

7 Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung

Klaus Maria Perrar¹, Kathleen Boström², Kerstin Kremeike³, Urs Münch⁴, Reinhard Lindner⁵, Barbara Schneider⁶, Raymond Voltz⁷

Unter Mitarbeit von: Winfried Hardinghaus⁸, Lukas Radbruch⁹, Claudia Bausewein¹⁰

- 1 Dr., Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin
- 2 M.Sc., Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin
- 3 Dr., Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin
- 4 Dipl.-Psych., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- 5 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 6 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 7 Prof. Dr., Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinik Köln
- 8 Prof. Dr., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
- 9 Prof. Dr., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- 10 Prof. Dr., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

ZUSAMMENFASSUNG Versorgende sind in der Hospiz- und Palliativversorgung regelmäßig mit Todeswünschen konfrontiert (8 bis 22%). Todeswünsche umfassen ein Kontinuum von der Akzeptanz des eigenen Todes über ein mentales „Vorsorgen“ für eine antizipierte Situation bis hin zu der (sub-)akuten Absicht, das Leben enden zu lassen. Sie unterliegen im Verlauf in Intensität und Permanenz beträchtlichen Schwankungen.

Expertinnen und Experten der Hospiz- und Palliativversorgung sowie des Nationalen Suizidpräventionsprogramms führten eine systematische Literaturrecherche (Medline) durch und luden 113 klinische Expertinnen und Experten der Hospiz- und Palliativversorgung zur Online-Umfrage ein. Gefundene Ergebnisse wurden in einer Gruppendiskussion kontextualisiert.

Die Literaturrecherche ergab keine einschlägige Publikation. An der Umfrage nahmen 70 (62%) Expertinnen und Experten teil, die zwar Veröffentlichungen nannten, jedoch kaum konkrete Best-Practice-Modelle. Jedoch wurden zahlreiche Hemmnisse benannt. In der Diskussion wurde Verbesserungspotenzial in Ausbildung, Forschung und weiterer Verbreitung der Hospiz- und Palliativversorgung genannt.

Als suizidpräventive Maßnahme wurde die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung identifiziert. Als förderlich werden ein Kommunikationstraining im Umgang mit geäußerten Todeswünschen sowie die Etablierung hospizlicher und palliativer Themen innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramms angesehen. Angesichts vieler offener Fragen wird ein Ausbau der Forschung zu wesentlichen Fragen des Todeswunsches und der Suizidalität in der Hospiz- und Palliativversorgung empfohlen. Nicht zuletzt bedarf es der Einbettung in einen gesellschaftlichen Kontext wie die Entwicklung einer bürgerschaftlichen Sorgeskultur für Menschen am Lebensende.

SCHLÜSSELWÖRTER Hospiz- und Palliativversorgung, Todeswunsch, Schulungen

ABSTRACT Providers are regularly confronted with death wishes in hospice and palliative care (8% to 22%). The wish to hasten death encompasses a continuum from the acceptance of one's own death to a mental "provision" for an anticipated situation to the (sub-)acute intention to let life end. They are subject to considerable fluctuations in intensity and permanence during the course.

Experts in hospice and palliative care and the National Suicide Prevention Program conducted a systematic literature search (medline) and invited 113 clinical experts in hospice and palliative care to participate in an online survey. Results found were contextualized in a group discussion.

The literature search yielded no specific publication. Seventy (62%) experts participated in the survey, citing publications but few specific best practice models. However, numerous obstacles were named. In the discussion, potential for improvement in education, research, and further dissemination of hospice and palliative care was mentioned.

The need for further expansion of hospice and palliative care was identified as a suicide prevention measure. Communication training in dealing with expressed wishes to hasten death is seen as beneficial, as is the establishment of hospice and palliative issues within the National Suicide Prevention Program. In light of many unanswered questions, expansion of research on key issues related to wishes to hasten death and suicidality in hospice and palliative care is recommended. Last but not least, it needs to be embedded in a societal context such as the development of a community culture of care for people at the end of life.

KEY WORDS *hospice and palliative care, wish to hasten death, training*

7.1 Aktueller Stand der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung

7.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Hospizliche und palliative Versorgungsstrukturen beinhalten Angebote der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung. Sie stehen ambulant oder stationär zur Verfügung, wobei die Vernetzung und die Berücksichtigung von Schnittstellen in den sektorenübergreifenden Konzepten eine besondere Rolle spielen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2002). Der palliativmedizinische Ansatz erstreckt sich prinzipiell über alle Abschnitte nicht heilbarer, lebensbedrohlicher Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, und beginnt oft mit der Diagnose einer solchen Erkrankung. Nach der S3-Leitlinie Palliativmedizin soll „allen Patienten (...) nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019, S. 48). Ein zentrales Merkmal dieser Disziplin ist jedoch die Behandlung und Betreuung von Menschen am Lebensende. In der aktuellen Diskussion beziehungsweise Forschung liegt der Fokus des Beginns der palliativen Versorgung auf den letzten 12–24 Monaten vor dem Versterben.

7.1.1.1 Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste sind ehrenamtliche Gruppen von eigens befähigten Hospizmitarbeitenden, geleitet durch eine hauptamtliche Hospizkoordination. Diese Dienste können an ein Krankenhaus angegliedert sein. Ambulante Hospizdienste übernehmen häufig Koordinations- und Steuerungsaufgaben in regionalen Netzwerken.

7.1.1.2 Stationäres Hospiz

Ist ein Sterben zu Hause nicht möglich, kann die Aufnahme in einem stationären Hospiz als spezialisierte Pflegeeinrichtung erfolgen. Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet, die weit fortgeschritten ist, progredient verläuft und bei der eine infauste und „finale“ Prognose mit sehr begrenzter Lebenszeit besteht.

7.1.1.3 Allgemeine Palliativversorgung

Die allgemeine Palliativversorgung wird durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonen geleistet, die palliativmedizinisch basisqualifiziert sind. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung steht Palliativpatientinnen und -patienten mit einer niedrigen bis mittleren Versorgungsnotwendigkeit zur Verfügung. Hausärztinnen und Hausärzte, sonstige niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Pflegedienste mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeiten mit anderen Leistungserbringern der ambulanten Palliativversorgung, z. B. Hospizdiensten und Apotheken, zusammen. Neben einer entsprechenden Qualifikation sind Hausbesuche und eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbar-

keit Grundvoraussetzungen. Auch die stationäre Altenpflege ist Teil der ambulanten Palliativversorgung. Die allgemeine stationäre Palliativversorgung erfolgt auf Stationen und Einheiten in Krankenhäusern, in denen Patientinnen und Patienten betreut werden, die keiner spezialisierten Palliativversorgung bedürfen. Unterstützt werden die Teams dieser Stationen oft durch einen Palliativmedizinischen Dienst.

7.1.1.4 Spezialisierte Palliativversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfolgt in der Regel durch ein speziell qualifiziertes, multiprofessionelles Team. Es werden besonders aufwendige Palliativpatientinnen und -patienten mit komplexen Symptomen versorgt, für deren Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und/oder besondere Koordinationsleistungen erforderlich sind. Die Entität der Grunderkrankung steht nicht im Vordergrund. Erfüllen die Patientinnen und Patienten die Voraussetzungen, haben sie nach §37b Sozialgesetzbuch V einen gesetzlichen Anspruch auf eine ambulante spezialisierte Palliativversorgung – unabhängig davon, ob sie zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen beziehungsweise der Eingliederungshilfe leben.

