Deutscher
Caritasverband e.V.

Präsidentin
Eva Maria Welskop-Deffaa

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg

Reinhardstraße 13, 10117 Berlin
Berliner Büro

Ihre Ansprechpartnerin
Anja Alexandersson
Referat Teilhabe und Gesundheit
Telefon-Durchwahl 0761 200-406
E-Mail: anja.alexandersson@caritas.de

www.caritas.de

Datum 19.10.2022

Position

Eckpunkte eines Suizidpräventions-gesetzes

vom 19.10.2022

I. Allgemeines

Suizide in Deutschland

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland nach den offiziellen Statistiken etwa 10.000 Menschen das Leben. Die Anzahl der Suizide in Deutschland ist mehr als dreimal so hoch wie die der Verkehrstoten.[1] Die WHO geht von einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 12,3 pro 100.000 Einwohner_innen aus[2]. Hinzu kommt eine Vielzahl von Suizidversuchen, zu denen keine verlässlichen Zahlen vorliegen, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden und nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass die Anzahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-fache übertreffen. Demnach kann in Deutschland von etwa 100.000 bis 300.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden.[3]

Altersspezifische Verteilung

Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt mit dem Alter an. Menschen im Alter über 55 Jahre und dort besonders Männer in Übergangskrisen zum Renteneintritt, aber auch Personen

[1] Statistisches Bundesamt: Suizide in Deutschland - Statistisches Bundesamt (destatis.de) und Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 23211-0002 (destatis.de)
[2] Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 23211-0002 (destatis.de)
[3] * Die Angaben über vollendete Suizide beruhen auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes vom November 2021. Da Daten zu den Suizidversuchen nicht systematisch erhoben werden, sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (publiziert in Schmidtke et al. 2001, 2004).

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich
Vorstandsmitglied
Funktion

im hohen Alter sind bereits heute Risikogruppen, bei denen die Suizidzahlen jährlich steigen. Betrachtet man die absoluten Zahlen, so zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind. Absolut liegt der Häufigkeitsgipfel im Altersfeld von 50 bis 54 Jahre. Betrachtet man die relative Häufigkeit, zeigen sich in den höchsten Altersgruppen die höchsten Suizidraten. Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr etwa doppelt, ab dem 85. Lebensjahr mehr als dreimal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung. Als Grund für diese hohen Zahlen wird häufig eine zunehmende Einsamkeit im Alter genannt. Damit ist Suizid aber keineswegs nur ein Problem der Altersgruppe Ü50. Auch die Suizidraten der Gruppe unter 25 Jahren ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen statistisch signifikant, weil der Suizid in dieser Altersgruppe die zweithäufigste Todesursache ist. Die Zahl der Suizidversuche wird hier auf ein zwanzigfaches geschätzt.[4]

Suizidprävention - Entfaltung in mehreren Dimensionen

Die Rate der Verkehrstoten in Deutschland ist in den letzten 50 Jahren stark zurückgegangen und von über 100 pro 100.000 Fahrzeuge im Jahr 1970 auf unter 10 ab dem Jahr 1995 und dann weiter auf unter 5 ab dem Jahr 2020 gefallen. Dieser starke Rückgang der Anzahl der Verkehrsopfer wird im Zusammenhang mit den erfolgreichen Bemühungen in der Unfallprävention gesehen. Trotz der Unterschiede bei diesen beiden Mortalitätsgruppen kann der mehrdimensionale Ansatz bei den Präventionsbemühungen im Straßenverkehr auch für die Suizidprävention herangezogen werden. Präventionsmaßnahmen müssen auf mehreren Ebenen zugleich ansetzen und das einzelne Individuum, das interpersonelle Geschehen, seinen sozialen Kontext und die gesellschaftliche Dimension im Sinne eines „socio-ecological model“ gleichermaßen in den Blick nehmen (Cramer/Kapusta 2017).[5] Diese verschiedenen Dimensionen müssen zusammengebracht und als Ganzes im Rahmen eines nationalen Suizidpräventionsprogrammes Berücksichtigung finden.

Der Deutsche Caritasverband steht als christlicher Wohlfahrtsverband für das Bekenntnis zum Leben. Er sieht es als seinen gesellschaftlichen Auftrag an, sich im Rahmen der Begleitung der laufenden Gesetzgebungsinitiativen zum assistierten Suizid für eine Lösung einzusetzen, die wirksam verhindert, dass Menschen sich unter Druck gesetzt fühlen, über Suizid und Suizidhilfe als Möglichkeiten der Beendigung des eigenen Lebens nachdenken zu müssen. Auch für alte und kranke Menschen ist die Freiheit, die Fortsetzung des eigenen Lebens nicht begründen zu müssen, unbedingt zu schützen.

