

## **Zentrale Forderungen der BAGFW zu den Inhalten eines Suizidpräventionsgesetzes**

### **Einführung und Vorbemerkung**

In Folge des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zu § 217 StGB vom 26.02.2020 wurden mittlerweile eine Reihe von fraktionsübergreifenden Gesetzesvorlagen zur Suizidassistenz veröffentlicht. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass hierin, neben der Hervorhebung des Selbstbestimmungsrechts über das eigene Leben, auch die Absicht kundgetan wird, die Prävention von Suiziden zu verbessern.

Die Erfahrung zeigt, dass bei sehr vielen Menschen mit Todeswünschen und/ oder suizidalen Gedanken hinter diesem Ansinnen ein Hilferuf nach einem erträglichen und menschenwürdigen Leben steht. Im Rahmen der Suizidprävention muss es deshalb oberstes Ziel sein, mit Menschen, die einen Suizid in Erwägung ziehen, in Beziehung zu treten und gemeinsam die hinter dem Wunsch zu sterben verborgenen Aussichtslosigkeiten zu begreifen, damit auch andere Wege aus der Krise denkbar werden können.

Dazu sind aus Sicht der BAGFW dringend Maßnahmen im Bereich der Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Regelversorgung zu ergreifen sowie spezifische Regelungen zur Verbesserung der allgemeinen Suizidprävention voranzutreiben. Auch die weitere Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ist anzugehen. Schwerkranken Menschen sollten neben der Option der Suizidassistenz künftig auch Alternativen für ein selbstbestimmtes und begleitetes Sterben im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung kennen und wählen können.

Wirksame Suizidprävention findet nicht im Rahmen kurzer und auf reine Information angelegter Beratungen statt. Sie basiert auf akzeptierenden und verstehenden Interaktionen. Zur Entwicklung einer entsprechenden Grundhaltung sollten deshalb aus unserer Sicht psychotherapeutische Basiselemente verpflichtender Bestandteil der Aus- und Weiterbildungscurricula von Gesundheits- und Sozialberufen werden.

Nicht zuletzt ist uns wichtig festzuhalten, dass nicht jede psychisch erkrankte Person suizidal und auch nicht jede suizidale Person psychisch erkrankt ist. Insbesondere beim Umgang mit dem Thema der Suizidassistenz besteht daher die

Herausforderung darin, die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für alle Menschen sicherzustellen, ob psychisch krank oder nicht. Alternative Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind zu fördern und die Abwesenheit von abwendbarer Not, Zwang und/ oder Manipulation ist zu gewährleisten.

## **Forderungen der BAGFW zur Verbesserung der Suizidprävention**

### **1. Zeitnahe und kontinuierliche psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote ausbauen**

*Die BAGFW fordert einen flächendeckenden Ausbau der Anzahl der Kassensitze niedergelassener psychologischer und medizinischer Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen, um eine schnelle und dauerhafte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gewährleisten zu können. § 75 Abs. 1 SGB V und § 73 Abs. 2 SGB V sollen diese Versorgung sicherstellen, dies ist aktuell jedoch nicht ausreichend der Fall. Der Koalitionsvertrag (Kapitel 4, S. 86) zielt mit einer Reform der Bedarfsplanung ebenfalls auf eine deutlich verbesserte Versorgung ab. Diese muss dringend umgesetzt werden!*

### **2. Aktionsplan und Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen psychische Erkrankungen, Suizidalität und Suizid**

*Die BAGFW fordert, wie bereits im Koalitionsvertrag (Kapitel 4, S.86) beschrieben, eine öffentliche Aufklärungs- und Informationskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und zur Verbesserung und Verbreitung von Informationen über Unterstützungsangebote in psychischen Notlagen.*

### **3. Einrichtung und Ausbau der psychiatrischen und psychotherapeutischen Kriseninterventionsangebote für Menschen in einer akuten psychischen Notlage**

*Die BAGFW fordert die Verbesserung der Notfallversorgung für Menschen in akuten psychischen Krisen durch den Aufbau einer zentralen und multimedial ausgerichteten Anlaufstelle. Neben dem Aufbau einer multimedialen Anlaufstelle fordert die BAGFW, wie bereits im Koalitionsvertrag angekündigt (Kapitel 4, S.86), den flächendeckenden Ausbau der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung unter Einbeziehung der bestehenden Dienste und Einrichtungen.*

### **4. Finanzierung bestehender und Ausbau qualifizierter suizidpräventiver Angebote mit niedrigschwelligem, zielgruppenspezifischem Zugang**

*Die BAGFW fordert im Sinne einer umfassenden, gesundheitlich ausgerichteten Präventionsarbeit die Finanzierung, den Ausbau und die Verbesserung niedrigschwelliger, zielgruppenspezifischer, multimedialer und lokal gut vernetzter Beratungs- und Gesprächsangebote zur Suizidprävention. Diese Forderung ist analog zu den Präventionsmaßnahmen des Koalitionsvertrages (Kapitel 4, S. 84) zu sehen.*

## **5. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthema in den Curricula in der Aus-, Fort- und Weiterbildung**

*Um Todeswünschen und Suizidgedanken frühzeitig und professionell begegnen zu können, fordert die BAGFW eine entsprechende verpflichtende Anpassung der Curricula in Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie von Studiengängen vor allem im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich um die Themenbereiche Suizid und Suizidprävention. Mitarbeitenden muss dabei ermöglicht werden, an entsprechenden Schulungen und Supervisionen teilzunehmen. Die Einrichtungen müssen für die Durchführung dieser zusätzlichen Maßnahmen finanziell unterstützt werden.*

