

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V.

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (Suizidpräventionsgesetz – SuizidPrävG)

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Im Referentenentwurf (RE) steht die Stärkung der nationalen Suizidprävention im Fokus und die Zielsetzung ist formuliert, die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Suizidprävention abzusichern.

Die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) unterstützt diese Anliegen umfänglich und teilt die Einschätzung, dass Suizidversuche und Suizide oftmals vermeidbar wären, wenn die Hilfeangebote verzweifelten Menschen frühzeitig erreichen.

In den vorgeschlagenen Lösungswegen unterstützt die APK insbesondere:

- die vielfältigen Aufgabenzuweisungen in Bezug auf Information und Aufklärung über psychische Erkrankungen und Krisenhilfen sowie weiteren Hilfeangeboten.
- die Aufnahme der regionalen, niedrighschwellig zugänglichen, ambulanten Krisendienste in Verbindung mit Leistungen und Zugangswegen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in barrierefreier, anonymer und vertraulicher Form.
- die vorgesehene Einrichtung einer nationalen Fachstelle mit Berichtspflicht.
- die vorgesehene Evaluierung der Wirkungen des Gesetzes und der Maßnahmen der Bundesfachstelle.

Gleichwohl werden in Teilaspekten Änderungen und Ergänzungen vorgeschlagen.

Zu § 1 RE – Ziel des Gesetzes

Die Zielsetzung und dabei insbesondere auch die Sicherstellung der Krisenhilfen wird begrüßt. Der Gesetzestext sollte dahingehend ergänzt werden, dass *in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen, frühzeitig, umfassend **und nachhaltig** Unterstützung* geleistet wird.

Dies beinhaltet auch die im Bedarfsfall notwendige längerfristige Hilfeleistung bzw. Vermittlung entsprechender Hilfen.

Zu § 2 RE – Begriffsbestimmungen

In Abs. 4 legt die Formulierung nahe, dass eine Engführung der Einrichtung von Krisendiensten auf die Länderverantwortung vorgesehen ist. Schon jetzt sind teilweise bei der Vorhaltung von Krisendiensten, die den Anforderungen nach dem vorgesehenen § 9 RE entsprechen, einzelne Kommunen oder die Träger der Eingliederungshilfe (siehe § 78 Abs. 6 SGB IX) mit in der Verantwortung bzw. sind von dort aus eingerichtet. In Bremen sind es auch Krankenkassenmittel, aus denen der Krisendienst finanziert wird. Mittelfristig werden hier weitere Lösungen außerhalb der Landesverantwortung entstehen. Weitere Anmerkungen sind in der Kommentierung von § 9 RE angeführt.

Vorgeschlagen wird hier folgende Formulierung:

*Krisendienste im Sinne dieses Gesetzes sind Hilfeangebote, die durch die Länder eingerichtet oder betrieben oder von den Ländern beauftragt sind, **und weitere psychosoziale und psychiatrische Hilfeangebote**, die sich an Menschen in Krisen richten, Suizidprävention zum Ziel haben und die Anforderungen des § 9 Absatz 1 Satz 2 erfüllen.*

Zu § 3 RE – Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention

Die Einrichtung einer Bundesfachstelle wird grundsätzlich begrüßt. Die Bündelung von Informationen, die Transparenz und ein Monitoring über die Sicherstellung von Angeboten im Bereich der Suizidprävention und deren Qualitätssicherung zu unterstützen sowie die Förderung von Forschung und Wissenstransfer sind zentrale Aufgabenstellungen.

Die entscheidende Rolle, die laut Begründung dieser Stelle bei der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und der Entschließung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630) insbesondere für den Zuständigkeitsbereich des Bundes zukommt, muss sich in der Umsetzung entsprechend auch widerspiegeln.

Eine frühzeitige und wiederholte Evaluation der Bundesfachstelle ist entsprechend erforderlich, um die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung abzusichern.

Die vorgesehene Befristung auf 15 Jahre erschließt sich nicht aus der Begründung. Grundsätzlich sollte Planungssicherheit auch in den Kooperationslinien und Kontinuität in der Arbeit der Fachstelle ermöglicht werden.

