



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines
Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention
(vom 28.11.2024)

Berlin, 05.12.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2. Vorbemerkung.....	5
3. Stellungnahme im Einzelnen	5
Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich	5
§ 1 Abs. 1 und Abs. 2 SuizidPrävG	5
Zugang zu Krisendiensten	6
§ 4 SuizidPrävG	6
Kenntnis einer Suizidgefahr durch bestimmte Geheimnisträger	6
§ 5 SuizidPrävG	6
Aufgaben.....	8
§ 9 Nr. 8a SuizidPrävG.....	8
Aufgaben.....	9
§ 9 Nr. 10 SuizidPrävG.....	9
Anlage zu § 9 SuizidPrävG	10

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Vor dem Hintergrund des Entschließungsantrages des Deutschen Bundestages vom Juli 2023 für die Stärkung der Suizidprävention (Entschließungsantrag „Suizidprävention stärken“ mit der Forderung zur gesetzlichen Absicherung der Suizidprävention, BT-Drs. 20/7630), liegt nunmehr der Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz (SuizidPrävG-E) vor, in dem verschiedene Maßnahmen zur Stärkung der Suizidprävention gesetzlich verankert werden sollen. Im Wesentlichen beruht der Referentenentwurf auf der im Mai 2024 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Nationalen Suizidpräventionsstrategie. Durch Information, Aufklärung, Forschung und niedrigschwellige Unterstützung sollen Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen möglichst reduziert bzw. verhindert werden. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern sowie das Stigma und die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen, zu bekämpfen.

Sowohl der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz als auch die Bundesärztekammer, zuletzt in einer Pressemitteilung vom 10.09.2024, haben die Bundesregierung wiederholt eindringlich aufgefordert, ein umfassendes Suizidpräventionsgesetz vorzulegen, wie es der Deutsche Bundestag bereits im vergangenen Jahr fraktionsübergreifend fast einstimmig gefordert hatte.

Die Ziele des Referentenentwurfes werden von der Bundesärztekammer grundsätzlich unterstützt. Der Referentenentwurf ist jedoch unvollständig, an vielen Stellen unkonkret und lässt wesentliche Aspekte einer wirksamen Suizidprävention und deren gesetzliche Verankerung unberücksichtigt. Die Bundesärztekammer sieht deswegen relevanten Nachbesserungsbedarf.

Der Entwurf fokussiert insbesondere darauf, die Suizidprävention gemeinsam mit Ländern und Kommunen sowie den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention unter Einbindung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ab 2025 weiterzuentwickeln. Die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen sollen die Aufgabe erhalten, die Bevölkerung über Suizidalität und die Möglichkeiten zu deren Verhinderung aufzuklären. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine nachhaltige Suizidprävention von entscheidender Bedeutung, die Vernetzung aller Ebenen und das Ineinandergreifen der Verantwortungsbereiche der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure, die als korporative oder individuelle Verantwortungssubjekte zusammenwirken, zu befördern.

Ärztinnen und Ärzte sowie andere bestimmte Geheimnisträger sollen beim Bekanntwerden einer Suizidgefahr Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige unterstützen und das Thema Suizid und Suizidalität enttabuisieren. Die Regelungen werfen aber viele Auslegungsfragen auf und sind als Handlungspflicht entbehrlich, da die bereits bestehenden ärztlichen Berufspflichten hinreichend konkrete Pflichten für Ärztinnen und Ärzte begründen.

Die Einrichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit wird in dem Entwurf ausgeprägt fokussiert und mit zahlenreichen Voraussetzungen ausgestattet. Die vorgesehenen Strukturen mit Koordinierungsstelle und Fachbeirat scheinen darauf angelegt zu sein, die Selbstverwaltung und fachliche Unabhängigkeit zu unterminieren, soweit dies auf eine vollständige Bestimmung und Kontrolle durch das BMG ausgerichtet zu sein scheint. Erforderlich wäre vielmehr die Einbeziehung fachlicher Expertise, z.B. durch eine gesetzlich vorgesehene Beteiligung der Bundesärztekammer und anderer Institutionen, die sich seit Jahren intensiv mit dem Thema der Suizidalität auseinandersetzen.

