

FACHLICHE EMPFEHLUNGEN FÜR EINE VERBESSERUNG DER SUIZIDPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND

PRÄAMBEL

Suizide und suizidale Krisen zählen zu den gravierendsten Herausforderungen für Gesundheitswesen, Gesellschaft und Politik. In vielen Fällen sind sie durch geeignete Maßnahmen beeinflussbar.

Hinter jeder Zahl stehen Menschenleben – und ein großes Umfeld von An- und Zugehörigen, Kolleginnen und Kollegen sowie Freundeskreisen, die oft langfristig betroffen sind. Suizidprävention ist deshalb keine Einzelmaßnahme und keine Projektaufgabe, sondern eine dauerhafte, struktur- und gesundheitspolitische Verpflichtung: Sie erfordert verlässliche Zugänge zu Hilfe, eine bessere Verzahnung bestehender Angebote, tragfähige rechtliche Rahmenbedingungen sowie eine auskömmliche Finanzierung.

Das Papier beschreibt zentrale, fachlich begründete Empfehlungen zur Suizidprävention in Deutschland. Es setzt dort an, wo Menschen in Krisen tatsächlich erreicht werden: niedrigschwellig, anonym, kompetent und jederzeit sowie verbindlich eingebettet in ein starkes Netz regionaler und gesundheitlicher Versorgung. Im Mittelpunkt stehen der Aufbau einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention, die Sicherung und Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote, die Stärkung der medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, eine bundesweite Datenbasis, Registerstrukturen, die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, eine bessere Unterstützung von Hinterbliebenen sowie An- und Zugehörigen, die Einrichtung einer Fachstelle des Bundes und die regelhafte Verankerung wirksamer Maßnahmen der Methodenrestriktion.

Diese Empfehlungen sind das Ergebnis eines sorgfältigen und kooperativen Abstimmungsprozesses. Sie wurden unter Einbezug und mit der Expertise zentraler Akteure der Suizidprävention sowie der Palliativversorgung und Hospizarbeit erarbeitet und konsentiert – darunter die TelefonSeelsorge Deutschland e. V., die Malteser, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e. V., die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V., das Nationale Suizidpräventionsprogramm, die Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. sowie der Deutsche Caritasverband e. V. und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. sowie MANO und das Werner-Felber-Institut e. V. Gerade die Breite dieser Beteiligung steht für einen gemeinsamen Anspruch: Suizidprävention gelingt nur,

wenn staatliche Ebenen und Zivilgesellschaft, Gesundheitssystem und Beratung, Forschung und Praxis strukturiert zusammenwirken – ohne Parallelstrukturen, aber mit klaren Zuständigkeiten.

Das Empfehlungspapier richtet sich an die politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in Bund und Ländern. Es formuliert konkrete Bausteine, die kurz- bis mittelfristig umsetzbar sind und zugleich langfristig Wirkung entfalten. Unser gemeinsames Ziel ist, in Deutschland Strukturen zu etablieren, durch die Menschen in suizidalen Krisen frühzeitig erreicht, wirksam unterstützt und Leben geschützt werden – verlässlich, bundesweit und nachhaltig.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Felber".

WERNER FELBER
INSTITUT

INHALTSVERZEICHNIS

1. Bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention
2. Niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote sichern und weiterentwickeln
3. Professionelle medizinisch-somatische und -psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung stärken
4. Datenbasis für Suizidprävention und Forschung verbessern
5. Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes und Förderung der Trauerbegleitung
6. Hinterbliebene, An- und Zugehörige im Kontext der Suizidprävention
7. Methodenrestriktion regelhaft verankern
8. Einrichtung einer Fachstelle Suizidprävention des Bundes unter Einbezug der zivilgesellschaftlichen Strukturen

1. BUNDESWEIT KOORDINIERTE UND EINHEITLICHE RUFNUMMER ZUR SUIZIDPRÄVENTION

EMPFEHLUNG

Es soll eine bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention im Suizidpräventionsgesetz verankert und finanziell abgesichert werden.

Die bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention hat die Aufgabe, Menschen mit Suizidgedanken, deren An- und Zugehörige, Hinterbliebene nach Suizid und professionell oder ehrenamtlich mit diesem Personenkreis Arbeitende in Kontakt mit passenden qualifizierten bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten in Verbindung zu bringen.

BEGRÜNDUNG

Aus einer Vielzahl von Studien geht hervor, dass die meisten Menschen vor einem Suizid oder einem Suizidversuch keine Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Bezug auf ihre Suizidalität in Anspruch genommen haben (Luoma et al., 2002). Die Hintergründe sind vielfältig: Ängste vor psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und die Autonomie einschränkende Maßnahmen, ungünstige persönliche Erfahrungen mit psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen, schwieriger Zugang zum Gesundheitswesen mit langen Wartezeiten und häufig wechselnden Bezugspersonen, Befürchtung der Stigmatisierung als "psychisch erkrankt" und vieles andere mehr.

Diesen Personenkreis erreichen in der Regel Angebote, die spezifisch auf die Suizidalität ausgerichtet sind: hierzu zählen niedrigschwellige Beratungsstellen und Klinikambulanzen oder passgenaue, außerklinische Mail-, Chat- oder telefonische Angebote. Allgemeine, auf psychische Krisen und die Behandlung psychischer Erkrankungen ausgerichtete Angebote, wie z. B. eine allgemein für alle psychischen Krisen zuständige Notrufnummer (wie sie mit der 113 angedacht wird; vgl. hierzu Kapitel 2), haben im Vergleich dazu eine eher geringe Reichweite. Da Menschen mit Suizidgedanken eine sehr heterogene Gruppe sind, ist die Existenz von beiden Angeboten, also eine bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention und eine Notrufnummer für psychische Krisen, von zentraler Bedeutung für die Suizidprävention. Sie konkurrieren nicht miteinander, sondern sie ergänzen sich.

Menschen mit Suizidgedanken suchen Hilfe und möchten über ihre Befindlichkeit kommunizieren. In Anspruch genommen werden nicht selten Angebote im Internet (wie z. B. Suizidforen, Methodenwebsites, aber auch Angebote von Sterbehilfeorganisationen).

Eine bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention für Menschen mit Suizidgedanken bietet hierzu Alternativen.

Die Vorteile sind insbesondere:

- Ein auf die Vorbehalte der Menschen mit Suizidgedanken ausgerichtetes Angebot, welches unmittelbar verfügbar ist und Schutz durch Anonymität bietet, mit in der Suizidprävention ausgebildeten kompetenten Mitarbeitenden. Dies ermöglicht eine Entaktualisierung der Suizidalität, Klärung von bestehenden Problemlagen, Klärung des individuellen Hilfe- und Stützsystems, Klärung der Hindernisse zur Inanspruchnahme von Hilfen, Erkunden der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hilfen (Empowerment) sowie Unterstützung und Begleitung bei der Suche nach Hilfe vor Ort.
- Die telefonische Beratung der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention hat die Möglichkeit, Vorbehalte gegenüber Angeboten des Gesundheitswesens abzubauen, Wege in diese Angebote zu ebnen (Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik) und damit auch die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens durch Menschen mit Suizidgedanken zu erhöhen.
- Nicht an jeder Stelle in Deutschland ist das Hilfesystem für Menschen mit Suizidgedanken hinreichend gut ausgebaut. Im Rahmen der Arbeit der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention können Defizite identifiziert werden. Dies kann Grundlage für die weitere Entwicklung von Hilfsmöglichkeiten werden.

