KOMMISSARIAT DER DEUTSCHEN BISCHÖFE
KATHOLISCHES BÜRO IN BERLIN

caritas

Gemeinsame Stellungnahme
des Kommissariats der deutschen Bischöfe
– Katholisches Büro in Berlin –
und
des Deutschen Caritasverbandes
zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

I. Allgemeine Anmerkungen

Der Deutsche Bundestag hat am 06.07.2023 mit sehr großer Mehrheit den Entschließungsantrag „Suizidprävention stärken“ beschlossen. [1] In dem Antrag wurde die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf und eine Strategie für Suizidprävention vorzulegen. Diese Anliegen hat sich die Koalition offensichtlich zu eigen gemacht, wenn sie im Koalitionsvertrag festlegt: „Wir … setzen das Suizidpräventionsgesetz um.“[2]

Im Juni 2026 hat ein breites Bündnis aus Fachverbänden, die mit Fragen der Suizidprävention befasst sind, „Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“ vorgelegt. [3]

In den Empfehlungen, die sich auch an die Bundesebene richten, regen die Fachverbände unter anderem folgende Maßnahmen an:

- eine jederzeit erreichbare bundesweite koordinierte einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention,
- jederzeit bundesweit erreichbare online-Krisenhilfen,
- eine aktuelle bundesweite Datenbank und Website mit Informationen zur Suizidprävention und einem Verzeichnis aller suizidpräventiven Hilfen,
- eine Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden Suizidforschung,

---

[1] BT-Drs.: 20/7630.
[2] KV Rd. Nr.: 1554, 1555
[3] „Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“ vom 17.06.2026, https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260617_Buendnispapier_Verbesserung_Suizidpraevention.pdf, letzter Aufruf am 23.07.2026

- eine regelhafte Verankerung der Methodenrestriktion als wirksame Maßnahmen der Suizidprävention auch in Bezug auf den assistierten Suizid,
- die Einrichtung einer Fachstelle Suizidprävention des Bundes unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft sowie
- eine Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes.

Der Deutsche Caritasverband und das Katholische Büro in Berlin begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzentwurf zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vorlegt, der auf den Ausbau des Hilfesystems zu einem möglichst flächendeckenden und verlässlichen Hilfesystem hinwirken soll.[4] Wesentlicher Inhalt ist die Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention, die „zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zu Suizidprävention“ konzipieren und umsetzen soll.

Nach unserer Einschätzung bleibt der Referentenentwurf hinter den vom Bundestag geforderten Maßnahmen, den Empfehlungen der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und den Empfehlungen des eingangs zitierten Bündnisses zurück. Zudem bleibt der Gesetzesentwurf teilweise zu vage.

Zweifel bestehen, ob die im Entwurf kalkulierten 1,4 Mio. € jährlich ausreichen, um die Aufgaben, die das Gesetz regeln soll, zu finanzieren. Unabhängig davon ist diese Summe aus unserer Sicht zu gering, um das Anliegen des Gesetzentwurfs, ein flächendeckendes und verlässliches Hilfesystem aufzubauen, von Seiten des Bundes wirksam zu unterstützen.

Der Referentenentwurf enthält keine Vorschläge für eine dauerhafte Finanzierung der **komplementären niedrigschwelligen suizidpräventiven Krisenhilfen**. Um diese seit Jahrzehnten etablierten, bewährten und z. T. wissenschaftlich evaluierten Krisenhilfen für Menschen verschiedener Zielgruppen in suizidalen Krisen zu erhalten und auszubauen, braucht es dringend eine **Verstetigung ihrer Finanzierungsgrundlagen**. Dies sollte ein zentrales Anliegen eines Gesetzesvorhabens zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen sein.

Der Referentenentwurf folgt zurecht dem Verständnis, dass es einer zielgruppendifferenzierten Suizidprävention bedarf. Da sich Suizidwünsche und Methoden des Suizids u.a. nach Alter und Geschlecht unterscheiden, ist eine an diesen Unterschieden orientierte Ausgestaltung der Suizidprävention unabdingbar, um erfolgreich und wirksam die Ziele des Gesetzes zu verfolgen.

[4] GE S. 2.

Wir bedauern in diesem Zusammenhang, dass der Referentenentwurf **Fragen der Prävention assistierter Suizide** nicht ausdrücklich benennt, handelt es sich doch bei der Inanspruchnahme von Suizidassistenz um eine ganz bestimmte Form der Umsetzung des Suizidwunsches mit einer eigenen Verteilung der Fälle nach Alter und Geschlecht.

Der oben zitierte Entschließungsantrag des Bundestages zur Stärkung der Suizidprävention wurde anlässlich der Debatte um ein legislatives Schutzkonzept von assistierten Suiziden verabschiedet, was den inneren Zusammenhang beider Fragen unterstreicht. Ausweislich der Selbstauskunft einiger Sterbehilfeorganisationen gibt es inzwischen mehr als 1200 assistierte Suizide jährlich. Damit dürften die assistierten Suizide den auffälligen Anstieg der Zahl der Suizide seit 2022 verursachen.

Gerade auch unter dem Gesichtspunkt der Methodenrestriktion sind Regelungen denkbar, die der Nachahmung von Suiziden, dem so genannten „Werther-Effekt", entgegenwirken und dafür Sorge tragen, dass Menschen in schweren Lebenslagen nicht in die Situation gebracht werden, „sich mit Angeboten der Suizidassistenz auch nur näher zu befassen und sich hierzu explizit verhalten zu müssen."[5] In diesem Sinne sind ein **Werbeverbot für assistierte Suizide, aber auch Regelungen für den Zugang von Sterbehilfeorganisationen zu bestimmten Orten, wie beispielsweise Einrichtungen der Psychiatrie, des Justizvollzugs, der Kinder- und Jugendhilfe, der Langzeitpflege und zu Krankenhäusern wirksame Maßnahmen der Methodenrestriktion.**

Nachdrücklich bedauern wir, dass der Gesetzentwurf in Bezug auf Fragen der Methodenrestriktion lediglich den Auftrag an die Bundesfachstelle enthält, Handlungskonzepte zur Weiterentwicklung und Umsetzung zu entwickeln, jedoch keine gesetzliche Grundlage für die konkrete Umsetzung von Maßnahmen der Methodenrestriktion schafft.