Die Gesetzgebung zur Suizidhilfe ist durch eine Gesetzgebung zur Suizidprävention zu begleiten. Ziel muss es sein, dass Angebote der Suizidprävention für alle, die seiner bedürfen, flächendeckend, niedrigschwellig, kostenfrei und, wenn gewünscht, anonym erreichbar zu. Den Angeboten kommt umso mehr Bedeutung zu, als sich in der überwiegenden Zahl der Fälle zeigt, dass ein Suizidwunsch mehr den Wunsch nach Veränderung signalisiert als den Wunsch zu sterben.

Da Suizide häufig von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (und Belastungen) begangen werden, werden bei der Anamnese oft nur medizinische Probleme in den Blick genommen. Epidemiologische Untersuchungen machen aber deutlich, dass auch soziale, soziologische und ökonomische Faktoren Einfluss auf Suizidraten in der Bevölkerung haben können. Nachahmungstaten sind beispielsweise weniger geworden, seitdem in den Medien vermehrt über Auswege und Lösungen aus den Krisen berichtet und weniger Einzelheiten über

[4] Suizidprävention: eine Globale Herausforderung. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016, S. 28. 9789241564779-ger.pdf (who.int)
[5] Suizidbericht Österreich 2021

Suizidtaten beschrieben wurden. Mit dem Ausbau der psychosozialen Versorgung und einer stärkeren Betreuung der Menschen in Krisenzeiten durch Psychotherapeut_innen und Ärzt_innen können Menschen gestärkt und aus ihren Krisen herausgeführt werden.[6] Gesundheitspolitische Strategien sollten insoweit über die Erhaltung von körperlicher Gesundheit, Verhinderung oder Reduktion von Erkrankungen, Behinderung und Sterblichkeit hinaus einen stärkeren Fokus auf die seelische Gesundheit richten und einem ganzheitlichen Präventionsansatz folgen. Psychische Erkrankungen und der Suizid dürfen nicht stigmatisiert werden, sondern müssen, auch wegen ihrer Auswirkungen auf das familiäre und unmittelbare soziale Umfeld, stärker präventiv in den Blick genommen werden. Suizidales Verhalten ist bereits frühzeitig erkennbar und zeigt sich in verschiedenen Warnsignalen, wie länger anhaltenden ambivalenten Gedanken zum Tod, Selbstzweifel und Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Die Entscheidung zum letzten Schritt wird lange abgewogen.
Der Deutsche Caritasverband fordert deshalb umfassende Maßnahmen für eine niedrigschwellige, nachhaltige und wirksame Stärkung der Suizidprävention.

II. Forderungen des DCV Im Einzelnen

1. Ausbau psychosozialer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung

Suizidgefährdete Menschen müssen schnell und bedarfsgerecht unterstützt bzw. behandelt werden. Entsprechende Unterstützungs- und Versorgungsangebote im lokalen Umfeld sind wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Suizidprävention. Die aktuelle Verteilung niedergelassener Psychotherapeut_innen mit Kassensitz ist nicht ausreichend, um eine effiziente Versorgung von suizidalen Menschen mit psychischen Problemen und in akuten psychischen Krisen sicherzustellen. Wartefristen von 6-8 Monaten auf einen Therapieplatz sind zu lang. Besonders kritisch ist die Situation in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Hier betragen die Wartezeiten bis zu 12 Monate. Es braucht daher dringend einen Ausbau und eine zielgenauere Verteilung der niedergelassenen Vertragspsychotherapeut_innen im Rahmen einer Bedarfsplanung, um diesem Defizit entgegenwirken zu können.
Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Etablierung von psychiatrischen Notfall- und Krisendiensten. Psychiatrische Notfall- und Krisendienste bieten ein psychosoziales Beratungs- und Hilfeangebot für Menschen mit Suizidabsichten, in psychischen Krisen und für psychiatrische Notfälle sowie auch für Angehörige und Mitbetroffene. Diese Krisendienste arbeiten mit speziell geschulten, erfahrenen Fachkräften. Sie müssen rund um die Uhr, also 24/7 erreichbar sein und anders als bspw. reine Suizidpräventionsdienste bei Bedarf auch aufsuchend tätig werden können. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören diagnostische Abklärung, therapeutische Krisenintervention sowie eine verlässliche Weiterleitung zu anderen, erforderlichen Hilfen. Es geht dabei nicht darum, neue Einrichtungen zu schaffen, sondern darum, durch die Vernetzung, Kooperationen und Koordination vorhandener Dienste und Einrichtungen die Funktion einer „Krisenhilfe“ in den Regionen und Ländern aufzubauen. Solche „Krisenhilfen“ gibt es bspw. bereits in Bayern sowie in Berlin, hier u.a. gefördert durch den Caritasverband für das Erzbistum Berlin.

