Stellungnahme
der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (SuizidPrävG-E)

(vom 25.06.2026)

Berlin, 28.07.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 3
2. Vorbemerkung ... 5
3. Stellungnahme im Einzelnen ... 5
Zu Artikel 1 - Suizidpräventionsgesetz ... 5
§ 1 SuizidPrävG-E (Ziel des Gesetzes) ... 5
§ 2 SuizidPrävG-E (Begriffsbestimmungen) ... 5
§ 3 SuizidPrävG-E (Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention) ... 6
§ 4 Nr. 1 SuizidPrävG-E (Aufgaben der Bundesfachstelle) ... 6
§ 4 Satz 1 Nr. 2 SuizidPrävG-E ... 7
§ 4 Satz 1 Nr. 3 bis Nr. 8 SuizidPrävG-E ... 8
§ 4 Satz 1 Nr. 9 und Nr. 10 SuizidPrävG-E ... 9
§§ 5 und 6 SuizidPrävG-E (Fachbeirat bei der Bundesfachstelle) ... 10
§ 9 SuizidPrävG-E (Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder) ... 11
§ 10 SuizidPrävG-E (Evaluierung) ... 12
Zu Artikel 2 – SGB V ... 13
§ 64f SGB V-E ... 13

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der Deutsche Bundestag hat im Sommer 2023 mit überwältigender Mehrheit für einen interfraktionellen Antrag gestimmt, der eine nachhaltige und umfassende Stärkung der Suizidprävention in Deutschland fordert. Daraufhin hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2024 zunächst eine Nationale Suizidpräventionsstrategie und Ende des Jahres 2024 einen ersten Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz vorgelegt, an dem die Bundesärztekammer relevanten Nachbesserungsbedarf gesehen hatte (Stellungnahme vom 05.12.2024). Aufgrund der vorzeitig beendeten Legislaturperiode konnte das Gesetzgebungsverfahren nicht abgeschlossen werden; der Gesetzentwurf fiel daher der parlamentarischen Diskontinuität anheim. Der nun vorliegende Referentenentwurf knüpft hieran an und sieht vor, zentrale Maßnahmen der Suizidprävention gesetzlich zu verankern und die strukturellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Präventionsstrategie zu schaffen.

Ein wesentlicher Schwerpunkt des geplanten Gesetzes ist die Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des BMG. Sie soll zentrale Aufgaben der Suizidprävention auf Bundesebene bündeln. Dazu zählen die Entwicklung eines Konzepts für eine bundesweit einheitliche Krisendienst-Rufnummer gemeinsam mit den Ländern, die Erarbeitung von Maßnahmen zur Einschränkung des Zugangs zu Suizidmethoden und -mitteln sowie die Konzeption und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.

Zudem soll die Bundesfachstelle qualitätsgesicherte Informationen zu Suizidalität und bestehenden Hilfsangeboten bereitstellen, die Länder beraten sowie Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung von Berufsgruppen mit regelmäßigem Kontakt zu suizidgefährdeten Menschen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Darüber hinaus soll sie die Forschung zur Suizidprävention stärken. Zur fachlichen Begleitung ist die Einrichtung eines Fachbeirats vorgesehen.

Insgesamt soll durch diese gesetzliche Grundlage eine nachhaltige Struktur geschaffen werden, um suizidale Handlungen über alle Altersgruppen hinweg effektiver zu verringern.

Die Ziele des Referentenentwurfes werden von der Bundesärztekammer ausdrücklich unterstützt. Besonders hervorzuheben ist, dass Suizidalität als gesamtgesellschaftliche Herausforderung anerkannt und erstmals ein eigenständiger bundesgesetzlicher Rahmen für wesentliche Aufgaben der Suizidprävention geschaffen werden soll.

Der Referentenentwurf wird diesem selbst gesetzten Anspruch aus Sicht der Bundesärztekammer jedoch nicht ausreichend gerecht. Anstelle konkreter Suizidpräventionsmaßnahmen beschränken sich die gesetzlichen Vorgaben im Wesentlichen auf Absichtserklärungen und vorbereitende Schritte.