- Eine bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention für Menschen mit Suizidgeanken gibt eine klare Orientierung: „Hier wird über suizidale Gedanken gesprochen“. Das Vorhandensein von Suizidalität muss nicht erst erfragt werden und wird auch nicht verschwiegen. Damit wäre für die Nutzerinnen und Nutzer eine klare Abgrenzung zu z. B. einer allgemeinen Notrufnummer für psychische Krisen wie der 113 erkennbar. Dies schließt nicht aus, dass bei Suizidgedanken auch die 113 angerufen werden kann, wenn man sich dort aufgehoben fühlt. Die Entscheidung liegt beim Hilfesuchenden.
- Die Einbeziehung von An- und Zugehörigen in das Beratungskonzept der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention hat zwei wesentliche Funktionen: zum einen werden An- und Zugehörige unterstützt, die suizidale Person zu bewegen, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies trägt damit unmittelbar zur Suizidprävention bei. Zum anderen ermöglicht die explizite Ansprache von An- und Zugehörigen, dass diese für sich selbst auch Hilfe und Unterstützung suchen und in Anspruch nehmen. Damit können auch spätere gesundheitliche Folgen vermieden werden.
- Die Einbeziehung von Hinterbliebenen nach Suizid kann dieser oft stigmatisierten Gruppe ermöglichen, Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.
- Eine bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention für Menschen mit Suizidgedanken ermöglicht auch den Zugang für Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen. Sie bietet die Gelegenheit zu einer Auseinandersetzung mit den Ursachen für die Erwägung der Suizidassistentz, ohne den Druck, eine Entscheidung treffen zu müssen. Das Angebot fördert damit auch selbstbestimmte Entscheidungen. Ein Beispiel ist die kanadische Rufnummer 988 zur Suizidprävention. Sie wird auch von Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen, in Anspruch genommen. Mit der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention können zudem An- und Zugehörige von Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen, Unterstützung erhalten.
- Die Forschung zur Suizidalität findet überwiegend im Kontext universitärer Psychiatrie statt. Damit wird nur ein Teil der heterogenen Gruppe von Menschen mit Suizidgedanken in den Forschungsergebnissen abgebildet. Die Arbeit der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention ermöglicht eine Forschung, die Erkenntnisse über und das Verständnis von Personen mit Suizidgedanken breiter aufzustellen und Hilfsangebote besser zu positionieren.
- Die Einbeziehung von professionellen und ehrenamtlichen Helfern sowie aller anderen, die von Menschen mit Suizidgedanken konfrontiert sind, fördert den professionellen Umgang mit Suizidgefährdeten und wirkt so unmittelbar suizidpräventiv.
- Eine bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention für Menschen mit Suizidgedanken ermöglicht es, bundesweit gezielt Kampagnen für gefährdete Gruppen durchzuführen und aktiv An- und Zugehörige in präventive Maßnahmen einzubeziehen. Sie erleichtert es auch, Hinweise auf diese telefonischen Hilfen an Hoch-Risiko-Plätzen (Hotspots) anzubringen, besonders auch an Brücken, Türmen, Bahnhöfen und Bahngleisen, und kann dadurch unmittelbar helfen, Menschen von einem Suizid abzuhalten.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Die bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention leistet in den Gesprächen eine erste Beratung und Hilfe. Ziel ist es, soweit möglich, an bestehende Hilfsangebote zu vermitteln und ggf. den Weg dahin zu ebnen. Für diese Aufgabe ist qualifiziertes Personal, qualifizierende Fortbildungen und Supervision notwendig.

Durch vertrauensvolle Beziehungsangebote können Suizidalität entaktualisiert, die aktuelle Problemlage erhoben, individuelle Ressourcen erkundet und gemeinsam Lösungen gefunden werden. Wesentlich ist es dabei, die individuellen Ressourcen zu stärken, Ängste und Vorbehalte zu berücksichtigen und Handlungsfähigkeit herzustellen. Zu diesem Zweck werden eine bundesweit einheitliche Rufnummer für die Suizidprävention, eine Webseite und eine Datenbank bestehender Hilfs- und Unterstützungsangebote eingerichtet.

Über die telefonische Beratung hinaus sollen weitere Angebote (Mail, Chat, Messenger, ...) in Kooperation mit bestehenden qualifizierten Angeboten umgesetzt werden. Eine auskömmliche Finanzierung ist hier zu gewährleisten. Die Präsenz in sozialen Medien sollte ebenfalls in der Kooperation mit der Expertise bestehender Hilfsangebote etabliert werden.

Die bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention soll keine bestehenden Angebote ersetzen, sondern kooperiert mit ihnen und unterstützt diese. Durch Vermittlungstätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit wird die Kenntnis dieser Angebote und ihre Erreichbarkeit verbessert.

Sie soll überkonfessionell, überparteilich, unabhängig von psychiatrischen Einrichtungen, anonym und jederzeit gebührenfrei erreichbar und auskömmlich finanziert sein; bevorzugt als Einrichtung des Bundes, um eine größtmögliche Akzeptanz und Reichweite zu erlangen.

Expertinnen und Experten aus dem Unterstützungssystem für suizidale Menschen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Feld der Suizidprävention, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Ländern und Kommunen sollen in die Entwicklung, Umsetzung und den Betrieb des Angebots kooperativ eingebunden werden. Dazu sind geeignete Strukturen zu entwickeln.

Die Entwicklung, der Erhalt, der Ausbau, die Unterstützung und die auskömmliche Finanzierung von regional oder bundesweit telefonisch oder online zur Verfügung gestellten Angeboten, in denen Menschen mit Suizidgedanken Hilfe und Unterstützung finden können, ist für den Betrieb der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention eine relevante Voraussetzung. Insbesondere sind hier die auf Suizidprävention bezogenen regionalen oder kommunalen Netzwerke und die speziellen auf Suizidprävention bezogenen Versorgungs-, Hilfs- und Beratungsangebote zu nennen. Zugleich gehören online-bezogene Chats, E-Mails und telefonische Angebote sowie die Einrichtung einer allgemeinen Notrufnummer 113, die sich vornehmlich an nicht suizidale Menschen in psychischen Krisen wendet, dazu.

- Eine gesetzliche oder ggf. untergesetzliche Verankerung einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention, bevorzugt als Einrichtung des Bundes, z.B. orientiert an der gesetzlichen Einrichtung des Hilfetelefongesetzes – HilfetelefonG (HilfetelefonG - Gesetz zur Einrichtung und zum Betrieb eines bundesweiten Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen“, 2012), sollte angestrebt werden.