[6] Supra Bericht 2011 für Österreich. Einen ähnlichen Bericht gibt es für Deutschland nicht, man kann aber vermutlich es könnte Ähnlichkeiten zum deutschsprachigen Nachbarland geben. Für Lokale Angebote lässt sich eine Wirksamkeit feststellen: Thieme E-Journals - Nervenheilkunde / Abstract (thieme-connect.com)

Um der föderalen Zuständigkeit Rechnung zu tragen, sollte die Suizidprävention in bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder eingebettet werden (z. B. in die Psychiatriekoordination der Länder, Sucht- bzw. Drogenkoordination, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.). Die aktuellen Maßnahmen zur Umsetzung auf Länderebene sollten in einem jährlichen Suizidbericht der Koordinierungsstelle (s.u. unter 2.a)) beschrieben werden. Damit wird die Suizidprävention stärker organisatorisch eingebettet und strukturiert.

2. Aufbau eines breiten Spektrums an Angeboten zur Suizidprävention

Die Beratung, Begleitung und Betreuung suizidgefährdeter Menschen sollten präventiv weit vor einer medizinischen Behandlung ansetzen und eine große Bandbreite suizidpräventiver Maßnahmen, Angebote und Beratungsstellen vorhalten. Diese müssen zielgruppenspezifisch und niedrigschwellig erreichbar sein und auch sogenannte „Peer-to-Peer“-Angebote umfassen. Sie reichen von Begleitung durch ehrenamtliche Peerberater_innen aus dem sozialen Umfeld, über die Sensibilisierung von Lehrpersonal, Polizei und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen bis hin zu besonders geschulten Mitarbeitenden in Kriseninterventionseinrichtungen und der Notfallseelsorge.

Zum Ausbau der Suizidprävention schlagen wir folgende Maßnahmen vor:

a) Bundesweit flächendeckende Erreichbarkeit der Angebote auf verschiedenen Kommunikationskanälen

Alle Angebote müssen sich in ihrer Struktur und Erreichbarkeit an der vorgesehenen Zielgruppe ausrichten. Für viele Menschen ist ein aufzusuchendes Beratungsangebot mit einem Ort zur persönlichen Begegnung eine gute Hilfe. Andere greifen lieber zum Telefon und suchen ein Gespräch. Wieder andere Zielgruppen nutzen das Internet und suchen eine Online-Beratung über Mail, Chat oder App. Gerade junge Menschen erfahren Online-Angebote als einfach und unkompliziert. Nachweislich werden junge Menschen mit erhöhtem Suizidrisiko z.B. mit der anonymen Online-Suizidpräventionsberatung "[U25] Deutschland" der Caritas (kurz: [U25]) durch speziell ausgebildete Ehrenamtliche gut erreicht[7]. Dies spiegelt sich auch in der hohen Inanspruchnahme des Angebotes wider. Besonders die Möglichkeit, in einem geschützten anonymen Rahmen offen und ehrlich sein zu können, ohne Konsequenzen wie beispielsweise eine Klinikeinweisung fürchten zu müssen, wird von den Ratsuchenden immer wieder als hilfreich hervorgehoben. Um solche Angebote wie [U25] bekannt zu machen und um die Hilfesuchenden in ihrem „Lebensraum Internet“ zu erreichen, müssen alle medialen Möglichkeiten genutzt werden. Neben der Mail-Beratung gehört deshalb auch die Öffentlichkeitsarbeit auf social media Kanälen wie Instagram und YouTube ins Portfolio einer zeitgemäßen Suizidprävention.