Es ist zu bedenken, dass im Deutschen Bundestag parallel ein Gesetz zur Suizidhilfe vorbereitet wird. Angesichts des Ankündigungs- und Vorbereitungscharakters vieler Maßnahmen im vorliegenden Referentenentwurf bleibt fraglich, ob die dringend erforderlichen Suizidpräventionsmaßnahmen rechtzeitig vor oder mindestens gleichzeitig mit dem geplanten Suizidhilfegesetz wirksam werden können. Dies ist jedoch aus Sicht der Bundesärztekammer unbedingt erforderlich, damit Menschen in existentiellen oder gesundheitlichen Krisen nicht aus einem Gefühl der Ausweglosigkeit den assistierten Suizid wählen. Hinzu kommt, dass die mit dem Gesetz vorgesehenen Mittel für die Suizidprävention aus Sicht der Bundesärztekammer deutlich hinter dem Erforderlichen zurückbleiben.

Die geplante Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention ist grundsätzlich sinnvoll, um zielgerichtete und evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen zu konzipieren und umzusetzen. Wenn die Fachstelle auch fachliche Standards entwickeln soll, sind dabei jedoch auch Interferenzen mit dem ärztlichen Berufsrecht zu bedenken und die Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung zu beachten und zu respektieren. Eine Beteiligung der Bundesärztekammer an der Bundesfachstelle, z. B. im Rahmen des Beirates, ist deshalb folgerichtig und sollte im Gesetzentwurf explizit vorgesehen werden.

Die vorgesehene Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer mit einem noch zu erarbeitenden Konzept nennt sehr allgemein „Personen in Krisensituationen“. Ein solches allgemeines Angebot für Menschen in Krisen ist in manchen Regionen in Deutschland bereits erfolgreich etabliert und sollte aus Sicht der Bundesärztekammer flächendeckend zur Verfügung gestellt werden. Für Menschen mit Suizidgedanken und ihre Zu- und Angehörigen bedarf es jedoch einer spezifischen Rufnummer. Dieses Angebot sollte sich auch an Hinterbliebene von Menschen richten, die an einem Suizid verstorben sind, und an professionell oder ehrenamtlich mit Suizidalität konfrontierte Personen.[1]

Die Aufnahme der Methodenrestriktion ist ausdrücklich zu begrüßen. Gerade weil sie zu den fachlich besonders gut begründeten Präventionsansätzen zählt, ist ein reiner Konzeptauftrag für die Bundesfachstelle jedoch nicht ausreichend. Es bedarf vielmehr klarer gesetzlicher Vorgaben, denn Konzepte allein sichern keine bekannten Hotspots und schaffen keine baulichen oder regulatorischen Zugangsbeschränkungen.

Der Referentenentwurf greift aus Sicht der Bundesärztekammer wesentliche weitere Themenfelder nur vage, unzureichend oder gar nicht auf. Dazu zählen die Etablierung von Präventionsangeboten zum Thema Mental Health oder risikogruppenspezifische Suizidpräventionsprogramme.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen finanziellen Mittel sind angesichts des Aufgabenumfangs unzureichend. Für die Bundesfachstelle sind einmalige Ausgaben von insgesamt 1,2 Millionen Euro in den Jahren 2027 bis 2029 sowie laufende jährliche Kosten von rund 1,4 Millionen Euro vorgesehen, obwohl die Fachstelle zentrale Funktionen wie die Sicherung bundesweiter Infrastrukturen, Datenbanken und Vernetzungsstrukturen übernehmen soll. Demgegenüber werden die zusätzlichen Aufwendungen von Ländern und Kommunen durch den Ausbau der Krisendienste lediglich als geringfügig eingestuft. Zwar sind Modellvorhaben der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen, eine dauerhafte Regelfinanzierung jedoch nicht.

Dies verweist auf ein grundlegendes Problem des Entwurfs: Der Aufbau eines flächendeckenden, rund um die Uhr erreichbaren und lokal handlungsfähigen Krisen- und Hilfesystems dürfte mit lediglich geringfügigem Mehraufwand kaum realisierbar sein. Die angestrebte Verbesserung der Prävention findet im vorgesehenen Finanzierungsrahmen keine ausreichende Entsprechung. Daher besteht ein erhebliches Risiko, dass die praktische Umsetzung dauerhaft unterfinanziert bleibt.