2. NIEDRIGSCHWELIGE SUIZIDPRÄVENTIONSANGEBOTE SICHERN UND WEITERENTWICKELN

EMPFEHLUNG

Niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote langfristig sichern und gezielt ausbauen – insbesondere bundesweite Mail-, Chat- und Telefonberatung, flächendeckende Vor-Ort-Angebote sowie Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

BEGRÜNDUNG

Jedes Jahr sterben in Deutschland rund 10.000 Menschen durch Suizid (Statistisches Bundesamt, 2025). Dennoch existieren nur in begrenztem Maße spezifische und leicht zugängliche Hilfsangebote, die auf die Bedürfnisse von Suizidgefährdeten zugeschnitten sind.

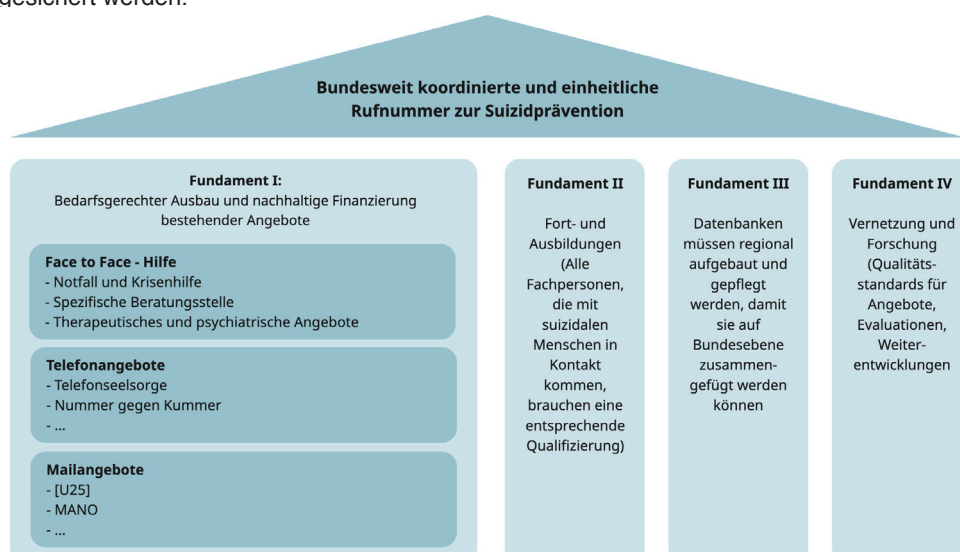
Niedrigschwellige Angebote erreichen Suizidgefährdete, die durch kein anderes Angebot erreicht werden (z. B. Menschen im ländlichen Raum, männliche Betroffene, Jugendliche und ältere Menschen, Menschen in einer post-stationären Situation oder die bisher noch keine Hilfe in Anspruch genommen haben etc.). Niedrigschwellige Angebote der Suizidprävention erreichen gerade diejenigen, die Ängste und Vorbehalte gegenüber psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen haben und dabei ohne Wartezeiten kompetente Hilfen brauchen.

Gerade bundesweite Onlineangebote fungieren dabei insbesondere auch als längerfristige Unterstützung – Ratsuchende bleiben oft über Monate hinweg in Kontakt mit ihren Berater*innen. Gleichwohl sind die genannten Angebote aktuell nur für einen begrenzten Zeitraum finanziell abgesichert und treffen gleichzeitig auf einen Bedarf, der um ein Vielfaches die vorhandenen Kapazitäten übersteigt. Die niedrigschwelligen Angebote sind bis heute nicht regelfinanziert. Die etablierten Angebote werden häufig als "Projekte" behandelt, wenngleich Suizidprävention eine Daueraufgabe der Gesellschaft darstellen sollte. Der Erhalt und Ausbau der niedrigschwelligen Angebote ist insbesondere auch für die einzurichtende bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention notwendig, da diese darauf angewiesen ist, auf die niedrigschwelligen Angebote zurückzugreifen.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Niedrigschwellige Angebote als Fundament für die bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention

Die bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention muss auf eine ausreichende Zahl niedrigschwelliger Suizidpräventionsangebote zurückgreifen können. Um dies zu gewährleisten, müssen in der ersten Phase der Umsetzung der nationalen Suizidpräventionsstrategie die bestehenden Angebote in ihrem Bestand gesichert werden.



Die in Phase 1 der Nationalen Suizidpräventionsstrategie dargestellten Aktivitäten sind deshalb so zu priorisieren, dass es weiterhin gesicherte, niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote gibt, da diese als erste Anlaufstellen einen essenziellen Grundpfeiler der Suizidprävention bilden. Menschen in psychosozialen Krisen mit auftretenden Suizidgedanken sind häufig nicht per se psychisch krank. Eine unmittelbare Aufnahme in das Gesundheitssystem (medizinisch, psychotherapeutisch) ist nicht in allen Situationen notwendig, gewünscht oder möglich. Gleichwohl besteht im Rahmen der niedrigschwelligen Angebote die Möglichkeit, psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote zu vermitteln. Damit entlastet die Verfügbarkeit von niedrigschwelligen Angeboten sowohl die Betroffenen als auch das Gesundheitssystem.

Bestehende bundesweite E-Mail-, Chat- und Telefon-Beratungsangebote sichern und weiterentwickeln

Die bereits bundesweit existierenden niedrigschwelligen Suizidpräventionsangebote sind in ihrem Bestand zu sichern, gezielt auszubauen und weiterzuentwickeln (angelehnt an 2.1.1 und 2.2.2 (Handlungsfeld 2) der Nationalen Suizidpräventionsstrategie (NaSuPs), Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

Weitere zielgruppenspezifische Suizidpräventionsangebote müssen zunächst über auskömmliche Projektförderungen initiiert, entwickelt und nach erfolgreicher Evaluation in ihrer Kontinuität gesichert werden. Niedrigschwellige Angebote sollen für spezifische Zielgruppen ausgebaut werden. Dazu gehören beispielsweise anonyme (Online-)Angebote in verschiedenen Sprachen, inklusive Leichter Sprache, sowie kultur- und religionssensible Beratungen.

Vor-Ort-Beratungsangebote sichern und flächendeckend erweitern

Etablierte Beratungsstellen und Krisendienste, welche niedrigschwellige Vor-Ort-Beratung zur Suizidprävention anbieten, sind in ihrem Bestand zu sichern. Hierzu gehört zum einen die psychologische Beratung und zum anderen die Beratung durch ausgebildete Ehrenamtliche (z. B. Arbeitskreis Leben e.V.). Betroffene suchen nicht immer sofort professionelle Hilfe in Form von z. B. Psychotherapie, sondern benötigen zunächst eine erste Orientierung. Vorteile dieser Beratungsangebote sind insbesondere die Entlastung des Gesundheitssystems und die Überbrückung von Wartezeiten auf Therapieplätze.

Der Aufbau neuer niedrigschwelliger Vor-Ort-Beratungsangebote ist zur Deckung der Bedarfe notwendig.