Ein wesentlicher Punkt soll die Erarbeitung eines Konzepts für eine bundesweit einheitliche Krisendienstrufnummer gemeinsam mit den Ländern sein.

Ferner soll Forschung im Bereich Suizidprävention, Suizidalität und assistierter Suizid aktiv durch die Koordinierungsstelle vorangetrieben werden. Hierzu gehört dem Entwurf zufolge auch die Einrichtung eines Systems zur systematischen Beobachtung, Analyse und Berichterstattung über Suizidalität. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen in eine Bedarfsanalyse für ein mögliches Suizidregister einfließen, das bei Bedarf konzipiert und umgesetzt werden kann.

Zur Unterstützung ihrer Arbeit wird die Koordinierungsstelle von einem Fachbeirat beraten sowie von einer Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des BMG und den Ländern organisatorisch unterstützt, heißt es im Entwurf.

Nicht zuletzt soll das BMG regelmäßig dem Deutschen Bundestag über die Fortschritte der Koordinierungsstelle berichten. Die Wirksamkeit der Maßnahmen soll evaluiert werden.

Zusätzlich sieht das Gesetz Modellvorhaben vor, die Maßnahmen der Suizidprävention als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erproben sollen.

Der Referentenentwurf lässt aus Sicht der Bundesärztekammer wesentliche Umsetzungsfragen offen. So finden sich beispielsweise die Themenfelder wie zielgerichtete Maßnahmen zur Methodenrestriktion, Etablierung von Präventionsangeboten zum Thema Mental Health oder risikogruppenspezifische Suizidpräventionsprogramme unzureichend oder gar nicht wieder. Der Entwurf wirkt aus diesem Grund unvollständig und bedürfte einer eingehenden Beratung und Ergänzung. Angesichts der herausragenden Bedeutung des Themas und der erheblichen Implikationen für ein Suizidpräventionsgesetz, auch vor dem Hintergrund der Debatte um die rechtliche Regelung der Suizidhilfe in Deutschland, kritisiert die Bundesärztekammer die unzureichende und inakzeptable Stellungnahmefrist, die ein Interesse an der notwendig eingehenden Befassung der Fachexperten und eine angemessene Auseinandersetzung mit dem vorgelegten Entwurf erkennbar vermissen lässt.

Die Suizidprävention stellt eine Vielzahl von Interventionen bereit, die auf allen Ebenen der Gesellschaft – von der Ebene des Individuums bis hin zur politischen, gesamtgesellschaftlichen Ebene – ansetzen (WHO 2014). Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln als umfassende Methodenrestriktion ist der am besten nachgewiesene suizidpräventive Effekt.

Besondere Verantwortung im Rahmen der Suizidprävention hat der Gesetzgeber durch die Beförderung ausfinanzierter flächendeckender (besonders auch niedrigschwelliger) Angebote im Gesundheitswesen (Psychiatrie, Geriatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) und durch die psychosoziale oder spezifisch für suizidgefährdete Personen angebotene Beratung. Der Referentenentwurf lässt diese Aspekte im Wesentlichen unberücksichtigt.

Daher ist der Referentenentwurf ein erster, längst überfälliger Schritt für eine nachhaltige Stärkung und gesetzliche Verankerung der Suizidprävention als Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge mit einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme von Bund, Ländern und Kommunen. Jedoch wird der Entwurf dem Thema in seiner Bedeutung und gesamtgesellschaftlichen Tragweite nur ansatzweise gerecht. So fehlt aus Sicht der Bundesärztekammer insbesondere eine klare Zuordnung, wie bereits vorhandene und gut funktionierende Strukturen der Suizidpräventionsangebote und deren Fortbestand finanziell gesichert werden sollen, nicht zuletzt auch um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Die Bundesärztekammer steht als Ansprechpartner im Rahmen der notwendigen Überarbeitung des Referentenentwurfes gerne zur Verfügung.

2. Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer konzentriert sich bei ihrer Stellungnahme überwiegend auf Aspekte des Referentenentwurfes, die unmittelbare Berührungspunkte mit der ärztlichen Tätigkeit haben.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich

§ 1 Abs. 1 und Abs. 2 SuizidPrävG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige sollen frühzeitig unterstützt werden, um suizidalem Verlangen vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren (im Folgenden auch z. B. § 2, § 4, § 9).