[1] Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. American Journal of Psychiatry, 159(6), 909–916. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909

2. Vorbemerkung

Die nachfolgenden Ausführungen der Bundesärztekammer konzentrieren sich auf jene Regelungen des Referentenentwurfs, die besondere Berührungspunkte mit der **ärztlichen Versorgung** aufweisen und zugleich wesentliche Bedeutung für die Suizidprävention aus Public-Health-Sicht entfalten.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1 - Suizidpräventionsgesetz

§ 1 SuizidPrävG-E (Ziel des Gesetzes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 1 SuizidPrävG-E formuliert als Ziel, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Menschen aller Altersgruppen zu stärken und zu verbessern. Betroffene Menschen sollen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig und umfassend unterstützt werden; Suizidalität soll vorgebeugt und Suizid sowie Suizidalität enttabuisiert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Zielsetzung ist grundsätzlich zutreffend, greift jedoch zu kurz. Sie betrachtet Suizidprävention überwiegend aus der Perspektive unmittelbar betroffener Personen. Wirksame Suizidprävention ist jedoch als Public-Health-Aufgabe zu verstehen und umfasst neben indizierten Maßnahmen auch universelle und selektive Prävention, strukturelle Ansätze, Methodenrestriktion, niedrigschwellige Unterstützungsangebote, Versorgungskontinuität, Postvention sowie Datengewinnung, Forschung und Qualitätsentwicklung. Zudem werden An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene nicht ausreichend als eigenständige Zielgruppen berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Zielformulierung unter § 1 SuizidPrävG-E sollte ergänzt werden: „Suizidprävention ist im Sinne des Gesetzes als eine dauerhafte gesamtgesellschaftliche und öffentliche Aufgabe zu verstehen. Ihr Auftrag umfasst neben niedrigschwelligen Zugängen zu Hilfsangeboten insbesondere die Sicherstellung der Versorgungskontinuität nach Suizidversuchen, Maßnahmen der Postvention, die Restriktion von Suizidmethoden sowie die angemessene Berücksichtigung von An- und Zugehörigen sowie Hinterbliebenen als eigenständige Zielgruppen."

§ 2 SuizidPrävG-E (Begriffsbestimmungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 2 Abs. 1 SuizidPrävG-E definiert Betroffene als Menschen mit suizidalen Gedanken, Suizidideen oder -absichten sowie Menschen, die einen Suizidversuch ankündigen, beabsichtigen oder vorgenommen haben. Angehörigenverbände werden gem. § 2 Abs. 3 Nr. 3 SuizidPrävG-E unter den weiteren Akteuren genannt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Hier bedarf es der Erweiterung des Adressatenkreises. An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene sind eigenständige Zielgruppen von Unterstützungsmaßnahmen, da sie ein eigenes erhöhtes Suizidrisiko aufweisen und somit zu den Risikogruppen gehören. Gerade trialogisch verstandene Suizidprävention muss Menschen mit eigener Erfahrung von Suizidalität, Angehörige, Hinterbliebene und professionelle Helferinnen und Helfer systematisch einbeziehen. Diese Gruppen sollten im Gesetz ausdrücklich als Zielgruppen suizidpräventiver Hilfen und Postvention benannt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In § 2 SuizidPrävG-E sollten „An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene nach Suizid“ aufgenommen werden. Diese Gruppen sollten im Gesetz ausdrücklich als Zielgruppen suizidpräventiver Hilfen und Postvention benannt werden.

§ 3 SuizidPrävG-E (Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit soll eine Bundesfachstelle für Suizidprävention eingerichtet werden. Die Errichtung soll dabei auf 15 Jahre begrenzt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit sowie die ihr zugewiesenen Aufgaben (§ 4 SuizidPrävG-E) bilden einen zentralen Schwerpunkt des Gesetzentwurfs. Grundsätzlich ist die Einrichtung einer solchen Stelle sachgerecht. Die Befristung auf 15 Jahre ist jedoch fachlich nicht überzeugend. Suizidprävention, Monitoring, Qualitätssicherung, Vernetzung und Wissenstransfer sind Daueraufgaben. Eine befristete Fachstelle widerspricht dem Ziel einer nachhaltigen Absicherung. Zudem muss die fachliche Unabhängigkeit gegenüber politischer Steuerung und Ressortinteressen gesichert werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Befristung sollte entfallen. Stattdessen ist die Bundesfachstelle dauerhaft zu etablieren, finanziell angemessen auszustatten und in ihrer fachlichen Arbeit organisatorisch und institutionell unabhängig auszugestalten. Wissenschaftliche, zivilgesellschaftliche, versorgungspraktische und Betroffenenperspektiven müssen strukturell Teil der Governance sein. Zur Sicherstellung von Transparenz und Wirksamkeit sollte sie regelmäßig einen öffentlich zugänglichen Sachstandsbericht (Umsetzungsgrad, Versorgungslücken und prioritäre Maßnahmen) zur Suizidprävention in Deutschland veröffentlichen sowie evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für Politik, Verwaltung und Versorgungspraxis vorlegen.

