



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0135(5)
gel. VB zur öAnhörung am 14.10.
15_Suizidprävention
13.10.2015

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 12.10.2015

**zum Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Suizidprävention verbessern
und Menschen in Krisen unterstützen
Bundestagsdrucksache 18/5104**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetz	4
Nr. 1 Gemeinsame Aufklärungskampagne zur Suizidprävention.....	4
Nr. 2 Gesundheitsförderung in Alltagswelten.....	5
Nr. 3 Suizidpräventive Beratungs- und Unterstützungsangebote ausbauen	6
Nr. 4 Gemeinsam strukturelle und personelle Lücken in der ambulanten Versorgung entgegenwirken.....	7
Nr. 5 Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote auszubauen und weiterentwickeln .	9
Nr. 6 Stärkere Berücksichtigung der Behandlung von Suizidalität Aus-, Fort- und Weiterbildung	12
Nr. 7 Verringerung spontaner Suizide mit geeigneten Maßnahmen	13
Nr. 8 Verringerung spontaner Suizide mit geeigneten Maßnahmen	14

I. Vorbemerkung

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN „Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen“ zielt darauf ab, verstärkt Informations- und Aufklärungsarbeit über Suizidalität zu leisten. Hierfür sollen Bundesländer und Kommunen eine Aufklärungskampagne zum Thema Suizidalität durchführen. Ferner soll die Bundesregierung einen Gesetzentwurf mit Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung in Alltagswelten, der kurzfristige Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen bereithält vorlegen.

Gemeinsam mit Bundesländern und Kommunen sollen leicht erreichbare Beratungs- und Unterstützungsangebote ausgebaut werden, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen in Krisen orientieren. Das freiwillige Engagement in der suizidpräventiven Tätigkeit soll stärker finanziell unterstützt sowie der Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige und Nahestehende von suizidgefährdeten Menschen im Rahmen der Selbsthilfe stärker gefördert werden.

Bundesländern und Kommunen sollen gemeinsam strukturelle und personelle Lücken in der ambulanten Versorgung entgegenwirken und regionale, multiprofessionelle sowie vielfältige Behandlungsangebote für Menschen in Krisen entwickeln. Es soll insbesondere, ein kurzfristiger Zugang zum Psychotherapeuten ermöglicht und das psychotherapeutische Behandlungsangebot flexibilisiert werden, um dem unterschiedlichen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden. Außerdem sollen spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote weiterentwickelt werden. U. a. soll eine aufsuchende Behandlung älter Menschen und die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erfolgen. Dolmetschereinsätze sollen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Bundesländer, Heilberufekammern und Ausbildungseinrichtungen sollen das Erkennen und Behandeln von Suizidalität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei allen Gesundheits- und Sozialberufen stärker berücksichtigen. Beschäftigte, die vermehrt mit Menschen der Risikogruppen in Kontakt treten sollen für die Thematik sensibilisiert werden. Zur Verringerung der Anzahl spontaner Suizide wird unter anderem gefordert, den Zugang zu bestimmten Arzneimitteln, die besonders häufig zur Herbeiführung eines Suizides genutzt werden, weiter zu beschränken.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Nr. 1 Gemeinsame Aufklärungskampagne zur Suizidprävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemeinsam mit Bundesländern und Kommunen soll eine Aufklärungskampagne gestartet werden, mit der die Bevölkerung über Suizidalität sowie über Beratungsangebote und Therapiemöglichkeiten informiert wird. Hierfür sollen in den nächsten fünf Jahren jeweils eine Mio. € im Bundeshaushalt vorgesehen werden.

B) Stellungnahme

Die gesamtgesellschaftliche Herausforderung Suizidprävention mit einer gemeinsame Aufklärungskampagnen von Bund und Länder anzugehen, erscheint sachgerecht.

Nr. 2 Gesundheitsförderung in Alltagswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Gesetzentwurf vorgelegt werden, der den Schwerpunkt auf eine Gesundheitsförderung in den Alltagswelten legt und z. B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement kurzfristig Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen bereithält.

