

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Suizidpräventionsgesetzes (SuizidPrävG-E)

Eine gesetzliche Regelung suizidpräventiver Maßnahmen ist ein wesentlicher Schritt zur Förderung und Weiterentwicklung der Suizidprävention in Deutschland. Wir begrüßen daher den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Suizidprävention.

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auf ein breites Engagement angewiesen ist. Mit dem im Jahr 2023 nahezu einstimmig verabschiedeten Entschließungsantrag "Suizidprävention stärken" (Drs. 20/7630) hat der Bundestag ein starkes Signal gesetzt. Wir erwarten daher, dass die weitere Entwicklung und die Verabschiedung des Gesetzes in Abstimmung mit den Fraktionen im Bundestag sowie mit den vielfältigen Akteurinnen und Akteuren und Expertinnen und Experten der Suizidprävention erfolgt. Ein breiter Konsens und eine hohe Akzeptanz sind von entscheidender Bedeutung, um die Suizidprävention in Deutschland nachhaltig und effektiv zu stärken.

Die hohe Zahl von Suiziden und Suizidversuchen zeigt deutlich, dass viele Menschen mit Suizidgedanken von den bestehenden Angeboten des Gesundheitssystems nicht erreicht werden. Für viele Betroffene sind niedrigschwellige Hilfen wie Beratungsstellen, Ambulanzen sowie Telefon- und Online-Angebote oft der erste Zugang zu Unterstützung. Diese Angebote sind ein unverzichtbarer Bestandteil wirksamer Suizidpräventionsstrategien.

- Die anhaltend hohe Nachfrage nach diesen Angeboten bei gleichzeitig prekärer Finanzierung unterstreicht die Dringlichkeit einer verlässlichen finanziellen Absicherung. Hier ist auch der Bund in der Verantwortung: Die Sicherstellung der Finanzierung darf nicht allein den Bundesländern und den gesetzlichen Krankenkassen überlassen werden, zumal diese selbst häufig mit schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen zu kämpfen haben. Ein finanzielles Engagement des Bundes, etwa in Form eines Förderprogramms, ist unerlässlich, um bestehende Strukturen langfristig zu stabilisieren und auszubauen. Dies sollte gesetzlich geregelt werden.
- Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass im Bundesministerium Gesundheit Zuständigkeiten für die Suizidprävention geschaffen werden, die dazu beitragen, diese wichtige Aufgabe in Deutschland zu fördern und zu unterstützen. Allerdings wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Konzeption der Zentralen Informations- und Koordinationsstelle sowie des dazugehörigen Beirats wird dieser Aufgabe aus unserer Sicht nicht gerecht. Statt neue Strukturen aufzu-

bauen, die bereits bestehendes neu schaffen sollen, bedarf es vielmehr einer engen Kooperation mit den bestehenden Akteurinnen und Akteuren und ihrer umfassenden Expertise. Nur so können zielgerichtete und wirksame Maßnahmen auf dem komplexen Feld der Suizidprävention entwickelt und umgesetzt werden.

- Die Aufnahme einer bundesweit einheitlichen Rufnummer in den Gesetzentwurf ist ein wichtiger Schritt. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, diese Rufnummer nicht mit einer allgemeinen Krisennotrufnummer vermischt wird. Aus Sicht der Suizidprävention wäre ein gesetzlich verankertes Konzept eines "Hilfetelefon Suizidprävention" nach dem Vorbild des "Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen" deutlich zielführender.
- Eine Unterscheidung zwischen suizidalen Personen und "Sterbewilligen" ist wissenschaftlich nicht haltbar. Auch Menschen, die eine Suizidassistenz anfragen, sind suizidal. Eine wertende und interpretierende Terminologie sollte im Gesetz vermieden werden.

Im Folgenden finden Sie ausführliche Anmerkungen zu einzelnen Abschnitten des Gesetzentwurfs. Hierzu und auch darüber hinaus stehen wir Ihnen gerne für weitere Gespräche zur Verfügung.