Wir bedauern ferner, dass der Gesetzentwurf keine Regelungen zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung enthält. Der Bundestag hatte in seinem Entschließungsantrag die Bundesregierung aufgefordert, für „eine **flächendeckende palliativmedizinische Versorgung** in ambulanten und stationären Einrichtungen" Sorge zu tragen.[6]

[5] BVerfG 26.02.2020, BvR 2347/15, Rn.: 235
[6] BT-Drs.: 20/7630, S. 4.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Art. 1, § 1 SuizidPrävG-E Ziel des Gesetzes

Der Deutsche Caritasverband und das Katholische Büro in Berlin begrüßen die Zielsetzung des Referentenentwurfs, Menschen aller Altersgruppen in sich anbahnenden oder bestehenden suizidalen Krisensituationen frühzeitig und umfassend zu unterstützen sowie Suizidalität vorzubeugen.

Den ersten beiden Paragraphen dieses neuartigen Gesetzes kommt für die grundsätzliche Klärung des Ziels und der Aufgaben besondere Bedeutung zu. Gestärkt und verbessert werden soll die allgemeine und die zielgruppenspezifische Suizidprävention. Das sollte in § 1 Satz 1 SuizidPrävG-E stärker zum Ausdruck kommen. So sollten neben den „Altersgruppen“ mindestens auch „Geschlecht“ und „Lebenslage“ als weitere Differenzierungsmerkmale genannt werden, die Menschen charakterisieren, für die das Gesetz eine zielgruppenspezifische Suizidprävention gewährleisten will.

In § 1 Satz 2 SuizidPrävG-E sollte das Adjektiv „betroffene“ gestrichen werden. Passender wäre zu schreiben „suizidale Menschen“. Betroffen sind auch die Angehörigen. Sie haben häufig eine wichtige Rolle und Funktion in der Prävention von Suiziden und meist selbst auch einen spezifischen Unterstützungsbedarf. Gleichzeitig geben wir zu bedenken, dass der Begriff „Betroffene“ eine Vorstellung von Menschen in suizidalen Krisen nahelegt, die ihre Möglichkeiten und Begrenzungen, Entscheidungen zu treffen, nicht ausreichend erfasst.

Daneben wären ebenso auch Bezugspersonen aus diversen Kontexten zu ergänzen, die mit Suizidalität konfrontiert werden, sei es beruflich oder privat. Auch diese Bezugspersonen aus dem professionellen und ehrenamtlichen Hilfesystem wie z. B. Fachkräfte in der Altenhilfe oder im Gesundheitswesen, ehrenamtlich Engagierte in der Flüchtlingshilfe oder bspw. Lehrerinnen und Lehrer sollten von dem Gesetz erreicht und in § 2 genannt werden. Suizidale Krisen betreffen Menschen zudem nicht nur akut, sondern oft über eine lange Zeit. Es bedarf daher langfristiger Hilfen und Begleitungen, die oft aus dem komplementären Hilfesystem erbracht werden.

Die Methodenrestriktion als eine der erwiesenermaßen effektivsten Formen der Suizidprävention fehlt leider in der Auflistung in § 1 SuizidPrävG-E, die wichtige Teilbereiche der Suizidprävention aufzählt.

Wir regen daher folgende ergänzte Fassung von § 1 SuizidPrävG-E an:

„Ziel des Gesetzes ist es, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidprävention) von Menschen ***allgemein und zielgruppenspezifisch (z.B. im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Lebenslage)*** *zu stärken und zu verbessern. Teil der Suizidprävention ist es,* ~~*betroffene*~~ *Menschen,* ***die sich mit Suizidgedanken tragen und***

***ihre Zu- und Angehörigen sowie Menschen, die im privaten oder beruflichen Kontext mit Suizidalität konfrontiert werden**, in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig, **bedarfsgerecht** und umfassend zu unterstützen, Suizidalität vorzubeugen**,** die Themen Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren **sowie Methoden zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln zu identifizieren und zur Umsetzung zu bringen**.“*

2. Art. 1, § 2 Abs. 1 SuizidPrävG-E Begriffsbestimmungen

In § 2 Abs 1 sollte die Begriffsbestimmung der suizidalen Menschen neu gefasst werden, um den Begriff der Betroffenen zu vermeiden (s.o).

3. Art. 1, § 2 Abs. 2 S. 2 SuizidPrävG-E Begriffsbestimmungen

Bei der Inanspruchnahme von Suizidassistenz handelt es sich um eine ganz bestimmte Form der Umsetzung eines Suizidwunsches. Sie sollte in der Auflistung der verschiedenen Alternativen nicht fehlen.

In § 2 Abs 2 Satz 2 SuizidPrävG-E empfehlen wir folgende Ergänzung: *„Dazu gehören suizidale Gedanken, Suizidideen und -absichten, Suizidankündigungen sowie **Ersuchen um Suizidassistenz**, Suizidhandlungen in Form von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden.“*

4. Art. 1, § 2 Abs. 3 SuizidPrävG-E Begriffsbestimmungen

Wir halten es für wichtig und notwendig, § 2 Abs. 3 SuizidPrävG-E, in dem die Personen und Institutionen aufgezählt werden, die im Sinne der Suizidprävention angesprochen werden, zu ergänzen. Einrichtungen, Dienste und Verbände, die ganz konkret **Suizidprävention leisten**, müssten an erster Stelle als „weitere Akteure im Bereich der Suizidprävention“ ausdrücklich benannt werden. Einrichtungen der Psychiatrie, der Suchttherapie, bspw. aber auch Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Alten- und Jugendhilfe sind Einrichtungen, die im Alltag immer wieder mit Suizidalität konfrontiert sind oder konkrete Konzepte der Suizidprävention erarbeiten und so ganz konkret Suizidprävention leisten, sind von Verbänden „die sich in Förderung und Entwicklung, der Forschung, Lehre und Praxis mit Suizidprävention befassen“ (vgl. § 2, Absatz 3 Nr. 1. und Nr. 2. SuizidPrävG-E) zu unterscheiden. Gleiches gilt für die bestehenden niedrigschwelligen psychosozialen Krisenhilfen. Angesichts der großen praktischen Bedeutung, die diese Krisenhilfsdienste – teilweise bereits seit Jahrzehnten – haben, zu denen etwa die Nummer gegen Kummer, die TelefonSeelsorge Deutschland

sowie Online-Krisendienste wie [U25] und MANO gehören, halten wir ihre ausdrückliche Erwähnung in § 2 Abs. 3 Nr. 1 SuizidPrävG-E für sinnvoll.