§ 4 Nr. 1 SuizidPrävG-E (Aufgaben der Bundesfachstelle)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesfachstelle soll ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer entwickeln. Diese soll insbesondere Personen in Krisensituationen und ihnen nahestehenden Personen dienen

und eine unmittelbare technische Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste ermöglichen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ein reiner Konzeptauftrag zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer greift zu kurz. Es wird stattdessen eine suizidspezifische Rufnummer als ein zentrales, niedrigschwelliges Unterstützungsangebot benötigt, welches nicht auf die Funktion einer Vermittlungsstelle reduziert wird.[2] Vielmehr muss eine eigenständige qualifizierte Beratung geleistet werden, um akute Suizidalität zu deeskalieren. Dabei ist Vertraulichkeit und auf Wunsch Anonymität zu gewährleisten, um Ängste vor Stigmatisierung oder psychiatrischen Zwangsmaßnahmen abzubauen.

Eine suizidspezifische Rufnummer sollte darüber hinaus auch Menschen offenstehen, die einen assistierten Suizid erwägen, um Raum für eine Auseinandersetzung mit Belastungen und Hilfen zu bieten. Darüber hinaus sollte sie sich ausdrücklich auch an An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene richten. Eine bloße Weiterleitung an regionale Krisendienste wird diesem Anspruch nicht gerecht – zumal entsprechende Angebote bislang bundesweit nicht flächendeckend verfügbar sind.[3] Zudem muss das Angebot von Beginn an barrierefrei und mehrsprachig ausgestaltet werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Der Konzeptauftrag ist zu einem konkreten Umsetzungs- und Betriebsauftrag aufzuwerten. Dabei sollte das Gesetz die Einrichtung und dauerhafte Finanzierung einer bundesweiten suizidspezifischen Rufnummer mit 24/7-Erreichbarkeit, Kostenfreiheit, Anonymität, Vertraulichkeit, qualifiziertem Personal, digitalen Zugangswegen und der Einbindung bestehender qualitätsgesicherter Angebote verbindlich regeln.

§ 4 Satz 1 Nr. 2 SuizidPrävG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesfachstelle soll Handlungskonzepte zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln erstellen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich die in § 4 Satz 1 Nr. 2 SuizidPrävG-E vorgesehene Entwicklung evidenzbasierter Handlungskonzepte zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. Maßnahmen der Methodenrestriktion gehören nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den wirksamsten Instrumenten der Suizidprävention und sind daher grundsätzlich geeignet, einen Beitrag zur Verringerung von Suiziden zu leisten. Suizidpräventive Maßnahmen an sogenannten Hotspots – etwa bauliche Sicherungen, Hinweissysteme, Hilfetelefone, Überwachung oder Interventionen durch Dritte – können nachweislich Leben retten. In Deutschland fehlen bislang jedoch verbindliche Regelungen zu Zuständigkeiten, Meldewegen, Erfassung, Finanzierung und Umsetzung. Das Gesetz sollte daher einen ressortübergreifenden Umsetzungsmechanismus schaffen, der die Identifikation von Hotspots, die Bewertung und Umsetzung geeigneter Sicherungsmaßnahmen, klare Verantwortlichkeiten,

[2] Vergl. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vom 28.11.2024.
[3] https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260617_Buendnispapier_Verbesserung_Suizidpraevention.pdf

Finanzierungsregelungen, Fristen sowie Monitoring- und Berichtspflichten verbindlich festlegt. Zudem sollten gesetzlich Folgeprüfungen im Bau-, Verkehrs-, Bahn-, Arzneimittel- und Sicherheitsrecht angestoßen werden.