Bildungs- und Qualifizierungsangebote

Strukturell implementierte suizidpräventive Bildungsangebote sind notwendig, um das Bewusstsein und das Verständnis für suizidale Krisen in der Gesellschaft zu erhöhen. Anzeichen können frühzeitig erkannt und Handlungssicherheit entwickelt werden. Diese Kompetenz ermöglicht, dass Personen in Not frühzeitig Unterstützung finden. Durch Bildungsangebote kann die Gesellschaft zu einem sicheren und unterstützenden Netzwerk werden, das präventiv agiert und das Thema Suizid ohne Tabus behandelt.

Die Relevanz von an unterschiedliche Zielgruppen angepassten, suizidpräventiven Fortbildungs-, Informations- und Qualifizierungsangeboten wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien in ihrer Wirksamkeit belegt. Dabei betonen verschiedene Fachbereiche (z. B. Gesundheitssektor, Unternehmen/Betriebsräte, kirchliche Einrichtungen) einen sehr hohen Bedarf an qualitativ hochwertigen Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Suizidprävention. Selbst in Fachbereichen, in denen der Umgang mit suizidgefährdeten Personen häufig ist und entsprechende Kompetenzen und Fähigkeiten in Bezug auf den Umgang mit Suizidgefährdeten an sich Grundvoraussetzung sein sollten (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte, Lehrkräfte oder Polizei), begegnet den Fachgesellschaften eine hohe Nachfrage nach Qualifizierungsmaßnahmen. Daher ist es erforderlich, Qualifizierungsmaßnahmen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten und berufsübergreifend auszubauen.

- Die Sicherstellung der niedrigschwelligen Suizidpräventionsangebote durch eine gesetzliche Regelfinanzierung ist hierfür unverzichtbar. Die Regelungskompetenz auf Bundesebene gegenüber den Bundesländern bleibt zu klären. Anknüpfungspunkte für die rechtliche Umsetzung könnten sich im SGB V finden. Zu prüfen wäre beispielsweise die Schaffung eines § 65g SGB V „Ambulante Beratungsstellen zur Suizidprävention“. Auch die Erweiterung des § 20 Abs. 3 SGB V um eine Nr. 9 „Suizidprävention“ und die Einführung eines § 20l im SGB V „(Ambulante) Beratungsleistungen zur Suizidprävention“ wären zu prüfen. Weitere Ansatzpunkte könnten im SGB IX verortet werden, das eine Vielfalt von rechtlichen Instrumenten für Menschen mit Behinderungen bereithält, von denen manche aufgrund ihrer Beeinträchtigungen zu den vulnerablen Gruppen gehören.
- Niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote setzen häufig auf ehrenamtliches Engagement, das jedoch Anleitung und Betreuung durch hauptamtliche Fachkräfte erfordert. Diese übernehmen Aufgaben wie Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der Ehrenamtlichen, einschließlich Supervision. Zur Finanzierung könnte ein Zuschuss nach dem Vorbild von § 39a Abs. 2 SGB V in Betracht kommen.
- Verpflichtende Qualifizierung, Fort- und Weiterbildungen sowie Aufklärungs- und Informationsangebote sind sowohl in den relevanten Berufsgruppen als auch in der Bevölkerung zu verankern.

3. PROFESSIONELLE MEDIZINISCH-SOMATISCHE UND -PSYCHIATRISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG STÄRKEN

EMPFEHLUNG

Die Suizidprävention in der medizinisch-somatischen und -psychiatrisch und psychotherapeutische Versorgung muss weiterentwickelt, ausgebaut und verstetigt werden.

BEGRÜNDUNG

Insbesondere für die selektive und indizierte Suizidprävention gemäß WHO (2014) sind über die Lebensspanne die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Diagnostik (Assessment), Krisenintervention und Therapie von psychischen Störungen, Hilfe-, Unterstützungs- und Begleitungsbedarf relevant. Dazu gehört die Vernetzung aller Versorgungsstrukturen einschließlich der psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Behandlungsangebote, der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Nachsorge nach stationärer Behandlung einschließlich der Postvention (für An- und Zugehörige nach einem Suizid). An- und Zugehörige von Suizidgefährdeten benötigen ebenso wie An- und Zugehörige von Menschen mit psychischen Störungen (begleitende) Angebote (Schneider et al., 2021). Die Kontinuität der Versorgung an den Schnittstellen zwischen stationären, ambulanten und komplementären Versorgungsbereichen sowie zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist durch ein strukturiertes multiprofessionelles Therapiemanagement (mit Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V und Übergangsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) zu gewährleisten. Dasselbe gilt für die Umsetzung der Richtlinie des G-BA zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Belastungen und komplexem psychiatrischem, psychosomatischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSV-Psych-RL).

Das Gesundheitswesen spielt eine wesentliche Rolle bei der Suizidprävention (World Health Organization, 2014). Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen eine Hochrisikogruppe für Suizid dar: Bei allen psychischen Erkrankungen ist das Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht, wobei Menschen mit Depressionen, bipolaren Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, bestimmten Persönlichkeitsstörungen sowie junge Menschen mit Schizophrenie ein besonders stark erhöhtes Suizidrisiko aufweisen (AWMF online, 2026). Suizidalität tritt aber auch ohne psychische Erkrankung in Krisensituationen auf. Zwischen psychischen Störungen und Suizidalität bestehen komplexe Interaktionen. Eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen ist ebenfalls mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Die Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen führt zu einem komplexen gleichzeitigen psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Behandlungsbedarf. Aufgrund einer strikten Trennung in somatische und psychiatrisch-psychotherapeutische sowie in ambulante und stationäre Finanzierungssysteme ist die Realisierung von Hilfen für Menschen mit den genannten Komorbiditäten unzureichend. Außerdem gibt es Gruppen suizidgefährdeter Menschen, die für psychosoziale, medizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen schwer oder kaum erreichbar und ansprechbar sind; so wird die Gruppe der älteren und alten Männer nur wenig erreicht (Schneider et al., 2021). Auch die Gruppe der Jugendlichen, bei der Suizidgedanken besonders häufig auftreten, ist aufgrund ihres geringen Hilfesuchverhaltens eine Risikogruppe (Kaess et al., 2022). Die Versorgung von Patientinnen und Patienten muss in Bezug auf Intensität, Ort und Zeiträume flexibel erbracht werden können und somit den individuellen Bedarfen der Patient*innen entsprechen.

Der Übergang von (teil-)stationärer zu ambulanter Behandlung und Begleitung ist gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen schwierig, einerseits infolge eingeschränkten Hilfesuchverhaltens, andererseits infolge beispielsweise der Problematik zeitnaher Terminfindung. Die rezidivierenden oder anhaltenden Verläufe von Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie und Depression erfordern eine lebenslange Begleitung in differenzierten Behandlungssettings, wobei der Übergang vor allem in die poststationäre Versorgung gesichert werden muss. Die Stigmatisierung psychischer Erkrankung und die Tabuisierung des Phänomens Suizidalität befördern die mangelnde Vernetzung und den mangelnden Austausch der helfenden Institutionen und Personen.

In der ambulanten Versorgung kommt auch den Pädia-terinnen und Pädia-tern sowie den Allgemeinärztinnen und -ärzten als langjährigen Familienärztinnen und Familienärzten besondere Bedeutung in der Diagnostik und im

Umgang mit Suizidalität zu. Sie sind neben allen anderen im Gesundheitswesen Tätigen sogenannte „Gatekeeper“ (Zalsman et al., 2016).