Die angeführte Personalausstattung kann für die Startphase nachvollzogen werden. In der vorgesehenen Evaluation ist hierauf ein besonderes Augenmerk zu richten. Eine Aufgabenerfüllung des in § 4 RE angeführten anspruchsvollen Profils sollte nicht an fehlenden personellen Ressourcen scheitern.

Zu § 4 RE – Aufgaben der Bundesfachstelle

- zu Nr. 1

Grundsätzlich kann eine bundesweite einheitliche Krisennummer eine weitere Möglichkeit der niedrigschwelligen Hilfe und Anlaufstelle für Menschen in Krisen und mit suizidalen Gedanken sein. Der Vorteil wäre eine Entlastung der Nummern 112 und 116 117. Im Vergleich zu dem Aufwand wäre eine landesbezogene Lösung ausreichend, am ehesten direkt dort, wo auch die Krisenhilfen verortet sind. Die angeführte Möglichkeit der unmittelbaren technischen Weiterleitung von der bundesweiten Krisennummer an bereits regional verfügbare Krisendienste sowie der Vernetzung der Rufnummer dieses Krisendienstes mit einem zukünftigen, reformierten Gesundheitsleitsystem wird grundsätzlich positiv gesehen, sollte aber auch die gewählte Lösung sein. Eine Doppelberatung bzw. eine Weiterleitung, die keine adäquate Hilfe sicherstellt, sollten vermieden werden. Auch von zwei verschiedenen Nummern für Menschen mit psychischen Krisen und für Menschen mit suizidalen Gedanken ist abzuraten. So würden die betroffenen Menschen vorher noch überlegen müssen, welche Nummer die richtige ist, sich möglicherweise überfordert fühlen, anstatt einfach eine Nummer anrufen zu können. Entscheidend ist der schnelle Zugang. Die Erfahrungen in Berlin und Bayern belegen den einfachen Zugang über eine Rufnummer.

Die Entwicklung eines Konzeptes in dem angeführten und gestarteten Stakeholderprozess zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen und unentgeltlichen Rufnummer mit der bundesweit einheitlichen Rufnummer „113“ muss jedoch eingebettet werden in die notwendige Fortschreibung der Reform der Notfallversorgung (weiterführende Anmerkungen

hierzu unter § 9 RE). Ohne eine verbindlich regionale Krisenhilfe, die ausreichend Zeit, Anonymität, Datenschutz, qualifiziertes Personal inkl. Erfahrungsexpertise und Vermittlung von regionalen bedürfnis- und bedarfsgerechten Hilfen sicherstellt, ist eine Weiterleitung nur sehr bedingt zu verantworten bzw. die Einrichtung einer bundesweiten Krisennummer sollte so lange zurückgestellt werden, bis eine verantwortliche regionale Weiterleitung gewährleistet ist. Krisenhilfen auf der Bundesebene an der Krisennummer direkt andockt anzubieten, wäre mit hohem personellem Aufwand verbunden und die Weiterleitung bei gemeinsam mit den Hilfesuchenden formulierten Hilfebedarfen problematisch (fehlende Kenntnisse über regional verfügbare, leicht zugänglich Hilfen, Gefahr der Fehlleitung oder Vermittlungen laufen ins Leere).

- zu Nr. 2

An den Orten mit hohem Risiko („Hotspots“) sollten nicht nur Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden, sondern auch Hinweise auf niedrigschwellige Hilfeangebote leicht zugänglich platziert werden.

- zu Nr. 3

Hier sollte barrierefreie Zugänglichkeit ergänzt werden.

- zu Nr. 4

Hilfreich sind auf Bundesebene Verzeichnisse der Hilfeangebote im Bereich der Suizidprävention und der Krisenhilfe. Die Verzeichnisse bezüglich weiterführender Hilfen und das Wissen um deren Zugänglichkeit sollte in den Regionen sichergestellt werden. Nur in der Region ist eine gesicherte und an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen ausgerichtete Weiterleitung zu verantworten. Gemeindepsychiatrischen Verbünde können hier in gemeinsamer Verantwortung mit den Leistungsträgern und den Gesundheitsämtern einen wesentlichen Beitrag leisten.

