

Deutscher Bundestag

Drucksache 20/[...]

20. Wahlperiode

[Datum]

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Martina Stamm-Fibich, Renate Künast, Katrin Helling-Plahr, Lukas Benner, Helge Lindh, Dr. Nina Scheer, Dr. Petra Sitte, Dr. Till Steffen und weiterer Abgeordneter

zu der dritten Beratung der Gesetzentwürfe zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe und zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze

– Drucksachen 20/2332 und 20/2293 –

Suizidprävention ernst nehmen – Forschung stärken und evidenzbasierte Maßnahmen konsequent umsetzen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

- (1) Im Jahr 2021 nahmen sich in Deutschland 9215 Menschen das eigene Leben. Mehr als drei Viertel der Suizide entfallen auf Männer. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren stellt der Suizid neben Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache dar. Daneben sind insbesondere ältere Menschen von Suizid betroffen. Das Risiko eines Suizides steigt mit dem Alter kontinuierlich an. Suizide sind darüber hinaus auch von den jeweiligen Lebenswelten abhängig. So weisen beispielsweise Strafgefangene oder Angehörige von Suizidopfern ein besonders hohes Suizidrisiko auf. Suizidprävention muss daher stärker zielgerichtet stattfinden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit die Forschung zu Risikofaktoren und deren Minderung weiter zu intensivieren, um evidenzbasierte und effektive Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen.

- (2) Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, haben ein um 30- bis 50-fach erhöhtes Suizidrisiko. Allerdings greift eine monokausale Erklärung an dieser Stelle zu kurz. Insbesondere psychosoziale Beziehungen, körperliche Erkrankungen, Biografie und Persönlichkeit können dazu führen, dass auch ohne psychische Krankheit ein Suizid erfolgt. Darüber hinaus ist in vielen Fällen unklar, welche äußeren Faktoren zu einer psychischen Krise und der daraus entstehenden Suizidalität geführt haben. Folglich muss eine effektive Präventionsarbeit auch der Vielschichtigkeit der Suizidmotive und ihrer Lebensumstände (Adoleszenz, Alter, Perspektivlosigkeit, mangelnde Palliativversorgung, etc.) Rechnung tragen.
- (3) Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zur Suizidassistentz vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15 u. a.) darauf hingewiesen, dass die Freiheit zum Suizid auch die Freiheit umfasst, sich bei anderen Hilfe zu suchen und diese in Anspruch zu nehmen. Es ist die Aufgabe des Staates dafür zu sorgen, dass diese Freiheit nicht durch einen Mangel an geeigneten Präventionsangeboten oder durch andere Hemmnisse untergraben wird. Im Umkehrschluss ergibt sich daraus die Verpflichtung für eine aktive Rolle des Staates in der Suizidprävention. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass Suizidprävention nicht autonomieverletzend stattfindet. Das vom Bundesverfassungsgericht verbrieftete Recht zum freiverantwortlichen Suizid darf im Rahmen der Suizidprävention nicht aktiv oder passiv eingeschränkt werden.
- (4) Das Wertesystem einer Gesellschaft wirkt sich unmittelbar auf die Akzeptanz gesellschaftlicher Praktiken aus. Aus diesem Grund bildet die Akzeptanz des Rechts auf Suizid die Grundlage für eine gute Präventionsarbeit. Die damit verbundene Entstigmatisierung des Suizids ist im Sinne einer erfolgreichen Primärprävention der erste Schritt, um Menschen in persönlichen Krisen den Zugang zu Hilfe zu ermöglichen. Moralische Verurteilung oder Ächtung von Suizidalität sind schwerwiegende Hemmnisse, die Betroffene vom Zugang zu Hilfsangeboten fern halten und eine erfolgreiche Präventionsarbeit verhindern. Der Staat muss deshalb durch aktive Aufklärung dazu beitragen, den Themenkomplex Suizid zu entstigmatisieren.
- (5) Neben der Entstigmatisierung von Suizidalität durch die verstärkte Aufklärung der breiten Bevölkerung sollten auch andere Bereiche der Primärprävention gefördert werden. Dazu gehört insbesondere die Methodenrestriktion, weil sie sich als besonders wirksames Mittel der Suizidprävention erwiesen hat. Konkret sind die Sicherung von sogenannten „Hotspots“ – bestimmten Orten mit erhöhter Suizidrate –, die Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen sowie Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung von Fachleuten gemeint. Abschließend ist die Rolle der sozialen Medien in der Suizidprävention weiter zu untersuchen. Der „Werther-Effekt“ (Nachahmer-Effekt) durch mediale Berichterstattung ist in der Suizidforschung gut belegt und wird in Empfehlungen zur Berichterstattung über Suizide in den Massenmedien bereits heute berücksichtigt. Forschungsdefizite gibt es zur Frage, inwieweit die Darstellung von Suizidalität in sozialen Medien einen Einfluss auf die Suizidrate bei

Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat und welche Maßnahmen in diesem Bereich gegebenenfalls ergriffen werden sollten.