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Methodenrestriktion sollte die ärztliche Verantwortung für eine am individuellen Behandlungsbedarf sowie an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin orientierte Versorgung stets berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Methodenrestriktionen sind als dauerhafte Aufgabe in den jeweils zuständigen Rechtsbereichen zu verankern. Für identifizierte Hotspots sind verbindliche Sicherungsmaßnahmen vorzusehen. Suizidpräventive Anforderungen sollten bei Neu- und Umbaumaßnahmen geeigneter öffentlicher Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem sind die in den fachlichen Empfehlungen benannten Präventionsoptionen im Verkehrs- und Arzneimittelrecht zu prüfen. Hotspots sowie umgesetzte Sicherungsmaßnahmen sind fortlaufend zu dokumentieren und zu evaluieren.

§ 4 Satz 1 Nr. 3 bis Nr. 8 SuizidPrävG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesfachstelle soll Informationen bereitstellen, Angebote vernetzen, an einem digitalen Verzeichnis mitwirken, die Zusammenarbeit relevanter Akteure fördern, fachlich beraten sowie Qualitätskriterien und Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungen entwickeln.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die in § 4 Satz 1 Nr. 7 und Nr. 8 SuizidPrävG-E vorgesehene Entwicklung evidenzbasierter Empfehlungen zur Suizidprävention wird unterstützt. Es sollte jedoch ausdrücklich klargestellt werden, dass die Bundesfachstelle ausschließlich beratende und empfehlende Funktionen wahrnimmt und nicht befugt ist, medizinische oder berufsrechtliche Standards der ärztlichen Berufsausübung festzulegen. Eine entsprechende Klarstellung sollte nicht nur in der Begründung, sondern auch im Gesetzestext selbst erfolgen Die Bundesärztekammer regt an, die ärztliche Selbstverwaltung bei den Aufgaben der Bundesfachstelle stärker und verbindlicher einzubinden. Der Gesetzentwurf sieht bereits vor, dass bei der Entwicklung von Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote die Berufsverbände und Kammern einbezogen werden (§ 4 Satz 1 Nr. 8 SuizidPrävG-E). Diese Einbindung ist auch für weitere Zuständigkeitsbereiche der Bundesfachstelle vorzusehen.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern nehmen als Träger der ärztlichen Selbstverwaltung gesetzlich übertragene Aufgaben der Qualitätssicherung, der Fort- und Weiterbildung sowie des Berufsrechts wahr. Sie verfügen über besondere medizinische und berufsrechtliche Expertise und tragen maßgeblich zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen in suizidalen Krisen bei.

Vor diesem Hintergrund sollte die ärztliche Selbstverwaltung nicht lediglich punktuell beteiligt, sondern als ständiger Partner der Bundesfachstelle institutionell eingebunden werden. Dies gilt insbesondere für die Entwicklung von Qualitätskriterien und Qualitätsstandards, die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, die Erstellung von Empfehlungen zur Fort- und Weiterbildung sowie die Planung und Evaluation von Maßnahmen der Suizidprävention.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 4 Satz 1 Nr. 7 SuizidPrävG-E wird wie folgt ergänzt:

*"den Ländern und den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention fachliche Informationen zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention bereit stellt und dazu **Empfehlungen für** Qualitätskriterien und -standards für diese Maßnahmen zur Unterstützung der Praxis **im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer** entwickelt"*

§ 4 Satz 1 Nr. 8 SuizidPrävG-E wird wie folgt geändert:

*"**im Einvernehmen mit den** Berufsverbänden und Kammern Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention für Angehörige von Berufen, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind, entwickelt und deren Implementierung in die berufliche Praxis fördert,"*