Damit Menschen in einer suizidalen Krise, aber auch in anderen psychischen Not- und Krisenlagen, schnell Zugang zu niedrigschwelliger Hilfe finden, bedarf es allgemein bekannter Angebote, die mit entsprechenden personellen und finanziellen Kapazitäten ausgestattet sind, um Wartezeiten möglichst zu vermeiden. Mit den beiden einheitlichen und bundesweit erreichbaren Rufnummern der Telefonseelsorge gibt es bereits eine solche gut vernetzte bundesweite Infrastruktur. Allerdings berichtet die Telefonseelsorge Deutschland, dass von 16 Millionen Anrufen jährlich nur ca. 1 Millionen persönlich angenommen werden können. Hier könnte u.U. der Aufbau einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle mit einer

[7] Siehe dazu auch EVALUIERUNG DER ONLINE-SUIZIDPRÄVENTIONS-BERATUNG, Prof. Dr. Mark Stemmler; Prof. Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), 2020.

bundeseinheitlichen kostenlosen telefonischen Hotline und Website weiterhelfen, die zu bestehenden Angeboten vermitteln müsste, wie beispielsweise zur Telefonseelsorge und zu Peer-to-Peer-Angeboten wie [U25].
Eine nationale Koordinierungsstelle könnte die sektoren- und ressortübergreifende Zusammenarbeit zu dem Thema unterstützen. Aufgabe der Koordinierungsstelle sollte die Erstellung eines jährlichen fundierten Suizidberichts sein sowie die fachliche Unterstützung von Maßnahmen in den Bundesländern umfassen.

b) Multiprofessionelle Präventions- und Interventionsangebote

Es ist wünschenswert, bestehende lokale Angebote der Gesundheits-, Sucht- und Gewaltprävention, sowie der Kinder- und Jugendhilfe zu erweitern und um den Aspekt der Suizidprävention zu ergänzen. Diese sollten zudem stärker vernetzt werden und mit multiprofessionellem Ansatz z.B. seelsorglich, psychologisch, psychiatrisch und sozialarbeiterisch arbeiten.
Für den Fall, dass das soziale Umfeld nicht in der Lage ist, die Betroffenen ausreichend zu unterstützen, sollten Kriseninterventionsdienste und therapeutische Wohngemeinschaften gerade im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bereitgehalten werden. Selbsthilfeangebote müssen unterstützt und Spezialprogramme mit proaktiven, aufsuchenden Angeboten für „systemferne“ / schwer erreichbare Zielgruppen (z. B. vereinsamte junge und alte Menschen, chronisch kranke Menschen, Menschen mit multiplen Problemlagen, Menschen in Notquartieren etc.) gefördert werden.
Ergänzend müssen einzelne Maßnahmen hinzukommen, die nicht der Suizidprävention im engeren Sinne hinzugerechnet werden können, jedoch in Abstimmung mit dieser umgesetzt werden sollten. Zu nennen sind besonders Maßnahmen gegen Einsamkeit. Einsamkeit stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit dar und erhöht das Risiko für chronischen Stress, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Demenz, eine verkürzte Lebenserwartung und auch Suizid. Hier sollten Strategien und altersspezifische Konzepte entwickelt werden, wie Einsamkeit vorgebeugt werden kann bzw. die betroffenen Personen aus der Einsamkeit und Isolation wieder herausfinden können. Dies kann bspw. durch die (Weiter-)Entwicklung neuer Wohnkonzepte im Sozialraum für Menschen, die von sozialer Isolation bedroht sind geschehen (z. B. Mehrgenerationen-Häuser, Alters-Wohngemeinschaften), durch Besuchsdienste, Integrationsinitiativen, aufsuchende multiprofessionelle Teams in Zusammenarbeit mit psychosozialem Personal, ehrenamtliche Besuchsdienste (auch in Alten-/Pflegeheimen), die (Weiter-)Entwicklung/Unterstützung von zielgruppenspezifischen „Freizeiträumen“ und Kommunikationsangeboten (Jugendzentren, Peer-Telefon-/Chat-/Maildienste für alte Menschen, Schulungen für alte Menschen in der Nutzung neuer Medien) etc.

c) Peer-to-Peer-Begleitung als Ergänzung zu professionellen Angeboten fördern

Ergänzend zu professionellen Angeboten können auch ehrenamtliche Peers Menschen in suizidalen Krisen, wie auch in anderen psychischen Not- und Krisenlagen begleiten. Die Erfahrungen des Deutschen Caritasverbandes mit [U25] haben gezeigt, dass gleichaltrige Ehrenamtliche ressourcenaktivierend Betroffene unterstützen können. Als Gleichaltrige mit ähnlichen Sozialbezügen und Erfahrungen können sie oft die Belange ihrer Klientinnen und Klienten besser nachvollziehen als ausgebildete Therapeuten_innen. Als Expert_innen aus Erfahrung bilden sie das Bindeglied zwischen professioneller Begleitung und Betroffenen und können in ihren Mails z.B. auch Ängste und Barrieren thematisieren, die die Ratsuchenden vom Aufsuchen professioneller therapeutischer Unterstützung abhalten.

