

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Thema „Stärkung der Suizidprävention“

Öffentliche Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages am 28.11.2022

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1653
politische.kommunikation@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, den 21.11.2022

Mit seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020 zu § 217 Strafgesetzbuch (StGB) hat das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber insbesondere dafür in die Pflicht genommen, dass den Menschen ein legaler Weg zum assistierten Suizid offenstehen muss. Vor diesem Hintergrund setzt sich die Diakonie Deutschland für eine Stärkung der Suizidprävention ein. Der in vielfältiger Hinsicht abhängige und zugleich freie Mensch steht im Zentrum unseres christlichen Menschenbildes. Wir sind überzeugt, dass einem Großteil der Menschen, die suizidale Gedanken haben, durch Präventionsmaßnahmen wirksame Hilfe gewährleistet werden kann. Hinter den allermeisten Suizidwünschen stehen psychosoziale Krisen, existenzielle Notlagen wie Einsamkeit oder Überschuldung sowie psychische Erkrankungen. Der Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, hängt von vielen, auch veränderbaren Faktoren ab. Die Möglichkeiten, betroffenen Menschen wirksame Hilfe anzubieten sind lange nicht ausgeschöpft. Eine rechtliche Klarstellung und der strukturelle Ausbau von Hilfsmöglichkeiten zur Suizidprävention sind deshalb von besonderer Wichtigkeit.

Gesetzliche Verankerung niedrigschwelliger Suizidpräventionsdienste

Die Diakonie Deutschland setzt sich für die gesetzliche Verankerung suizidpräventiver Angebote mit niedrigschwelligem Zugang ein, wie sie unter anderem durch die TelefonSeelsorge seit Jahrzehnten getragen werden. Die Aufgabe dieser Angebote besteht nicht nur im Auffangen verzweifelter Menschen kurz vor der letzten Entscheidung, sondern auch in einer kontinuierlichen und verantwortlichen Erreichbarkeit im Vorfeld einer akuten Suizidalität. Erforderlich ist heute ein multimedialer Ansatz über Telefon, E-Mail, Chat oder Apps (z.B. auch Jugendnotmail oder Krisenchat). Die bestehenden Angebote und Projekte müssen ausgebaut und dauerhaft finanziert werden, da sie bislang nicht flächendeckend verfügbar und nicht für alle Ratsuchenden kurzfristig erreichbar sind. Es gilt also den Zugang und die Erreichbarkeit der niedrigschwelligen, kostenlosen Angebote für Menschen mit Suizidgedanken und ihren Angehörigen sicherzustellen. Zum Ausbau gehört auch die Schaffung einer einheitlichen und bundesweit erreichbaren, leicht zu erinnernden Rufnummer, einer Internetadresse mit entsprechend verlinkten und leicht zugänglichen digitalen Hilfsangeboten (z. B. Mail- und Chatberatung) sowie einer kosten- und barrierefreien App., die jeweils 24 Stunden und 7 Tage die Woche erreichbar sind. Eine einheitliche Regelung und nationale Koordinierung der verschiedenen Angebote ist anzustreben.

Psychologische Beratung als Angebot der Suizidprävention

Menschen können in tiefgreifende Krisen und Notlagen geraten. Belastende Lebensumstände, existenzielle Erschütterungen und Ängste lassen sie verzweifeln bis dahin, dass sie in ihrem Leben keinen Sinn und Wert mehr erkennen und sich mit Suizidgedanken tragen. Die Zuspitzung einer Krise erlaubt es den Betroffenen oftmals nicht, zwischen den unterschiedlichen Faktoren zu differenzieren, die sie in diese Krise geführt haben.

Angebote der institutionellen Psychologischen Beratung eröffnen Menschen in solchen Notlagen die Möglichkeit, das krisenhafte Erleben in seiner Vielschichtigkeit wahrzunehmen. Die Psychologische Beratung ist eine Einladung zu einem Klärungsprozess und unterstützt die Betroffenen bei einer kritischen, förderlichen Selbstauseinandersetzung mit ihrem krisenhaften Erleben und möglichen Suizidgedanken. Die Beratung kann bislang unbeachtete Lebensperspektiven eröffnen, Alternativen zum Suizid sichtbar machen und weitere Hilfen erschließen. Auch die begleitend-unterstützende Beratung von Zu- und Angehörigen ist möglich.

Die psychologische Beratung muss in Form eines institutionellen Angebots, frei von jeglichem kommerziellen Interesse, kostenfrei, kurzfristig, niedrighschwellig und wohnortnah erreichbar sein und muss ggf. aufsuchend erfolgen, wenn für eine Person in einer suizidalen Krise der Weg zur Beratung nicht möglich oder zumutbar ist. Erforderlich ist ein multiprofessionelles Team von qualifizierten und regelmäßig fortgebildeten Berater:innen.