§ 4 Satz 1 Nr. 9 und Nr. 10 SuizidPrävG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesfachstelle soll Forschung, Wissensaufbereitung und Wissenstransfer im Bereich der Suizidprävention gezielt fördern. Zu ihren Aufgaben sollte insbesondere die Durchführung einer Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für die systematische Erhebung, Auswertung und Berichterstattung von Daten zu Suizidalität in Deutschland gehören. Auf dieser Grundlage sollte sie Vorschläge für eine nachhaltige Verbesserung der Datenlage entwickeln. Dies umfasst auch die Erarbeitung einer Empfehlung für eine bundesweit einheitliche Ausgestaltung der Todesbescheinigung, um die Qualität und Vergleichbarkeit der Daten zu Suiziden und Suizidversuchen zu verbessern.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Problemlage wird im Entwurf zutreffend beschrieben, die vorgesehenen Maßnahmen bleiben jedoch hinter den tatsächlichen Erfordernissen zurück. Benötigt wird nicht nur eine Machbarkeitsanalyse, sondern es bedarf des Aufbaus einer dauerhaften, datenschutzkonformen Surveillance zu Suiziden und Suizidversuchen. Verlässliche und zeitnahe Daten sind eine zentrale Voraussetzung für eine wirksame, evidenzbasierte Suizidprävention.

Solange belastbare Informationen zu Suizidversuchen, angewandten Methoden, regionalen und demografischen Mustern, besonderen Belastungsschwerpunkten, assistierten Suiziden sowie Versorgungs- und Hilfepfaden fehlen, bleiben sowohl politische Entscheidungen als auch wissenschaftliche Analysen auf eine unzureichende Datengrundlage angewiesen. Die Folge ist eine strukturelle Untersteuerung der Prävention: Risiken werden zu spät erkannt, Präventionsmaßnahmen können nicht zielgerichtet ausgerichtet und ihre Wirksamkeit nur eingeschränkt bewertet werden.

Ziel sollte daher der schrittweise Aufbau eines bundesweiten, standardisierten Berichtssystems sein, das relevante Daten systematisch erfasst, auswertet und für Prävention, Forschung und Versorgung nutzbar macht. Die Bundesfachstelle sollte mit der Entwicklung und Koordinierung eines solchen Systems beauftragt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Das Gesetz sollte über die bloße Prüfung von Handlungsoptionen hinaus einen verbindlichen Stufenplan für den Aufbau einer bundesweiten Daten- und Registerinfrastruktur zur Suizidprävention vorsehen. Nur auf Grundlage einer belastbaren,

kontinuierlichen und datenschutzkonformen Datenerhebung lassen sich Risiken frühzeitig erkennen, Präventionsmaßnahmen zielgerichtet entwickeln und ihre Wirksamkeit evaluieren.

Die Datenerfassung sollte nicht auf vollendete Suizide beschränkt bleiben, sondern auch assistierte Suizide[4], Suizidversuche[5] sowie regionale Häufungen und besondere Risikostandorte („Hotspots“) einbeziehen.[6]

Die Bundesfachstelle sollte mit der Koordinierung dieses Aufbauprozesses und der Entwicklung entsprechender Standards beauftragt werden. Ziel muss der schrittweise Aufbau eines bundesweiten Surveillance- und Berichtssystems sein, das eine verlässliche Grundlage für Forschung, Versorgung und Präventionspolitik schafft.

§§ 5 und 6 SuizidPrävG-E (Fachbeirat bei der Bundesfachstelle)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesfachstelle kann durch einen Fachbeirat unterstützt werden. Der Beirat besteht aus bis zu elf ehrenamtlichen Mitgliedern, die vom Bundesministerium für Gesundheit berufen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die fakultative Ausgestaltung des Beirates ist unzureichend. Die Einbindung zivilgesellschaftlicher, wissenschaftlicher, klinischer, niedrigschwelliger, trialogischer und hinterbliebenenbezogener Expertise muss strukturell gesichert sein. Suizidprävention lebt von gewachsenen Praxisstrukturen und von Erfahrungswissen. Ein Beirat mit bis zu elf ehrenamtlichen Mitgliedern kann diese Breite nicht abbilden.

Auch aus den schon zu § 4 Satz 1 Nr. 7 und Nr. 8 SuizidPrävG-E ausgeführten Gründen sollte daher die Bundesärztekammer im Fachbeirat nach § 5 SuizidPrävG-E ausdrücklich vertreten sein. Angesichts der unmittelbaren Verantwortung der Ärzteschaft für Diagnostik, Behandlung, Krisenintervention sowie Hospiz- und Palliativversorgung erscheint eine institutionalisierte Mitwirkung der ärztlichen Selbstverwaltung sachgerecht und erforderlich. Dadurch kann sichergestellt werden, dass medizinische, ethische und berufsrechtliche Aspekte angemessen berücksichtigt werden und die Empfehlungen der Bundesfachstelle auf einer breiten fachlichen Grundlage beruhen.