Institutsambulanzen nach § 118 SGB V erfüllen besondere Aufgaben in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser angewiesen sind. In der gültigen Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V von 2010 gehört die Notfallversorgung (24/7) ausdrücklich zu den Aufgaben der Institutsambulanzen. Suizidalität einschließlich suizidaler Handlungen ist aber in der Liste der Patientengruppen nach § 3 der Vereinbarung nicht berücksichtigt. Diese Liste ist entsprechend anzupassen.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Alle Psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken sollen niedrigschwellige Krisendienste, auch aufsuchend und 24/7 vorhalten. Gegebenenfalls müssen diese zeitnah auf- bzw. ausgebaut werden. Eine Finanzierung sollte über ein globales Budget ermöglicht und regional organisiert werden; die Finanzierung muss außerhalb einer Form einer datengestützten Regelfinanzierung erfolgen, so dass Personen anonymisiert problemlos angenommen werden können. Dies muss in Ergänzung zu den bereits bestehenden regional oder landesweit koordinierten, psychiatrisch-psychosozialen Notfall- und Krisendiensten geschehen, die erhalten werden müssen. In allen Bundesländern soll sichergestellt werden, dass flächendeckend psychosoziale Notfall- und Krisendienste vorhanden, miteinander koordiniert und damit 24/7 für Menschen in psychischen Krisen erreichbar sind. Auf der Basis der bestehenden und noch aufzubauenden regionalen oder landesweit koordinierten psychiatrisch-psychosozialen Notfall- und Krisendienste muss perspektivisch bundesweit eine zentrale Notrufnummer für Menschen in psychischen Krisen (113) etabliert werden. Diese ist eine wichtige Ergänzung zu der bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention für Menschen mit Suizidgedanken (vgl. Kapitel 1).

Daneben müssen regional Datenbanken zu den vorhandenen psychiatrischen und psychosozialen Hilfen aus der Regelversorgung aufgebaut werden, damit die psychiatrisch- psychosozialen Notfall – und Krisendienste und perspektivisch dann auch eine bundesweite Notrufnummer für Menschen in psychischen Krisen (113) wie auch eine bundesweite Rufnummer zur Suizidprävention (vgl. Kapitel 1) bei Bedarf die Hilfesuchenden in konkrete Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort weiterleiten können. Diese Datenbanken sind darüber hinaus eine wichtige Grundlage für die Arbeit aller weiteren suizidpräventiven Hilfen sowie für die noch zu etablierende bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention.

Niedrigschwellige Angebote der Suizidprävention im medizinisch-somatischen und im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zeichnen sich durch geringe Wartezeiten, Behandlerkontinuität und für die Betroffenen kostenfreie Beratung aus. Die Option der Anonymität ist insbesondere bei Kontaktaufnahme mit misstrauischen und ängstlichen Patienten essenziell.

Bestehende zielgruppenspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität in allen Altersstufen sind in allen Versorgungsbereichen zu erhalten bzw. auszubauen, zu entwickeln und zu evaluieren. Neue, auch digitale Versorgungsangebote und individualisierte Kombinationen verschiedener psychiatrisch-psychotherapeutischer und ggf. somatischer Therapieangebote, sind zu implementieren. Für ältere und immobile Menschen ist eine aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen.

Die Suizidprävention in der medizinisch-somatischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung muss weiterentwickelt, ausgebaut und verstetigt werden. In der medizinisch-somatischen Medizin betrifft dies ganz besonders die Bereiche der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Geriatrie, Onkologie, Palliativmedizin und Hospizversorgung. Hier gilt es insbesondere, die Fort- und Weiterbildung professionell in der Suizidprävention Mitarbeitenden zu stärken, wie auch die Vernetzung zwischen den Disziplinen und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. In Psychiatrie und Psychosomatik, einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, wie auch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, müssen die vorhandenen ambulanten, teilstationären,

stationären und stationsäquivalenten Strukturen – auch aufsuchend –, die komplementären Dienste (Sozialpsychiatrische Dienste und Zentren, Dienste und Einrichtungen zur Unterstützung der sozialen und beruflichen Teilhabe von Menschen mit seelischer Beeinträchtigung, psychosoziale Kontakt- und Begegnungsstätten, Tagesstätten) sowie die gemeindepsychiatrischen Verbünde erhalten und an die spezifischen Anforderungen der Suizidprävention angepasst werden. Diese Bereiche – auch die medizinisch-somatischen – sind untereinander und mit niedrigschwelligen Strukturen zu vernetzen. Dies geschieht z. B., indem die vorhandenen oder noch aufzubauenden Krisendienste und außerklinischen Beratungsangebote ebenso wie die somatischen Therapieangebote unterschiedlicher Fachdisziplinen, z. B. Palliativmedizin, Geriatrie, Onkologie oder Chirurgie, in einen stetigen, regional vernetzten Fachaustausch gebracht werden, um suizidpräventives Fachwissen und die konkrete Hilfe für suizidale Patienten zu befördern. Ein Beispiel dafür sind EDV-technische Lösungen (ALERT-Systeme), die z. B. bei Kodierung eines Suizidversuchs gemäß ICD die Anforderung des psychiatrischen Konsildienstes auslösen. Der zeitnahe Zugang zu Institutsambulanzen im Kontext von Suizidalität sowohl an den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie als auch an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie muss über die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V ermöglicht werden. Wichtig ist hierbei, gerade im psychiatrischen Kontext, anonyme und doch finanzierte Beratung und Behandlung bei Suizidalität auch ohne Diagnose zu ermöglichen (vgl. hierzu auch Kapitel 6).

Mitarbeitende der Gesundheits- und Sozialberufe müssen umfassendes suizidpräventives Wissen und Kompetenzen erhalten und stetig erneuern.

- Die jeweiligen Gesundheits- und Sozialministerien sollen die Suizidprävention explizit in die jeweiligen (Landes-)Psychiatriepläne für die einzelnen Versorgungsbereiche aufnehmen und deren auskömmliche Finanzierung sicherstellen.
- Auf- und Ausbau der sozialpsychiatrischen Krisendienste der Bundesländer einschließlich einer zunächst regionalen bzw. landesbezogen, perspektivisch bundesweit zur Verfügung stehenden Notrufnummer für Menschen in psychischen Krisen (113).
- Implementierung EDV-technischer Lösungen (ALERT-Systeme) in Klinik- und Praxisinformationssystemen bei Suizidgefährdung muss erfolgen.
- Suizidalität sollte in die Liste der Patientengruppen nach § 3 der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V aufgenommen werden.
- Die Suizidprävention muss in die Curricula der Aus- und Weiterbildung der Gesundheits- und Sozialberufe (z. B. in den Approbationsordnungen und den darauf basierenden Lernzielkatalogen des IMPP; den Musterweiterbildungsordnungen der Bundesärztekammer) aufgenommen werden.