## **6. Ausbau und Vertiefung der Forschung zur Suizidprävention sowie einer empirischen Erfassung der Daten zu (assistierten) Suiziden**

*Die BAGFW fordert einen Ausbau der Forschung zu den Themen Suizid und Suizidprävention. Außerdem bedarf es regelmäßiger und fundierter empirischer Daten zu Suiziden und assistierten Suiziden in Deutschland.*

## **7. Restriktion von Suizidmitteln und Suizidmöglichkeiten**

*Die BAGFW fordert die bestmögliche Methodenrestriktion. Dies betrifft dabei sowohl bauliche Maßnahmen als auch die Restriktion von Schusswaffen und das Unbrauchbarmachen von Medikamenten, die zu Suizidzwecken missbräuchlich verwendet werden können.*

## **8. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu hospizlich-palliativer Beratung, Begleitung und Versorgung**

*Von Bund, Ländern und Kommunen ist eine gezielte, auf Kontinuität ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Sterben, Tod und Trauer und den Möglichkeiten hospizlich-palliativer Beratung, Begleitung und Versorgung in Räumen und Einrichtungen des öffentlichen Lebens, wie z. B. in Bahnen, Bahnstationen, Rathäusern, Supermärkten, Sporthallen, Arztpraxen, Krankenhäusern oder Bibliotheken und auf Webseiten der Gemeinden etc. zu etablieren.*

## **9. Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz**

*Aus Sicht der BAGFW ist im Rahmen von Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, Prävention und Gesundheitsförderung ein neuer § 20I im SGB V zu verankern, der Versicherten einen Anspruch auf eine Beratung zu Fragen zur Versorgung am Lebensende sichert. Die Beratung dient der Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz des Beratungssuchenden und bietet auch die Möglichkeit, eigene Wünsche in einer Patientenverfügung, einer Vorsorge- und Betreuungsvollmacht und/ oder weiteren Niederschriften festzulegen. Bei der Durchführung sind die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten. Erforderlich erachtet die BAGFW zudem Richtlinien für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Berater:innen, die gemeinsam durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und*

*Palliativversorgung vereinbart werden, sowie Festlegungen über die Anerkennung von Angeboten durch Rechtsverordnungen (über Ermächtigung der Landesregierungen).*

## **10. Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen stärken**

*Nach Auffassung der BAGFW muss die Verbesserung des Personalschlüssels in stationären Pflegeeinrichtungen genauso wie die Palliativversorgung in stationären Hospizen durch die Krankenversicherung finanziert werden. Hierfür schlagen wir einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachkraftstellen in der Palliativversorgung in der vollstationären Pflege durch eine zu § 8 Abs. 6 SGB XI analoge Regelung<sup>1</sup> vor. Analog zu § 8 Abs. 6 SGB XI bedeutet, dass diese zusätzlichen Stellen im Verhältnis von 1:50 Bewohner:innen in der Palliativversorgung mit den Pflegekassen vereinbart werden, die Ausgaben der Pflegekassen aber über die Krankenkassen gegenfinanziert werden. Dadurch würden auch die Eigenanteile der Bewohner:innen nicht erhöht werden. Des Weiteren sind auch die Kosten der Qualifizierung der Mitarbeiter:innen in diese Regelung mitaufzunehmen.*

## **11. Einführung eines Rechtsanspruchs auf palliatives Case Management mit Lotsenfunktion zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung**

*Aus Sicht der BAGFW ist der Anspruch von Versicherten auf ein sektorenübergreifendes Case-Management zur Sicherung einer individuellen, bedarfsgerechten Versorgung als Leistung im SGB V gesetzlich zu verankern. Wir schlagen vor, dazu einen neuen § 39f SGB V oder § 37d SGB V zu statuieren.*

## **12. Abbau von Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationsgeschichte zur Hospiz- und Palliativversorgung**

*Aus Sicht der BAGFW ist es erforderlich, die Zugänglichkeit zur Hospiz- und Palliativversorgung insbesondere für Menschen mit Migrationsgeschichte zu verbessern. Hierfür braucht es einerseits einen sozialrechtlich verankerten Anspruch auf Sprachmittlungsleistungen. Andererseits sind Gatekeeper-Strukturen gesetzlich zu verankern und eine Finanzierung beispielsweise im § 39a SGB V über die Einführung eines entsprechenden zusätzlichen Absatzes im Bereich der ambulanten und/ oder stationären Hospizleistungen zu ermöglichen.*

## **13. Einführung des rechtlichen Anspruchs auf dreimonatige Freistellung für die Begleitung in der letzten Lebensphase im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz für An- und Zugehörige**

*Hinsichtlich der Unterstützungsleistungen für die Begleitung in der letzten Lebensphase ist aus Sicht der BAGFW ergänzend zu der möglichen sechsmonatigen Freistellung eine zusätzliche maximal dreimonatige teilweise oder vollständige Freistellung für die Begleitung in der letzten Lebensphase zu gewähren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, diese Zeit über ein steuerfinanziertes*

---

<sup>1</sup> sofern auf Landesebene nichts anderes zur Verbesserung vereinbart wurde.