Zur Stärkung seiner fachlichen Unabhängigkeit und Wirksamkeit sollte der Beirat zudem über ein Initiativrecht zur Einbringung eigener Empfehlungen sowie über ein Veröffentlichungsrecht für Stellungnahmen und Berichte verfügen. Dadurch könnte er wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Suizidprävention geben und zur Transparenz sowie zur öffentlichen und fachpolitischen Diskussion beitragen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 5 Absatz 1 SuizidPrävG-E wird wie folgt geändert:

[4] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/suche-projektsteckbriefe/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/regas
[5] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/suche-projektsteckbriefe/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/sesid
[6] https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2ca4ff4-954c-42d6-aa6a-ad0be245fb11/content

*Die Bundesfachstelle **wird** bei der Erfüllung ihrer in § 4 Satz 1 genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat unter Einbeziehung bestehender Strukturen der Suizidprävention unterstützt.*

§ 5 Absatz 3 SuizidPrävG-E wird wie folgt geändert:

*(3) Als Mitglieder des Fachbeirats **sind** insbesondere **zu berufen**:*

1. *Vertreterinnen oder Vertreter von Einrichtungen und Verbänden zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention,*
2. *Vertreterinnen oder Vertreter von Einrichtungen und Verbänden, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention befassen,*
3. *Vertreterinnen oder Vertreter von Verbänden von Betroffenen und Verbänden von Angehörigen von Betroffenen,*
4. ***Vertreterinnen oder Vertreter der Bundesärztekammer,***
5. *Vertreterinnen oder Vertreter der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen oder sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen sowie*
6. *Vertreterinnen oder Vertreter von Polizeien und Rettungsdiensten.*

§ 9 SuizidPrävG-E (Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder sollen auf die Entwicklung flächendeckender, niedrigschwelliger, fachlicher und bedarfsgerechter Krisendienste durch Vernetzung und Ausbau bestehender Angebote hinwirken. Mindestanforderungen sind ständige Erreichbarkeit sachkundiger Personen, Hilfe vor Ort, Einbindung bestehender Strukturen, Zusammenarbeit mit Sicherheitsbehörden, Berücksichtigung vulnerabler Gruppen und Vermittlung in weiterführende Angebote.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer befürwortet ausdrücklich den flächendeckenden Aufbau von Krisendiensten für Menschen in psychischen Belastungssituationen durch die Bundesländer.

Wie weiter oben ausgeführt (zu § 4 Nr. 1 SuizidPrävG-E) hält es die Bundesärztekammer jedoch nicht für ausreichend, wenn die von der Bundesfachstelle zu konzipierende zentrale Rufnummer für Menschen in suizidalen Krisen lediglich zu den regionalen Krisendiensten vermittelt. Vielmehr sollte die zentrale Rufnummer eine eigenständige qualifizierte Beratung leisten, um akute Suizidalität zu deeskalieren. Eine zentrale, bundesweit einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention ermöglicht es, suizidgefährdete Menschen gezielt anzusprechen und auf ihre individuellen Sorgen und Belastungen einzugehen. Gleichzeitig bietet sie Angehörigen, die häufig stark von der Situation betroffen sind, Beratung und Unterstützung im Umgang mit suizidgefährdeten Personen. Da Angehörige maßgeblich dazu beitragen können, den Zugang zu professionellen Hilfsangeboten zu fördern, stärkt ein solches Angebot auch die Nutzung bestehender Unterstützungsstrukturen. Darüber hinaus kann so ein spezielles Angebot Hinterbliebenen nach einem Suizid dabei helfen, stigmatisierende Erfahrungen zu bewältigen sowie passende Unterstützung zu finden und in Anspruch zu nehmen.

Dieses Vorgehen entspricht der durch Untersuchungen belegten Erkenntnis, dass Menschen in suizidalen Krisen spezifische Angebote benötigen, weil sie durch allgemein auf seelische Probleme ausgerichtete Strukturen nicht ausreichend erreicht werden.[7]

Unter dieser Voraussetzung ist die Verknüpfung einer jederzeit erreichbaren Suizidhilfenummer mit der Möglichkeit einer Unterstützung durch flächendeckend vorhandene Krisendienste vor Ort selbstverständlich sinnvoll und erforderlich. Damit greift der Entwurf zentrale Anforderungen an eine wirksame Suizidprävention auf und orientiert sich an bewährten Elementen moderner Krisenversorgung.