Barbara Schneider

Reinhard Lindner

Georg Fiedler

Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms

Geschäftsführung Deutsche Akademie für
Suizidprävention

Stellungnahmen zu ausgewählten Teilen des Referentenentwurfs

Zentrale Informations- und Koordinationsstelle zur Suizidprävention

Die Einrichtung einer zentralen Informations- und Koordinationsstelle wird von zahlreichen Expertinnen und Experten im Bereich der Suizidprävention ausdrücklich befürwortet. Ursprünglich war vorgesehen, dass diese Stelle Hilfesuchende gezielt an passende Unterstützungsangebote vermittelt. Insbesondere die Einrichtung und der Betrieb einer bundesweiten Rufnummer zur Suizidprävention wurde als eine ihrer zentralen Aufgaben angesehen.

Im Gegensatz zu diesen Konzepten sieht der vorliegende Referentenentwurf jedoch lediglich eine Prüfung der Möglichkeit einer bundeseinheitlichen Rufnummer in Abstimmung mit den Bundesländern vor. Stattdessen wird der Informations- und Koordinationsstelle ein umfangreicher Aufgabenkatalog übertragen, der zu einem großen Teil bereits von bestehenden Akteuren in Deutschland übernommen wird. Dies weckt die Befürchtung, dass die umfassende Expertise und die gewachsenen Strukturen der Suizidprävention in Deutschland nicht ausreichend in die Arbeit der neuen Stelle integriert werden, sondern vorhandene Ansätze durch neue, parallel entwickelte Konzepte ersetzt werden.

Zudem scheint die geplante Konstruktion des Beirats nicht geeignet, die Vielfalt der Akteure und Ansätze im Bereich der Suizidprävention adäquat zu repräsentieren. Es drängt sich der Eindruck auf, dass der Referentenentwurf stärker auf eine Regulierung der Suizidprävention abzielt als auf die Förderung von Kooperation und die Unterstützung der bereits engagierten Akteure.

Bundesweite Rufnummer

Langjährig in der Suizidprävention engagierte Expertinnen und Experten, sowohl aus der Forschung als auch aus der Praxis, ebenso wie Verbände und der Gesetzgeber, haben wiederholt auf die Dringlichkeit einer bundesweit einheitlichen, kostenlosen Rufnummer zur Suizidprävention hingewiesen. Diese sollte sich an Betroffene, Angehörige, Hinterbliebene, Nahestehende sowie an Fachpersonen richten, die beruflich mit Suizidgefährdeten in Kontakt stehen. Die Rufnummer muss ein umfassendes Verzeichnis aller Hilfsangebote in Deutschland bereitstellen und sollte neutral, politisch unabhängig sowie frei von religiösen Bindungen sein. Ihre Einrichtung und Betreuung sollte durch eine öffentliche Stelle erfolgen, um maximale Verlässlichkeit und Transparenz zu gewährleisten.

Die Exploration und der Einbezug der persönlichen Situation und Möglichkeiten der Hilfesuchenden eröffnen individuell Handlungsmöglichkeiten, die eine große Chance haben, auch angenommen zu werden. Die Beratenden benötigen Informationen über regionale Hilfsangebote, für die eine Datenbank erstellt werden soll. Die Werbung für die bundeseinheitliche Rufnummer soll darüber hinaus Angehörige suizidaler Menschen und Hinterbliebene nach Suizid ermutigen, sich selbst Hilfe und Unterstützung zu suchen und Information über Hilfsangebote zu erhalten. Über diese Rufnummer sollen auch professionelle und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer im Umgang mit suizidalen Personen unterstützt und beraten werden. Die Informations- und Koordinationsstelle Suizidprävention mit einer bundeseinheitlichen Rufnummer ist dabei keine Konkurrenz zu bestehenden Beratungsangeboten vor Ort, per Telefon, Chat oder E-Mail, sondern stärkt diese.