Auch das Nationale Suizidpräventionsprogramm, das seit vielen Jahren versucht, die Umsetzung der Suizidprävention in Deutschland zu etablieren, sollte hier eigens genannt werden.

Wir regen daher folgenden neuen § 2 Abs. 3 Nr. 1 an:

„1. Einrichtungen, Dienste und Verbände, die Suizidprävention leisten. Hierzu zählen auch Krisenhilfen, die sich niedrigschwellig, regional oder bundesweit telefonisch, online oder vor Ort an Betroffene richten, sowie das Nationale Suizidpräventionsprogramm,“

Die bisherigen Nr. 1 – 4 folgen als § 2 Abs. 3 Nummern 2 – 5 SuizidPrävG-E.

5. Art. 1 § 2 Abs. 5 neu SuizidPrävG-E

Als weitere Begriffsbestimmung sollte ein Absatz 5 angefügt werden, in dem Methodenrestriktion definiert wird. Sie gilt nach Einschätzung der WHO als eine der wirksamsten Strategien in der Suizidprävention.

Eine mögliche Definition könnte lauten:

„(5) Unter Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln (Methodenrestriktion) im Sinne dieses Gesetzes ist die gezielte Einschränkung des Zugangs zu todbringenden (letalen) Mitteln, Instrumenten und Verfahren oder Orten für Suizidhandlungen zu verstehen.“

6. Art. 1, § 3 Errichtung einer Bundesfachstelle zur Suizidprävention

Der Deutsche Caritasverband und das Katholische Büro in Berlin begrüßen die Errichtung einer Bundesfachstelle zur Suizidprävention. Kritisch gesehen wird, dass die Bundesfachstelle hinsichtlich ihrer personellen und finanziellen Ressourcen nicht ausreichend ausgestattet ist und in ihrer Dauer auf 15 Jahre begrenzt wird. Suizidprävention ist eine Daueraufgabe des Bundes und bedarf einer stetigen Beobachtung hinsichtlich Evidenz und Anpassung an neue Entwicklungen.

Wir regen daher an, § 3 Satz 2 SuizidPrävG-E umzuformulieren:

„Über die Arbeit der Bundesfachstelle wird erstmals nach fünf und anschließend nach 15 Jahren ein Evaluationsbericht vorgelegt. Über die Fortführung der Arbeit der Bundesfachstelle entscheidet nach Vorlage des zweiten Berichts der Deutsche Bundestag.“

7. Art. 1, § 4 SuizidPrävG-E Aufgaben der Bundesfachstelle

Die in § 4 SuizidPrävG-E beschriebenen Aufgaben der Bundesfachstelle setzen viele, jedoch nicht alle Forderungen und Maßnahmen um, die in dem am 6. Juli 2023 verabschiedeten Entschließungsantrag von den Bundestagsabgeordneten erhoben und angeregt wurden.

a) § 4 S. 1 Nr. 1 SuizidPrävG-E Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen bundesweit einheitlichen Rufnummer unter Berücksichtigung bestehender Strukturen

Der Deutsche Caritasverband und das Katholische Büro in Berlin begrüßen, dass als erste Aufgabe der Bundesfachstelle ein Konzept für eine zentrale, unentgeltliche und bundesweit einheitliche Rufnummer für Menschen in Krisensituationen unter Berücksichtigung bestehender Strukturen entwickelt werden soll. Diese Rufnummer sollte jederzeit erreichbar sein, einen anonymen Zugang ermöglichen und spezifisch zur Prävention von Suiziden dienen. Suizidpräventive Krisenhilfen sollten immer auch online (z. B. über Chat, Mail, Messenger) jederzeit erreichbar sein. So können, wie die Gesetzesbegründung ausführt, unterschiedliche Zielgruppen besser erreicht werden.

Neben der Telefonberatung sind auch schriftbasierte Zugänge zur Krisennummer nötig, wie sie bei der NORA-App (Notruf-App der Bundesländer für 112 und 110) bereits üblich sind. Schriftbasierte, auch anonymisiert ermöglichte Zugänge sind einerseits notwendig, um speziell junge Menschen besser zu erreichen, da diese vermehrt schriftbasierte Kommunikationsformate wie Mail, Chats und Social Media nutzen, aber andererseits auch, um Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen oder Behinderungen zu erreichen. Dazu zählen insbesondere Menschen mit Hörbeeinträchtigungen. Zudem ist der Zugang zur schriftbasierten Kommunikation für Menschen, die aktuell Deutsch lernen, deutlich einfacher.

Wir begrüßen, dass bei der Konzeptentwicklung die Expertise der **TelefonSeelsorge** berücksichtigt werden soll. Die Expertise und die Angebote der bestehenden weiteren suizidpräventiven Telefon- und Online-Beratungsangebote für Menschen in suizidalen Krisen sind einzubeziehen. Das betrifft auch zielgruppenspezifische Beratung, zum Beispiel für Kinder und Jugendliche, für alte Menschen, für suchtkranke Menschen, für Berufsgruppen mit besonderen Belastungen, aber auch zielgruppenspezifische Ansprechwege (über Social Media, Chat- oder Messenger-Dienste).