7.1.1.5 Epidemiologie von Suizidalität und Todeswünschen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Trotz der umfassenden Diskussion um den (ärztlich) assistierten Suizid liegen kaum verlässliche Zahlen zu dessen Größenordnung im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung vor. Einen Anhaltspunkt bietet hier die S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und -patienten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014). Darin wird von 33 Studien berichtet, die sich mit dem

Thema Suizidalität, hauptsächlich bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, beschäftigen. In diesen Studien traten bei durchschnittlich 14,7% (SD=10,2) der Patientinnen und Patienten Suizidgedanken auf. Die berichtete Häufigkeit von Suizidversuchen lag im Schnitt bei 5,6% (SD=9,7). Mit durchschnittlich 21,1% (SD=18,7) wurde der Wunsch nach beschleunigter Herbeiführung des Lebensendes (desire for hastened death) häufiger berichtet. Das standardisierte Suizidrisiko bezogen auf die Häufigkeit von Suiziden lag durchschnittlich bei $M = 1,9$ (SD=1,0) (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014).

In den allermeisten Studien aus dem Feld der Hospiz- und Palliativversorgung wird jedoch nicht von Suizidalität gesprochen, sondern der Begriff „Todeswunsch“ in einer mehr oder minder breiten Auslegung verwendet. Todeswünsche können im Verlauf einer schweren (onkologischen) Erkrankung in ihrem Auftreten, ihrer Intensität und Permanenz beträchtlichen Schwankungen unterliegen. Man kann Todeswünsche anhand eines Kontinuums steigenden suizidalen Handlungsdrucks konzeptualisieren: Todeswünsche reichen von der Akzeptanz des eigenen Todes über ein mentales „Vorsorgen“ für eine antizipierte, zukünftige Situation bis hin zu der (sub-)akuten Absicht, das Leben enden zu lassen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Ein Todeswunsch kann auch ohne den direkten Wunsch, das Leben schneller zu beenden oder das Lebensende herbeiführen zu wollen, geäußert werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019). Unter Suizidalität werden nach Lindner (2006) „alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, seien sie bewusst oder unbewusst (und damit in ihrer Bedeutung dem Subjekt primär nicht zugänglich), die auf Selbsterstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind“ umfasst. Insofern können Todeswünsche nicht prinzipiell mit Suizidalität gleichgesetzt werden, da sie eben auch ohne den Wunsch nach Herbeiführung oder Beschleunigung des Lebensendes auftreten können und damit nicht suizidal gemeint sind. Sie können jedoch bei einigen Patientinnen und Patienten ein erstes

Anzeichen von Suizidalität darstellen (Kremeike et al., 2019). Kritisch anzumerken bleibt auch, dass die im psychiatrischen Kontext bewährte Definition der Suizidalität in ihrem weiten Verständnis nahelegt, auch Abbrüche einer lebenserhaltenden Therapie oder den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken am Lebensende unter Suizidalität einzuordnen.

Ähnlich wie für Suizidalität wird die Prävalenz für Todeswünsche ebenfalls mit einer großen Spannweite von 8–22% angegeben (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019). So gaben laut einer Studie mit 377 teilnehmenden onkologischen Patientinnen und Patienten 69,5% an, keinen Todeswunsch zu haben, 18,3% äußerten gelegentliche diesbezügliche Gedanken und 12,2% nannten einen ernsthaften Todeswunsch (Chochinov et al., 1995).

Schweizer Daten ermöglichen vorsichtige Aussagen zu den Krankheitsbildern von Menschen, die sich ohne oder mit Assistenz suizidieren, beziehungsweise wie die Möglichkeit einer Suizidassistenz sich auf die Anzahl nicht assistierter Suizide auswirkt. Zahlen des Bundesamtes für Statistik im Rahmen der Todesursachenstatistik in der Schweiz zeigen keinen Rückgang der Suizide in den Jahren 2003 bis 2014, dagegen steigt die Anzahl der erfassten assistierten Suizide im selben Zeitraum deutlich an (BFS, 2016). Die beiden Gruppen unterschieden sich sowohl in der Altersverteilung als auch in den zugrundeliegenden Erkrankungen. Die Interpretation dieser Zahlen legt nahe, dass es sich bei den Personen, die sich ohne Assistenz suizidiert haben, und den Personen, die sich begleitet suizidiert haben, um offensichtlich unterschiedlich zu betrachtende Gruppen handelt.

7.1.1.6 Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Todeswunsches beziehungsweise für einen Suizid werden bei onkologischen Patientinnen und Patienten unzureichend beherrschte Symptome wie Schmerzen, Depression,

Hoffnungslosigkeit, Ängste (vor Kontroll- bzw. Autonomieverlust), schlechte Prognose, nicht lokalisierbarer Krebs, kurze Zeit seit Erfahren der Diagnose sowie bestimmte Krebslokalisationen (z. B. Kopf und Hals, gastrointestinal, urogenital) berichtet (Rodin et al., 2007; Spoletini et al., 2011). In der Regel unterliegt ein Todeswunsch im Verlauf einer Krebserkrankung beträchtlichen Schwankungen und kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. So kann der Todeswunsch verbunden sein mit einer (sub-)akuten Absicht, das Leben enden zu lassen, oder aber eher hypothetischer Natur im Sinne des „Vorsorgens“ für eine antizipierte, zukünftige Situation (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019).

Todeswünsche können individuell verschiedene Funktionen haben, die mit diesen Symptomen in Zusammenhang stehen, etwa die Rückgewinnung von Kontrolle oder der Ausdruck des eigenen Leids (Kremeike et al., 2019). Zudem scheint es so, dass neben onkologischen Erkrankungen auch bestimmte andere Diagnosen mit einer erhöhten Suizidalität einhergehen, so wurde etwa bei MS-Patientinnen und -patienten ein erhöhtes Risiko für Suizidalität festgestellt (Strupp et al., 2016). Auch der Anteil der neurologischen Grunderkrankungen bei den Menschen, die assistierten Suizid beziehungsweise Tötung auf Verlangen in europäischen Nachbarländern wie Belgien und der Schweiz in Anspruch nehmen, ist gemessen an ihrem relativen Anteil an den Erkrankungen überproportional hoch (Gauthier et al., 2014).

7.1.2 Darstellung der in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten Akteurinnen und Akteure

Über lokale Hospiz- und Palliativnetzwerke sowie lokale Träger von Einrichtungen hinaus stellen vor allem der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) die relevanten Akteurinnen und Akteure im Feld dar. Vertreterinnen und Vertreter beider Verbände waren in unterschiedlicher Form an der Teilprojektgruppe beteiligt.

7.1.2.1 Deutscher Hospiz- und PalliativVerband

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband ist seit 1992 die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung sowie zahlreicher Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland. Gründungsmitglieder waren engagierte Ehrenamtliche und Hauptamtliche verschiedener Professionen sowie Vertreter örtlicher Hospizvereine und stationärer Hospize. Als Dachverband der Landesverbände in den 16 Bundesländern und weiterer überregionaler Organisationen der Hospiz- und Palliativarbeit sowie als selbstverständlicher Partner im Gesundheitswesen und in der Politik steht er heute für über 1.250 Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen, in denen sich mehr als 120.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren (DHPV, 2019).

7.1.2.2 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2019) steht als wissenschaftliche Fachgesellschaft für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung: 5.800 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

Die im Juli 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu fördern.

Die DGP sieht die Hilfe zum Suizid nicht als Teil der Palliativversorgung und nicht als ärztliche Aufgabe. Eine Tötung auf Verlangen lehnt sie ab (Nauck et al., 2014; Radbruch et al., 2019; DGP 2020a, b).