Ein vergleichbares öffentliches Beratungsangebot ist das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ (<https://www.hilfetelefon.de/>), das durch ein Bundesgesetz ins Leben gerufen wurde. Die Erfahrungen mit einer solchen telefonischen Beratung sind somit bereits vorhanden. Ein entsprechender Gesetzentwurf für ein Hilfetelefon Suizidprävention kann von uns bereitgestellt werden

Niedrigschwelligkeit

Suizidgefährdete Menschen sind eine vielfältige und heterogene Gruppe. Während ein Teil von ihnen gut durch das Gesundheitssystem erreicht und versorgt wird, gilt dies für einen großen Anteil nicht. Diese Menschen nehmen die Angebote des Gesundheitswesens entweder nicht wahr oder werden von ihm nicht erreicht. Gründe dafür sind oft Angst vor einem Autonomieverlust, die Stigmatisierung als psychisch Erkrankte, Furcht vor Zwangsmaßnahmen sowie Scham- und Schuldgefühle. Wissenschaftliche Studien, wie psychologische Autopsieuntersuchungen, zeigen, dass gerade diese schwer erreichbare Gruppe einen erheblichen Anteil an Suiziden und Suizidversuchen ausmacht. Diese Gruppe ist häufig durch eine starke Ambivalenz gegenüber dem Suizid selbst und gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe gekennzeichnet. Dies gilt insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene.

Niedrigschwellige Angebote richten sich besonders an diesen Personenkreis. Sie berücksichtigen besonders die psychischen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfen. Chat- und E-Mailangebote erreichen gerade junge Menschen besonders gut, während andere Gruppen z. B. eher telefonische Angebote, Beratungsstellen, ambulante Hilfen oder Angebote der Sozialpsychiatrie bevorzugen.

Der Begriff „niedrigschwellig“ bezieht sich dabei auf geringe formale Hürden, wie kurze Wartezeiten und eine einfache Zugänglichkeit. Dazu gehört auch die Möglichkeit, anonym Unterstützung zu erhalten, ohne persönliche Daten preisgeben zu müssen. Niedrigschwellige Suizidprävention bezieht zudem psychische, soziale, kulturelle und körperliche Barrieren mit ein, wie etwa Immobilität, Ängste, paranoide Befürchtungen oder negativ erlebte Erfahrungen mit Fachkräften des Gesundheitswesens.

Im ambulanten medizinischen Bereich bedeutet Niedrigschwelligkeit konkret: kurze Wartezeiten und eine kontinuierliche Betreuung durch dieselben Ansprechpartner. Um solche Angebote zu stärken und ihre Reichweite zu erhöhen, sollte es ermöglicht werden, **Beratungen für suizidgefährdete Menschen auch ohne vorherige Diagnose abzurechnen**. So könnte ein zentraler Zugang zu Unterstützung geschaffen und diese vulnerable Gruppe besser erreicht werden.

Geheimnisträger

Der Gesetzentwurf zählt verschiedene Berufsgruppen auf, die bei Kenntnis einer Suizidgefährdung die betroffene Person darauf hinweisen sollen, dass es Hilfsangebote des Bundes, der Länder oder anderer Akteure gibt. Dabei wird jedoch übersehen, dass diese Aufgabe weit mehr Berufsgruppen als die oben genannten betrifft, wie etwa Mitarbeitende in der Altenpflege, der Sozialpsychiatrie, in den Apotheken, im Justizvollzug u. v. m. Zudem bedeutet Suizidprävention nicht nur die Aufgabe, auf Hilfsangebote hinzuweisen, sondern Suizidprävention umfasst auch die Aufgabe, dass diese Berufsgruppen selbst aktiv tätig werden sollen. Das konkrete Handeln im beruflichen Kontakt mit suizidgefährdeten Personen hängt jedoch stark von den beruflichen Aufgaben, der Qualifikation und dem jeweiligen Arbeitsumfeld ab.

In vielen Bereichen wie Gesundheitswesen, Schulen, Justizvollzug, Beratungsstellen oder Pflegeeinrichtungen sind kooperative Teamarbeit und klar definierte Zuständigkeiten entscheidend.