Die Einbeziehung und Einbindung bestehender Krisenrufnummern- und Online-Angebote aus der (sozial-psychiatrischen) Regelversorgung (wo vorhanden) und aus den komplementären niedrigschwelligen suizidpräventiven Krisenhilfen (telefonisch und online) wie die TelefonSeelsorge, MANO und weitere ist aus unserer Sicht eine wichtige Voraussetzung in der Konzeptentwicklung und in der Umsetzung und stellt die Nutzung bestehender Expertise und perspektivisch den Erhalt bereits vorhandener fachlich geschulter personeller Ressourcen sicher. Der Deutsche Caritasverband fordert in diesem Zusammenhang zusammen mit dem Katholischen Büro, sein bewährtes und erfolgreiches Angebot der niedrigschwelligen **Online-Beratung von Kindern und Jugendlichen [U25]** über die aktuelle Förderphase bis 2027 hinaus **zu verstetigen**, und für eine Regelfinanzierung des Angebots im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsvorhabens eine gesetzliche Grundlage zu schaffen.

Auch sollte das Konzept den weiteren Ausbau telefonischer und insbesondere Online-Beratungsangebote für An- und Zugehörige von Menschen in suizidalen Krisen sowie auch für Hinterbliebene, Personen, die im privaten oder beruflichen Kontext mit Suizidalität konfrontiert werden, und Medienschaffende umfassen.

Die Rufnummer sollte zudem den Begriff „Suizidprävention“ im Titel[7] führen, damit Menschen, die sich mit suizidalen Gedanken tragen oder suizidal sind, und ihre Angehörigen erreicht werden und sich angesprochen fühlen, weil sie sicher wissen, dass hier über suizidale Gedanken gesprochen werden kann.

Wir befürworten ein Konzept einer bundesweiten Suizidpräventionsnummer, dass suizidale Menschen nach einer ersten telefonischen oder online erfolgten Krisenintervention und Hilfe auch durch fachlich qualifizierte Ehrenamtliche bei Bedarf an regionale oder online Ansprechpartner in einem für sie passenden Hilfesystem wie u. a. auch die (sozial- und gemeinde-)psychiatrischen Krisendienste und die niedrigschwelligen Krisenhilfen weitervermittelt.

Eine technische Weiterleitung von Anrufenden, die sich an diese Suizidpräventionsnummer wenden, im Sinne eines Geo-Routings an regional bereits verfügbare Krisendienste und Krisenhilfen, ist zur Vermeidung von Doppelstrukturen daher wichtig. Damit können bereits bestehende Ressourcen in der (sozial- und gemeinde-)psychiatrischen Versorgung und den niedrigschwelligen Krisenhilfen (z. B. die TelefonSeelsorge) sinnvoll in den Betrieb einer bundesweiten Suizidpräventionsrufnummer integriert werden. Zu bedenken ist, dass Krisendienste bisher nur in Bayern und Berlin rund um die Uhr verfügbar sind und der Aufbau von Krisendiensten in den anderen Ländern noch Zeit in Anspruch nehmen wird.

[7] s.o., „Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“

Umso wichtiger sind die Einbindung und der Ausbau bestehender Strukturen in die Umsetzung einer Rufnummer sowie die Sicherstellung ihrer Finanzierung, damit eine Suizidpräventionsnummer nebst Online-Hilfen möglichst bald an den Start gehen kann und Menschen rasch ein ausreichendes suizidpräventives Gesprächsangebot bekommen.

Für die Umsetzung des Krisentelefons (und der Online-Dienste) sollte eine Frist im Gesetz vorgegeben werden. Über 10.000 Suizide und ca. 100.000 Suizidversuche jährlich zeigen, wie dringlich diese Aufgabe ist.

Wir regen an, § 4 S. 1 Nr. 1 SuizidPrävG-E wie folgt zu ergänzen:

*„1. unter Berücksichtigung bestehender Strukturen **bis zum 01.01.2028** ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen, **jederzeit anonym erreichbaren** Rufnummer insbesondere für **suizidale** Personen in Krisensituationen und diesen nahestehende Personen, ~~die die Möglichkeit der unmittelbaren technischen Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste bietet~~, **die eine Erstberatung durch fachlich hierfür qualifizierte Personen durchführt sowie über regional und landesweit zur Verfügung stehende Informations-, Unterstützungs- und Beratungsdienste informiert und bei Bedarf an sie weitervermittelt,** entwickelt und den Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung fördert.“*

b) § 4 S. 1 Nr. 2 SuizidPrävG-E: Handlungskonzepte zur Restriktion von Suizidmitteln und -methoden als Aufgabe der Bundesfachstelle

Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Begrenzung des Zugangs zu Suizidmitteln und -orten (Restriktion) eine der effektivsten suizidpräventiven Maßnahmen ist. Dies gilt neben der Restriktion des Zugangs zu potenziell tödlichen Substanzen (wie z. B. zu bestimmten Medikamenten und giftigen Flüssigkeiten) und Gegenständen (wie bspw. der Zugang zu Waffen), auch für eine sinnvolle Absicherung von Brücken, hohen Gebäuden und Bahnübergängen.

Wir begrüßen, dass die Bundesfachstelle Handlungskonzepte der Methodenrestriktion weiterentwickeln und zur Umsetzung von Maßnahmen beitragen soll. Die Gesetzesbegründung weist auf verschiedene Bereiche hin und nennt exemplarisch unterschiedliche Maßnahmen der Methodenrestriktion. Wir regen an, hier auch Maßnahmen der Methodenrestriktion in Bezug auf assistierte Suizide aufzunehmen.

Wir bedauern sehr, dass laut der Gesetzesbegründung erst „in einem zweiten Schritt“ konkrete gesetzliche und untergesetzliche Regelungen, die Maßnahmen der Methodenrestriktion beinhalten, geschaffen werden sollen.[8] Gerade im Hinblick auf den assistierten Suizid sollte der Gesetzgeber Anregungen der Fachverbände aufgreifen und konkrete Regelungen zur Methodenrestriktion in den vorliegenden Gesetzentwurf aufnehmen.