7.1.2.3 Weitere Akteurinnen und Akteure

Zu weiteren Akteurinnen und Akteuren in der Hospiz- und Palliativversorgung gehören Wohlfahrtsverbände wie der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland. Ein zusammen mit dem DHPV im Frühjahr 2020 herausgegebenes Qualitätshandbuch „Qualität sorgsam gestalten – Bundesrahmenhandbuch stationäre Hospize“ äußert sich nicht zu Aspekten der Suizidprävention oder zum Umgang mit Todeswünschen.²³

7.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im jeweiligen Segment

7.1.3.1 S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Die im August 2019 veröffentlichte erweiterte Version der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen oder Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung befasst sich in einem eigenen Kapitel explizit mit dem Phänomen Todeswunsch. An der Erstellung waren unter anderem auch führende Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Suizidologie beteiligt. Von der Gruppe wurden 19 Schlüsselempfehlungen formuliert, die von 67 Fachgesellschaften und Organisationen konsentiert wurden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019).

7.1.3.2 Umfrage zu Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

In einer vom 16.07.2015 bis zum 31.08.2015 durchgeführten Untersuchung (bereinigte Rücklaufquote 36,9%; 1.811 gültige Fragebogen) wurden die Mitglieder der DGP zu ihren Einstellungen zu und Erfahrungen

²³ www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/fachthemen/gesundheit/bundesrahmenhandbuch/brh_hospiz_2020_feb_final.pdf

mit ärztlich assistiertem Suizid befragt (Jansky et al., 2017). Hierbei zeigte sich vor allem bei den nichtärztlichen Berufsgruppen eine teilweise Unklarheit in der Unterscheidung zwischen Tötung auf Verlangen, ärztlich assistiertem Suizid oder Therapien am Lebensende. Die Teilnehmenden betonten die „Ambivalenz und Vieldeutigkeit von Sterbewünschen“, die häufig mit Depression und Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht wurden (Jansky et al., 2017). Die Mehrheit der Befragten war der Ansicht, dass „Sterbewünsche bei gelingender Palliativversorgung abnehmen“, wenn auch nicht „jeder Sterbewunsch“ durch diese „aufgehoben“ würde (Jansky et al., 2017). Die befragten Ärztinnen und Ärzte lehnten „mehrheitlich eine eigene Beteiligung an einem ärztlich assistierten Suizid“ ab, nur ein kleiner Teil hatte dies bereits getan (Jansky et al., 2017). Mehrheitlich wurde die Beihilfe zum Suizid als nicht der Palliativmedizin zugehörig angesehen. Allerdings gaben nicht wenige Mitglieder der DGP an, dass sich innerhalb der vorangegangenen zehn Jahre ihre Meinung „von eher ablehnend gegenüber ÄAS zu eher zustimmend“ verändert habe (Jansky et al., 2017).

7.1.3.3 Forschungen zum Todeswunsch

Einer der Forschungsschwerpunkte des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln befasst sich mit dem Thema „Todeswunsch“ (Projektleitung: Prof. Dr. R. Voltz, Dr. K. Kreimeike; Fördernde Institution: Bundesministerium für Bildung und Forschung). Vor kurzem wurde ein im Mai 2017 begonnenes Schulungsprojekt (Optimierung des Umgangs mit Todeswünschen in der Palliativversorgung) abgeschlossen, in dem Versorgenden mehr Sicherheit im Umgang mit möglichen Todeswünschen vermittelt werden soll. Ein im Rahmen der Schulungskonzeption entworfener semi-strukturierter Gesprächsleitfaden soll Versorgende im Umgang mit geäußerten Todeswünschen sicherer machen.

Diese Intervention soll einen Rahmen für offene Gespräche bieten und eine Basis für die Stärkung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Versorgenden und

Patientinnen bzw. Patienten, in der schwierige Themen angesprochen werden können. Generell sollen dadurch die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit einem Todeswunsch und die Kommunikations- und Handlungskompetenz von Versorgenden verbessert werden.

7.1.3.4 Endlich. Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Ein Konzept für Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 9 bis 13

Lehrkräfte aller weiterführenden Schulformen, haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende aus dem palliativen und hospizlichen Bereich sowie aus psychosozialen Teams werden bundesweit in Schulungen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren befähigt, gemeinsam einen präventiven Projektunterricht mit dem Titel „Endlich. Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Ein Konzept für Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 9 bis 13“ in den weiterführenden Schulen durchzuführen. Die Evaluation der anonymen Schülerbefragung ergab, dass sich die Jugendlichen explizit eine Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid wünschten. Auch die praktische Erfahrung hat gezeigt, dass bei der Behandlung der Themen Sterben, Tod und Trauer immer wieder unter anderem Suizid von den Jugendlichen angesprochen wurde und wird. Daher werden die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zusätzlich im Umgang mit Suizid und Krisen sowie im Umgang mit trauernden Schülerinnen und Schülern geschult. Erfahrungen haben gezeigt, dass sowohl die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als auch die Schülerinnen und Schüler, die lernen konnten, woran man eine Suizidgefährdung erkennt und wie man damit umgehen kann, gestärkt aus der Schulung hervorgingen. Das vom Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln 2009 initiierte Projekt wurde bisher in zehn Bundesländern durch ca. 600 geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Schulen umgesetzt. Das Projekt verfügt über eine Online-Befragungsplattform und ein begleitendes Schulungshandbuch (Nolden et al., 2018).²⁴ Gefördert wurde das Projekt vom DHPV, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und

24 www.dhpv.de/themen_hospizlernen.html

Jugend und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

7.1.3.5 Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Am 24.02.2021 hat die DGP ein Papier zu Eckpunkten zu einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention veröffentlicht.²⁵

Die zentralen Forderungen lauten:

- Offene und breite gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Vorstellungen über den Umgang am Lebensende sowie die Beseitigung von bestehenden Informationsdefiziten in der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende sowie zur Suizidprävention. Das Bundesministerium für Gesundheit soll hierzu einen öffentlichen Diskurs initiieren.
- Stärkung der Suizidprävention durch niedrigschwellige Angebote zur Suizidprävention sowie Ausbau und Förderung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Begleitende Forschung zum assistierten Suizid und zu Umständen, die zu Suizidwünschen führen.
- Konsequente Verankerung von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen im Gesundheitswesen und in der Suizidprävention zum Umgang mit Sterbewünschen und den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung.
- Qualitätssicherung der bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention.

7.1.3.6 DHPV-Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“

Vor dem Hintergrund der Entscheidung des BVerfG hat der DHPV im Februar 2021 einen Dialogprozess mit seinen Mitgliedsorganisationen auf der Landesebene sowie den überregionalen Organisationen des DHPV gestartet. Im Ergebnis dieser Auseinandersetzung ist das Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“ entstanden, das der DHPV seinen Mitgliedsorganisationen zur Verfügung stellt und dazu einlädt, es als Grundlage für die weitere Diskussion und den internen Dialogprozess zu nutzen.²⁶

7.1.3.7 YouTube Reihe Palliativ&

In der YouTube Reihe Palliativ& des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln werden in knapp einstündigen Beiträgen u.a. rechtliche, ethische, soziologische, theologische und hospizliche Aspekte des assistierten Suizids dargestellt. Darüber hinaus stehen dort Aufzeichnungen von Symposien zum Umgang mit Todeswünschen beziehungsweise zu Aspekten des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit zur Verfügung.