d) Auskömmliche Finanzierung der Peer-to-Peer Angebote

Wie auch die Professionelle Präventions- und Interventionsangebote müssen diese ehrenamtlichen Peer-to-Peer Angebote auskömmlich finanziert werden. Ehrenamtliche Peer-Angebote benötigen Anleitung und Betreuung durch hauptamtliche Koordinierungskräfte, die die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich Beratenden sicherstellen. Dazu zählt auch das Angebot von Supervision, die Ehrenamtliche bei der Aufarbeitung der schwierigen Thematik unterstützen kann und entsprechend refinanziert werden muss. Eine Finanzierung soll analog zu § 39a Absatz 2 SGB V durch einen angemessenen Zuschuss aus dem SGB V zu den notwendigen Personal- und Sachkosten erfolgen. Der Zuschuss könnte aus den Beratungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zur Zahl der Beratungen ergibt, bestimmt werden. Eine hauptamtliche Fachkraft sollte in einem Vollzeitstellenäquivalent höchstens 45 ehrenamtlich Tätige betreuen, die bis zu zwei aktive Beratungen gleichzeitig übernehmen können. Niedrigschwellige Angebote für spezifische Zielgruppen.
Niedrigschwellige und anonyme (Online-)Krisenangebote in unterschiedlichen Sprachen (auch Leichte Sprache) sind ebenso auf und auszubauen wie auch religions- und kultursensible Beratung. Als weitere beispielhaft zu nennen wären hier Projekte mit niedrigschwelligem Zugang wie Gesundheitskioske in sozialen Brennpunkten, Trauer-Cafés sowie Selbsthilfegruppen. Für Hilfesuchende, die nicht mobil sind, müssen aufsuchende Angebote vorgehalten werden. Die Bedürfnisse und besonderen Erfordernisse von Menschen mit Behinderung müssen ebenfalls beachtet und die Barrierefreiheit und Zugänglichkeit der Angebote sichergestellt werden.

e) Unterstützung für Angehörige

Neben Angeboten für Menschen mit Suizidgedanken muss unabdingbar auch über die Unterstützung ihrer An- und Zugehörigen nachgedacht werden. Hier kann im Einzelfall akuter Gesprächs- und Therapiebedarf bestehen, der aufgefangen werden muss. Eine entsprechende Beratungs- und Therapiestruktur sollte innerhalb der bestehenden Psychosozialen Krisendienste oder der Psychosozialen Beratungsstellen auf- und ausgebaut werden.

f) Aufklärung und Wissen über Suizidalität und Hilfsangebote in akuten Krisen

Zentrales Anliegen der Suizidprävention muss es sein, das Wissen über Suizidalität durch Information und Aufklärung in der Bevölkerung zu verbessern und eine diskursive Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Suizid zu fördern. Auch Projekte, die dies schon umsetzen (bspw. das Schulsuizidpräventionsprojekt der Caritas [AUSWEG]los) müssen bedarfsgerecht ausgebaut und langfristig gefördert werden.
Hierdurch soll die Sensibilität für Anzeichen einer Krise erhöht, die Krisenkompetenz der Bevölkerung verbessert und das Hilfesuchverhalten in Krisensituationen - durch einen höheren Bekanntheitsgrad psychosozialer Hilfsangebote - gefördert werden.

g) Förderung der Suizidforschung

Die Ursachen für Suizide und für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe sowie Suizid- und Sterbewünsche sind komplex. Um besser zu verstehen, wie diese entstehen, welche Ursachen ihre Entstehung begünstigen und wie ihnen effizient entgegengetreten werden kann, bedarf es gut ausgebauter und langfristig finanzierter Forschungsvorhaben. Sinnvoll erscheint überdies eine

verlässliche Statistik zu Suiziden in Deutschland. Häufig wird die Datenlage noch als unklar eingeordnet, weil Suizide gerade im Jugendalter oftmals fälschlich den Unfällen zugerechnet werden. Assistierte Suizide sind eigens zu erfassen, um möglichem gesellschaftlichen Erwartungsdruck frühzeitig entgegenwirken zu können.
Grundlegend ist auch eine qualifizierte und regelmäßige Datenlage über die Angebote zur Suizidprävention, sowie eine wissenschaftlich fundierte Dokumentation und Evaluation ihrer Arbeit.[8] So lassen sich Wirkungszusammenhänge epidemiologisch erfassen und Präventionsangebote passgenau weiterentwickeln.