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 hat die Zahl assistierter Suizide in Deutschland erheblich zugenommen. Es müssen insbesondere auch hier Maßnahmen entwickelt und ergriffen werden, die dazu geeignet sind, einer Normalisierung und ungewollten Ausweitung von assistierten Suiziden entgegenzuwirken.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands und des Katholischen Büros ist die **Schaffung eines umfassenden legislativen Schutzkonzepts** geboten. Regelungen über eine **umfassende unabhängige Beratung** mit ausreichenden **zeitlichen Abständen zwischen den Beratungsgesprächen** und der notwendigen **fachärztlichen Expertise**, **die Kenntnis über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte einschließlich von Handlungsalternativen eröffnen**, sind auch im Sinne einer spezifischen Methodenrestriktion bedeutsam. Das gilt auch für eine notwendige **zeitliche Überprüfung der Dauerhaftigkeit eines Suizidgedankens**. Es darf **keine akute psychische Störung vorliegen** und es **muss ausgeschlossen werden, dass die Entscheidung auf der Grundlage von Fehlvorstellungen, unrealistischen Annahmen oder grundlosen Ängsten getroffen wird**. Ein besonderer Schutzbedarf ergibt sich für vulnerable Gruppen (d. h. suizidgefährdete Risikogruppen), z. B. der Schutzbedarf vor Nachahmungseffekten in Gemeinschaftseinrichtungen, in denen diese leben. Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes, des Katholischen Büros und der Fachverbände der Suizidprävention[9] sollen **alle Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens Lebensräume bleiben**, die besondere Schutzvorkehrungen treffen dürfen, damit in ihnen keinerlei Druck in Richtung eines assistierten Suizids entstehen kann und die Bewohner nicht in die Situation kommen, „sich mit Angeboten der Suizidassistenz auch nur näher zu befassen und sich hierzu explizit verhalten zu müssen.“[10]

[9] Vgl. „Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“
[10] BVerfG 26.02.2020, BvR 2347/15, Rn.: 235

Dieses Anliegen kann beispielsweise durch die **Einschränkung der Werbung zum assistierten Suizid in diesen Institutionen**, aber auch darüber hinaus, sowie durch **Regelungen für den Zugang von Sterbehilfeorganisationen zu** bestimmten Orten, **wie** beispielsweise **Einrichtungen der Psychiatrie, Einrichtungen des Justizvollzugs, der Jugendhilfe und in Krankenhäusern und der Langzeitpflege** unterstützt werden.

Wir bitten daher dringend, entsprechende Regelungen in den Gesetzentwurf zur nationalen Stärkung der Suizidprävention aufzunehmen.

c) § 4 S. 1 Nr. 3 SuizidPrävG-E Entwicklung und Veröffentlichung allgemeiner und zielgruppenspezifischer Informationen zum Thema Suizidprävention

Wir begrüßen, dass in der Regelung auf zielgruppenspezifische Ansätze verwiesen wird und dass laufende Forschungsarbeiten, die durch das BMG gefördert werden, sinnvoll in die Umsetzung des Gesetzes einfließen können.

Die Aufgabe sollte jedoch konkretisiert werden: Die Bundesfachstelle sollte beauftragt werden, allgemeine und zielgruppenspezifische (z. B. in Bezug auf die besonders suizidgefährdete Gruppe von Kindern und Jugendlichen) Informations- und Aufklärungskampagnen durchzuführen. Dies fordert auch der Entschließungsantrag (BT-Drs.: 20/7630, Punkt 3, S. 4). 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 hier gilt: Projekte, die dies schon umsetzen (bspw. das Schulsuizidpräventionsprojekt der Caritas [AUSWEG]los), müssen bedarfsgerecht, ausgebaut und langfristig gefördert werden. Handlungskonzepte zur Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sollen helfen, den Werther-Effekt bekannter zu machen und so das Risiko der Nachahmung durch falsche Berichterstattung zu verringern. Ziel muss es sein, den Papageno-Effekt zu verstärken und Menschen mit Suizidgedanken zu vermitteln, dass Hilfe immer möglich ist.

Wir schlagen daher vor, § 4 Satz 1 Nr. 3 SuizidPrävG-E wie folgt zu ergänzen:

„3. allgemeine und zielgruppenspezifische Informationen zum Thema Suizidprävention ***sowie bundesweite Informations- und Aufklärungskampagnen zur Entstigmatisierung von und Sensibilisierung für psychische Erkrankungen und Suizidalität als auch Sensibilisierungskonzepte für die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit*** *entwickelt und veröffentlicht,“*

d) § 4 S. 1 SuizidPrävG-E Nr. 4: Aufbau eines digitalen Verzeichnisses der bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und weiterer Akteure der Suizidprävention

Wir begrüßen den Aufbau eines digitalen Verzeichnisses von Informations-, Hilfs- und Unterstützungs- sowie Beratungsangeboten zur Suizidprävention. Ein solches Verzeichnis sollte fortwährend aktualisiert und im Internet barrierefrei und in leichter Sprache sowie mehrsprachig zur Verfügung stehen. Aus unserer Sicht sollte die Erstellung eines digitalen Verzeichnisses der bundesweiten, überregionalen und auch regionalen suizidpräventiven Hilfs- und Beratungsangebote als Aufgabe der Bundesfachstelle definiert werden. Laut der Gesetzesbegründung sollen hierfür auch Mittel aus dem Bundeshaushalt bereitgestellt werden.[11]

Dabei muss die Interoperabilität mit den noch aufzubauenden oder bereits vorhandenen Verzeichnissen der Länder sichergestellt werden. Dies sollte in die Begründung mit aufgenommen werden.

Wir regen folgende Ergänzung in § 4 S. 1 Nr. 4 SuizidPrävG-E an:

„4. die bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention untereinander bekannt macht und fachlich zum Aufbau eines digitalen Verzeichnisses der bundesweiten und überregionalen ***und regionalen*** *Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention beiträgt,* ***das bis spätestens 01.01.2028 auf einer zentralen Website des Bundes zur Verfügung gestellt wird,“***

g) § 4 S. 1 Nr. 8 SuizidPrävG-E Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildung und Implementierung in die Praxis

Der Deutsche Caritasverband und das Katholische Büro in Berlin haben sich seit langem dafür eingesetzt, die Suizidprävention systematisch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen, mit denen Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen, zu verankern. Daher wird dieses Ziel nachdrücklich begrüßt. Die Einbeziehung der Berufsverbände und Kammern bei der Erstellung von Rahmenempfehlungen halten wir für zentral und folgerichtig. Daneben bedarf es einer Refinanzierung der Fort- und Weiterbildungsprogramme durch ein Förderprogramm des Bundes. Zudem sollten bei der Fort- und Weiterbildung auch mögliche Peers in den Blick genommen werden. Gut ausgebildete Peers sind häufig fähige und lebensnahe Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner.