7.1.3.8 Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Entstanden ist das deutsche Charta-Projekt vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative, der sich 18 Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Israel, Italien, Litauen, Kroatien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn) angeschlossen haben. Mit dem Ziel, die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern, sollten fünf Bereiche fokussiert und in ihrer Entwicklung gefördert werden: Aus-, Fort- und Wei-

25 www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf

26 www.dhpv.de/news/dialogpapier_hospizliche-haltung-grenzsituationen.html

terbildung, Forschung, Politik, Qualitätsmanagement, allgemeine Zugänglichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln. In Deutschland übernahmen die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) die Trägerschaft für den nationalen Charta-Prozess, unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung sowie die Deutsche Krebshilfe. In den Charta-Prozess, der in der Zeit von September 2008 bis September 2010 stattfand, waren mehr als 150 Expertinnen und Experten in fünf Arbeitsgruppen, rund 50 Vertreterinnen und Vertreter des Runden Tisches, die Steuerungsgruppe der drei Träger sowie eine Geschäftsstelle eingebunden. Gleichzeitig konnte Mitte Dezember 2009 eine Website unter www.charta-zur-betreuung-sterbender.de für den Austausch mit der Öffentlichkeit frei geschaltet werden. Auf der Grundlage der ausführlichen Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurde in einer zweiten Phase des Prozesses im Jahr 2010 die vorliegende Charta entwickelt und am Runden Tisch den beteiligten Institutionen zur Diskussion gestellt und im Konsens verabschiedet. Im Mai 2021 wurde die Charta von 2.406 Organisationen und Institutionen sowie 28.022 Einzelpersonen unterstützt (DGP et al., 2021).

7.1.4 Zusammenstellung aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien sowie wissenschaftliche Erhebungen im Rahmen der TPG

7.1.4.1 Aktuelle Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien

Explizite, aktuelle Richtlinien, Guidelines oder Behandlungsempfehlungen zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung sind nicht bekannt. Auch wenn ein Todeswunsch, wie zuvor ausgeführt, nicht mit Suizidalität gleichzusetzen ist, so kann er doch mit zunehmendem Handlungsdruck in diese übergehen. So können die Empfehlungen des Kapitels „Todeswunsch“

der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019) einen suizidpräventiven Beitrag leisten. Es bleibt jedoch zukünftigen Untersuchungen vorbehalten, diese Hypothese zu bestätigen.

7.1.4.2 Nationale Strategie für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen

Aufbauend auf den Charta-Prozess wurde im Oktober 2016 die Nationale Strategie für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen aus einer Allianz von mehr als 50 Organisationen, die wesentliche Entscheidungsträger im Gesundheitswesen repräsentieren, mit zahlreichen Handlungsempfehlungen konsentiert (DGP et al. 2016).

Die Handlungsempfehlungen basieren auf dem Anspruch auf bestmögliche Lebensqualität und dem damit verbundenen besonderen Bedarf an Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und der ihnen Nahestehenden. Sie berücksichtigen zugleich die besonderen Herausforderungen, denen sich die Gesellschaft für die individuelle Unterstützung und das Miteinander in der Begegnung mit den Phänomenen Sterben, Tod und Trauer stellen muss.

Die Empfehlungen beruhen auf drei grundsätzlichen Zielen, deren Umsetzung in einer nationalen Strategie angestrebt wird:

- einer in ganz Deutschland bedarfsgerechten, für alle Betroffenen zugänglichen Hospiz- und Palliativversorgung mit hoher Qualität,
- einer in ganz Deutschland gesicherten Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, anderen Wohnformen sowie in der häuslichen Umgebung und
- einer auf wissenschaftlicher Grundlage und Qualitätssicherung beruhenden Hospiz- und Palliativversorgung zum Wohle der Betroffenen.

Als wesentlich für die Suizidprävention wird als Ziel in den Handlungsfeldern 1–3 gesellschaftspolitische Herausforderungen, Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation benannt: „Vertrauen in ein Gesundheits- und Sozialwesen, das die Rahmenbedingungen für ein würdiges Leben und ein Sterben unter würdigen Bedingungen als wichtiges Ziel im Blick hat, benötigt eine bedingungslose Verlässlichkeit bis zuletzt. Diese Letztverlässlichkeit stellt eine wesentliche Grundlage dar, durch eine Perspektive der Fürsorge und des humanen Miteinanders ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen und Angeboten organisierter Beihilfe zum Suizid angemessen zu begegnen. Diese Perspektive muss in den verschiedenen Bereichen und von den unterschiedlichen Berufsgrup-

pen gemeinsam umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte (DGP et al., 2016):

- Allgemeine Verfügbarkeit der Versorgungs-, Beratungs- und Begleitungssysteme (Zugangsgerechtigkeit),
- Förderung des nachbarschaftlichen Miteinanders und sozialen Engagements,
- Maßnahmen zur Prävention von und zum Umgang mit Leiden sowie Verfügbarkeit von umfassenden Möglichkeiten zur Leidenslinderung am Lebensende, die alle Dimensionen des Leidens beachten,
- Respekt vor Autonomie und Achtung der Würde von schwerstkranken und sterbenden Menschen, insbesondere bei professionellen Handlungen und bei Entscheidungsfindungen/-prozessen.

7.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung entgegenstehen

7.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung entgegenstehen

Die TPG „Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung“ widmete sich systematisch der Analyse des Ist-Zustandes der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich der Seelsorge in unterschiedlichen Institutionen. Dazu gehörte auch die Betrachtung der Prävention des assistierten Suizids. Zur bestmöglichen Synthese aller aktuell vorliegen-

den Evidenz und Expertise wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, welcher aus drei aufeinander aufbauenden Schritten besteht.

Schritt 1: Systematische Literaturrecherche

Um abgeschlossene Studien zu Suizidpräventionsprogrammen zu identifizieren, wurde anhand einer breiten, aber sensiblen Suchstrategie eine systematische Literaturrecherche²⁷ in der Datenbank Medline (via Ovid) ohne zeitliche Begrenzung durchgeführt. Titel und Abstracts wurden von einem Autor (KMP) gesichtet. Die Suchstrategie ist in Tabelle 7.1 dargestellt.

²⁷ Die Autorinnen und Autoren bedanken sich herzlich bei Frau Dr. med. Anne Pralong für die Durchführung der Literaturrecherche.

Suchstrategie:
1. („hasten* death“ or „hasten* dying“ or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp.
2. exp Suicide, Attempted/ or exp Suicidal Ideation/ or exp Suicide/
3. suicid*.mp.
4. 2 or 3
5. exp Hospices/
6. exp Palliative Care/
7. 5 or 6
8. 4 and 7
9. 1 or 8
10. exp SECONDARY PREVENTION/ or exp PRIMARY PREVENTION/ or exp TERTIARY PREVENTION/
11. (prevent* or control).mp.
12. 10 or 11
13. 9 and 12
14. exp animals/ not humans.sh.
15. 13 not 14
16. exp child/ not adult.sh.
17. 15 not 16
18. (erratum or editorial).pt.
19. 17 not 18

Tabelle 7.1: Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
 Datenbank: Medline über Ovid; Zeitraum: 1946–Jan. 2019
 Trefferzahl: 353

Schritt 2: Online-Umfrage an Expertinnen und Experten

Zusätzlich zur verfügbaren Evidenz in der Literatur wurden die Kenntnisse und die Einstellungen von Expertin-

nen und Experten aus der Hospiz- und Palliativversorgung in einer Online-Umfrage erfasst. Dabei standen fünf Aspekte der Suizidprävention im Fokus: Relevante Veröffentlichungen zum Thema, empfohlene Maßnahmen, Best-Practice-Modelle, strukturelle Barrieren in der Umsetzung sowie kollegiale und institutionsübergreifende Vernetzung.

Zur Rekrutierung des Samples wurde aus bereits bestehenden Kontakten eines zeitgleich laufenden Forschungsprojekts zum Umgang mit Todeswünschen (Kremeike et al., 2018) mittels Purposeful Sampling eine deutschsprachige Stichprobe derer ausgewählt, welche sich in ihrer Selbsteinschätzung als praktisch in der Versorgung tätig bezeichneten. Diese wurde ergänzt um weitere deutschsprachige, der TPG bekannte Expertinnen und Experten. Die so identifizierten Personen erhielten eine Einladungsmail mit Informationen zu Inhalt und Ablauf sowie einem Link zu einer Online-Umfrage.