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das Spannungsverhältnis zwischen der Pflicht des Staates zum Schutz des Lebens und der Selbstbestimmungsfähigkeit des Einzelnen über sein Leben ist aus Sicht der Bundesärztekammer nachvollziehbar. Es bedarf aufgrund dieses Umstandes jedoch keiner begrifflichen Unterscheidung im Gesetzentwurf in Menschen mit Suizidgedanken (§ 2 Abs. 1) und Sterbewillige (§ 2 Abs. 2), weil durch das Suizidpräventionsgesetz der selbstbestimmte Wunsch zu Sterben in Einzelfällen nicht beeinträchtigt wird bzw. werden soll. Die Unterscheidung erscheint in diesem Kontext nicht sachgerecht und ist zudem nach klinischer und praktischer Erfahrung nicht nachzuvollziehen, da hier die gesetzliche Verankerung eines Präventionsangebots geschaffen werden soll, das sich an *alle* Menschen richtet, die sich mit Gedanken an einen Suizid tragen, demgegenüber die Bürger frei sind, es anzunehmen oder abzulehnen. Soweit an die unterschiedlichen Begriffe auch keine unterschiedlichen Rechtsfolgen geknüpft werden, ist die Differenzierung auch aus rechtsförmlichen Gründen ohnehin entbehrlich.

Die Regelungen zur freien Willensbildung erscheinen ebenfalls inkonsistent, wenn Sterbewillige zum einen nur „Volljährige“ sein sollen, dann aber in Bezug auf die Ausschlussgründe für eine freie Willensbildung auf Regelungen der Geschäftsunfähigkeit oder Testierfähigkeit von Kindern hingewiesen wird. Zudem bildet der Versuch einer Legaldefinition der freien Willensbildung, die auch für andere Rechtsbereiche Auslegungsfragen aufwerfen wird, nicht alle Ausschlussgründe ab, wie etwa Willensschwächen, psychische Erkrankungen bzw. Störungen oder die übermäßige Beherrschung des Willens durch einen Dritten. Ob die Fähigkeit, sich von Einflussnahmen Dritter abzugrenzen, schon dazu führt, dass die Freiheit der Willensbildung ausgeschlossen ist, erscheint überdies fraglich. Überhaupt erscheint fraglich, welchen Zweck diese Definition im Kontext der Unterbreitung von Informationen und Aufklärungsangeboten zur Suizidprävention erfüllen soll.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die begriffliche Unterscheidung zwischen Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewilligen sollte gestrichen werden. Legaldefinitionen zur Sterbewilligkeit und freien Willensbildung in diesem Kontext sind entbehrlich.

Zugang zu Krisendiensten

§ 4 SuizidPrävG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Regelung der Inanspruchnahme von Krisendiensten durch Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewilligen: Diese soll barrierefrei, anonym und vertraulich ermöglicht werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Hierbei ist unklar, welche Krisendienste gemeint sind. Die für die Suizidprävention so wichtigen flächendeckenden 24-Stunden-Dienste und aufsuchenden Krisendienste sind derzeit lediglich in den Bundesländern Bayern und Berlin vorhanden. Sollten Anlaufstellen wie die bereits bestehenden psychosozialen Krisendienste gemeint sein, müssten diese explizit beschrieben werden. Diese wären jedoch in der Verfügbarkeit auf- und auszubauen, um dem Auftreten von krisenhaften Zuspitzungen zu jeder Zeit begegnen zu können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es bedarf der gesetzlichen Verankerung und der verlässlichen Finanzierung für den flächendeckenden Ausbau von 24-Stunden-Diensten und aufsuchenden Krisendiensten der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung unter Einbeziehung der bestehenden Dienste und Einrichtungen.

Kenntnis einer Suizidgefahr durch bestimmte Geheimnisträger

§ 5 SuizidPrävG

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 5 des Entwurfs ist vorgesehen, dass bestimmte Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte bei offensichtlich gewichtigen Anhaltspunkten für eine Suizidgefahr die betreffende Person auf Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen oder die Angebote selbst in Anspruch nehmen sollen, damit die gefährdete Person geeignete Unterstützung erhält.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer befürwortet seit Jahren das Anliegen der Suizidprävention. Nach § 1 Abs. 2 MBO-Ä ist es unter anderem die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, „das Leben zu erhalten“ sowie „die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen“. Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus (§ 2 Abs. 1 MBO-Ä). Sie sind zudem verpflichtet, „ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten“ (§ 2 Abs. 2 MBO-Ä).

