnahmslos auf die Fachöffentlichkeit und schließt die Allgemeinbevölkerung und die Ansprache konkreter Zielgruppen scheinbar aus.

Abschn. 5.4 benennt ausdrücklich den Ausschluss lokaler Angebote. Dies mag unter dem Aspekt der Machbarkeit durchaus nachvollziehbar und begründbar sein; es geht zugleich am Ziel des Gesetzes vorbei, denn Gesundheit wird in der Regel regional und durch weniger formelle Akteure gestaltet (s.o.).

Maßnahmen zur Methodenrestriktion (z. B. bauliche Suizidprävention) werden nicht aufgeführt, dabei handelt es sich (wie auch im Strategiepapier des BMG dargestellt) um die Maßnahme mit der höchsten Evidenz. Dieser Aspekt sollte unbedingt ergänzt werden.

Art. 2 bezieht sich auf Änderungen im SGB-V; wünschenswert ist auch eine Prüfung inwiefern hier zwischen SGB V und SGB IX Bezüge herstellbar sind, um Suizidprävention auch für Zielgruppen zugänglich zu machen, die nach SGB XI versorgt werden.

FAZIT

Die vorgesehenen finanziellen Mittel, mit denen das Vorhaben durchgesetzt werden soll, erscheinen zu gering, um eine auskömmliche Finanzierung der Suizidprävention in Deutschland zu gewährleisten.

In der jetzt vorliegenden Form ist dieser Gesetzentwurf unvollständig, unkonkret und wird der Bedeutung des Themas Suizidprävention nicht gerecht. Es bedarf einer substanziellen Überarbeitung, die unter Einbezug der Personen/Institutionen und Fachgesellschaften stattfinden sollte, die Expertise zu allen Belangen der Suizidprävention- und Forschung mit einbringen.

Im Namen des WFI-Vorstandes

Dr.-Ing. Nadine Glasow
Stellvertr. Vorstandsvorsitzende



Dr. phil Katharina König
Mitglied des Vorstands



WERNER FELBER
INSTITUT