- Zu Nr. 5

Entsprechend sollte hier in Bezug auf möglich Länderaufgaben die Hinwirkung auf regionale Netzwerke und möglichst Gemeindepsychiatrische Verbünde ergänzend angeführt werden. In den Kommunen wird dadurch mehr Abstimmung, Qualitätssicherung und Verbindlichkeit in der Sicherstellung der Suizidprävention möglich. Zu gesetzlichen Verankerungen von Netzwerkarbeit und Gemeindepsychiatrischen Verbünden liegen Vorschläge aus dem Psychiatricdialog bzw. dessen Fortführung vor (https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fortfuehrung_Dialog/250908_Handlungsempfehlungen_Fortfuehrung_Psychiatricdialog_01.pdf).

- Zu Nr. 7 und Nr. 8

Die Heraushebung von Qualitätssicherung bzw. qualitätsgesicherter Fortbildung und die Entwicklung von entsprechenden Rahmenempfehlungen wird umfassend unterstützt. Der Einbezug von Erfahrungsexpertise ist im Kontext der Qualitätssicherung sowie der Konzeption und Umsetzung von Fortbildungen unverzichtbar.

- Zu Nr. 9

Bei der benannten Identifikation von „Risikogruppen“ ist der Gefahr zu begegnen, stigmatisierende Gruppenprofile zu erstellen und die hohe Individualität von Suizidalität aus dem Blick zu verlieren.

Neben den Daten zu Methoden, Mitteln und Schwerpunkttorten sollte in der Forschung immer im Blick bleiben, dass die individuelle Situation des betroffenen Menschen und die jeweiligen persönlichen Unterstützungsbedarfe so entscheidend sind für die Unterstützung und Hilfeleistung. Entsprechend ist in der methodischen Ausrichtung insbesondere auch qualitative und partizipative Forschung erforderlich.

Die in dem abschließenden Absatz von § 4 RE benannte Beteiligung der Länder und der anderen Ressorts in der Fachstellenarbeit ist von hoher Bedeutung. Hier sollte nicht nur auf die Nummern 1, 2 und 10 verwiesen werden. Durch eine Ergänzung von *insbesondere* könnte dem Ausdruck gegeben werden. Entsprechende Beteiligungsgremien sollten installiert werden.

Bei der angeführten Beauftragung Dritter ist ein hohes Maß an Transparenz geboten, dem auch in dem Berichtswesen entsprechend Raum gegeben werden sollte.

Zu § 5 RE – Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle

- zu Abs. 1:

Der Fachbeirat ist ein wichtiges Instrument, um wissenschaftliche, zivilgesellschaftliche, praxisbezogene und erfahrungsbezogene Expertise in die Arbeit der Bundesfachstelle einzubringen. Die Einrichtung sollte verpflichtend sein.

- zu Abs. 2:

Die in der fakultativen Berufung angeführten Mitglieder sollten ihrem Proporz verbindlich festgelegt werden, insbesondere auch die verbindliche Beteiligung der Selbstvertretung bzw. der Erfahrungsexpertise.

- zu Abs. 4:

Für die Selbstvertretung sollte eine Stellvertretungsoption und eine Wiederberufung zur Sicherstellung einer durchgängigen Beteiligung ermöglicht werden. Die Mitarbeit ist für die Selbstvertretung auf Grund der zeitlichen und fachlichen Herausforderung (Infrastrukturelle Rahmenbedingungen, Fachwissen, Einarbeitung, etc.) für eine einzelne Person oft ansonsten nicht durchgängig zu realisieren.

Zu § 6 RE – Geschäftsordnung des Fachbeirats

Die Geschäftsordnung sollte zumindest in Abstimmung mit dem einberufenen Fachbeirat erarbeitet werden. Transparente Berichterstattung und Minderheitsvoten sollten Bestandteil sein.

Für Betroffene und An- und Zugehörige sollten die infrastrukturellen Rahmenbedingungen abgesichert sein (insbesondere Reisekostenerstattung und Aufwandsentschädigung).

Zu §§ 7 und 8 RE – Aufgabenübertragung und Unterstützung durch Behörden

Die transparente Nutzung vorhandener Expertise von Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Sinne von Beauftragung und Letztverantwortung der Fachstelle kann nachvollzogen werden.

Auch ist die Nutzung von Expertise von institutionell geförderten Institutionen im Geschäftsbereich des BMG zu empfehlen.