Für die Umfrage wurde auf dem Onlineportal Survey-Monkey ein Fragebogen mit soziodemographischen und inhaltlichen Fragen (jeweils zwei zu den fünf Zielfragen wichtiger Aspekte von Suizidprävention) mit Freitext-Antwort-Optionen eingestellt, siehe dazu Tabelle 7.2. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die so gewonnenen Freitexte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Schritt 3: Gruppendiskussion der Expertinnen und Experten der TPG

Im dritten Schritt wurden die Expertinnen und Experten der TPG zu einer moderierten Gruppendiskussion eingeladen, um die Ergebnisse der vorherigen Schritte vorzustellen, einzuordnen sowie auf gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Ebene zu kontextualisieren. An dieser Diskussion nahmen Vertreter der TPG (Zentrum für Palliativmedizin Köln und DGP) sowie Vertreterinnen und Vertreter des Lenkungsausschusses teil. Vertreterinnen und Vertreter des DHPV haben die Ergebnisdarstellung kommentiert.

- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?
- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten empfehlen Sie?
- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung empfehlen Sie?
- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?
- Wo sehen Sie strukturelle Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung?
- Wie könnten diese strukturellen Barrieren Ihrer Ansicht nach überwunden werden?
- Welche Akteurinnen und Akteure (in der Palliativ- und Hospizversorgung) können Ihrer Meinung nach Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beisteuern?
- Wie sollten Ihrer Meinung nach diese Akteurinnen und Akteure in der Palliativ- und Hospizversorgung zur Umsetzung einer Suizidprävention national oder international miteinander vernetzt werden?

Tabelle 7.2: Fragen der Online-Umfrage zu Veröffentlichungen, Maßnahmen, Best-Practice-Modellen, strukturellen Barrieren und Akteurinnen und Akteuren der Suizidprävention

Schritt 4: Beteiligung weiterer, im Feld relevanter Personen

Relevante Personen des Feldes, die an der TPG nicht beteiligt waren, konnten Rückmeldungen zu diesem Bericht geben beziehungsweise eine relevante Expertin konnte zusätzlich interviewt werden.

7.2.2 Ergebnisse

Schritt 1: Systematische Literaturrecherche

Im Rahmen der im Januar 2019 durchgeführten systematischen Literaturrecherche in der Datenbank Medline (via Ovid) konnten für den Zeitraum von 1946 bis 2019 insgesamt 353 Veröffentlichungen identifiziert werden. Nach Durchlaufen des Titel-Abstract-Screenings stellte sich von diesen Treffern jedoch keiner als

verwertbar zur Beantwortung der Frage nach der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland heraus.

Schritt 2: Online-Umfrage bei Expertinnen und Experten

Im Zeitraum vom 06.07.2018 bis zum 31.07.2018 wurden n=113 Personen mit Expertise in der Suizidprävention und/oder Hospiz- und Palliativversorgung eingeladen (Vertreterinnen und Vertreter von DHPV, DGP oder Wohlfahrtsorganisationen und insbesondere an der Entwicklung des Kapitels Todeswunsch der S3-Leitlinie Palliativmedizin bei nicht heilbaren Krebskranken sowie des DEDIPOM-Projektes beteiligte Expertinnen und Experten), an einer Online-Befragung teilzunehmen. Davon beantworteten 70 (62%) den Fragebogen. Für Details zur Stichprobe siehe Tabelle 7.3.

Stichprobenbeschreibung und demographische Daten	
Gesamtstichprobe (n, %)	70 (100)
Alter	
Alter (Mittelwert, Min–Max)	51,93 (30–89)
keine Angabe (n, %)	15 (21,4)
Geschlecht	
weiblich (n, %)	36 (61)
männlich (n, %)	20 (33,9)
anderes (n, %)	3 (4,3)
keine Angabe (n, %)	12 (17,1)
Berufsgruppen	
Krankenschwester/Pflegefachkraft (n, %)	14 (26,2)
Ärzt*in (n, %)	12 (22,6)
Hospiz-Koordinator*in (n, %)	8 (15,1)
Seelsorger*in (n, %)	8 (15,1)
Psycholog*in (n, %)	5 (9,4)
Sonstige (n, %)	4 (5,7)
Jurist*in	2 (3,8)
Sozialarbeiter*in (n, %)	2 (3,8)
Forscher*in (n, %)	1 (1,9)
Manager*in (n, %)	1 (1,9)
keine Angabe (n, %)	17 (24,3)
Generelle Berufserfahrung	
in Jahren (M, Min–Max)	24,4 (4–54)
keine Angabe (n, %)	15 (21,4)
Umgang mit Suizidalität	
Ja (n, %)	18 (30,5)
Nein (n, %)	41 (69,5)
in Jahren (M, Min–Max)	17,2 (2–39)
keine Angabe (n, %)	11 (15,7)

Stichprobenbeschreibung und demographische Daten	
Theoretische/wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Suizidalität	
Ja (n, %)	29 (49,1)
Nein (n, %)	30 (50,8)
in Jahren (M, Min–Max)	16 (2–50)
keine Angabe (n, %)	11 (15,7)
Umgang mit Palliativpatient*innen	
Ja (n, %)	56 (80)
Nein (n, %)	3 (4,9)
keine Angabe (n, %)	11 (15,7)

Tabelle 7.3: Stichprobenbeschreibung. Doppelnennungen waren möglich.

Ergebnisse zu Fragen 1 und 2: Veröffentlichungen

- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?

Die Fragen nach bekannten Veröffentlichungen zur Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten beziehungsweise Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung beantworteten 27 beziehungsweise 24 der Teilnehmenden, 43 beziehungsweise 46 machten keine Angaben. Dabei wurden neben Zuordnungen auch Forschungsartikel und Vorträge sowie Handbücher und Leitlinien genannt, die in Tabelle 7.4 aufgeführt sind. Die aufgeführten Artikel beziehen sich alle auf einen Todes- beziehungsweise Sterbewunsch.

Veröffentlichungen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen und Quellenarten	22 (81,4%)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „wenige“ • „viele“ • „Vorträge“, „Bücher“, „Weiterbildungen“
Forschungsartikel und Vorträge	6 (22,2%)	<ul style="list-style-type: none"> • Monforte-Royo (2017) • EAPC White Paper • Montoforte-Royo et al. (2012) • Galuschko et al. (2015) • Chochinov (1995)
Handbücher und Leitlinien	7 (25,9%)	<ul style="list-style-type: none"> • Chris Paul • AGUS • Bericht des Schweizer Bundesrats • Lehrbuch Palliative Care • Leitlinie zum Umgang mit Todeswünschen der UK Köln
Veröffentlichungen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen und Quellenarten	19 (79,2%)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „viele“ • „Fachliteratur“, „Kongresse“, „Datenbanken“
Forschungsartikel und Vorträge	4 (16,7%)	<ul style="list-style-type: none"> • Galuschko et al. (2015) • Chochinov (1995) • Ohnsorge (2014)
Handbücher und Leitlinien	5 (20,8%)	<ul style="list-style-type: none"> • Chris Paul • AGUS • Mary Vachon • Leitlinie zu Todeswünschen der UK Köln • Studie zu Achtsamkeitstraining

Tabelle 7.4: Veröffentlichungen zur Suizidprävention

Ergebnisse zu Fragen 3 und 4: Empfohlene Maßnahmen

- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten empfehlen Sie?
- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung empfehlen Sie?

Von den Expertinnen und Experten beantworteten 27 (39%) die Fragen nach Maßnahmen zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung durch Nennung konkreter Empfehlungen, 43 (61%) machten keine Angabe.