B) Stellungnahme

Am 25. Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) in Kraft. Wie im vorliegenden Antrag gefordert, zielt das Gesetz insbesondere auf die Ausweitung der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebens- bzw. Alltagswelten – das heißt in abgrenzbaren sozialen Systemen, z. B. des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (als Lebens-/Alltagswelt des Arbeitens) sollen durch das neu in Kraft getretene Gesetz ebenfalls ausgeweitet werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hält auf Grundlage des Leitfadens Prävention bereits heute vielfältige Angebote der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Personen in familiären oder beruflichen Krisen vor. So können gesetzlich Versicherte bspw. Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen. Auch Leistungen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung sind Bestandteil des GKV-Leistungsspektrums. Zusätzlich haben gesetzlich Versicherte die Möglichkeit, an außerbetrieblichen Stressmanagementkursen teilzunehmen. Die Förderung der seelischen Gesundheit ist außerdem Bestandteil zahlreicher Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen in den Lebenswelten Kita und Schule. Diese tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche bereits frühzeitig dabei unterstützt werden, ihre psychischen Widerstandskräfte zu stärken und familiären (oder auch späteren beruflichen) Krisen resilient zu begegnen.

Die Leistungen der GKV in der Primärprävention und Gesundheitsförderung werden kontinuierlich weiterentwickelt. Hierbei wird u. a. ärztlicher, arbeitsmedizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer Sachverstand einbezogen. Aufgrund der vorhandenen Angebote zur Unterstützung bei der Bewältigung beruflicher und privater Krisen im Rahmen des bestehenden Rechts ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Verabschiedung eines separaten Gesetzes hierfür nicht notwendig.

Nr. 3 Suizidpräventive Beratungs- und Unterstützungsangebote ausbauen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemeinsam mit Bundesländern und Kommunen sollen leicht erreichbare Beratungs- und Unterstützungsangebote ausgebaut werden, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen in Krisen orientieren. Das freiwillige Engagement in der suizidpräventiven Tätigkeit soll stärker finanziell unterstützt sowie der Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige und Nahestehende von suizidgefährdeten Menschen im Rahmen der Selbsthilfe (§ 20c SGB V) stärker gefördert werden.

B) Stellungnahme

In den Ländern und Kommunen existieren bereits heute – aufgrund staatlicher Förderung oder auch kirchlicher Trägerschaft – zahlreiche professionelle und auch leicht erreichbare Beratungs- und Unterstützungsangebote. Hierzu zählen zum Beispiel Krisentelefone, Einrichtungen der Schwangerschaftskonfliktberatung, Lebensberatungsstellen der Diakonie oder auch Angebote der Notfallseelsorge. Der geforderte Aufbau weiterer Beratungs- und Unterstützungsangebote, die sich speziell auf eine suizidpräventive Arbeit konzentrieren, käme einem Aufbau von Doppelstrukturen gleich, da die genannten Beratungsstellen auch heute bereits auf eine Krisenberatung spezialisiert sind und damit suizidpräventiv wirken.

Davon zu unterscheiden ist die Beratung und Unterstützung, die sich Betroffene oder Angehörige im Rahmen der Selbsthilfe aus eigener Betroffenheit heraus geben. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen auf Grundlage des § 20c SGB V. Eine Förderung gemäß „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ (Fassung vom 17. Juni 2013) setzt voraus, dass die Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe auf einem freiwilligen Zusammenschluss von Menschen basieren, die eine chronische Erkrankung oder Behinderung haben. Maßgeblich für die Förderung sind die im sog. Krankheitsverzeichnis aufgeführten Krankheiten. Sofern Suizidalität eine Folge psychischer Störungen oder auch Verhaltensstörungen ist, wird sie bereits heute vom Krankheitsverzeichnis erfasst. Vor dem Hintergrund, dass die Förderung der Selbsthilfe mit dem Präventionsgesetz erst kürzlich verdoppelt wurde, stehen auch für die Förderung von Selbsthilfeangeboten für suizidgefährdete Menschen oder deren Angehörige ausreichende Fördermittel zur Verfügung.

Nr. 4 Gemeinsam strukturelle und personelle Lücken in der ambulanten Versorgung entgegenwirken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bundesländer und Kommunen sollen gemeinsam strukturelle und personelle Lücken in der ambulanten Versorgung entgegenwirken und regionale, multiprofessionelle sowie vielfältige Behandlungsangebote für Menschen in Krisen entwickeln. Es soll insbesondere, ein kurzfristiger Zugang zum Psychotherapeuten ermöglicht und das psychotherapeutische Behandlungsangebot flexibilisiert werden, um dem unterschiedlichen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden;

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wünschenswert ist, Psychotherapeuten stärker als bisher an der Versorgung von Menschen in Krisen zu beteiligen, denn Psychotherapeuten bieten grundsätzlich eine ganze Reihe von Gesprächsleistungen an, die im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung verankert sind und die präventiv wirksam werden können. Allerdings ist der Zugang zu Psychotherapeuten häufig durch verschiedene Aspekte erschwert:

- Geringer Tätigkeitsumfang vieler Psychotherapeuten (viele PT unterschreiten den ohnehin schon geringen durchschnittlichen Stundenumfang von 17 Behandlungsstunden in der Woche erheblich)
- Mangelnde Erreichbarkeit vieler Psychotherapeuten (oft ist nur ein Anrufbeantworter eingeschaltet; Rückrufe sind unsicher oder erfolgen nicht)
- Fehlallokationen (Konzentration der Praxissitze in (gut)bürgerliche Wohnquartieren)
- Auswahl der aufgenommenen Patienten je nach persönlicher Präferenz des Psychotherapeuten

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Insofern ist es erforderlich, dass auf allen gesellschaftlichen Ebenen präventiv wirkende Angebote zur Verfügung gestellt werden. Gespräche mit der Möglichkeit, über Probleme und einhergehende Suizidgedanken zu sprechen, spielen hierbei eine vorrangige Rolle.

Staatliche Institutionen auf den verschiedenen Ebenen, Einrichtungen in kirchlicher oder privater Trägerschaft und Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention) bieten bereits jetzt vielfältige und umfangreiche Beratungs- und Gesprächsleistungen in diesem

Kontext an. Vor dem Hintergrund von aktuell im Jahr ca. 10 Tsd. vollendeten Suiziden wird dabei die Notwendigkeit deutlich, das vorhandene Angebot zu intensivieren und zu erweitern.

Bei der Forderung eines kurzfristigen Zugangs zu einem Psychotherapeuten gilt zu beachten, dass Suizidalität fast immer eine erhebliche Anforderung an den Therapeuten im ambulanten wie auch im stationären Versorgungsbereich impliziert. Suizidalität erfordert in der Regel eine stationäre Intervention unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung (z. B. depressives Syndrom, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Störungen, bipolare oder schizophrene Psychosen, drogeninduzierte Psychosen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens etc.) und der familiären bzw. psychosozialen Belastungsfaktoren. Je nach Grunderkrankung ist dabei auch eine medikamentöse Behandlung erforderlich.

In der psychotherapeutischen Praxis ist die erforderliche multimodale Behandlung nicht ohne Weiteres zu gewährleisten; zumindest bei manifester Suizidalität ist deshalb eine stationäre Einrichtung zu adressieren, in der ggf. auch eine medikamentöse Behandlung auf das psychische Geschehen abgestimmt und gewährleistet werden kann.

Nr. 5 Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote auszubauen und weiterentwickeln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Antrag sieht den Ausbau und die Weiterentwicklung spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote vor. U. a. soll eine aufsuchende Behandlung älterer Menschen und die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erfolgen. Dolmetschereinsätze sollen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Aufsuchende Behandlung bei älteren Menschen

Bei der Einschätzung, ob und inwieweit eine aufsuchende Behandlung bei älteren Menschen indiziert ist, muss zwischen Psychotherapie entsprechend den Richtlinien und sonstigen psychotherapeutischen Interventionen unterschieden werden und danach, ob die Behandlung durch eine Einzelpraxis/einen einzelnen Therapeuten erfolgt oder ob ein umfassendes Behandlungskonzept zugrunde liegt. Entsprechend § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung findet Psychotherapie als Anwendung der Richtlinienverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich in den Praxisräumen des Psychotherapeuten statt (klassisches Setting der Richtlinienverfahren). Andere psychotherapeutische Gesprächsleistungen sind in den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages nicht explizit von einer aufsuchenden Behandlung ausgeschlossen. Hintergrund dieser Festlegung ist die Einschätzung, dass ambulante Psychotherapie als Anwendung der Richtlinienverfahren an ein bestimmtes Setting gebunden ist, um erfolgreich zu sein. Ambulante psychotherapeutische Behandlung erfordert demnach einen neutralen Rahmen und zugleich sicheren Raum innerhalb dessen sich die Beziehung zwischen Therapeut und Patient entfalten kann. In der privaten häuslichen Umgebung des Patienten ist diese Situation in der Regel nicht gegeben, denn es gibt Ablenkungsmöglichkeiten, ggf. eine Beeinflussung durch Angehörige oder Haustiere, einen Einfluss auf die Übertragungssituation bei den psychodynamischen Verfahren und mit dem Hausrecht des Patienten auch einen anderen rechtlichen Rahmen des Verhältnisses von Therapeut und Patient. Eine aufsuchende Behandlung könnte nicht nur die Möglichkeiten der Psychotherapie einschränken, sondern ggf. zur Aufrechterhaltung, Verfestigung oder Verstärkung von Störungen beitragen. Sollte es erforderlich sein, zur Erreichung eines Behandlungserfolges Beziehungspersonen aus dem sozialen Umfeld des Patienten einzubeziehen, so sollte dies auch in den Praxisräumen des Therapeuten erfolgen. Temporäre Ausnahmen von der Verpflichtung, die Praxisräume zur Behandlung zu nutzen, können z. B. in spezifischen Erfordernissen bestimmter Methoden