3. Prävention von (assistierten) Suiziden erfordert eine gute Hospiz- und Palliativversorgung

Damit Menschen den Assistierten Suizid nicht als einzige Möglichkeit sehen, einem fremdbestimmten langen Sterbens- und Leidensprozess zu entgehen, muss die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut, weiterentwickelt und die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung in der Gesellschaft bekannter werden.

Wir schlagen folgende Maßnahmen vor:

a) Individueller Rechtsanspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorgeplanung im Sinne von Advance Care Planning

Die Möglichkeit der Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung gemäß § 132g Abs. 1 SGB V existiert bisher nur in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zur Förderung der palliativen Entscheidungskompetenz sollten jedoch auch Menschen, die zu Hause leben, ob jung oder alt, gesund oder krank, einen Anspruch auf diese Form der Beratung haben, damit auch sie auf Wunsch dabei unterstützt werden, ihre ganz persönlichen Vorstellungen und Wünsche zu ihrer Versorgung am Lebensende selbstbestimmt zu verwirklichen. Diese Beratung sollte unterschiedliche Lebensbereiche und nicht nur gesundheitsbezogene Fragen umfassen und nicht an einen bestimmten Zeitpunkt geknüpft sein.
Dazu sollte es einen individuellen Rechtsanspruch im SGB V für alle Versicherten auf eine qualifizierte Beratung ähnlich der Regelung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V geben. Die Beratung sollte von den Krankenkassen in Form von Pauschalen finanziert werden.
Regelungen eines prozeduralen Schutzkonzeptes im Kontext des Assistierten Suizids müssen sprachlich wie auch inhaltlich klar von der Gesundheitlichen Versorgungsplanung getrennt werden.

b) Sterbebegleitung und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen stärken

Die palliative Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase erfordert einen hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand. Dieser Mehraufwand umfasst sowohl die pflegerische und medizinische Versorgung als auch die psychosoziale Begleitung, Betreuung und Versorgung von sterbenden Menschen wie auch ihrer An- und Zugehörigen. Für die Begleitung der

[8] U25 wird im Rahmen eines Forschungsprojektes der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) evaluiert. Erste Ergebnisse gibt es voraussichtlich 2024.

Bewohner_innen und ihrer An- und Zugehörigen in der Palliativphase ist eine Verbesserung des Personalschlüssels erforderlich, die im Rahmen der Umsetzung des Personalbemessungssystems nach § 113c SGB XI erfolgen muss. Perspektivisch sollte pro Einrichtung (je nach Anzahl der Bewohner in einem Verhältnis von 1:50) einen zusätzlicher, Stellenanteil für in palliative Care qualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegekompetenz gesetzlich verankert werden.
Für die Finanzierung dieses Personalanteils sind zwei Wege denkbar: 1. Refinanzierung aus dem SGB V, da in der letzten Lebensphase der Aufwand an medizinischer Behandlungspflege nochmals erheblich zunimmt, 2. Als Aufwand für die palliative Beratung, Begleitung und Versorgung aus dem SGB XI. Da der Koalitionsvortrag vorsieht, die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen vollständig aus dem SGB V zu refinanzieren und da das zusätzliche Pflegefachpersonal nach § 8 Absatz 6 SGB XI, das gegenwärtig aus dem SGB V refinanziert wird, perspektivisch in die Personalbemessung des SGB XI überführt werden soll, lassen sich die beiden alternativ genannten Finanzierungswege letztlich integrieren. Wichtig: Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen darf nicht zu einer Steigerung des Eigenanteils der Heim-Bewohner_innen führen.
Wichtig ist daneben die Verbesserung der Gesprächskompetenzen von Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitswesen durch Förderung von Aus, Fort- und Weiterbildung zur Suizidprävention und zum Umgang mit Sterbewünschen, zum Wissen über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung und zum Erwerb von Kompetenzen in Palliative Care (insbesondere geriatrischer Palliative Care).
Die Finanzierung von Supervision und Ethikberatung in Einrichtungen und Diensten, die mit schwerkranken und sterbenden Menschen, suizidalen Menschen und Menschen mit Sterbewünschen arbeiten, sollte zudem zum Standard werden.