[11] GE S. 20.

In den Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildungen und Studiengängen sowie 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. Da Fort- und Weiterbildung Länderaufgabe ist, sollte zudem ergänzt werden, dass die Rahmenempfehlungen in Zusammenarbeit mit den Ländern zu erarbeiten sind.

Wir regen an, § 4 S. 1 Nr. 8 SuizidPrävG-E wie folgt zu ergänzen:

*„8. unter Einbeziehung der Berufsverbände und Kammern und **in Zusammenarbeit mit den Ländern** Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention … entwickelt … .“*

h) § 4 S. 1 Nr. 10 SuizidPrävG-E Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige Datenerhebung und Empfehlung für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung

Wir begrüßen, dass der Referentenentwurf in der Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse auch differenzierte Erhebungen und Identifikationen von Risikogruppen, Suizidmethoden, Suizidmitteln und Schwerpunktorten von Suiziden und Suizidversuchen vorsieht und auf dieser Grundlage die Erfassung von Todesursachen vorsieht. Eine verlässliche Statistik zu Suiziden in Deutschland ist dringend notwendig. Eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung ist hierfür eine zwingende Voraussetzung. Denn häufig wird die Datenlage noch als unklar eingeordnet, weil Suizide gerade im Jugendalter oftmals den Unfällen zugerechnet werden. Auch assistierte Suizide sind sowohl in den Todesbescheinigungen als auch in der Datenerhebung eigens zu erfassen, um möglichen gesellschaftlichen Normalisierungstendenzen assistierter Suizide frühzeitig entgegenwirken zu können. Dabei sollte die Nutzung regionaler Datenquellen, insbesondere mit Blick auf die Erfassung von Schwerpunktorten, einbezogen werden und bestehende Registererfahrungen (wie z. B. des Werner-Felber-Instituts) genutzt werden.

Die Einbeziehung von Daten der Deutschen Bahn zu Suiziden und Suizidversuchen und eine Vernetzung mit Rettungsdienst und Polizei sind zudem sinnvoll, um auch auf deren Datengrundlage Schwerpunktorte zu identifizieren und eine Prävention zu ermöglichen und stets aktuell zu halten. Eine Surveillance zu diesen Fragen reicht allerdings nicht aus. Forschung und Datenerhebungen zur Suizidprävention sollten auch die wissenschaftlich fundierte Dokumentation und Evaluation der Arbeit von Suizidangeboten wie der Suizidassistenz umfassen. Nur so lassen sich Wirkungszusammenhänge epidemiologisch erfassen und Präventionsangebote passgenau weiterentwickeln. Dieser Aspekt ist zu ergänzen.

§ 4 S. 1 Nr. 10 SuizidPrävG-E sollte wie folgt ergänzt werden:

„10. *Eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse … einschließlich differenzierter Erhebungen und Identifikation von insbesondere Risikogruppen, Methoden, Mitteln und Schwerpunkten von Suiziden und Suizidversuchen durchführt,* ***insbesondere auch assistierte Suizide fundiert erfasst*** *und ein diesbezügliches Konzept erarbeitet, …*

8. Zu Art. 1, § 5 SuizidPrävG-E Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle

a) Die Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle, der diese bei der Wahrnehmung und Erledigung ihrer Aufgaben unterstützt, ist sachgerecht. Daher sollte die Einrichtung nicht im Ermessen der Bundesfachstelle stehen.

Wir regen an, § 5 Abs. 1 SuizidPrävG-E wie folgt zu formulieren:

„(1) Die Bundesfachstelle ***wird*** *bei der Erfüllung ihrer in § 4 Satz 1 genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat unter Berücksichtigung bestehender Strukturen der Suizidprävention unterstützt.“*

Wir halten die Begrenzung der Mitgliederzahl des Fachbeirates in § 5 Abs. 2 S. 1 SuizidPrävG-E auf „maximal 11 Mitglieder“ im Hinblick auf die verschiedenen Gruppen, die beteiligt werden sollten, für nicht angemessen und schlagen vor, die Anzahl der Mitglieder im Fachbeirat auf „mindestens 15 Mitglieder“ zu erhöhen, damit möglichst alle Gesichtspunkte derjenigen, die mit Suizidalität konfrontiert sind, hier auch vertreten und bestehende Institutionen und Strukturen der Suizidprävention sowie auch der Praxis (d. h. der Einrichtungen und Dienste, in denen suizidale Menschen leben) vertreten sind.

Wir regen an, § 5 Abs. 2 S. 1 SuizidPrävG-E wie folgt zu fassen:

„(2) Der Fachbeirat besteht aus ***mindestens 15 Mitgliedern****.“*

9. Art. 1, § 7 SuizidPrävG-E Übertragung von Aufgaben der Bundesfachstelle auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Für eine Übertragung der Aufgaben der Bundesfachstelle auf eine andere Bundesfachstelle oder Behörde sollte neben dem Einvernehmen des BMG auch noch die Zustimmung des Fachbeirates erforderlich sein.

Wir regen folgende Ergänzung von § 7 S. 1 SuizidPrävG-E an:

*„Die Bundesfachstelle kann die Erfüllung der in § 4 Nr. 1 – 10 genannten Aufgaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und mit **Zustimmung des Fachbeirates** … übertragen.“*

10. § 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

a) Orientierung für die Ausgestaltung psychosozialer Krisendienste kann die Best-Practice Übersicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Krisendienste geben (s. Krisendienst Bayern). Betroffene Menschen in Krisen sollten bundesweit nicht nur einheitliche Unterstützungsangebote erhalten, sondern diese Unterstützungsangebote sollten sich zudem an bisher erfolgreichen und etablierten Krisendienst-Modellen orientieren. Diese Gesichtspunkte könnten in die Begründung des Gesetzes aufgenommen werden.