4. DATENBASIS FÜR SUIZIDPRÄVENTION UND FORSCHUNG VERBESSERN

Zur Verbesserung der Datenbasis für Suizidprävention und Forschung sind zwei voneinander zu unterscheidende, aber aufeinander bezogene Strukturen* aufzubauen: erstens eine bundesweite Angebotsdatenbank zu suizidpräventionsspezifischen Hilfs- und Versorgungsangeboten und zweitens eine Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung.

EMPFEHLUNG

a) Bundesweite Angebotsdatenbank

Die in der NaSuPs beschriebene Datenbank mit bundesweiten, überregionalen und regionalen suizidpräventions-spezifischen Angeboten auf allen Strukturebenen muss in Phase 1 der Nationalen Suizidpräventionsstrategie aufgebaut werden. Hierbei sind bestehende Datenbanken und Datenbankkonzepte auf Bundes- und Länderebene einzubeziehen und zu einem digitalen Netzwerk auszubauen. Die Datenbank muss insbesondere Informationen zu Art, Zielgruppe, Erreichbarkeit, regionaler Zuständigkeit, Verfügbarkeit, Zugangswegen und Angebotsprofilen der Hilfe- und Versorgungseinrichtungen enthalten.

b) Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung

Die gesetzlichen Grundlagen für eine Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung sind zu schaffen. Diese soll Daten aus verschiedenen Registern und Erfassungssystemen, insbesondere zu Todesbescheinigungen, Suizidversuchen, Hotspots („high risk places“), Suizidassistenzen sowie weiteren relevanten suizidologischen Indikatoren, zusammenführen beziehungsweise für Monitoring, Evaluation und Forschung nutzbar machen.

** Eine Datenbank ist eine digitale Sammlung von Informationen, die systematisch gespeichert, gepflegt und ausgewertet werden kann. Sie ermöglicht es, Daten schnell zu finden, zu aktualisieren und für verschiedene Fragestellungen nutzbar zu machen.*

Ein Register ist eine besondere Form einer solchen Datensammlung: Es erfasst bestimmte Informationen nach festen Regeln und für einen klar definierten Zweck, zum Beispiel Todesursachen, Behandlungsfälle oder Präventionsangebote. Wichtig ist: Register können Teil einer Datenbank sein. Eine übergeordnete Forschungsdatenbank kann mehrere Register zusammenführen oder auswertbar machen. Dadurch entsteht eine bessere Grundlage, um Entwicklungen zu erkennen, Forschung zu ermöglichen und wirksame Maßnahmen zur Suizidprävention politisch zu planen.

BEGRÜNDUNG

Zur bundesweiten Angebotsdatenbank

Die Einrichtung dieser Datenbank ist unabdingbare Voraussetzung für den Betrieb einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention sowie perspektivisch auch einer Notrufnummer für psychische Krisen (113). Über eine solche Datenbank wird darüber hinaus die Identifikation von Regionen mit fehlenden oder unzureichenden Angeboten ermöglicht.

Der Aufbau dieser Datenbank ist als kontinuierlicher Baustein des Gesamtprozesses zu sehen, da die Inhalte stetig gepflegt und auf Aktualität geprüft werden müssen. Deshalb sollte der Aufbau in Phase 1 der Nationalen Suizidpräventionsstrategie starten und in den nachfolgenden Phasen fortgeführt werden.

Von dieser Angebotsdatenbank zu unterscheiden ist die Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung. Sie dient nicht primär der Vermittlung von Hilfsangeboten, sondern macht Daten aus verschiedenen Registern und Erfassungssystemen für Forschung, Monitoring und Evaluation nutzbar.

Zur Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung

Erst die Verfügbarkeit zuverlässiger und differenzierter Daten ermöglicht es der Forschung, die Entwicklung der

Suizidraten im Kontext vielfältiger medizinischer, sozialer, gesellschaftlich-politischer und weiterer Einflussfaktoren zu analysieren und Veränderungen zu erfassen.

Die Einrichtung einer Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung ist zugleich Voraussetzung für die Evaluation der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen. Eine solche Evaluation ist notwendig, um wirksame von unwirksamen Maßnahmen zu unterscheiden und Ressourcen zielgerichteter einzusetzen.

Dabei ist zu beachten, dass es für die Entstehung suizidalen Verhaltens keine monokausale Erklärung gibt. Vielmehr ist von einem komplexen Bedingungsgefüge auszugehen. Die Entwicklung passgenauer Präventions- und Therapiemaßnahmen sowie eine verbesserte Einschätzung möglicher zukünftiger suizidaler Entwicklungen gehören daher zu den vorrangigen Zielen umfangreicher, registerübergreifender Datenanalysen.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Für beide Strukturen sollten gesetzliche Regelungen, klare Zuständigkeiten, verlässliche Rahmenbedingungen und eine auskömmliche Finanzierung geschaffen werden. Dies betrifft sowohl den Aufbau und Betrieb der bundesweiten Angebotsdatenbank als auch die Schaffung einer Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung.

Zur bundesweiten Angebotsdatenbank

Für die bundesweite Angebotsdatenbank sollte geregelt werden, welche Angebotskategorien erfasst werden, wer die Daten erhebt und pflegt, wie Aktualität und Qualität sichergestellt werden und wie die Daten für die bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention nutzbar gemacht werden können.

Zu erfassen sind insbesondere niedrigschwellige Beratungsangebote, Krisendienste, medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebote, aufsuchende Hilfen, digitale Angebote, Selbsthilfeangebote, Angebote für Hinterbliebene, An- und Zugehörige sowie regionale Zuständigkeiten, Erreichbarkeiten, Zugangsvoraussetzungen und Angebotsprofile.

Zur Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung

Für die Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung sollte geregelt werden, welche Daten durch die Länder, Leistungserbringer, Behörden oder andere Stellen erfasst und an eine zentrale Stelle übermittelt werden, zu welchen Zwecken sie ausgewertet werden dürfen und unter welchen Voraussetzungen berechnete wissenschaftliche Einrichtungen Zugang zu den Daten erhalten können.

Hierbei sind insbesondere Datenschutzbestimmungen sowie die jeweiligen aktuellen Gesetzeslagen, etwa Transparenzgesetze der Länder, zu berücksichtigen.

Zu den wesentlichen zu berücksichtigenden Datenquellen und Datenkategorien gehören insbesondere:

- Suizide und suizidologisch relevante Angaben aus Todesbescheinigungen,
- Suizidversuche, etwa über Rettungsleitstellen, Notaufnahmen und Krankenhausinformationssysteme,
- Daten zu bestimmten Risikopopulationen,
- Hotspots beziehungsweise „high risk places“ einschließlich Monitoring implementierter Sicherungsmaßnahmen,
- Assistierte Suizide,
- weitere suizidologisch relevante Indikatoren aus bestehenden Registern und Erfassungssystemen.

Für assistierte Suizide sollte eine zeitnahe und separate Erfassung vorgesehen werden. Insbesondere sollte eine Erfassung auf Todesbescheinigungen ermöglicht werden, die eine differenzierte statistische Auswertung erlaubt. Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwieweit assistierende Personen beziehungsweise Organisationen relevante Daten erheben und an eine zentrale Stelle melden können oder sollen, damit Entwicklungen nachvollzogen und Vorgänge gegebenenfalls überprüft werden können. Für die weitere Ausgestaltung sollten die Ergebnisse

und Erfahrungen aus dem BMG-geförderten Projekt „Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Registers für assistierte Suizide in Deutschland (RegAS)“ (RegAS, 2025) einbezogen werden.