Die Bundesärztekammer hat bereits im Jahr 2021 eine Orientierungshilfe „Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB“ veröffentlicht, welches Ärztinnen und Ärzten Informationen an die Hand gibt, die ihnen helfen sollen, wenn an sie der Wunsch herangetragen wird, „Hilfe zum Suizid“ zu leisten. Aus dem Papier ergibt sich, dass Patienten, die den Wunsch zu sterben äußern oder Suizidgedanken haben, mit Gesprächsbereitschaft begegnet werden muss. Das vertrauensvolle Gespräch über den Wunsch des Patienten, zu

sterben oder sein Leben zu beenden, gehört nach dem Selbstverständnis der Ärzteschaft zum Kern der ärztlichen Tätigkeit, und zwar nicht nur im Rahmen der Begleitung kranker oder sterbender Menschen, sondern auch bei suizidalen Gedanken außerhalb dieses Kontextes. Einem schwerkranken oder sterbenden Patienten sollte der Arzt zudem frühzeitig und wiederholt die ausdrückliche Bereitschaft vermitteln, auch über das Sterben an der Erkrankung und den Tod zu sprechen. Dabei ist der Arzt im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur Beratung und Aufklärung über bestehende Erkrankungen und ihren voraussehbaren Verlauf, über Therapien und alternative (z. B. palliativmedizinische oder psychotherapeutische) Angebote verpflichtet, um dem Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen und ggf. mit ihm gemeinsam ein Behandlungskonzept zu entwickeln und dieses umzusetzen. Dazu gehört das sensible Gespräch von Ärztinnen und Ärzten mit ihren Patientinnen und Patienten über Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote zur Suizidprävention.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich die Maßstäbe für das ärztliche Handeln im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen bereits aus den in der Berufsordnung kodifizierten Vorgaben für eine gewissenhafte und an den Maßstäben von Patientenwohl, Ethik und Menschlichkeit ausgerichteten Berufsausübung. Eine zusätzliche gesetzliche Regelung ist weder begründet noch erforderlich. Dies gilt umso mehr, als die vorgesehenen Regelungen eine ganze Reihe von Fragen aufwerfen und zu Schwierigkeiten führen können:

So sieht der Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz mit der Regelung in § 5 ausdrücklich eine Handlungspflicht der Ärztin bzw. des Arztes „für den Regelfall“ vor (Seite 54 des Referentenentwurfs), welche mit zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffen versehen ist und Ausnahmetatbestände nicht deutlich zu erkennen gibt. Vor dem Hintergrund derzeit ungeklärter Haftungsfolgen bei Unterlassen der gebotenen Handlung nach dem Suizidpräventionsgesetz müssen die Tatbestandsmerkmale aber so klar ausgestaltet sein, dass der Handlungspflichtunterworfenen sein Handeln zweifelsfrei daran ausrichten kann. Das steht bei § 5 in Zweifel.

Zunächst ist schon unklar, wann „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Suizidgefahr vorliegen. Zwar wird in der Begründung ausgeführt, dass die Anhaltspunkte für eine Suizidgefahr so offensichtlich sein müssen, dass sie sich jedem ohne Weiteres erschließen und eine Nachforschungspflicht nicht besteht. Es wird aber ebenfalls darauf hingewiesen, dass es unbedeutend sei, ob der bekannt gewordene Wunsch nach einem Suizid lediglich Ausdruck einer depressiven Augenblicksstimmung entspringt oder der Entschluss noch nicht von innerer Festigkeit oder Zielstrebigkeit getragen ist. Letzteres relativiert die zuvor getroffene Aussage und gerät teilweise in einen gewissen Widerspruch, weil eine „Augenblicksstimmung“ gerade nicht eine für jeden augenfällige Suizidgefahr begründen muss. Für die Ärztin bzw. den Arzt hat das die Konsequenz, dass damit schon unklar sein kann, wann die Handlungspflicht nach § 5 besteht.