*Familienpflegegeld finanziell zu unterstützen. Die Empfehlungen des Beirates für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vom 01.07.2022 werden hierzu vollumfänglich unterstützt.*

#### **14. Psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) integrieren**

*Aus Sicht der BAGFW ist eine Ergänzung der psychosozialen Leistungen in § 37b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich. Hierzu schlagen wir folgende Formulierung vor: “Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, ~~und~~-pflegerische und psychosoziale Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; (...).”*

## **Erläuterungen zu den Forderungen**

### **1. Zeitnahe und kontinuierliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote ausbauen**

Die aktuelle Verteilung von niedergelassenen psychologischen und medizinischen Psychotherapeut:innen mit Kassensitz ist nicht ausreichend, um eine effiziente Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen und in akuten psychischen Krisen sicherzustellen. Wartezeiten von 6-8 Monaten auf einen Therapieplatz sind zu lang. Besonders für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Situation kritisch. Hier bestehen teilweise noch längere Wartezeiten für eine psychiatrische/ psychotherapeutische Versorgung. Es braucht daher dringend einen Ausbau der Anzahl der Kassensitze niedergelassener psychologischer und medizinischer Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen. Wichtig erscheint der BAGFW in diesem Zusammenhang, den rechtlichen Anspruch auf Behandlung auch über das Erstgespräch hinaus sicherzustellen und, wo nötig, eine angemessene und zeitnahe Anschlussversorgung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wäre über neue Berechnungsgrundlagen für Kassensitze psychologischer und medizinischer Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen nachzudenken und über eine generelle Reformierung der Bedarfsplanung. Da diese Maßnahmen nur langfristig zu einer Verbesserung führen werden, sind kurzfristig andere Formen der psychotherapeutischen Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen zu suchen.

*Die BAGFW fordert einen flächendeckenden Ausbau der Anzahl der Kassensitze niedergelassener psychologischer und medizinischer Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen, um eine schnelle und dauerhafte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gewährleisten zu können. § 75 Abs. 1 SGB V und § 73 Abs. 2 SGB V sollen diese Versorgung sicherstellen, dies ist aktuell jedoch nicht ausreichend der Fall. Der Koalitionsvertrag (Kapitel 4, S. 86) verspricht sich von einer Reform der Bedarfsplanung ebenfalls eine deutlich verbesserte Versorgung. Diese muss dringend umgesetzt werden!*

### **2. Aktionsplan und Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen psychische Erkrankungen, Suizidalität und Suizid**

Es gehört zu den zentralen Anliegen der Suizidprävention, dass die Themen Suizidalität und Suizid, aber auch psychische Erkrankungen generell offen angesprochen werden können. Die Tabuisierung und Stigmatisierung der Themen trägt maßgeblich dazu bei, dass Menschen in psychischen und suizidalen Krisen sich nicht an andere Menschen respektive professionelle Hilfestrukturen wenden. Aus Sicht der BAGFW muss der Themenkomplex sichtbar und präsent gemacht werden, vor allem in die Breite der Gesellschaft hinein. Dazu bedarf es u. a. einer öffentlichen Sensibilisierungskampagne, die über das Thema Suizid und Suizidprävention sowie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Ähnlich wie bei bereits bestehenden Kampagnen, die sich auf Sexualaufklärung und Drogenmissbrauch beziehen, halten wir hier Informationen auf Bussen, Litfaßsäulen, Plakatwänden und im Kino, Fernsehen und Supermarkt etc. für zielführend, damit eine alltägliche Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex gewährleistet werden kann. Wichtig ist dabei eine enge Verzahnung

der bundesweiten Kampagne mit regionalen Aktivitäten und öffentlichen Veranstaltungen vor Ort, wie z. B. Vorträgen, Podiumsdiskussionen, Aktionstage etc. So kann auch eine gesellschaftliche Debatte angestoßen werden, die über die Fragen eines guten und gelingenden Lebens in unserer Gesellschaft neu und anders nachdenkt. In diesem Rahmen ist auch auf eine Selbstverpflichtung medialer Berichterstattung hinzuweisen. Berichte über Suizide, die den Suizid mystifizieren oder glorifizieren, sind unbedingt zu vermeiden. Vielmehr sollten die psychische Komplexität jeder suizidalen Handlung und mögliche Hilfen im Vordergrund stehen. So kann nachweislich die Suizidrate gesenkt werden.

*Die BAGFW fordert, wie bereits im Koalitionsvertrag (Kapitel 4, S.86) beschrieben, eine öffentliche Aufklärungs- und Informationskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und zur Verbesserung und Verbreitung von Informationen über Unterstützungsangebote in psychischen Notlagen.*

### **3. Einrichtung und Ausbau der psychiatrischen und psychotherapeutischen Kriseninterventionsangebote für Menschen in einer akuten psychischen Notlage**

Menschen in einer suizidalen Krise, aber auch in anderen psychischen Not- und Krisenlagen benötigen schnelle und niedrigschwellige Unterstützung. Um diese Hilfe gewährleisten zu können, bedarf es allgemein bekannter und multimedialer Zugangswege, die mit entsprechenden personellen und finanziellen Kapazitäten ausgestattet sind, um Wartezeiten möglichst zu vermeiden. Um eine schnelle und effiziente Unterstützung in einer Krise, die 24 Stunden und 7 Tage die Woche erreichbar ist, zu ermöglichen, braucht es eine einheitliche und bundesweite, leicht zu erinnernde Rufnummer, eine Internetadresse mit entsprechend verlinkten und leicht zugänglichen digitalen Hilfsangeboten (z. B. Mail- und Chatberatung) sowie eine kosten- und barrierefreie App. Hier sollten bereits bestehende Angebote genutzt und integriert werden. Mit den beiden einheitlichen Rufnummern der TelefonSeelsorge gibt es bereits eine gut vernetzte, bundesweite Infrastruktur. Allerdings berichtet die TelefonSeelsorge Deutschland, dass von 16 Millionen Anrufen jährlich nur ca. 1 Million persönlich angenommen werden können. Hier könnte der Aufbau einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle mit einer bundeseinheitlichen, kostenlosen telefonischen Hotline und Website weiterhelfen. Die operative Umsetzung sollte in Absprache mit den Verbänden der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) erfolgen und die Ergebnisse des Psychiatriedialogs miteinbeziehen.