Der zentrale Schwachpunkt liegt jedoch erneut in der mangelnden Verbindlichkeit der Regelung. Die Länder werden nicht zur Einrichtung entsprechender Strukturen verpflichtet, sondern sollen lediglich „auf die Entwicklung und den Ausbau“ geeigneter Krisendienste hinwirken. Zwischen der Überschrift „Sicherstellung von Krisendiensten“ und dem tatsächlich normierten Regelungsgehalt besteht daher eine erkennbare Diskrepanz.

Sinnvoll ist es, die Krisendienste mit bestehenden zivilgesellschaftlichen und niedrigschwelligen Hilfsangeboten zu vernetzen. Viele dieser Strukturen leisten bereits heute einen wesentlichen Beitrag zur Krisenintervention und Suizidprävention.

§ 10 SuizidPrävG-E (Evaluierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG evaluiert die Wirkungen des Gesetzes und der Aufgaben der Bundesfachstelle bis zum 31. Dezember 2038.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Evaluation bis spätestens 31. Dezember 2038 erfolgt deutlich zu spät. Ein Gesetz, das neue Strukturen etabliert, eine föderal unterschiedliche Umsetzung erwartet und auf den Aufbau neuer Versorgungs- und Kooperationsformen setzt, benötigt eine frühzeitige und kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung. Andernfalls besteht das Risiko, dass Umsetzungsdefizite, Fehlsteuerungen und Versorgungslücken über Jahre fortbestehen, ohne belastbare Grundlage für Korrekturen und Weiterentwicklungen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen dieses Gesetzes sowie die Arbeit der Bundesfachstelle spätestens fünf Jahre nach dessen Inkrafttreten und im Anschluss in regelmäßigen Abständen. Die Ergebnisse bedürfen zudem der Veröffentlichung und sollten dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden.

Gegenstand der Evaluation sollten insbesondere die Erreichbarkeit, tatsächliche Verfügbarkeit und bedarfsgerechte finanzielle Ausstattung der Krisendienste, Wartezeiten und regionale Versorgungsunterschiede, die Nutzung und Wirksamkeit der zentralen Rufnummer, die Qualität der Nachsorge nach Suizidversuchen sowie die Umsetzung und Wirkung von Maßnahmen der Methodenrestriktion sein. Ebenso zu untersuchen sind Reichweite und Wirksamkeit niedrigschwelliger Hilfsangebote sowie die Frage, ob besonders vulnerable und bislang unterversorgte Gruppen tatsächlich erreicht werden.

[7] Frank A, Flissakowski O, Eyer F et al (2023). Nutzung von Krisendiensten vor Suizidversuchen: eine Datenerhebung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Nervenarzt, 94:34–36. Siehe auch: https://www.dvgp.org/projekte/aktuelle-projekte

Zu Artikel 2 – SGB V

§ 64f SGB V-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 64f SGB V-E soll Modellvorhaben zur Suizidprävention ermöglichen, insbesondere zur Vernetzung medizinischer Regelversorgung mit Krisendiensten sowie zur Vermittlung von Menschen nach einem Suizidversuch in systematische suizidpräventive Betreuung.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die ausdrückliche Aufnahme der Suizidprävention in die Modellvorhaben des SGB V ist zu befürworten. Besonders positiv ist die systematische Betreuung nach einem Suizidversuch.

Modellvorhaben können Umsetzungsvarianten prüfen, sind aber von Anfang an mit einer Perspektive der Überführung in Regelversorgung zu verbinden.

Außerdem ist die Einbindung der ärztlichen Selbstverwaltung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64f SGB V sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 64f Abs. 2 SGB V-E ist wie folgt zu ergänzen und zu ändern:

(2) **Die Modellvorhaben sind mit einer Perspektive für die Überführung in die Regelversorgung zu konzipieren**. Es soll angestrebt werden, in jedem Land **im Benehmen mit der zuständigen Landesärztekammer** mindestens ein Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand durchzuführen. […]