- (6) Die Früherkennung und Behandlung von suizidalen Personen nimmt in der Suizidprävention einen hohen Stellenwert ein. Dazu gehören insbesondere niedrigschwellig zu erreichende Krisendienste wie die Telefonseelsorge aber auch die sozialpsychiatrischen Dienste. Die Arbeit dieser Einrichtungen muss besser gefördert und ihr Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit gesteigert werden. Unverzichtbar sind auch eine ausreichende Palliativversorgung, die ein würdevolles Sterben ermöglicht, und eine psychotherapeutische Versorgung, in der die psychisch Erkrankten leitliniengerecht behandelt werden. Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung zu regionalen Unterschieden in der Versorgung von depressiven Menschen in Deutschland macht deutlich, dass noch nicht einmal die Hälfte der Betroffenen leitliniengerecht behandelt werden. Vor dem Hintergrund, dass etwa in 40-60 Prozent der Suizidfälle eine Depression vorliegt, besteht hier erhebliches Verbesserungspotenzial. Eine Leerstelle in der Sekundärprävention stellt zudem die Betreuung der Angehörigen von Suizidopfern dar, die überdurchschnittlich häufig an psychischen Erkrankungen leiden. Hier fehlt es an Präventionsangeboten, die bereits vor dem Eintreten einer psychischen Erkrankung greifen.
- (7) Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben, gehören zur am stärksten gefährdeten Risikogruppe für einen erneuten Suizidversuch. Etwa 40 Prozent der Suizidopfer haben zum Zeitpunkt ihres Todes bereits einen Suizidversuch hinter sich. Leider spiegelt sich diese Tatsache nicht ausreichend in den Strukturen der Suizidprävention wider. So gibt es erhebliche Brüche beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung. Nur ungefähr die Hälfte aller Patientinnen und Patienten nimmt in der ersten Woche nach Entlassung aus der stationären Therapie einen Nachsorgetermin wahr. Um diese Brüche zu vermeiden müssen Regelungen geschaffen werden, die eine Entlassung aus der stationären Therapie direkt mit der ambulanten Nachsorge verbinden.
- (8) Eine systematische Surveillance von Suizidversuchen kann zu einer Verbesserung der Datenlage über Suizide und zu einer evidenzbasierten Suizidprävention beitragen. Darüber hinaus muss die Forschung zu Suizidmotiven und -settings bei besonderen Zielgruppen gestärkt werden. Nur so ist eine Weiterentwicklung der Suizidprävention in Deutschland möglich. Der bereits existierende Förderschwerpunkt zur Suizidprävention im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit sollte in diesem Zusammenhang fortgeführt und perspektiv ausgebaut werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. Eine Nationale Strategie zur Suizidprävention vorzulegen. Ziel dieser Strategie soll es sein, die folgenden Einzelmaßnahmen unter Einbeziehung der relevanten Akteure auf allen Ebenen strategisch zu bündeln und – auch finanziell – umzusetzen.

2. Ein erster Teil der Strategie zur Suizidprävention soll dem Bundestag bis zum 31. Januar 2024 vorgelegt werden und folgende Punkte enthalten:
 - a) eine umfassende Informationskampagne unter Einbindung der relevanten Akteure um Vorurteile und Stigmata gegen suizidale Menschen und damit Hemmnisse für Hilfesuchende abzubauen;
 - b) die Entwicklung und Durchführung von gezielten, aufsuchenden Präventionsprojekten bei besonders gefährdeten Zielgruppen. Dazu gehören insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene, Senioren, Angehörige von Suizidopfern und Personen im Strafvollzug;
 - c) die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland insbesondere mit Blick auf die Prävention von Suiziden und die Behandlung von psychisch kranken Suizidwilligen zu verbessern und bedarfsgerecht auszugestalten. Dazu gehört:
 - a. für die Sicherstellung einer bedarfsorientierten und leitliniengerechten Behandlung von psychisch kranken Menschen zu sorgen;
 - b. die gesetzliche Grundlage für einen klaren und strukturierten Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung von Menschen zu schaffen, die nach einem Suizidversuch in stationärer Behandlung waren;
 - c. eine bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung in Deutschland sicherzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere ältere Menschen über die Möglichkeiten in der Palliativmedizin zielgruppengerecht aufgeklärt werden.

3. In einem zweiten Berichtsteil soll dem Bundestag bis zum 30. Juni 2024 zu folgenden Punkten ein Vorschlag vorgelegt werden:
 - a.) die bereits bestehenden Angebote zur Intervention bei suizidalen Krisen sollen besser unterstützt werden. Die Bundesregierung soll dazu gemeinsam mit den Ländern und den Kommunen ein Konzept zum Ausbau von kostenlosen, zielgruppen-spezifischen, professionellen und ehrenamtlichen Beratungs- und Hilfsangeboten vorlegen. Dabei sind insbesondere die flächendeckende Versorgung und der Aufbau von modernen anonymen Online-Anlaufstellen zu berücksichtigen;
 - b.) gemeinsam wird mit den entsprechenden Fachgesellschaften darauf hingewirkt, dass Suizidalität in der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung entsprechend berücksichtigt wird und somit eine bessere Früherkennung stattfinden kann;
 - c.) in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und Kommunen wird eine effektive Methodenrestriktion geschaffen. Hierfür sollen gemeinsam Empfehlungen für suizidpräventive bauliche Maßnahmen ausgearbeitet werden. Verpflichtende Vorschriften im Baurecht werden geprüft;

- d.) stärkere Förderung der Forschung im Bereich der Suizidprävention. Dazu gehören:
- a. die Einführung einer systematischen Surveillance von Suizidversuchen zur Verbesserung der Datenlage und zur Identifikation von Risikogruppen und -faktoren zu prüfen;
 - b. die staatliche Forschungsförderung zur primären, sekundären und tertiären Suizidprävention auszuweiten. Dazu soll der bestehende Förderschwerpunkt Suizidprävention beim Bundesministerium für Gesundheit aufgestockt werden.

Berlin, den [...]

Martina Stamm-Fibich, Katrin Helling-Plahr, Renate Künast, Lukas Benner, Helge Lindh, Dr. Nina Scheer, Dr. Petra Sitte und Dr. Till Steffen und weitere Abgeordnete