Darüber hinaus ist es notwendig, die vorhandenen psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote zur Krisenintervention auszubauen. Vor allem die sozialpsychiatrischen Dienste und psychiatrischen Notfall- und Krisendienste müssen rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche, erreichbar sein. Diese Dienste bieten, im Gegensatz zur Hotline auch die Möglichkeit einer aufsuchenden Hilfeleistung an, kommen also im Notfall auch persönlich vor Ort und können bei Bedarf an weitere erforderliche Hilfen verweisen. Es geht dabei nicht um die Schaffung neuer Dienste und Strukturen, sondern um eine Vernetzung und Kooperation der bestehenden Dienste und Einrichtungen vor Ort. Nur so kann eine gute

Krisenversorgung sichergestellt werden. Eine solche Kooperation und Vernetzung der bestehenden Dienste sollte flächendeckend und für jedes Bundesland sichergestellt sein.

*Die BAGFW fordert die Verbesserung der Notfallversorgung für Menschen in akuten psychischen Krisen durch den Aufbau einer zentralen und multimedial ausgerichteten Anlaufstelle. Neben dem Aufbau einer multimedialen Anlaufstelle fordert die BAGFW, wie bereits im Koalitionsvertrag angekündigt (Zeile 2638), den flächendeckenden Ausbau der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung unter Einbeziehung der bestehenden Dienste und Einrichtungen.*

#### **4. Finanzierung bestehender und Ausbau qualifizierter suizidpräventiver Angebote mit niedrighschwelligem, zielgruppenspezifischem Zugang**

Es muss sichergestellt werden, dass es eine große Bandbreite niedrighschwelliger, die psychische Gesundheit fördernder und suizidpräventiver Angebote und Beratungsstellen gibt, die zielgruppenspezifisch konzipiert sind. Alle Angebote müssen sich in ihrer Struktur und Erreichbarkeit an die vorgesehene Zielgruppe richten. Das bedeutet auch, einen multimedialen Ansatz bei suizidpräventiven Beratungen zu wählen, wie z. B. über Telefon, E-Mail, Chat oder Apps. Lokale Netzwerke sind zu schaffen, die die bestmögliche Erreichbarkeit der Unterstützungsstrukturen für Hilfesuchende ermöglichen können. Dies beinhaltet auch aufsuchende Dienste mit multiprofessionellem Ansatz, wie z. B. seelsorgliche, psychologische, psychiatrische und sozialarbeiterische Dienste. Beispielhaft wären Projekte und Angebote zu nennen, wie z. B. TelefonSeelsorge, Nummer gegen Kummer e.V., [U25] Deutschland, Jugendnotmail, Krisenchat.de, aber auch niedrighschwellig zugängliche Hilfen, wie z. B. durch therapeutische Wohngemeinschaften, Trauer-Cafés sowie Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen.

Neben gezielten Interventionen zur Suizidprävention gilt es gleichzeitig aber auch, durch wohnortnahe, erreichbare und lebensweltbezogen integrierte Public Health Services die psychische Gesundheit zu fördern und entsprechend zu refinanzieren. Bestehende Angebote der Gesundheitsförderung und -prävention sollten um den Aspekt der Förderung der psychischen Gesundheit und der Suizidprävention ergänzt werden. Auch die Bedürfnisse und besonderen Erfordernisse von Menschen mit Behinderung müssen dabei beachtet werden, wie z. B. die Barrierefreiheit von Dokumenten und Informationen u. a. durch deren mehrsprachige Bereitstellung, auch in leichter Sprache. Auch müssen die Angebote kultur- und religionsspezifische Aspekte abdecken.

Eine dauerhafte und ausreichende Finanzierung dieser Angebote sowie ein begleitendes Monitoring und die Evaluation der Ergebnisse sind für eine gelingende Qualitätssicherung entscheidend. Alle die psychische Gesundheit fördernden und suizidpräventiven Angebote, die gute Ergebnisse z. B. hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit und Unterstützungsleistung erzielen konnten, müssen verlässlich und adäquat finanziert werden.



*Die BAGFW fordert im Sinne einer umfassenden, gesundheitlich ausgerichteten Präventionsarbeit die Finanzierung, den Ausbau und die Verbesserung niedrigschwelliger, zielgruppenspezifischer, multimedialer und lokal gut vernetzter Beratungs- und Gesprächsangebote zur Suizidprävention. Diese Forderung ist analog zu den Präventionsmaßnahmen des Koalitionsvertrages (Kapitel 4, S. 84) zu sehen.*