Beim Aufbau beider Strukturen sollten laufende und bereits vorhandene Vorarbeiten systematisch einbezogen werden. Für die bundesweite Angebotsdatenbank betrifft dies insbesondere das BMG-geförderte Projekt „Mapping Care and Needs: Bundesweites quantitatives und qualitatives Versorgungsmapping und zielgruppenspezifische Bedarfsanalyse für Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten (MAPS)“ (MAPS, 2025) sowie die Erfahrungen des MUT-ATLAS von Mut fördern e. V.; für die Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung insbesondere das BMG-geförderte Projekt „Systematische Erhebung von Suizidversuchen in Deutschland (SESiD)“ (SESiD, 2025). Die dort gewonnenen Erkenntnisse sollten für die weitere gesetzliche und organisatorische Ausgestaltung berücksichtigt werden.

- Bundesgesetzliche Grundlage schaffen: Wir schlagen vor, die rechtlichen Grundlagen für eine bundesweite Datenbank zur Erfassung bundesweiter, überregionaler und regionaler suizidpräventionsspezifischer Angebote auf allen Strukturebenen sowie für eine Forschungsdatenbank zur registerübergreifenden suizidologischen Forschung im Suizidpräventionsgesetz zu verankern.
- Verordnungsermächtigung vorsehen: Wir regen an, das BMG zu ermächtigen, Datensätze, Meldewege, Meldefristen, Zugriffsrechte, Pseudonymisierung, Qualitätssicherung und Berichtspflichten durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.
- Einheitliche Datenerhebung festlegen: Für die Forschungsdatenbank sollte eine bundesweit einheitliche Grundlage für die Erfassung und Nutzbarmachung suizidologisch relevanter Daten geschaffen werden. Dies betrifft insbesondere Daten zu Suiziden, Suizidversuchen, assistierten Suiziden, Hotspots und Sicherungsmaßnahmen.
- Meldepflichten regeln: Wir schlagen vor zu klären, welche Stellen welche Daten in welcher Form melden können beziehungsweise sollen. In Betracht kommen insbesondere Gesundheitsämter, statistische Landesämter, Rettungsleitstellen, Notaufnahmen und Krankenhäuser.
- Todesbescheinigungen weiterentwickeln: Wir regen an, die Todesbescheinigung bundeseinheitlich so weiterzuentwickeln, dass suizidologisch relevante Merkmale, insbesondere auch assistierte Suizide, statistisch auswertbar erfasst werden können.
- Datenschutzkonforme Nutzung sichern: Die Datenverarbeitung sollte zweckgebunden, datenschutzkonform und zugleich wissenschaftlich nutzbar ausgestaltet werden. Dabei sollten Pseudonymisierung, Zugriffsrechte, Datensparsamkeit, Transparenz und klare Verantwortlichkeiten berücksichtigt und angemessen geregelt werden.
- Monitoring und Evaluation verstetigen: Wir empfehlen, Angebotsdatenbank, Forschungsdatenbank und die jeweils zugrunde liegenden Register und Erfassungssysteme als Grundlage für ein kontinuierliches Monitoring, eine regelmäßige Berichterstattung und die Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen dauerhaft zu etablieren.

5. FORTSCHREIBUNG DES HOSPIZ- UND PALLIATIVGESETZES UND FÖRDERUNG DER TRAUERBEGLEITUNG

EMPFEHLUNG

Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes und weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Zur adäquaten Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen ist eine Evaluation und Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes sowie ein weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung erforderlich. Eine umfassende Hospiz- und Palliativversorgung kann bei schwerkranken und sterbenden Menschen sowie deren An- und Zugehörigen eine entscheidende Rolle bei der Prävention von (assistierten) Suiziden spielen (Bandieri et al., 2025). Dieser Aspekt fehlt in der Nationalen Strategie zur Suizidprävention (NaSuPs) vollständig, da lediglich auf bestehende Förderungen durch das Bundesministerium für Gesundheit, Krankenkassen, Länder und Kommunen verwiesen wird. Diese Förderungen müssen jedoch dringend weiterentwickelt und ausgebaut werden. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf in Bezug auf Zugangserechtigkeit (z. B. unabhängig von der Grunderkrankung, vulnerable Gruppen wie Menschen mit Beeinträchtigungen, obdachlose Menschen, Menschen im Gefängnis) und Qualität der Versorgung, der eine weitere gesetzliche Verankerung erfordert. Dies betrifft insbesondere die palliative Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, die Palliativversorgung in Krankenhäusern, insbesondere die auskömmliche Finanzierung der Palliativdienste im Krankenhaus, sowie psychosoziale Versorgung in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

BEGRÜNDUNG

Schwerkranke und lebensbedrohlich erkrankte Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko (Elovainio et al., 2017). Dieses ist häufig bedingt durch existenziell bedrohliche körperliche und psychische Belastungen, vor allem Ängste vor den Veränderungen und Herausforderungen durch den Krankheitsverlauf und zunehmender Pflegebedürftigkeit. Befürchtungen über ein (zukünftiges) unerträgliches Leiden, verursacht durch Schmerzen oder andere Symptome der Erkrankung, sowie die Angst vor einer würdelosen Behandlung und einem Verlust an Autonomie sind häufig anzutreffen. Auch machen sich schwerkranke Menschen häufig große Sorgen, ob sie ausreichende medizinische, pflegerische und psychosoziale Hilfe erhalten werden und empfinden ihre Hilfebedürftigkeit als Belastung für An- und Zugehörige und die Gesellschaft.

Das Wissen um die Möglichkeiten der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und hospizlichen Versorgung sowie die Sicherheit, diese in ambulanten und stationären Settings überall in Deutschland flächendeckend in Anspruch nehmen zu können, sind zentrale Einflussfaktoren zur Reduktion suizidaler Krisen.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen stärken

Bisher wird der Zeitaufwand für eine angemessene Palliativversorgung innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen nicht im Rahmen der Personalbemessungsverfahren berücksichtigt. Damit schwerkranke und suizidale hochalt-rige Menschen eine adäquate palliativ-pflegerische Begleitung erhalten können, braucht es insbesondere in der stationären Altenhilfe mehr Pflegefachpersonen, die in Palliative Care geschult sind. Diese Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen muss – wie in stationären Hospizen bereits üblich – durch die Krankenversicherung finanziert werden. Hierfür schlagen wir einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachstellen im Verhältnis von 1:50 Bewohnerinnen und Bewohnern in der Palliativversorgung in der vollstationären Pflege durch eine § 8 Abs. 6 SGB XI entsprechende Regelung vor. Entsprechend § 8 Abs. 6 SGB XI sollten diese Stellen als zusätzliche Möglichkeit zur Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen vereinbart, die Ausgaben der Pflegekassen aber über die Krankenkassen gegenfinanziert werden. Dadurch würden auch die Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner nicht erhöht werden. Des Weiteren sind die Kosten der Qualifizierung, einschließlich der Finanzierung der Freistellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für diese Qualifizierung, in diese Regelung mitaufzunehmen.