Außerdem muss Niedrigschwelligkeit über eine Flexibilität der Erreichbarkeit (neben Telefon und persönlichem Gespräch auch Mail- und Videoberatung) sowie barrierefreie Zugänglichkeit der Beratungsstellen und Möglichkeit der fremdsprachlichen Beratung verfügen. Die Beratung muss auch mobil zugehend möglich sein.

Wir regen folgende Ergänzung von § 9 Abs. 1 SuizidPrävG-E an:

*„Die Länder wirken auf die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschwelligen fachlichen und bedarfsgerechten Krisendiensten durch Vernetzung, Koordination und Ausbau der bestehenden Angebote hin. **Kontaktaufnahme und Beratung sollen sowohl telefonisch, per Mail, Chat und Video** möglich sein. …“*

b) In den Ländern, in denen es bereits landesweite Krisendienste gibt, wurden diese durch entsprechende Gesetze im Bereich der psychiatrischen Versorgung auf den Weg gebracht. Für ihre Arbeit sind Koordinierungsstellen wie bspw. das Netzwerk Krisendienste in Bayern oder die Fachstelle des Berliner Krisendienstes im Land Berlin bedeutsam. Die Sicherstellung dieser Koordinierungsfunktion sollte zu den Mindestforderungen gehören.

Wir regen an, § 9 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SuizidPrävG-E wie folgt zu ergänzen:

*„3. Einbindung bestehender Strukturen **und Sicherstellung der regionalen Vernetzung und Koordinierung der suizidpräventiven Hilfen**“*

c) Für ein Funktionieren der Krisendienste und die Vermittlung in weiterführende Angebote ist die Erstellung eines regionalen digitalen Verzeichnisses bestehender regionaler, aber auch bundesweit verfügbarer komplementärer Hilfen, die telefonisch und/oder auch online beraten und begleiten, unerlässlich, damit an diese z. B. weitervermittelt werden kann.

Wir regen an, § 9 Abs. 2 SuizidPrävG-E um folgenden Satz 2 zu ergänzen: ***„Sie erstellen ein digitales Verzeichnis bestehender regionaler und bundesweit verfügbarer Hilfen der Regelversorgung wie auch komplementärer niedrigschwelliger suizidpräventiver Hilfen, die telefonisch und oder auch online beraten und begleiten.“***

d) § 9 Abs. 3 SuizidPrävG-E Berichtspflicht der Länder

Die Bundestagsabgeordneten hatten im Entschließungsantrag vom 06.07.2023 gefordert, dass im Bundestag jährlich über die Umsetzung der Maßnahmen aus der nationalen Strategie zur Suizidprävention berichtet wird.

Wir regen daher an, § 9 Abs. 3 SuizidPrävG-E wie folgt um einen Satz 2 zu ergänzen:

„Die Berichte der Länder und ihre Bewertung durch den Fachbeirat sind Gegenstand der jährlichen Berichte an den Bundestag über die Umsetzung der Maßnahmen aus der nationalen Strategie zur Suizidprävention.“

11. Neuer § 10 SuizidPrävG-E Unterrichtung des Bundestages durch die Bundesfachstelle

Die Bundestagsabgeordneten hatten im Entschließungsantrag vom 06.07.2023 gefordert, dass im Bundestag jährlich über die Umsetzung der Maßnahmen aus der nationalen Strategie zur Suizidprävention berichtet wird.

Wir regen an, diese Forderung des Bundestages in einem neuen § 10 SuizidPrävG-E wie folgt aufzugreifen:

§ 10 Unterrichtung des Bundestages durch die Bundesfachstelle

„Die Bundesfachstelle unterrichtet den Bundestag jährlich über die Umsetzung der Maßnahmen aus der nationalen Strategie zur Suizidprävention.“

12. § 11 SuizidPrävG-E Evaluierung

Die **Evaluierung** der Wirkungen dieses Gesetzes wird begrüßt. Diese sollte allerdings nicht erst 2038 erfolgen, sondern **spätestens bereits nach 5 Jahren** nach Inkrafttreten des Gesetzes. Neben den rechtlichen, medizinischen und gesellschaftlichen Auswirkungen sind auch die ethischen Auswirkungen in den Blick zu nehmen.

13. Art. 2, § 64f SGB V Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

§ 64f SGB V Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

Die Zielsetzung, die Weiterentwicklung von suizidpräventiven Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität zu fördern, wird ausdrücklich unterstützt.

Besonders begrüßenswert ist die Zielsetzung, mit Modellvorhaben den Auf- und Ausbau regionaler Krisendienste zu fördern (Absatz 1 Nummer 1), die in akuten Krisensituationen in eine Hilfekette mit der Regelversorgung der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung einerseits und der Notfallversorgung andererseits münden sollen. In diese Hilfekette sind allerdings auch die Bereitschaftsdienste einzubinden.

Auch der zweite Typus von Modellvorhaben, der Menschen nach einem Suizidversuch in eine systematische suizidpräventive Betreuung vermitteln soll, setzt richtige Akzente. Unklar ist allerdings, welche Rolle Angebote des ÖGD in der unmittelbaren Betreuung nach einem erfolglosen Suizid spielen sollten. Wir schlagen daher die **Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Modellvorhaben** vor.

Überdies sollte sich die **private Krankenversicherung verpflichtend an den Modellvorhaben beteiligen.** Die „Kann“-Regelung des Absatzes 3 soll daher in eine **„Soll“-Regelung** überführt werden.

III. Weiterer Regelungsbedarf

1. § 20 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 Ergänzung der Primärpräventionsmaßnahmen um suizidpräventive Maßnahmen

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vom 19.02.2025 sah eine Ergänzung von § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 SGB V vor. Der Deutsche Caritasverband und das Katholische Büro in Berlin haben begrüßt, dass mit dieser Ergänzung die Suizidprävention als neues Gesundheitsziel in den Katalog der Primärprävention und Gesundheitsförderung aufgenommen werden sollte. Wir bitten, diesen Ergänzungsvorschlag in den vorliegenden Gesetzentwurf aufzunehmen.