## **5. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthema in den Curricula in der Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Suizidalität betrifft auch und besonders vulnerable Personen und Personengruppen, die in Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens leben oder dort Unterstützung erhalten. Hier ist vor allem an Einrichtungen wie Krankenhäuser, stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, an Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der offenen Altenarbeit zu denken. Die Sensibilität im Umgang mit psychischen und suizidalen Krisen muss insbesondere in diesen Handlungsfeldern erhöht werden. Haus- und Fachärzt:innen, Ärzt:innen im Krankenhaus sowie alle Fachkräfte und freiwillige/ ehrenamtliche Mitarbeiter:innen im Gesundheits- und Sozialwesen müssen speziell auf solche Situationen vorbereitet und geschult werden. Zur Entwicklung einer entsprechenden Grundhaltung und zur Verbesserung der Gesprächsführungskompetenzen sollten psychotherapeutische Basiselemente verpflichtender Bestandteil der Aus- und Weiterbildungscurricula von Gesundheitsberufen sowie Sozialarbeiter:innen und -pädagog:innen werden. Die Freistellung der Mitarbeiter:innen sowie die Kosten für diese Schulungen und auch für eine ggf. notwendige Supervision oder ethische Fallbesprechungen müssen ebenfalls refinanziert werden.

Daneben müssen sog. Gatekeeper:innen, wie beispielsweise Lehrer:innen, Polizist:innen, Feuerwehrkräfte, Mitarbeiter:innen der Kinder- und Jugendhilfe, Sozialarbeiter:innen, aber auch Mitarbeiter:innen in lokalen Beratungsstellen für die Themen Suizid und Suizidprävention sensibilisiert und geschult werden. Speziell das frühe Erkennen von psychischen Krankheiten und Krisen, aber auch der Umgang mit Suizidgedanken und Todeswünschen muss professionalisiert werden. Außerdem sollen Berührungspunkte abgebaut und die Sprachfähigkeit erhöht werden. Eine Verankerung dieser Themen sollte deshalb verpflichtender Teil der Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie von Studiengängen verschiedenster Professionen, *vor allem im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich* werden. Dabei sollte hier nicht nur medizinisches und psychologisches, sondern auch juristisches Wissen vermittelt werden. Die ethische Handlungskompetenz in diesen Professionen ist ebenfalls zu stärken. Um den Erstkontakt zu erleichtern, wäre es auch hier sinnvoll, eine Peer to Peer-Struktur zu etablieren und punktuell in einzelnen Einrichtungen und Diensten zusätzlich spezielle Gatekeeper:innen auszubilden, die über ein spezifisches Wissen zum Thema Suizidalität und Suizidprävention verfügen. Hilfreich kann ebenfalls das Erstellen und Bereitstellen von Handlungsanweisungen oder Orientierungshilfen sein, die im Notfall einen ersten Überblick verschaffen und Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

*Um Todeswünschen und Suizidgedanken frühzeitig und professionell begegnen zu können, fordert die BAGFW eine entsprechende verpflichtende Anpassung der*

*Curricula in Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie von Studiengängen vor allem im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich um die Themenbereiche Suizid und Suizidprävention. Mitarbeitenden muss dabei ermöglicht werden, an entsprechenden Schulungen und Supervisionen teilzunehmen. Die Einrichtungen müssen für die Durchführung dieser zusätzlichen Maßnahmen finanziell unterstützt werden.*

## **6. Ausbau und Vertiefung der Forschung zur Suizidprävention sowie einer empirischen Erfassung der Daten zu (assistierten) Suiziden**

Die Ursachen für Suizide sowie Suizidgedanken und Todeswünsche sind komplex. Um besser zu verstehen, wie diese entstehen, welche Ursachen ihre Entstehung begünstigen und wie ihnen begegnet werden kann, bedarf es gut ausgebauter und langfristig finanzierter Forschung zum Thema. In diesem Zusammenhang ist die Einrichtung spezieller Lehrstühle an psychologischen und/ oder medizinischen Fakultäten zu überlegen. Um einen effizienten Wissenstransfer in die Praxis zu ermöglichen, erscheint es sinnvoll, bestehende Unterstützungsangebote und Forschung zu vernetzen, um positive Effekte und Ergebnisse möglichst zeitnah umzusetzen. Darüber hinaus braucht es eine differenzierte und umfangreiche Statistik zu (assistierten) Suiziden in Deutschland. Dies ist einerseits notwendig, um Präventionsangebote passgenau weiterzuentwickeln, andererseits, um auf (Fehl-)Entwicklungen beim assistierten Suizid reagieren zu können.

*Die BAGFW fordert einen Ausbau der Forschung zu den Themen Suizid und Suizidprävention. Außerdem bedarf es regelmäßiger und fundierter empirischer Daten zu Suiziden und assistierten Suiziden in Deutschland.*

## **7. Restriktion von Suizidmitteln und Suizidmöglichkeiten**

Eines der erwiesenermaßen effizientesten Mittel, um die Suizidrate zu senken, ist es, die Zugänglichkeit zu Suizidmitteln und Suizidmöglichkeiten zu verringern. So sind bauliche Präventionsmaßnahmen bei z. B. Brücken sowie Bahnstrassen und -übergängen, aber auch im stationären Versorgungskontext eine der besten Maßnahmen der Suizidprävention. Dies ließe sich gesetzlich und in entsprechenden Bauvorschriften regeln und umsetzen. Auch ein restriktiver Zugang zu Schusswaffen oder die Ergänzung von z. B. Brechmitteln bei bestimmten Medikamenten und Haushaltsgiften senkt nachweislich die Suizidrate.