Empfohlene Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten

Die empfohlenen Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten umfassten Kommunikationsangebote (n = 19 Nennungen), therapeutische Angebote sowie Ziele (n = 14) und Personal (n = 4). Zu Kommunikationsangeboten beschrieben die Expertinnen und Experten zum einen Fragen der Haltung, welche achtsam, behutsam, empathisch, offen, würdeorientiert und respektvoll sein sollte. Zum anderen wurde die Themenwahl in der suizidpräventiven Kommunikation angesprochen: Todeswünsche sollten proaktiv erfragt werden und neben einer umfassenden Aufklärung über die Möglichkeiten der Palliativmedizin als Alternative zum Suizid sollten vor allem spirituelle und existenzielle Fragen besprochen werden. Die Struktur der Kommunikation war die letzte Kategorie, sie sollte vor allem durch Zuhören und Nachfragen geprägt sein. Ein teilnehmender Forscher fasst seine empfohlenen Maßnahmen so zusammen:

„Genaue Beobachtungen der Stimmungslage und ihrer Schwankungen, aufmerksames Zuhören, behutsames Nachfragen bei indirekten oder direkten Äußerungen,

Angebot von Gesprächen beziehungsweise Empfehlung bestimmter, hochkompetenter Gesprächspersonen.“

Innerhalb der Kategorie Therapeutische Angebote und Ziele wurden als Kategorien vor allem die (medikamentöse) Reduktion der Symptomschwere angebracht, ebenso wie psychotherapeutische/psychiatrische Angebote und in vereinzelt Fällen andere Angebote, so etwa Seelsorge oder komplementäre Therapien.

Die Expertinnen und Experten legten zudem viel Wert auf suizidpräventive Eigenschaften des Personals. Eine adäquate Qualifikation und Schulung des Personals zum Thema Suizidprävention wurde ebenso benannt wie die Wichtigkeit der Kontinuität des Personals und der Interdisziplinarität der palliativen Teams.

Empfohlene Maßnahmen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Zur Suizidprävention bei Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativversorgung nannten die Expertinnen und Experten insgesamt vier Kategorien: Externe Unterstützung (n = 24), Interner Austausch (n = 12), Ressourcenmanagement (n = 14) und Haltung (n = 5). Unter externer Unterstützung war eine wichtige Maßnahme die Supervision in Team- oder Einzelsettings. Auch Fortbildungen und Schulungen wurden hierunter genannt, ebenso wie Mentoring. Die Expertinnen und Experten betonten auch die Wichtigkeit des Internen Austauschs im Sinne regelmäßiger kollegialer Intervention, ethischer Diskussionen und des Nutzens der gegebenen Multiprofessionalität. Auch ein adäquates Ressourcenmanagement auf der Ebene der Mitarbeitendenführung (z. B. im Sinne einer durchdachten Personalauswahl), aber auch des Teams (z. B. im Sinne eines angemessenen Betreuungsschlüssels) und des Individuums (z. B. im Sinne der Selbstfürsorge) wurden benannt. Eine weitere übergreifende Kategorie stellte die Haltung dar, welche durch Teamgeist, Wertschätzung, Empathie, Offenheit, Vertrauen und Respekt geprägt sein sollte.

Ergebnisse zu Fragen 5 und 6: Best-Practice-Modelle

- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?

Die Angaben der 19 beziehungsweise 16 (27 % beziehungsweise 23 %) Expertinnen und Experten, die die Frage nach Best-Practice-Modellen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten beantworteten, bezogen sich auf konkrete Modelle oder Verweise auf Instanzen, welche spezielle Empfehlungen herausgeben. Es machten 51 beziehungsweise 54 Expertinnen und Experten keine Angaben. Die angegebenen Best-Practice-Modelle sind in Tabelle 7.5 aufgeführt.

Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen	12 (50 %)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „verschiedene“
Verweise auf Instanzen	7 (29,2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) • Bündnis gegen Depression • European Association for Palliative Care (EAPC) • International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) • World Health Organization • „Leitfäden“
Verweise auf konkrete Modelle	5 (20,8 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) • Einrichtungskonzept der Inneren Mission München • „Schweiz“ • Chochinov (1995)
Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen	13 (72,2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „verschiedene“
Konkrete Inhalte von Modellen	2 (11,1 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Würdeorientierung • Authentizität
Verweise auf konkrete Modelle	3 (16,7 %)	<ul style="list-style-type: none"> • CALM • Müllers „Wie viel Tod verträgt ein Team?“ • Chochinov (1995), Chochinov et al. (2002)

Tabelle 7.5: Best-Practice-Modelle

Ergebnisse zu Fragen 7 und 8: Strukturelle Barrieren

- Wo sehen Sie strukturelle Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung?
- Wie könnten diese strukturellen Barrieren Ihrer Ansicht nach überwunden werden?

Die ausführlichsten Freitext-Antworten gaben die Expertinnen und Experten auf die Frage nach strukturellen Barrieren und Möglichkeiten, diese zu überwinden. Die Ergebnisse finden sich gegenübergestellt in Abbildung 7.1.



Abbildung 7.1: Strukturelle Barrieren und Möglichkeiten der Überwindung

Strukturelle Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung

Die 23 (32,9%) Expertinnen und Experten, die die Frage nach strukturellen Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung beantworteten, bezogen sich auf Ressourcenmangel (n=16), Problematische Schwerpunktsetzung im Versorgungskonzept (n=5), Ausbildungsbezogene Barrieren (n=8), Persönliche Grenzen (n=4), Hierarchische Barrieren (n=2), Rechtliche Barrieren (n=2) und Gesellschaftliche Tabuisierung (n=6). Es machten 47 (67,1%) Teilnehmende keine Angabe. Besonders der Mangel an Ressourcen und seine Folgen wurden von den Expertinnen und Experten immer wieder genannt: Es fehle an Geld, Zeit und Personal, um sich angemessen der Suizidprävention widmen zu können. Diese Kategorie korrespondierte direkt mit der Barriere der problematischen Schwerpunktsetzung in der Versorgung,

in der die Fokussierung auf bürokratische Vorgaben, quantifizierende Evaluation und medizinische/pflegerische Details bemängelt wurde. Dies führe zu einer Vernachlässigung einer ganzheitlichen Versorgung. Weiterhin wurden von den Expertinnen und Experten Mängel in der Ausbildung als Barrieren identifiziert, so etwa fehlendes Fachwissen zum Thema Suizidprävention, das Fehlen von Selbstreflexion und ethischen Überlegungen in Ausbildungsprogrammen und eine starke Varianz des Ausbildungsniveaus. Auch auf individueller Ebene der Persönlichen Grenzen wurden Barrieren identifiziert, etwa die eigenen Ängste oder zu stark ausgeprägte „Helfersynndrome“ von Versorgenden. Das „Vorhandensein rigider vertikaler Hierarchien“ wurde ebenso als Barriere genannt. Der zum Zeitpunkt der Befragung noch rechtskräftige § 217 StGB und dessen unterschiedliche rechtliche Auslegung wurde als verunsichernd für die Kommunikation beschrieben wie die

Bewertung von Todeswünschen als Suizidgefährdung. Diese Kategorien korrespondierten mit der der Gesellschaftlichen Tabuisierung, in der Expertinnen und Experten die bestehenden Hemmungen, das Thema Suizidalität im Kontext von Hospiz- und Palliativversorgung anzusprechen, ebenso beklagten wie eine Tendenz zur „Psychiatisierung“ von Todeswünschen sowie eine fehlende gesellschaftliche Akzeptanz.