Aus der Begründung ergibt sich ferner, dass sich keine Handlungspflicht ergibt, wenn die Person bereits Unterstützung erhält oder ein Tätigwerden der Ärztin oder des Arztes einen Suizidversuch befördern könnte. Auch dieser Umstand ist schwer einzuschätzen und nicht sicher vorherzusehen. Die Regelung bedarf insoweit einer Präzisierung, damit Haftungsrisiken für die Handlungspflichtigen reduziert werden.

Hinsichtlich des Umfangs der Handlungspflicht wäre es sinnvoll, klarzustellen, dass es ausreichend ist, dass die Ärztin oder der Arzt auf das in § 9 Nr. 5 SuizidPrävG vorgesehene „digitale Verzeichnis mit den bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten“ hinweist. Im Übrigen sollten Regelungen im Suizidpräventionsgesetz sicherstellen, dass die Berufsgruppen nach § 5 übersichtlich und strukturiert über regionale und nationale Angebote unterrichtet werden, wenn sie die ihnen zugedachte „Schlüsselrolle“ (S. 55 Entwurfsbegründung) effektiv wahrnehmen sollen.

Außerdem wird in § 5 SuizidPrävG nicht deutlich, wann die Ärztin oder der Arzt verpflichtet ist, „entsprechende Angebote selbst in Anspruch [zu] nehmen, um die Situation und geeignete Maßnahme zu erörtern und gegebenenfalls auch zu ergreifen, damit die betreffende Person geeignete Unterstützung erhält“. In der Begründung des Referentenentwurfs finden sich dazu keine Erläuterungen. Insbesondere ist unklar, welche „geeigneten Maßnahmen“ gegebenenfalls „zu ergreifen“ sind, damit die betreffende Person geeignete Unterstützung erhält. Hieran zeigt sich, dass die Adaption der Regelungssystematik aus § 4 KKG nicht ohne Weiteres überzeugt, da Maßnahmen zur Gefahrenabwehr gegen den selbstbestimmten Willen des Suizidwilligen nach der Rechtsprechung des BVerfG nicht in Betracht kommen und auch nicht zum Spektrum ärztlicher Aufgaben zählen. Die Situation liegt hier also – außer in einigen Fällen des erweiterten Suizids – ganz anders als bei der Kindeswohlgefährdung im Sinne von § 4 KKG. Offen bleibt letztlich, welche „Maßnahmen“ erwartet sind und wann diese „geeignet sind“.

Bedeutsamer als eine verklausulierte Pflicht zur Ergreifung irgendwelcher geeigneter Maßnahmen wäre es, Ärztinnen und Ärzten einen eindeutigen Anspruch auf Inanspruchnahme der Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote zur Suizidprävention einzuräumen. Die Regelung des § 5 lässt nicht erkennen, ob und wo Ärztinnen und Ärzte solche Angebote nutzen können, wenn sie mit einer Situation von Suizidalität konfrontiert sind.

Soweit die Vorschrift an § 4 KKG anknüpft, ist auch nicht verständlich, warum im Hinblick auf die Geheimniswahrung nicht eine konsequente Ausgestaltung entsprechend dieser Vorschrift erfolgt. § 5 betont schon in der Überschrift „Geheimnisträger“, trifft aber keine Regelung dazu. Soweit Ärztinnen und Ärzte die „entsprechenden Angebote selbst in Anspruch nehmen“ sollen, müssen bei lebensnaher Betrachtung unter Umständen personenbezogene Sachverhalte offenbart werden. Zur Wahrung der Vertraulichkeit des Arzt-Patientenverhältnisses wäre es konsequent bei der Inanspruchnahme einer Beratung durch Ärztinnen und Ärzte die Mitteilung und Beratung (nur) pseudonymisierter Sachverhalte ausdrücklich zu erlauben, um die notwendige Rechtssicherheit für die Handelnden zu erlangen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Regelung sollte – jedenfalls für Ärztinnen und Ärzte – entfallen, da sie keine über die bereits bestehenden ärztlichen Berufspflichten hinausgehenden Pflichten begründen und in ihrer konkreten Ausgestaltung Fragen und Probleme aufwerfen.

Stattdessen sollte Ärztinnen und Ärzten ein Anspruch auf Inanspruchnahme der Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote zur Suizidprävention eingeräumt werden und dies nicht in einer unklaren Pflichtennorm verklausuliert werden.