Zu § 9 RE – Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

Mit der Verpflichtung zur Hinwirkung kann nur eine deklaratorische Verpflichtung ausgelöst werden. Eine rechtliche Verpflichtung zur Sicherstellung ist mit der Hinwirkung nicht verbunden. Aus Sicht der APK sollte die Hinwirkungsverpflichtung der Länder wie folgt konkretisiert werden:

- den Ländern wird eine Koordinierungsfunktion in Bezug auf kommunale Aufgaben der Daseinsfürsorge und den Aufgabenstellungen der Sozialleistungsträger zugewiesen.
- die Länder prüfen Möglichkeiten der finanziellen Beteiligung an der kommunalen Sicherstellung von Krisenhilfen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Daseinsfürsorge, sofern diese Beteiligung nicht bereits erfolgt.
- im Rahmen des föderalen Gesundheitssystems unterstützen die Länder den Bund in der Einbindung der Sozialleistungsträger im Rahmen der Finanzierung von Krisenhilfen.

Bereits mit der Reform der Notfallversorgung hätte die gemeinsame bzw. geteilte Verantwortung von Bund, Ländern und der Krankenversicherung für eine flächendeckende und finanzielle Sicherstellung der 24/7 Krisenhilfe bzw. des Krisendienstes verankert sein sollen; mindestens aber sollte das nun mit diesem Gesetz nachgeholt werden.

Die Krankenversicherung sollte in Bezug auf Anteile an Prävention, Diagnostik und therapeutischen Gesprächsinterventionen an den Leistungen der ambulanten, niedrigschwelligen Krisenhilfe auch an der Finanzierung beteiligt werden.¹ Ansatzpunkte können auch Umsteuerung von Mitteln aus dem Präventionsbereich und dem klinischen Sektor (Beispiel Bremen) sein. Der ambulante Sektor ist über die Notfallreform zwar eingebunden, aber auch hier ist eine

¹ Vgl. hierzu Abschlussbericht Psychiatriedialog: https://www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Informationen_Dialog/230227_Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf; zuletzt abgerufen: 27.07.2026

Beteiligung denkbar. Mit 0,5 % der Etats der beiden Sektoren wäre ein wirksamer Beitrag aus Krankenversicherungsmitteln leistbar.

Die beschriebene Einbettung und Verknüpfung sollte eindeutig und nicht nur über Modellprojekte in diesem Gesetz verankert werden.

In Bezug auf die Anforderungen erschließt sich der APK nicht, warum in der Nummer 4 die Zusammenarbeit mit den Ordnungsbehörden bzw. Ordnungsämtern angeführt wird, nicht jedoch die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. den Gesundheitsämtern. In Bezug auf die Krisenhilfen ist das unabdingbar.

Die angeführten Evaluierungspflichten der Länder sind grundsätzlich zu begrüßen. Wie in der Begründung angeführt, liegen bereits umfangreiche Kenntnisse in den Ländern vor.

Zu Artikel 2

- Neu § 64f SGB V – RE – Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

Die Förderung von Modellvorhaben von Maßnahmen der Suizidprävention, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern, sind vom Grundsatz her zu befürworten.

Diese sollten jedoch nicht als Zielsetzung auf die Erprobung des Auf- und Ausbaus von regionalen psychiatrischen Krisendiensten fokussieren. Hierfür liegen aus verschiedenen Modellvorhaben (so in NRW bereits zwei Modellprogramme) und aus den Bundesländern, in den Krisendienste bereits etabliert sind, umfangreiche Erkenntnisse vor.

Der Prozess von Modellvorhaben zur Suizidprävention und die Etablierung von Krisendiensten, dort wo sie noch fehlen, sollte parallel stattfinden (siehe Anmerkungen zur § 9 RE).

Hinzuweisen ist zum einen auf die Gefahr, dass ansonsten die weitere Etablierung von Krisendiensten in der Fläche mit dem Hinweis zurückgestellt wird, dass es die Ergebnisse der Modellvorhaben abzuwarten gilt. Zum anderen ist es keinesfalls angemessen, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur über Modellvorhaben und nicht an den laufenden Kosten der Suizidprävention beteiligt ist.

Bonn, den 27.07.2026