Über ein entsprechendes Profil verfügen die institutionellen Psychologischen Beratungsstellen, wie die integrierten Evangelischen Beratungsstellen in diakonischer und kirchlicher Trägerschaft mit ihrem Angebot der Lebensberatung.

Damit die Beratung für Menschen in suizidalen Krisen zuverlässig und niedrighschwellig erreichbar ist, muss die bereits bestehende flächendeckende Beratungslandschaft – insbesondere die Lebensberatung – finanziell und personell gestärkt und ausgebaut werden. Da es bislang keine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung der Lebensberatung gibt und kaum noch ein Träger zur Eigenfinanzierung in der Lage ist, kann mit den derzeitigen Kapazitäten der Bedarf an „Lebensberatung in suizidalen Krisen“ nicht abgedeckt werden. Zudem wird eine Präventionsinitiative zu steigender Nachfrage führen. Es braucht daher einen Ausbau; es müssen jedoch keine vollständig neuen Strukturen geschaffen werden.

Zur Finanzierung kann man sich grundsätzlich an den gesetzlichen Regelungen für die Schwangerschaftskonfliktberatung (s. SchKG) orientieren. Ein Bundesgesetz definiert einen Schlüssel zum Verhältnis Fachkräfte (VZÄ) pro Einwohnerzahl (im SchKG 1 : 40.000). Es schreibt einen Anspruch der Träger auf angemessene Förderung von Personal- und Sachkosten fest. Die Umsetzung erfolgt über die Länder.

Hierbei bedarf es einer 100%-igen öffentlichen Finanzierung; da eine Eigenbeteiligung der Träger nicht möglich ist. Nach einer Frist von zwei Jahren sollte eine Evaluation erfolgen, um zu prüfen, ob personelle und finanzielle Anpassungen erforderlich sind.

Flächendeckender Ausbau der psychiatrisch-psychozialen Krisendienste

Die Diakonie Deutschland unterstützt nachdrücklich das im Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben, psychiatrisch-psychoziale Krisendienste flächendeckend auszubauen. Sie können einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Suiziden im Zusammenhang mit psychischen Krisen leisten. Die Dienste müssen rund um die Uhr erreichbar sein und bei Bedarf auch aufsuchend tätig werden können. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören diagnostische Abklärung, therapeutische Krisenintervention sowie eine verlässliche Weiterleitung zu anderen, erforderlichen Hilfen. Der Ausbau der Krisendienste

ist auch im Zusammenhang der seit 2020 anstehenden Reform der Notfallversorgung zu sehen, da Menschen in psychischen Krisen mangels anderer Alternativen in die Rettungsstelle der Krankenhäuser kommen oder eingewiesen werden.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland geht es nicht darum, neue Einrichtungen zu schaffen, sondern darum die Funktion „Krisenhilfe“ in den Regionen aufzubauen - vorrangig durch Kooperationen vorhandener Dienste und Einrichtungen, zum Beispiel auch der Gemeindepsychiatrie. Bestehende, gut funktionierende Lösungen für den Aufbau von Krisendiensten, wie etwa in Bayern, sind zu schützen und dürfen durch gesetzliche Neuregelungen nicht gefährdet werden.

Allerdings muss die psychiatrische Notfallversorgung im SGB V eigenständig verankert werden. Wie von der Aktion Psychisch Kranke im Psychiatrie-Dialog des Bundesgesundheitsministeriums vorgeschlagen, sollte – in Anlehnung an den Vorschlag des BMG-Referentenentwurfs zur Reform der Notfallversorgung (19. WP) – in § 11 SGB V Abs. 1 ein 6. Punkt eingefügt werden, in dem die psychiatrische Krisenhilfe als Teil der medizinischen Notfallrettung ausdrücklich erwähnt wird. Bei der Neuregelung der Notfallversorgung ist dann die Schnittstelle zwischen der Leitstelle, den Integrierten Notfallzentren und den psychiatrischen Krisendiensten zu regeln.

Bei der psychiatrischen Krisenhilfe handelt es sich um eine zusätzliche Leistung, die gesondert zu vergüten ist. Die Leistung sollte, wie vorgeschlagen, in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen und im Leistungs- sowie Leistungserbringerrecht ausgestaltet werden. Dabei ist eine nur anteilige Finanzierung durch die GKV zu regeln. Diese soll extrabudgetär erfolgen. Ergänzend sind gesetzliche Regelungen empfehlenswert, die ermöglichen, die psychiatrische Krisenhilfe auch im Rahmen einer Mischfinanzierung unter Einbeziehung der Träger der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und der Kommunen bzw. Länder zu erbringen.

Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit zu hospizlich-palliativer Beratung, Begleitung und Versorgung

Hospizarbeit und Palliativversorgung haben eine große suizidpräventive Wirkung. Wir gehen davon aus, dass sich viele Suizidwünsche schwer kranker Menschen verändern, wenn diese die Aussicht auf ein begleitetes Lebensende mit palliativmedizinischer, palliativpflegerischer, psychosozialer und spiritueller Unterstützung in Aussicht haben. Deshalb müssen die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativmedizin breiteren Gesellschaftsschichten bekannt und zugänglich gemacht werden. Es empfiehlt sich, das Thema Sterben aus der Tabuzone in die Mitte der Gesellschaft zu führen und Menschen die Angst vor der letzten Lebensphase zu nehmen.

Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz sollte der Bundesgesetzgeber eine auf Kontinuität ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Sterben, Tod und Trauer und den Möglichkeiten hospizlich-palliativer Beratung, Begleitung und Versorgung in Räumen und Einrichtungen des öffentlichen Lebens, wie z.B. in Bahnen, Bahnstationen, Rathäusern, Supermärkten, Sporthallen, Arztpraxen, Krankenhäusern oder Bibliotheken und auf Webseiten der Gemeinden etablieren.

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

Viele schwer kranke und sterbende Menschen machen in unserem segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aber auch im alltäglichen Leben mit einer schweren chronischen oder unheilbaren Krankheit fühlen sich Betroffene und ihre An- und Zugehörigen häufig mit der Organisation der Versorgung überfordert. Versorgungsbrüche versetzen nicht selten in große Ratlosigkeit und Verzweiflung und führen dazu, dass die leidenden Menschen ihr Leben in Frage gestellt sehen.

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

vom behandelnden Arzt verordnet werden und von verschiedenen entsprechend qualifizierten Berufsgruppen (Pflegefachkräften, Sozialpädagog:innen, Sozialarbeiter:innen etc.) durchgeführt werden. Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist das palliative Case Management zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung als Leistung im SGB V gesetzlich zu verankern. Wir schlagen dazu einen neuen § 39f SGB V oder §37d SGB V vor. Für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Case Manager:innen sind Richtlinien durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und Palliativversorgung zu vereinbaren.

Einrichtungen und Dienste, in denen keine Suizidassistenz geleistet wird

Suizide können bekanntlich weitere Suizide auslösen. Mit diesem unter „Werther-Effekt“ gehandeltem Phänomen muss auch gerechnet werden, wenn Suizidassistenz in stationären Pflegeeinrichtungen oder Wohnangeboten der Eingliederungshilfe praktiziert wird. Insoweit hat das Bundesverfassungsgericht allerdings ausdrücklich festgehalten, dass der Gesetzgeber Vorkehrungen treffen kann, „dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen.“ Um das Risiko von Nachfolgesuiziden zu verringern, beabsichtigen dementsprechend einzelne Träger von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die Suizidassistenz in ihren Häusern auszuschließen. Um der Aufforderung des BVerfG nachzukommen, sollte der Gesetzgeber die Möglichkeit hierzu zum Bestandteil seines Schutzkonzepts machen. Trägern, welche die Durchführung des assistierten Suizids in ihren Häusern aus Gründen ihrer Überzeugung nicht – auch nicht im Ausnahmefall – dulden wollen, sollte unter bestimmten Bedingungen die gesetzliche Möglichkeit eingeräumt werden, die der besonderen Bedeutung und Reichweite der Frage für die Bewohner:innen in beide Richtungen Rechnung trägt. Unseres Erachtens ist ein vollständiger Ausschluss verhältnismäßig, wenn der Träger den Ausschluss als Teil seines Leitbildes nach außen klar kommuniziert sowie zum expliziten Gegenstand des betreffenden Wohn- und Betreuungsvertrags gemacht hat und den Bewohner:innen, die sich nach ihrem Einzug dennoch für einen assistierten Suizid entscheiden, das Ausweichen auf einen anderen Ort der Durchführung in der konkreten Situation zumutbar ist. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass Bewohnende, die sich bewusst für das Wohnen in diesen Einrichtungen entschieden haben, nicht mit einem Suizidhilfe-Angebot konfrontiert werden. Alles andere wäre ein Verstoß gegen das Wunsch- und Wahlrecht der Bewohner:innen.

Das Bundesverfassungsgericht hat ferner festgehalten, dass niemand verpflichtet ist, an einem Suizid mitzuwirken. Dieser Grundsatz gilt in jedem Fall für natürliche Personen, erstreckt sich aber unseres Erachtens auch auf juristische Personen, die z. B. als Träger von Diensten und Einrichtungen mit Suizidwünschen von Bewohnenden konfrontiert werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte dies gesetzlich ausdrücklich klargestellt werden.