Aufgaben

§ 9 Nr. 8a SuizidPrävG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Koordinierungsstelle hat zur Aufgabe, zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention zu konzipieren. Unter anderem ist die Einrichtung einer bundesweiten Rufnummer für Menschen in akut suizidalen Situationen vorgesehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das konkrete Ziel der Entwicklung eines Konzeptes für eine bundeseinheitliche Rufnummer mit der Möglichkeit der unmittelbaren technischen Weiterleitung an bereits regional

verfügbare Krisendienste widerspricht der Empfehlung der Experten, dass vor allem für die Menschen in akuten suizidalen Krisen eben nicht eine Weiterleitung erfolgt, sondern ausgebildete Personen unmittelbar mit der Person eine telefonische Krisenintervention durchführen können und erst dann – ggf. vorbereitet – eine direkte Weitervermittlung in ein bestgehendes vor Ort verfügbares Hilfsangebot vornehmen können (ohne dass es hier noch einmal eine Unterbrechung der Kontaktkette gibt).

Die Bundesärztekammer befürwortet, dass eine bundesweite Rufnummer für Menschen in akut suizidalen Situationen (Telefonrufnummer 113) vorgesehen werden soll. Kritisch ist jedoch zu sehen, dass im Referentenentwurf lediglich eine Konzeptentwicklung dafür vorgesehen ist und offensichtlich auf ein bei der zentralen Informations- und Beratungsstelle angesiedeltes Kompetenzteam verzichtet werden soll, das die eingehenden Anfragen annimmt und eine qualifizierte Erstberatung vornimmt, bevor bei Bedarf an die passenden Hilfestellen vor Ort weitergeleitet wird. Stattdessen soll in Form einer automatisierten Weiterleitung von Anfragen an die örtlichen Hilfestellen, die in der Verantwortung der Länder und der weiteren Akteure der Suizidprävention stehen, agiert werden. Diese sind jedoch weder flächendeckend 24/7 vorhanden noch haben sie Zugriff auf die bei der zentralen Informations- und Beratungsstelle bundesweit aktualisiert vorliegenden Informationen. Damit wird die Forderung nach einer zentralen Informations- und Koordinierungsstelle mit einer bundesweiten Rufnummer nicht ausreichend umgesetzt.

Wesentlich ist aus Sicht der Bundesärztekammer dabei, über eine kostenlose Rufnummer oder ein Chat-Angebot rund um die Uhr Information, Beratung und ggf. zielgerichtete Weitervermittlung in Behandlungs- und Versorgungsangebote für alle Betroffenen vorzuhalten. Die Arbeit dieser zentralen Informations- und Koordinierungsstelle muss von regelmäßigen nationalen Awareness- und Aufklärungskampagnen flankiert werden, um eine Entstigmatisierung zu fördern und damit betroffenen Menschen den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Insbesondere müssen die bereits bestehenden Versorgungs- und Beratungsangebote (wie z. B. die Telefonseelsorge, U25 u. a.) hierfür gestärkt und weiterentwickelt werden. Aufgabe dieser Einrichtungen ist neben der Informationsvermittlung insbesondere die Koordination bestehender Aktivitäten und Angebote, um Schnittstellen gemeinsam zu nutzen und Ressourcen zielgenau einzusetzen.

Aufgaben

§ 9 Nr. 10 SuizidPrävG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Koordinierungsstelle soll Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid übernehmen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine solche Aufgabenzuordnung ist nur sachgerecht, wenn die entsprechende wissenschaftliche Kompetenz personell ausreichend verortet wird. Keinesfalls dürfen Doppelstrukturen zu bereits bestehenden Forschergruppen und dazugehörigen Institutionen entstehen.

Anlage zu § 9 SuizidPrävG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anlage listet Maßnahmen der Suizidprävention auf, die im Wesentlichen die in der Nationalen Suizidpräventionsstrategie genannten Vorhaben aufführen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

In der Anlage zu § 9 werden weder Zeitfenster zur Umsetzung der aufgeführten Maßnahmen noch die Sicherstellung der Finanzierung dargelegt. Es bedarf aber der notwendigen dauerhaften finanziellen Absicherung der einzelnen Maßnahmen, um Maßnahmen der Suizidprävention dauerhaft sicherzustellen.