und Techniken begründet sein. Zu denken ist hier u. a. an Expositionsübungen im Rahmen von Verhaltenstherapie.

Daneben wird eine aufsuchende Behandlung von Psychiatrischen Institutsambulanzen praktiziert. Eine Behandlung psychisch erkrankter Patienten außerhalb der Praxisräume des Therapeuten wird auch z. T. im Rahmen von Verträgen zu integrierten Versorgungsformen gemäß § 140 SGB V erprobt und hinsichtlich der Effektivität und Effizienz untersucht. Zumeist geht es dabei aber nicht um Richtlinienpsychotherapie, sondern um eine begleitende psychiatrische Behandlung, um pflegenahе Leistungen, um Soziotherapie oder eine Abstimmung der Medikation. Auch bestimmte Gesprächsleistungen, die nicht Psychotherapie als Anwendung der Richtlinienverfahren sind, könnten im häuslichen Umfeld erbracht werden.

Richtlinienpsychotherapie ist dagegen nicht für eine aufsuchende Behandlung vorgesehen und geeignet. Bei sehr schweren psychischen Erkrankungen, z. B. einer schweren Zwangsstörung oder einer ausgeprägten Angststörung des Patienten, stellt sich die Frage, ob in solchen Fällen überhaupt die Voraussetzungen für eine Anwendung von Richtlinienpsychotherapie gegeben sind oder ob andere Behandlungsoptionen, also z. B. eine ambulante psychiatrische Behandlung oder ein stationärer Aufenthalt indiziert sind bzw. ob zunächst eine medikamentöse Einstellung erfolgen muss. Denn Psychotherapie ist entsprechend § 22 PT-Richtlinie von der Anwendung ausgeschlossen, wenn zwar eine seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur dem Behandlungserfolg entgegensteht. Um eine berufliche oder soziale Anpassung sowie der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung darf es zudem dabei ohnehin nicht gehen.

Bei schweren körperlichen Erkrankungen mit parallelen oder nachfolgenden psychischen Störungen, also beispielsweise Anpassungsstörungen oder Depressionen, ist nicht die Prognose der körperlichen Erkrankung maßgeblich, sondern die Prognose der vorgesehenen psychotherapeutischen Behandlung mit Hinblick auf ihre Zielsetzung, wobei hier natürlich die körperliche Erkrankung und ihre Dynamik berücksichtigt werden müssen. Das regelhaft vorgesehene therapeutische Setting bleibt aber auch hierbei mit den Räumlichkeiten der therapeutischen Praxis verbunden. Deshalb ist es auch sinnvoll, dass Psychotherapeuten – soweit erforderlich – auch Transportleistungen veranlassen können, um eine Behandlung in der Praxis zu ermöglichen. Eine Behandlung von weitgehend oder gänzlich immobilen Patienten in den psychotherapeutischen Praxisräumen könnte natürlich dadurch erschwert sein, dass keine Barrierefreiheit im Zugang besteht; eine im Sinne der o. g. psychotherapeutischen Zielsetzung adäquate Lösung bestünde in solchen Fällen aber nicht in einer (ausnahmsweisen) aufsu-

chenden Behandlung, sondern in der Ermöglichung eines barrierefreien Zugangs für alle Patienten zur Praxis des Therapeuten.

Unabhängig vom qualifikatorischen Hintergrund (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) ist der Erfolg der Anwendung von Richtlinienpsychotherapie stark vom Setting abhängig. Der klassische Ort für Psychotherapie ist der Praxisraum des Psychotherapeuten. Ein Patient, der diese Orte nicht aufsuchen könnte, bliebe nicht unbehandelt, da es eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Interventionen jenseits der Richtlinienpsychotherapie gibt, die in solchen Fällen aufsuchend wirksam eingesetzt werden könnten.