*Die BAGFW fordert die bestmögliche Methodenrestriktion. Dies betrifft dabei sowohl bauliche Maßnahmen als auch die Restriktion von Schusswaffen und das Unbrauchbarmachen von Medikamenten, die zu Suizidzwecken missbräuchlich verwendet werden können.*

## **Suizidprävention durch die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung**

### **8. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu hospizlich-palliativer Beratung, Begleitung und Versorgung**

Der Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie weitere Investitionen in die öffentliche Bewusstseinsbildung zu Sterben, Tod und Trauer sind wichtige Bausteine umfassender Suizidprävention. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit muss die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung besser bekannt und breiteren Gesellschaftsschichten zugänglich machen. So tragen beispielsweise Aufklärungskampagnen dazu bei, das Thema Sterben aus der Tabuzone in die Mitte der Gesellschaft zu führen und helfen Menschen dabei, die Angst vor der letzten Lebensphase zu nehmen.

*Von Bund, Ländern und Kommunen ist eine gezielte, auf Kontinuität ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Sterben, Tod und Trauer und den Möglichkeiten hospizlich-palliativer Beratung, Begleitung und Versorgung in Räumen und Einrichtungen des öffentlichen Lebens, wie z. B. in Bahnen, Bahnstationen, Rathäusern, Supermärkten, Sporthallen, Arztpraxen, Krankenhäusern oder Bibliotheken und auf Webseiten der Gemeinden etc. zu etablieren.*

### **9. Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz**

In einer älter werdenden Gesellschaft, in der Menschen länger mit schwerwiegenden chronischen Krankheiten leben, gewinnt palliative Entscheidungskompetenz für selbstbestimmte Entscheidungen an immer größer werdender Bedeutung. Medizinische Behandlungen ermöglichen es, auf die Prozesse des Alterns und Krankseins Einfluss zu nehmen und tragen zu einem längeren Leben bei. Diese an sich positive Entwicklung stellt den einzelnen Menschen und die Gesellschaft aber auch vor eine Reihe neuer Herausforderungen. Der einzelne Mensch muss sich heute länger und tiefgreifender als früher mit den Folgen des Altwerdens und Krankseins auseinandersetzen.

Wer sich frühzeitig damit auseinandersetzen möchte, braucht Unterstützung dabei, sich mit persönlichen Vorstellungen zur Versorgung am Lebensende zu beschäftigen und eigene Wünsche z. B. in einer Patientenverfügung, einer Vorsorge- und Betreuungsvollmacht und/ oder weiteren Niederschriften festzulegen. Eine frühzeitige und wiederholte Reflexion und Diskussion eigener Werte und Präferenzen bildet die Grundlage für alle weiteren, stärker auf die letzte Lebensphase ausgerichteten Entscheidungen im Sinne einer umfassenden palliativen Entscheidungskompetenz. Hierdurch können den vielfältigen Fragen und Unsicherheiten das Lebensende betreffend rechtzeitig begegnet und der Horizont des eigenen Entscheidens erweitert werden.

Das Wissen um die Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Rahmen der hospizlich-palliativen Versorgung kann Menschen helfen, Wege im Umgang mit suizidalen Gedanken, eigenen Todeswünschen oder Alternativen zu einem Suizid bei

lebensbedrohlicher Krankheit zu kennen und zu nutzen. Zur Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz sind die Möglichkeiten einer Beratung zu Fragen der Versorgung am Lebensende allen Menschen, zu jeder Zeit und in allen Lebensphasen, zur Verfügung zu stellen sowie dabei Barrierefreiheit zu gewährleisten. Dieser Rechtsanspruch eines jeden Einzelnen ist ergänzend zu dem Angebot von Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe gemäß § 132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase) aufzunehmen. Die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung ist sicherzustellen und durch die Krankenkassen zu finanzieren.

*Aus Sicht der BAGFW ist im Rahmen von Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, Prävention und Gesundheitsförderung ein neuer § 20l im SGB V zu verankern, der Versicherten einen Anspruch auf eine Beratung zu Fragen zur Versorgung am Lebensende sichert. Die Beratung dient der Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz des Beratungssuchenden und bietet auch die Möglichkeit, eigene Wünsche in einer Patientenverfügung, einer Vorsorge- und Betreuungsvollmacht und/ oder weiteren Niederschriften festzulegen. Bei der Durchführung sind die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten. Erforderlich erachtet die BAGFW zudem Richtlinien für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Berater:innen, die gemeinsam durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und Palliativversorgung vereinbart werden, sowie Festlegungen über die Anerkennung von Angeboten durch Rechtsverordnungen (über Ermächtigung der Landesregierungen).*

## **10. Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen stärken**

Die palliative Begleitung und Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase erfordern einen hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand. Dieser Mehraufwand umfasst sowohl die pflegerische und medizinische Versorgung als auch die psychosoziale Begleitung von sterbenden Menschen wie auch ihrer An- und Zugehörigen. Nach Ansicht der BAGFW ist für die Palliativphase eine Verbesserung des Personalschlüssels in vollstationären Pflegeeinrichtungen erforderlich und die Verantwortung für eine Verbesserung der Versorgung in den stationären Einrichtungen auf mehrere Schultern zu verteilen.

Leider wurde der Zeitaufwand der Palliativversorgung im Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM) nicht berücksichtigt. Deshalb ist eine Zwischenlösung erforderlich, bis zu einem späteren Zeitpunkt ggf. die Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in die Personalbemessung nach § 113c SGB XI integriert und gleichzeitig auch die Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen, wie es der Koalitionsvertrag vorsieht, vollständig durch das SGB V finanziert wird.