c) Anspruch auf palliatives Fallmanagement insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Viele kranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die bedrohliche Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fühlen sich viele Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, die schon durch die Verarbeitung der Diagnose oder der Erkrankung sehr belastet sind, mit der Organisation der Anschlussversorgung überfordert. Die meisten Menschen kennen sich im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend aus und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Anschlussversorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung, Heil- und Hilfsmittel bekommen bzw. wie sie notwenige Termine koordinieren können.
Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird die notwendige Unterstützung und Koordinierung von Hilfen oftmals bereits geleistet. Anspruch auf eine Versorgung mit SAPV haben aber nur Betroffene mit speziellen Krankheitsbildern.
Auch Menschen, die keinen Anspruch auf SAPV haben, aber bei der Organisation der notwendigen Hilfen Unterstützung benötigen, sollen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden, einen gesetzlichen Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement im Rahmen des SGB V erhalten. Das palliative Fallmanagement sollte für Menschen, die an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden oder aufgrund einer Krankheit absehbar ihrem Lebensende zugehen, ein Beratungsgespräch mit einem sog. „Palliativ-Lotsen“ umfassen – unabhängig davon, ob sie

ambulant durch einen Hausarzt oder stationär bspw. im Krankenhaus versorgt werden. Aufgabe des Palliativ-Lotsen ist die Beratung über die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung sowie ggfs. Unterstützung bei der Beantragung und Organisation gesundheitlicher, pflegerischer, psychologischer, sozialer, spiritueller und sonstiger Unterstützungsangebote. Ein solches Palliatives Fallmanagement kann damit zur Verringerung von Zukunftsängsten beitragen, da die Versorgung kontinuierlich bedarfsgerecht an den individuellen Krankheitsverlauf angepasst werden kann.
Zur Umsetzung schlagen wir schlagen Folgendes vor:
Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf ein palliatives Fallmanagement für Menschen, die keinen Anspruch auf SAPV oder besonders qualifizierte Palliativ-Mediziner nach § 87 Abs. 1 b haben, als eine Leistung, die von bestehenden Diensten der Regelversorgung erbracht wird:

- Für Pflegefachkräfte ambulanter Pflegedienste mit Weiterbildung in Palliative Care muss das Leistungsverzeichnis häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V entsprechend erweitert werden,
- für sog. „Brücken-Schwestern“ in Krankenhäusern muss der § 11 Abs. 4 SGB V Versorgungsmanagement ausgebaut werden, damit sie diese Patienten auch ambulant weiterbegleiten können.

Palliatives Fallmanagement sollte flächendeckend verfügbar und möglichst niedrigschwellig angelegt, zugehend und kostenfrei sein. Perspektivisch wäre das Palliative Fallmanagement damit dann auch als eigenständige Leistung im Rahmen der (vielerorts noch zu gründenden) Hospiz- und Palliativnetzwerke denkbar.

d) Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen für die Begleitung und Pflege durch An- und Zugehörige verbessern

Bestehende Hürden in der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit müssen abgebaut werden, damit pflegende Angehörige Auszeiten für die Pflege besser in Anspruch nehmen können. Pflegezeit und Familienpflegezeit sollten zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammengeführt werden. Bei Inanspruchnahme dieser Leistung sollen pflegende Angehörige eine Lohnersatzleistung im Umfang der jeweiligen Arbeitszeitreduzierung bei Teilzeitbeschäftigung im Umfang von mindestens 15 Stunden pro Woche oder bis zu 6 Monate bei Vollausstieg erhalten. Die Sterbekarenz darf nicht auf die Höchstdauer der Inanspruchnahme der Pflegekarenz angerechnet werden. Zudem soll die Betriebsgröße für den Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, die derzeit bei 25 Beschäftigten liegt, auf die für die Pflegezeit geltende Betriebsgröße von 15 Beschäftigten reduziert werden. Des Weiteren darf es keine Abschläge beim Rentenanspruch geben, wenn sich An- und Zugehörige durch Inanspruchnahme eines Pflegedienstes entlasten.

e) Psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung integrieren

Schwerstkranke Menschen sind gefordert, sich mit den körperlichen Symptomen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Daneben kann die Erkrankung gravierende psychische, soziale, seelische und finanzielle Auswirkungen haben. All diesen Dimensionen muss – im Sinne des „total pain“ Konzepts von Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung – mit einer umfassenden und der menschlichen Komplexität gerecht werdenden Schmerzbehandlung auch

in der SAPV entsprochen werden. Dazu ist neben der medizinischen und pflegerischen Dimension die Verankerung der psychosozialen Dimension im Rahmen des § 132 d SGB V notwendig. Damit können künftig psycho-soziale Fachkräfte fest in das Behandlungsteam integriert werden und psycho-soziale Leistungen, die bereits auf Palliativstationen und in stationären Hospizen regulärer Teil der palliativen Behandlung sind, auch regelhaft in der SAPV erbracht werden.
Zudem muss gerade mit Blick auf den ländlichen Raum weiterhin gewährleistet sein, dass die SAPV auch im Rahmen eines Kooperationsmodells zwischen den versorgenden Ärzten und ambulanten Pflegediensten erbracht werden kann.

f) Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung verstärken

Städte, Kommunen, Länder und insbesondere der Bund sollten in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrts- und Sozialverbänden und Kirchen Kampagnen durchführen mit dem Ziel, die hospizlich-palliativen Möglichkeiten besser bekannt und breiteren Gesellschaftsschichten zugänglich zu machen. Es geht darum, diese Themen in unserer Gesellschaft zu enttabuisieren. Für den Bund böte sich hierfür z.B. die koordinierende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an. Die BZgA hat bereits im Bereich anderer gesellschaftlich eher marginalisierter und tabuisierter Themen (wie z.B. der Aufklärung zu Aids und anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen sowie zu Suchtthemen) eine gute Aufklärungsarbeit geleistet. Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens sowie Kranken und Pflegekassen sollten verpflichtet werden - ähnlich wie es bereits in der stationären Altenhilfe vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist - besser über die palliativen medizinisch--pflegerischen Möglichkeiten und die hospizlich-palliativen Beratungs-, Begleitungs- und Versorgungsangebote am Lebensende informieren (z.B. über Beiträge in Mitgliederzeitschriften, Broschüren und Flyern).

4. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthema in den Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufe

In der aktuellen Debatte um den Suizid und Suizidhilfe wird deutlich, dass Suizidprävention insbesondere die Lebenssituation vulnerabler Personen oder Personengruppen in den Blick nehmen muss. Nicht zuletzt hochaltrige Menschen tragen sich mit dem Gedanken an Suizid und Suizidhilfe. Auch unter den Menschen, die Dienste der Caritas in Anspruch nehmen oder in Einrichtungen der Caritas leben, sind Menschen mit Suizidgedanken. Hier ist vor allem auf Krankenhäuser, stationäre und ambulante Hospize, wie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und auf Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe aufmerksam zu machen. Deswegen ist es sehr wichtig, die Aufmerksamkeit von Mitarbeitenden für psychische und ggf. suizidale Krisen zu erhöhen und sie auf Situationen vorzubereiten, in denen sie auf Menschen in suizidalen Krisen treffen, indem sie bereits in der Ausbildung lernen, wie sie Menschen in suizidalen Krisen begegnen können. Dies gilt auch für andere Berufsgruppen, z.B. Lehrer_innen, Polizei, Feuerwehr oder Sozialarbeiter_innen. Zudem sollten mögliche Peers in den Blick genommen werden. Gut ausgebildete Peers sind häufig gute und lebensnahe Gesprächspartner_innen. In den Curricula von Aus- Fort- und Weiterbildungen und Studiengängen / Lehrplänen sollte das frühe Erkennen von psychischen Krankheiten und Krisen, aber auch der Umgang mit Suizid- und Sterbewünschen verpflichtend verankert werden. Ausbildungsinhalte

sollten darauf abzielen, Berührungsängste zu existenziellen Themen abzubauen und die Kompetenz zum Dialog zu verbessern. Neben medizinischen, psychologischen und juristischen Inhalten sollten deshalb auch ethische, interkulturelle und interreligiöse Handlungskompetenzen vermittelt werden. Train-the-Trainer Programme stellen eine wirksame Möglichkeit dar, niedrigschwellige und lebensnahe Hilfe zu ermöglichen. Hilfreich kann überdies die Bereitstellung von Handlungsanweisungen und Ratgebern sein, die im Notfall einen ersten Überblick verschaffen und Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Freiburg/ Berlin, 19.10.2022

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakte:

Dr. Elisabeth Fix, Referatsleiterin Kontaktstelle Politik (Tandemleitung), Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, elisabeth.fix@caritas.de

Elisabeth Frischhut, Referentin im Referat Teilhabe und Gesundheit, Deutscher Caritasverband/ Freiburg, Tel. 0761 200 252, elisabeth.frischhut@caritas.de

Steffen Beringhoff, Referent im Referat Teilhabe und Gesundheit, Deutscher Caritasverband /Berliner Büro, Tel. 0761 200 372, steffen.beringhoff@caritas.de

Diana Kotte, Referentin für das Suizidpräventionsangebot [U25], im Referat Online-Beratungsplattform, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 0761 200 26, diana.kotte@caritas.de