Behandlung und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Die Forderung einer allgemeinen Aufnahme von Dolmetscherleistungen in den allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung stößt an rechtliche Grenzen. Das Erlernen der deutschen Sprache ist von elementarer Bedeutung für die Integration und zentrales Thema in sämtlichen Lebensbereichen unserer Gesellschaft. In diesem Kontext hat das BSG in der Entscheidung vom 06.02.2008, Az. B 6 KA 40/06, zum Ausdruck gebracht, dass es sich insoweit um eine gesamtgesellschaftliche beziehungsweise gesellschaftspolitische Aufgabe handelt und nicht um eine, die speziell die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Institutionen betrifft und von diesen geleistet werden müsste.

Vor diesem Hintergrund ist ein Anspruch auf Übernahme von Fremdsprachendolmetscherkosten für alle Trägerbereiche als versicherungsfremde Leistung einzuordnen: Eine Verankerung alleine im SGB V greift zu kurz, da sich die Problematik aus Sicht der Betroffenen auch im Zuständigkeitsbereich anderer Sozialleistungsträger in vergleichbarer Art und Weise ergeben dürfte.

Bereits heute nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung aber zunehmend auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teil, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die eine medizinische Behandlung in einer nichtdeutschen Sprache durchführen können. Berufsverbände und Kassenärztliche Vereinigungen bieten Suchportale an, die bei der Arztsuche nach vorhandenen Sprachkenntnissen von Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeuten differenzieren. Besondere Sprachkenntnisse einer Bewerberin oder eines Bewerbers können auch bei der Zulassung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes bzw. bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen berücksichtigt werden.

Nr. 6 Stärkere Berücksichtigung der Behandlung von Suizidalität Aus-, Fort- und Weiterbildung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bundesländer, Heilberufekammern und Ausbildungseinrichtungen sollen das Erkennen und Behandeln von Suizidalität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei allen Gesundheits- und Sozialberufen stärker berücksichtigen. Beschäftigte, die vermehrt mit Menschen der Risikogruppen in Kontakt treten sollen für die Thematik sensibilisiert werden.

B) Stellungnahme

Eine verstärkte Sensibilisierung aller Gesundheits- und Sozialberufe für das Thema Erkennen und Behandeln von Suizidalität ist zu begrüßen.

Nr. 7 Verringerung spontaner Suizide mit geeigneten Maßnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verringerung der Anzahl spontaner Suizide wird unter anderem gefordert, den Zugang zu bestimmten Arzneimitteln, die besonders häufig zur Herbeiführung eines Suizides genutzt werden, weiter zu beschränken.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband stimmt der Forderung des NaSPro zu, dass es insbesondere im Rahmen einer Therapie mit Psychopharmaka angemessen sein kann, die Therapieeinleitung mit der Verordnung einer angemessenen kleinen Packungsgröße durchzuführen. Ebenso sollte sich in der Therapiefortsetzung der Umfang der Arzneimittelverordnung auch an der ärztlichen Einschätzung der notwendigen Engmaschigkeit der Therapiekontrolle orientieren.

Darüber hinaus gehenden generellen Beschränkungen der Packungsgröße betreffender verschreibungspflichtiger Arzneimittel steht der GKV-Spitzenverband mit Blick auf die Therapiefreiheit der Ärzte und die breite Anwendung betreffender Präparate auch bei nicht direkt suizidgefährdeten Patienten ablehnend gegenüber. Eine nur begrenzte Abgabe verordneter Arzneimittel in der Apotheke ist auch aufgrund der damit verbundenen stigmatisierenden Wirkung abzulehnen.

Eine Begrenzung der Packungsgrößen nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel kann möglicherweise dazu beitragen, Spontansuizide zu verhindern – sie ist aber nicht dazu geeignet, geplante Suizide zu verhindern. Dabei ist zu beachten, dass die therapeutisch notwendige Menge an Wirkstoff nicht unterschritten werden sollte, um auch weiter eine adäquate Selbstmedikation zu ermöglichen. Entsprechende Änderungen wurden aber beispielsweise für Paracetamol bereits umgesetzt.

Nr. 8 Verringerung spontaner Suizide mit geeigneten Maßnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus Mitteln des Bundeshaushaltes soll ein Programm zur Forschung und systematischen Bewertung und (Weiter-)Entwicklung von Suizidpräventionsmaßnahmen und Behandlungsangeboten aufgelegt werden.

B) Stellungnahme

Ein Forschungsprogramm aus Mitteln des Bundeshaushaltes zur systematischen Bewertung und Weiterentwicklung von Suizidpräventionsmaßnahmen und Behandlungsangeboten wäre zu begrüßen.