Kurzfristig sollten pro Pflegeeinrichtung zusätzliche, ausschließlich aus dem SGB V finanzierte Stellenanteile für in Palliative Care qualifizierte Pflegefachpersonen gesetzlich ermöglicht werden. Erstrebenswert ist je nach Anzahl der Bewohner:innen ein Verhältnis von einer Palliative Care-Fachkraft zu 50 Bewohner:innen. Wichtig ist

dabei, dass die Verbesserung der palliativen Begleitung und Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht zu einer Steigerung des Eigenanteils der Pflegeheimbewohner:innen führt.

*Nach Auffassung der BAGFW muss die Verbesserung des Personalschlüssels in stationären Pflegeeinrichtungen genauso wie die Palliativversorgung in stationären Hospizen durch die Krankenversicherung finanziert werden. Hierfür schlagen wir einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachkraftstellen in der Palliativversorgung in der vollstationären Pflege durch eine zu § 8 Abs. 6 SGB XI analoge Regelung vor. Analog zu § 8 Abs. 6 SGB XI bedeutet, dass diese zusätzlichen Stellen im Verhältnis von 1:50 Bewohner:innen in der Palliativversorgung mit den Pflegekassen vereinbart werden, die Ausgaben der Pflegekassen aber über die Krankenkassen gegenfinanziert werden. Dadurch würden auch die Eigenanteile der Bewohner:innen nicht erhöht werden. Des Weiteren sind auch die Kosten der Qualifizierung der Mitarbeiter:innen in diese Regelung mitaufzunehmen.*

## **11. Einführung eines Rechtsanspruchs auf palliatives Case Management mit Lotsenfunktion zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung**

Viele schwerkranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, aber auch im alltäglichen Leben mit einer schwerwiegend chronischen oder unheilbaren Krankheit, fühlen sich Betroffene und ihre An- und Zugehörigen häufig mit der Organisation der Versorgung überfordert. Der Sozialdienst des Krankenhauses leistet nur ein Überleitungsmanagement im Rahmen der Entlassung, der/ die Hausärzt:in kann aus Kapazitätsgründen die notwendige Koordination in der Regel oft nicht erbringen. Das gilt auch, wenn er/ sie an der besonders qualifizierten und koordinierten Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V mitwirkt. Diese Versorgungsform ist zudem eine Kann-Leistung und nicht flächendeckend verfügbar. Viele Personen sind daher auf sich allein gestellt und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Versorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung sowie Heil- und Hilfsmittel zeitnah bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können. Diese Situation verschärft sich noch einmal, wenn es vor Ort keine An- und Zugehörigen gibt, die sie dabei unterstützen könnten. Lediglich im Rahmen der Aktivitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) steht eine solche Unterstützung und Koordinierung zur Verfügung. SAPV ist aber nur wenigen Betroffenen mit sehr speziellen Krankheitsbildern vorbehalten.

Um allen schwerkranken und sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen bei der Organisation der notwendigen Hilfen zur Seite stehen zu können und eine fallspezifische Versorgung zu gewährleisten, bedarf es der Einführung eines palliativen Case Managements. Menschen, die an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden oder aufgrund einer Krankheit ihrem Lebensende entgegengehen, sollte ein Gespräch mit einer:m palliativen Case Manager:in angeboten werden. Diese:r Case Manager:in informiert und berät über die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung und hilft beim Navigieren der Einzelleistungsbereiche in unserem zergliederten Versorgungssystem. In ihrer/ seiner

Lotsenfunktion hilft die/ der Case Manager:in bei der Beantragung und Koordination notwendiger gesundheitlicher, pflegerischer, psychologischer, sozialer, spiritueller und sonstiger Unterstützungsangebote.

Die Leistung soll von dem/ der behandelnden Ärzt:in verordnet werden und kann von verschiedenen, entsprechend qualifizierten Berufsgruppen (Pflegefachkräften, Sozialpädagog:innen, Sozialarbeiter:innen etc.) durchgeführt werden. Das palliative Case Management kann bei verschiedenen Leistungserbringern in der Regel- und Spezialversorgung verankert sein. Es soll flächendeckend verfügbar und möglichst niedrigschwellig und zugehend angelegt sein.

*Aus Sicht der BAGFW ist der Anspruch von Versicherten auf ein sektorenübergreifendes Case-Management zur Sicherung einer individuellen, bedarfsgerechten Versorgung als Leistung im SGB V gesetzlich zu verankern. Wir schlagen vor, dazu einen neuen § 39f SGB V oder § 37d SGB V zu statuieren. Für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Case Manager:innen sind Richtlinien bis zum xx.xx.xxxx durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und Palliativversorgung zu vereinbaren.*

## **12. Abbau von Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationsgeschichte zur Hospiz- und Palliativversorgung**

Etwa 25 % der in Deutschland lebenden Menschen haben eine Migrationsgeschichte. Trotz dieses hohen Anteils zeigt sich, dass sie in der hospizlichen und palliativen Versorgung unterrepräsentiert sind bzw. höhere Hürden des Zugangs haben. Hohe Relevanz hat von daher, die Zugänglichkeit von Menschen mit Migrationsgeschichte zur hospizlichen und palliativen Versorgung zu ermöglichen.