Überwindung struktureller Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung

Es machten 22 (31,4%) Expertinnen und Experten Vorschläge zur Überwindung struktureller Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung, 48 (68,6%) machten keine Angaben. Die Vorschläge ließen sich in folgende Kategorien einordnen: Ausbau von Ressourcen (n=9), Aus-, Fort- und Weiterbildung (n=12), Enttabuisierung (n=4), Verbesserte Kommunikation (n=3) und Verbesserte Vernetzung (n=4). Der Ausbau von Ressourcen müsse dabei auf allen Ebenen stattfinden: räumlich, finanziell, personell und materiell, z. B. durch mehr Hospize und die vermehrte Bereitstellung von Notfallbetten. Eine Verbesserung des Ausbildungs- und Fortbildungsangebots müsse eine Sensibilisierung und Aufklärung für das Thema Suizidprävention beinhalten, ebenso wie vermehrte Schulungen, Supervision, Ethikberatung. Sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf rechtlicher Ebene müsse eine Enttabuisierung stattfinden, z. B. durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, die in manchen Forderungen auch mit einer Entkriminalisierung von ärztlich assistiertem Suizid einhergehen solle. Als grundlegend erachteten viele der Expertinnen und Experten eine verbesserte Kommunikation, die vor allem im Team geschehen solle und an die sich eine verbesserte Vernetzung auch mit der Bevölkerung anschließen.

Ergebnisse zu Fragen 9 und 10: Vernetzung

- Welche Akteurinnen und Akteure (in der Palliativ- und Hospizversorgung) können Ihrer Meinung nach Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beisteuern?
- Wie sollten Ihrer Meinung nach diese Akteurinnen und Akteure in der Palliativ- und Hospizversorgung zur Umsetzung einer Suizidprävention national oder international miteinander vernetzt werden?

Akteurinnen und Akteure der Palliativ- und Hospizversorgung, deren Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beiträgt

Von den Expertinnen und Experten nannten 24 (34,3%; 46 [65,7 %] machten keine Angabe) neun verschiedene Gruppen von Akteurinnen und Akteuren der Palliativ- und Hospizversorgung, deren Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beitrage: Psychologinnen und Psychologen/Psychiaterinnen und Psychiater (insbesondere Psychosomatik und Psychoonkologie), Palliativmedizinerinnen und -mediziner, Fachpflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Ehrenamtliche, Neurologinnen und Neurologen, Sozialdienst, Angehörige, Ethikberatung. In n=9 Aussagen wurde betont, dass alle Mitarbeitenden in der hospizlichen und palliativen Versorgung eine entscheidende Rolle spielen.

Arten und Weisen der Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren der Palliativ- und Hospizversorgung zur Verbesserung der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Angaben der 19 (27,1%) Expertinnen und Experten, die diese Frage beantworteten, ließen sich in sechs Kategorien zusammenfassen: International agierende Plattformen (n=9), regionale und persönliche Vernetzung (n=5), Berufsorganisationen (n=3), phasenübergreifende Vernetzungskonzepte (n=4), das proaktive Schaffen von Voraussetzungen (n=3) und Online-Vernetzung (n=3). Insbesondere internationale Plattformen, wie Fachkongresse/-Konferenzen, Tagungen, Workshops und AGs, wurden als wertvoll zur Schaffung fachlicher Infrastruktur benannt. Gleichzeitig wurde auch die regionale Vernetzung in Form von Arbeitsgruppen, regionalen Visiten, persönlicher Begegnung und politischer Tätigkeit hervorgehoben. In einer verbindenden Position zwischen übergreifend und persönlich stehen dabei Berufsorganisationen, wo die Expertinnen und Experten etwa die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) oder die European Association of Palliative Care (EAPC) als relevant nann-

ten. Für Vernetzung voraussetzend sei der langfristige Aufbau von Vernetzungskonzepten, etwa innerhalb der Konzeptplanung, Therapieplanung, Führung und Forschung. In Zeiten zunehmender Digitalisierung wurde auch das Potenzial von Online-Vernetzung hervorgehoben, etwa durch Internetplattformen und den Ausbau von Internetauftritten.

Schritt 3: Gruppendiskussion der Expertinnen und Experten der TPG

Sechs Expertinnen und Experten der TPG folgten der Einladung zur Gruppendiskussion, welche am 03.04.2019 in Berlin stattfand. Den Teilnehmenden wurden im Rahmen einer moderierten Diskussion die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche sowie die Daten der Online-Umfrage vorgestellt und sie wurden zu folgenden übergreifenden Themen befragt:

1. Wie stellt sich der Ist-, Problem- und Lösungsstatus in der Suizidprävention dar?
2. Was fehlt in dem Feld und wer ist gegebenenfalls unzureichend versorgt?
3. Was können Strategievorgaben für Parlament und Bundesregierung sein?

Die besprochenen Inhalte wurden von einer unabhängigen Beisitzerin protokolliert. Das so entstandene Protokoll wurde inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Äußerungen der Teilnehmenden ließen sich in drei Kategorien darstellen:

Inhaltliche Präzisierung

Der Fokus müsse auf Suizidprävention im palliativen Setting und am Lebensende (im Sinne der geschätzten letzten sechs bis zwölf Monate des Lebens) liegen, da Suizidgedanken dann präsenter seien. Dies begründe sich in Angst vor den Folgen der Erkrankung (etwa in Abhängigkeit von verschiedenen Diagnosen, z. B. Tumor-entitäten), vor der Belastung anderer sowie vor Autonomie- und Selbstverlust. Eine frühe Intervention sei hier

sinnvoll, da eine erhöhte Suizidalität bei verschiedenen Diagnosen empirisch gut belegt sei. Auf die Frage, was suizidpräventiv wirken könne, wurde zunächst diskutiert, was Suizidprävention in dieser Situation eigentlich bedeute. Suizidprävention in der palliativen Situation könne nicht darauf abzielen, Gedanken an Suizid zu verhindern, sondern die Handlungsneigung zu verringern. Gesprächsangebote und würdevollende Kommunikation könnten, neben dem Bestehen eines sozialen Netzes, helfen, Gefährdete zu erkennen und ihnen Möglichkeiten des Umgangs mit Suizidalität anzubieten. Suizidprävention müsse ein Angebot für alle sein, dessen Ablehnung Versorgende jedoch akzeptieren müssten.

Es schlossen sich Fragen nach Suizidprävention bei (trauernden) Zugehörigen sowie haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden der Palliativversorgung an. Diese seien oftmals schwerer durch gezielte Maßnahmen zu erreichen, etwa durch persönliche Hürden (fehlende Kommunikation zwischen Sterbenden und Zugehörigen, fehlendes Vertrauen in therapeutische Maßnahmen), kulturelle (Tabuisierung des Themas Suizid z. B. in muslimischen Familien) oder institutionelle Hindernisse (fehlende Schulungen zum Thema vor allem bei ehrenamtlich Mitarbeitenden, schlechtere Erreichbarkeit von Zugehörigen in ambulanten Settings, fehlende finanzielle Unterstützung in der Trauerphase ohne eigene psychiatrische Diagnose).

Gesellschaftliche Perspektive

Die Teilnehmenden sahen die Notwendigkeit der Einordnung von Suizidprävention in das bestehende gesellschaftliche Spannungsfeld: Einerseits werde mehr und offener über Suizidalität im letzten Lebensjahr gesprochen und die Selbstbestimmung bis zum Lebensende gelte als hohes Gut. Andererseits gebe es auch viel Verdrängung und die wirkliche Auseinandersetzung mit Sterben bleibe oft aus. Dies gehe einher mit einem Wandel im Lebensumfeld während der letzten Jahrzehnte; das Lebensende wird weniger innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes verlebt, Einpersonenhaushalte nehmen zu. Dies begünstige Einsamkeit und Isolation als Risikofaktoren für Suizidalität.

Die organisierte Suizidprävention habe daher einen schwierigen Stand. Dieser äußere sich nicht nur in der gesellschaftlichen Debatte um Selbstbestimmung am Lebensende, sondern auch in der konkreten Organisation von Versorgungsstrukturen. Gerade im ambulanten Setting fehlten etwa Gelder, um ausreichende psychotherapeutische Betreuung zu gewährleisten.