Die gegenseitige Information über Suizidgefährdung ist hier Bestandteil professionellen Handelns. In diesen Bereichen gibt es meist verbindliche und konkrete Handlungsanweisungen, wie mit Suizidgefährdung umzugehen ist. So sollte beispielsweise der Arzt und die Ärztin in der Notaufnahme ein psychiatrisches Konsil anfordern, Psychiaterinnen und Psychiater eine entsprechende Behandlung einleiten und im psychotherapeutischen Gespräch das Thema Suizidalität offen und nicht wertend angesprochen werden. Lehrerinnen und Lehrer könnten zusätzlich den schulpsychologischen Dienst einbeziehen. Bundeseinheitliche Handlungsanweisungen für alle Berufs- und Arbeitsfelder sind daher nicht zielführend. Wir schlagen vor, den Abschnitt im Gesetzentwurf zu streichen.

Stattdessen wären spezifische Maßnahmen hilfreich: Hausärztinnen und Hausärzte sollten ausreichend Zeit für solche Gespräche erhalten, die angemessen vergütet werden. Ein Anspruch auf bezahlte Supervision im Umgang mit suizidalen Personen wäre sinnvoll, ebenso wie die Erstellung kontextspezifischer Handlungspläne, sofern es diese noch nicht gibt. Regelmäßige Nachbearbeitungen von Suiziden im beruflichen Kontext, z. B. durch sogenannte Suizidkonferenzen, sowie Maßnahmen zur Nachsorge für betroffene Helfende sollten ebenfalls etabliert werden, um eine nachhaltige und effektive Unterstützung zu gewährleisten.

Verwendete Terminologie

Der Gesetzentwurf benutzt eine Terminologie, die aufgrund ihrer Tendenziösität und ihrer Unschärfe vermieden werden sollte. Hierzu zählen:

- **Die Bezeichnung von Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen** ist missverständlich, da Suizidalität oft auch im Kontext schwerer psychischer Erkrankungen auftritt, die durch den Begriff „Lebenskrisen“ nicht adäquat erfasst werden.
- **Die Begriffe „suizidwillig“ und „sterbewillig“**, die im Zusammenhang mit der Debatte über den assistierten Suizid eingeführt wurden, sind interpretierend und basieren nicht auf wissenschaftlicher Evidenz. Neutral beschreibende Formulierungen wie „Personen mit suizidalen Gedanken“ oder „Personen, die einen assistierten Suizid anfragen“, sind vorzuziehen. Es sei darauf hingewiesen, dass der Begriff „willig“ im deutschen Sprachgebrauch oft eine Beziehungsstruktur impliziert, in der eine Person dem Willen einer anderen folgt. Im suizidalen Kontext betrifft dies insbesondere Menschen, die von anderen zum Suizid verleitet werden könnten und nach Maßgabe des Bundesverfassungsgerichts unter besonderem Schutz des Staates stehen sollten.
- **Die definitorische Trennung in „suizidale“ und „sterbewillige“ Menschen** spaltet suizidale Personen in zwei Gruppen auf, die empirisch so nicht nachweisbar sind. Problematisch ist dabei insbesondere, dass die eine Gruppe tendenziell als psychisch erkrankt etikettiert wird, während die andere als selbstbestimmt angesehen wird, um ihr den Weg in den Tod zu ermöglichen.
- **Der Begriff „Suizidwunsch“ ist kritisch zu betrachten.** Wenn eine Person um Unterstützung beim Suizid bittet, handelt es sich zunächst nicht um einen Wunsch, sondern um eine Bitte um Hilfe. Die Verwendung von „Suizidwunsch“ impliziert, dass dessen Legitimität anhand der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts geprüft werden könnte, ignoriert jedoch die Realität vieler suizidaler Menschen. Diese erleben ihre Suizidalität oft als bedrängend und befinden sich in einem Zustand hoher Ambivalenz.

Zu weiteren Themen können wir aus leider Zeitgründen nicht Stellung nehmen, was wir sehr bedauern. **Dies betrifft insbesondere die sehr wichtigen Bereiche Forschung, Fort- und**

Weiterbildung, Methodenrestriktion/bauliche Suizidprävention, Modellvorhaben, Netzwerke, die Einrichtung eines Fachbeirats und die Thematik des assistierten Suizids. Zu diesen Themen nehmen wir sehr gerne auf Nachfrage ausführlich Stellung. Darüber hinaus möchten wir auf den Bericht "Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven" (<https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>) hinweisen und auf unsere Beiträge in der telefonischen Anhörung des BMG am 5. Dezember 2024.