Menschen in der letzten Lebensphase fällt es häufig leichter, Gedanken, Ängste und Unsicherheiten in der jeweiligen Muttersprache auszudrücken. Sprachliche Barrieren wurden bereits hinlänglich als grundlegende Hürde des Zugangs zu bestehenden hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen und -angeboten identifiziert. Dies erfordert daher in erster Linie ein niedrigschwelliges und finanziell abgesichertes Sprachmittlungsangebot. Gesellschaftliche und gesundheitliche Teilhabechancen insbesondere von Menschen mit Migrationsgeschichte werden durch Sprachbarrieren häufig auch dahingehend beeinflusst, dass Informationen über das deutsche Gesundheitssystem nicht übermittelt werden, was zu einer eingeschränkten Inanspruchnahme von ihnen zustehenden Gesundheitsleistungen führen kann. Bereits bestehende (Modell-)Projekte<sup>2</sup>, welche Menschen mit eigener Migrationsgeschichte zu Gatekeeper:innen weiterbilden, um niedrigschwellig in ihren Communities über die hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen zu informieren, bilden daher eine wichtige Grundlage, um die Zugänglichkeit zur Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte zu verbessern. Entsprechende Projekte sollten daher flächendeckend implementiert sowie auf Dauer finanziell abgesichert werden.

---

<sup>2</sup> vgl. bspw. Brückenbauer\*innen Palliative Care

*Aus Sicht der BAGFW ist es erforderlich, die Zugänglichkeit zur Hospiz- und Palliativversorgung insbesondere für Menschen mit Migrationsgeschichte zu verbessern. Hierfür braucht es einerseits einen sozialrechtlich verankerten Anspruch auf Sprachmittlungsleistungen. Andererseits sind Gatekeeper-Strukturen gesetzlich zu verankern und eine Finanzierung beispielsweise im § 39a SGB V über die Einführung eines entsprechenden zusätzlichen Absatzes im Bereich der ambulanten und/ oder stationären Hospizleistungen zu ermöglichen.*

### **13. Einführung des rechtlichen Anspruchs auf dreimonatige Freistellung für die Begleitung in der letzten Lebensphase im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz für An- und Zugehörige**

Zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurden 2015 die Pflegezeit und Familienpflegezeit als flankierende Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige geschaffen. Sie ermöglichen Freistellungen und finanzielle Hilfen. Gerade eine Auszeit für die Sterbebegleitung von Angehörigen ist ein wichtiges Element der Regelungen, das aber häufig nicht bekannt ist und daher selten genutzt wird. Um Hürden der Inanspruchnahme abzubauen, sollten die Regelungen zur Pflegezeit und Familienpflegezeit in einem Gesetz zusammengeführt, die Leistungen im Allgemeinen und im Speziellen für die Begleitung in der letzten Lebensphase ausgebaut sowie öffentlichkeitswirksam publiziert werden.

*Hinsichtlich der Unterstützungsleistungen für die Begleitung in der letzten Lebensphase ist aus Sicht der BAGFW ergänzend zu der möglichen sechsmonatigen Freistellung eine zusätzliche maximal dreimonatige teilweise oder vollständige Freistellung für die Begleitung in der letzten Lebensphase zu gewähren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, diese Zeit über ein steuerfinanziertes Familienpflegegeld finanziell zu unterstützen. Die Empfehlungen des Beirates für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vom 01.07.2022 werden hierzu vollumfänglich unterstützt.*

### **14. Psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) integrieren**

Schwerkranke und sterbende Menschen leiden nicht nur körperlich. Sie und ihre An- und Zugehörigen sind auch gefordert, sich mit den psychischen, sozialen, seelischen und finanziellen Auswirkungen ihrer Krankheit auseinanderzusetzen und diese zu bewältigen. All diesen Dimensionen muss – im Sinne des „total pain“ Konzepts von Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung – mit einer umfassenden und der menschlichen Komplexität gerecht werdenden Schmerzbehandlung auch in der SAPV entsprochen werden. Dazu ist neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen die Verankerung der psychosozialen Leistungen im Rahmen des § 132d SGB V notwendig. Psychosoziale Leistungen, die bereits auf Palliativstationen und in stationären Hospizen regulärer Teil der palliativen Behandlung sind, müssen auch im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regelhaft erbracht und psychosoziale Fachkräfte fest in das Behandlungsteam integriert werden.

*Aus Sicht der BAGFW ist eine Ergänzung der psychosozialen Leistungen in § 37b Absatz 1 Satz 3 erforderlich. Hierzu schlagen wir folgende Formulierung vor:*

*“Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, ~~und~~ pflegerische und psychosoziale Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; (...).”*

Berlin, 10.11.2022

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm  
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Jutta Ataie, Diakonie Deutschland, Evangelisches Werk für Entwicklung e.V.  
Hospiz und Palliative Care, Zentrum für Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
[jutta.ataie@diakonie.de](mailto:jutta.ataie@diakonie.de)

Steffen Beringhoff, Deutscher Caritas Verband e.V.  
Hospiz- und Palliativversorgung, Referat Teilhabe und Gesundheit  
[steffen.beringhoff@caritas.de](mailto:steffen.beringhoff@caritas.de)

Andreas Elvers, Deutsches Rotes Kreuz e.V.  
Sorgearbeit der Zukunft und Demografischer Wandel  
[A.Elvers@drk.de](mailto:A.Elvers@drk.de)

Rosalie Kartein, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.  
Hospiz, Palliativ Care und Ethik  
[Rosalie.Kartein@awo.org](mailto:Rosalie.Kartein@awo.org)

Luca Torzilli, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.  
Gesundheit, Prävention, Rehabilitation und Bevölkerungsschutz  
[gesundheit@paritaet.org](mailto:gesundheit@paritaet.org)

Patrick Wollbold, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.  
Alter & Pflege  
[p.wollbold@jg-ffm.de](mailto:p.wollbold@jg-ffm.de)