Neben der Vermeidung von Suizidversuchen und Suiziden sollte es auch ausdrücklich um eine frühzeitige Erkennung gehen. Daher regen wir folgende Ergänzung von § 20 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 an:

„§ 20 Absatz 3, Nr. 6: depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln **sowie Suizidversuche und Suizide früh erkennen und vermeiden.“**

2. Verbesserung der Palliativversorgung

Um schwer und lebensbedrohlich erkrankte suizidale Menschen besser zu erreichen, sollten im Rahmen der Verbesserung der Suizidprävention auch Verbesserungen bei der Hospiz- und Palliativversorgung vorgenommen werden. Die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland sollte ausgebaut und weiterentwickelt werden und die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung in der Gesellschaft auch im Rahmen der Suizidprävention bekannter werden.

Wir schlagen daher folgende weitere Maßnahmen vor:

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

Die Möglichkeit der Beratung im Sinne von Advance Care Planning (ACP) wie in Deutschland bisher in der gesundheitlichen Versorgungsplanung gemäß § 132g Abs. 1 SGB V bereits umgesetzt, sollte nicht nur pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und in der Eingliederungshilfe, sondern auch Menschen, die zu Hause leben, ob jung oder alt, gesund oder krank, zustehen. Sie sollen 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. Die Beratung sollte von den Krankenkassen in Form von Pauschalen finanziert werden.

b) Sterbebegleitung und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen stärken

Die suizidpräventive palliative Begleitung von hochaltrigen schwerkranken Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen 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 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) ein zusätzlicher Stellenanteil für in Palliative Care qualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegekompetenz gesetzlich verankert werden und über SGB V refinanziert werden, analog zu § 8 Abs. 6 SGB XI. Das bedeutet, dass diese Stellen als zusätzliche Möglichkeit zur Verbesserung der suizidpräventiven Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen vereinbart werden können, die Ausgaben der Pflegekassen aber über die Krankenkassen gegenfinanziert werden. Dadurch würden sich die Eigenanteile der Bewohner_innen nicht erhöhen. Des Weiteren sind die Kosten der Qualifizierung, einschließlich der Finanzierung der Freistellung der Mitarbeiter_innen für diese Qualifizierung, in diese Regelung mit aufzunehmen. Es besteht ein Anspruch auf palliatives Fallmanagement, insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Sofern Menschen insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus einer Palliativversorgung bedürfen, sollen sie die Möglichkeit eines Fallmanagements durch einen „Palliativ-Lotsen“ erhalten. Diese Möglichkeit haben bislang nur Menschen, die im Rahmen der SAPV versorgt werden. Aufgabe des Palliativ-Lotsen soll die Beratung über die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung sowie ggf. Unterstützung bei der Beantragung und Organisation gesundheitlicher, pflegerischer, psychologischer, sozialer, spiritueller und sonstiger Unterstützungsangebote sein. Für die Ausgestaltung sind zwei Wege denkbar:

- 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 das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V ausgebaut werden, damit sie diese Patienten auch ambulant weiterbegleiten können.

c) 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. 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 die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes entlasten.

d) 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 § 132d SGB V notwendig. Damit können künftig psychosoziale Fachkräfte fest in das Behandlungsteam integriert werden und psychosoziale Leistungen, die auf Palliativstationen und in stationären Hospizen bereits regulärer Teil der palliativen Behandlung sind, auch regelhaft in der SAPV erbracht werden.

e) Auskömmliche Finanzierung der Palliativdienste sowie der Palliativstationen im Krankenhaus. Beachtung, Anerkennung und Erhalt der Besonderheiten der stationären Palliativversorgung

Mit einer überall gut erreichbaren Hospiz- und Palliativversorgung können schwer kranke Menschen, die aufgrund ihrer schweren Symptome oder Ängste vor dem Verlauf der Krankheit Todeswünsche entwickeln und sich überlegen, bspw. mittels Suizidhilfe zu suizidieren, besser erreicht, begleitet und versorgt werden und können dadurch – wie unsere Erfahrung in der Hospizarbeit zeigt - ggf. von ihrem Vorhaben wieder Abstand nehmen. Palliativstationen im Krankenhaus können hier eine wichtige suizidpräventive Hilfe gewährleisten. Sie gehören zu den personalintensivsten Bereichen eines Krankenhauses. Sie versorgen schwerstkranke Menschen mit komplexem medizinischem, pflegerischem, psychosozialem und seelsorgerischem Unterstützungsbedarf. Die Versorgung ist geprägt von langen Gesprächszeiten, multiprofessionellen Teams und einem hohen Personalbedarf, der sich nicht allein an Fallzahlen oder Verweildauern bemessen lässt. Gerade katholische Krankenhäuser übernehmen einen überdurchschnittlich hohen Anteil dieser Versorgungsaufgabe und leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Daseinsvorsorge.

Zur Verbesserung einer in vielen Fällen suizidpräventiv wirksamen Palliativversorgung im Krankenhaus setzen wir uns für folgende Änderungen der bestehenden gesetzlichen Grundlagen ein:

KOMMISSARIAT DER DEUTSCHEN BISCHÖFE
KATHOLISCHES BÜRO IN BERLIN

caritas

1. Besondere Berücksichtigung in der Vorhaltevergütung

Die Vorhaltevergütung muss den hohen Personal-, Beratungs- und Koordinationsaufwand palliativmedizinischer Leistungen angemessen berücksichtigen.

2. Strukturzuschläge für Palliativversorgung

Für Palliativstationen sollten dauerhafte Strukturzuschläge eingeführt werden, um die besonderen Vorhaltekosten unabhängig von Fallzahlen zu finanzieren.

3. Keine Benachteiligung durch Mindestvorhaltezahlen

Die Ausgestaltung der Mindestvorhaltezahlen muss sicherstellen, dass wohnortnahe Palliativversorgung erhalten bleibt.

Berlin, Freiburg den 29. Juli 2026