Politische Strategie

Wenn von Suizidprävention in palliativen Settings gesprochen werde, so müsse auch Stellung gegenüber den Möglichkeiten zum assistierten Suizid genommen werden. Hier gelte ebenfalls, dass nicht jeder (assistierte) Suizid verhindert werden könne. Man müsse stattdessen den Handlungsdruck senken. Dies erfordere vor allem einen genaueren Blick, differenziertere Berichterstattung und eine bessere Aufklärung für Patientinnen und Patienten.

Auf der Ebene der Patientinnen und Patienten müsse unterschieden werden zwischen den Menschen, die

assistierten Suizid als Weg aus einer unerträglichen Situation sehen, und denen, die ihn aus Angst vor einer zukünftigen Situation in Erwägung ziehen. Hier gelte es, suizidpräventiv anzusetzen: Oftmals fehle das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und es werde von falschen Annahmen über die Versorgungssituation in Deutschland ausgegangen. Nicht nur werde in den Krankenhäusern selbst die Thematik ungern angesprochen, auch die gesellschaftliche Debatte und die mediale Berichterstattung darüber erschweren die Situation: Die Narration um schwere Erkrankungen verlaufe oft anhand von Metaphern des Kampfes, welche Schuldzuweisungen begünstige. Hier gelte es eher, den Begriff der „Letztverlässlichkeit“ wieder zu stärken. Daneben sei die Medienberichterstattung teilweise einseitig und es würden keine aktuellen Daten verwendet. Wie auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2020) und die Charta zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (DGP et al., 2016) fordern die Teilnehmenden der Gruppendiskussion mehr gesellschaftsöffentliche Information. Denn die offene Diskussion selbst könne möglicherweise bereits suizidpräventiv wirken.

7.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

7.3.1 Zusammenstellung aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der für Deutschland relevanten Veröffentlichungen über weitere effiziente Maßnahmen zur Suizidprävention

Im Wesentlichen wurden diese Punkte bereits zuvor dargestellt. Neben einer zufriedenstellenden Behandlung leidvoller Symptome wurden in der Online-Befragung vor

allem Angebote zur Kommunikation mit den Betroffenen als wesentliche Maßnahmen genannt. Dies sollte multiprofessionell geschehen und das Personal sollte ausreichend geschult und qualifiziert werden. Zu den externen Unterstützungsangeboten zählen Supervisionen, Fortbildungen, Mentoring und ein persönliches sowie teambezogenes Management der eigenen Ressourcen (Achtsamkeitstraining, Burnout-Prophylaxe, interkollegiale Unterstützung, effiziente Mitarbeiterführung).

Gute Trauerbegleitung mit Zugehörigen kann ebenfalls suizidpräventiv wirken (z. B. trauerspezifische Präventionsprogramme gemäß kognitiver Verhaltenstherapie).

Der DHPV und die DGP erreichen über ihre multiprofessionelle Struktur und die große Einbindung von Ehrenamtlichen einen großen Personenkreis. Dies führt zunehmend zu einer Bereitschaft, sich mit dem Thema „Tod und Sterben“ auseinanderzusetzen, und zur Verbreitung des Wissens um die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Angebote unterscheiden sich jedoch zwischen den Regionen deutlich.

7.3.2 Bewertung, Priorisierung und Begründung der ausgewählten Strategien und Maßnahmen

In Anbetracht der Häufigkeit und Unbeständigkeit von Todeswünschen bei Patientinnen und Patienten mit schweren und nicht heilbaren Erkrankungen scheint zunächst kein klares Bild darüber zu bestehen, an welchen Punkten die Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung gut ansetzen könnte. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur Verfassungswidrigkeit des § 217 Strafgesetzbuch betont, kann oder sollte vor dem Hintergrund des persönlichen Rechts auf Selbstbestimmung jeder Person nicht jeder Suizid in diesem Setting verhindert werden. Doch könnte – bei einem breiten Verständnis von Todeswünschen als ein Kontinuum mit steigendem suizidalen Handlungsdruck – versucht werden, diesen Handlungsdruck zu verringern. Hierzu können beitragen:

- Fortbildung und fachinterne diskursive Meinungsbildung in der Palliativversorgung und im Hospizbereich
- Kooperation und Koordination von Praxis und Forschung
- Auf- und Ausbau einer Sorgeskultur
- Öffentlichkeitsarbeit
- Ansprechen von Todeswünschen im Hospiz- und Palliativbereich
- Ausbau der Hospizbewegung und Palliativversorgung
- Forschung zu Suizidalität im Hospiz- und Palliativbereich

- Zusammenarbeit Suizidprävention und Palliativmedizin auf institutionellem Sektor

Der Deutsche Ethikrat sieht im Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit und in der damit verbundenen Reduktion von Ängsten vor unerträglichen Schmerzen, Einsamkeit und Fremdbestimmung im Sterbeprozess eine Möglichkeit der Suizidprävention: „Eine gute palliative Versorgung, die für alle Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung erreichbar ist, lindert Not, kann Angst und Verzweiflung überwinden helfen und damit auf Fragen nach einer möglichen Unterstützung bei einer Selbsttötung lebensorientierte Antworten geben“ (Deutscher Ethikrat, 2014). Inwieweit diese Aussage zutrifft und ob die Verbesserung der palliativen und hospizlichen Versorgung zu einer Verminderung von Suiziden führt, muss allerdings weiterhin Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen bleiben.

Ob das aktive Ansprechen eines Todeswunsches das Suizidrisiko vermindert, bleibt weiterhin zu erforschen. Erste Ergebnisse der bisherigen Studien zeigen, dass eine Schulung das Hemmnis des Ansprechens von Todeswünschen (und gegebenenfalls von Suizidalität) reduziert und sich die Versorgenden sicherer im Umgang mit ihnen fühlen. Andere Maßnahmen entsprechen den allgemeinen Empfehlungen der Arbeit im Gesundheitsbereich und sind nicht spezifisch für die Suizidprävention zu sehen.

Durch Gesprächsangebote können Gefährdete erkannt werden. Wenn eine Suizidalität angesprochen wird, haben die Betroffenen mehr Möglichkeiten, damit umzugehen.

Bei den Rückmeldungen wurde die Verantwortung der Institutionen beziehungsweise der Leitungsebenen der einzelnen Einrichtungen für die Umsetzung von Maßnahmen betont (Top-down-Strukturen).

7.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

1. Wie durch die Ergebnisse unserer Umfrage unterstützt: Insbesondere weiterer Ausbau der hospizlichen und palliativen Versorgungsstruktur; den konkreten Effekt auf die Suizidprävention gilt es jedoch zu erforschen.
 - Frühzeitige Integration von Palliativmedizin in eine Behandlung zur Verbesserung der Suizidprävention
2. Kommunikationstraining im Umgang mit geäußerten Todeswünschen
 - Aufnahme in die einschlägigen Curricula zur Fort- und Weiterbildung
 - Flächendeckender Ausbau der spezialisierten Palliativversorgung
 - Angebote in der allgemeinen Palliativversorgung und für Hospizdienste
 - Weiterentwicklung des Trainings, z.B. durch digitale Methoden
3. Etablierung von hospizlicher und palliativer Versorgung innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramms
 - Einbezug psychiatrischer Expertise im letzten Lebensjahr
4. Ausbau der Forschung zu wesentlichen Fragen
 - des Todeswunsches und der Suizidalität in der Hospiz- und Palliativversorgung
 - der Merkmale und Besonderheiten von Suizidentinnen und Suizidenten in der Hospiz- und Palliativversorgung
 - der Wirksamkeit von spezifischen suizidpräventiven Maßnahmen in der Hospiz- und Palliativversorgung
5. Entwicklung einer bürgerschaftlichen Sorgeskultur
 - Thematisierung der letzten Lebenszeit
 - Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der Lebensqualität