Verbesserung der Palliativversorgung in Krankenhäusern

Neben dem Erhalt vorhandener und dem weiteren Ausbau von Palliativstationen braucht es dringend eine auskömmliche Finanzierung der multiprofessionellen Palliativdienste in Krankenhäusern. Aufgrund der nicht

ausreichenden Finanzierung verfügt aktuell nur ein kleiner Teil der deutschen Krankenhäuser über einen entsprechenden Palliativdienst, der Patientinnen und Patienten auf allen Stationen eines Krankenhauses auch schon früh im Krankheitsverlauf mitbetreuen kann. So können früh Probleme und Nöte angegangen und Sorgen und Ängste für zukünftige Belastungen reduziert werden. Menschen lernen ein weiteres Versorgungsnetz kennen, das ihnen zur Seite steht, wenn die Möglichkeiten der Akutmedizin zur Behandlung der Grunderkrankung in den Hintergrund treten. Besonders für Krankenhäuser, die über keine Palliativstation verfügen, kann durch die Palliativdienste palliativmedizinische Expertise einer breiten Gruppe von Betroffenen zur Verfügung gestellt werden.

Für diese Palliativdienste braucht es alternative Finanzierungsmöglichkeiten, da die aktuellen OPS-basierten Zusatzentgelte gescheitert sind und die Kosten der Dienste nicht abdecken. Dies könnte z. B. durch eine fallzahlabhängige Strukturfinanzierung in den Krankenhäusern erfolgen.

Verankerung psychosozialer Begleitung in der SAPV

Patient*innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und am Lebensende leiden häufig unter ausgeprägten psychischen und sozialen Belastungen, die ein Weiterleben in einer gegebenen Situation deutlich erschweren und in einzelnen Fällen auch als aussichtslos erscheinen lassen (Sultana et al., 2021). Durch umfassende psychosoziale Unterstützung kann die Krankheitsbewältigung gestärkt und eine Entlastung bei verschiedenen Fragen und Problemen erreicht werden. Für An- und Zugehörige ermöglicht eine entsprechende Unterstützung, innere und äußere Ressourcen zu aktivieren, um das Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht, das durch den bevorstehenden Verlust eines geliebten Menschen entsteht, zu überwinden. Dadurch entwickeln sie Perspektiven für ein Leben ohne diesen Menschen und verringern das Risiko von Verzweiflung und Suizidgedanken. Weltweit wird anerkannt, dass neben der palliativmedizinisch-pflegerischen Versorgung eine umfassende psychosoziale Unterstützung für diese Personengruppen entscheidend ist. In Deutschland ist die Notwendigkeit psychosozialer Leistungen im stationären Setting, sowohl im Krankenhaus als auch im Hospiz, bereits gesetzlich als grundlegendes Merkmal spezialisierter Palliativversorgung verankert. Im ambulanten Bereich wird diese Unterstützung bislang nur in der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung, also der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, geleistet. Häufig sind die Probleme in der Versorgung Erwachsener aber so vielfältig und tiefgreifend, dass professionelle psychosoziale Fachkräfte notwendig sind, um auch hier eine angemessene Begleitung zu gewährleisten.

Wir setzen uns daher für eine Gleichbehandlung von ambulant und stationär versorgten erwachsenen schwerkranken und sterbenden Menschen ein und fordern die Erweiterung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) um psychosoziale Leistungen, um so auch präventiv gegen Suizid zu wirken. Eine in der SAPV verankerte psychosoziale Begleitung kann zudem eine spezifische Unterstützung bei Anliegen eines assistierten Suizids leisten, indem sie Belastungen, Ambivalenzen und mögliche Alternativen in einem professionellen Rahmen besprechbar macht.

- Gesetzliche Verankerung der psychosozialen Fachkräfte in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV).
- § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden: "Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, pflegerische und psychosoziale Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie der psychosozialen Unterstützung [EF1] und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; (...).
- Auskömmliche Finanzierung der Palliativdienste sowie der Palliativstationen im Krankenhaus. Beachtung, Anerkennung und Erhalt der Besonderheiten der stationären Palliativversorgung im Krankenhaus im Rahmen der Krankenhausstrukturreform.
- Sicherstellung eines Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachpersonal in der Palliativversorgung im Verhältnis von 1:50 Bewohnerinnen und Bewohnern in der vollstationären Pflege durch eine entsprechen-

de Regelung im § 8 Abs. 6 SGB XI. Diese Ausgaben der Pflegekassen sind aber über die Krankenkassen gegenzufinanzieren. Mehrbelastungen für Bewohner sind zu vermeiden.

EMPFEHLUNG

Förderung der Trauerbegleitung

Trauerprozesse sind wahrzunehmen, Räume für Trauer zu schaffen sowie den Ausbau und die Förderung von niedrigschwelliger Trauerbegleitung zu ermöglichen.

BEGRÜNDUNG

Menschen nach einer existentiellen Verlusterfahrung (z. B. durch den Tod einer nahestehenden Bezugsperson) fühlen sich häufig einsam und allein. Trauer ist eigentlich eine gesunde Reaktion auf Verlust. Dennoch haben viele Menschen in ihrem Umfeld verlernt, mit dem Gedanken- und Gefühlschaos und den damit verbundenen körperlichen und psychischen Reaktionen umzugehen. Unbewältigte Trauer führt zu Einschränkungen in der Lebensführung und Alltagsbewältigung. Häufig gibt es einen sogenannten „Nachsterbewunsch“, das ist normal. Manchmal aber ist dieses Gefühl so intensiv und anhaltend, dass auch hieraus der Wunsch nach Suizid entstehen kann. So will man nicht weiterleben – es fehlt an Strategien, mit Trauer umzugehen. Daraus können suizidale Krisen entstehen, denen mit niedrigschwelligen, auch qualifizierten, Trauerbegleitungsangeboten, Selbsthilfegruppen und peer to peer-Angeboten analog wie digital begegnet werden kann. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, Trauerprozesse wahrzunehmen, Räume zu schaffen, in denen Trauer thematisiert werden kann, sowie bundesweit niedrigschwellige Angebote der Trauerbegleitung zu fördern. Diese Aufgaben fehlen in der bisherigen nationalen Suizidpräventionsstrategie und sind dort zu ergänzen.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Das Wissen um Trauer und Verlusterfahrung in allen Altersstufen sowie das Miteinander und die gegenseitige Unterstützung in der Zeit der Trauer sind in der Gesellschaft zu fördern.

Die vorhandenen niedrigschwelligen Trauerbegleitungsangebote müssen weiter ausgebaut und weiterentwickelt werden. Für die im Kontext der Hospizarbeit gewachsenen sowie bestehenden Trauerbegleitungsangebote sind neue Förderungswege zu schaffen, denn die Trauerbegleitungsangebote der ambulanten Hospizdienste sind bisher freiwillige und nicht geförderte Angebote.

- In der Nationalen Suizidpräventionsstrategie ist das Thema Umgang mit Trauer als Teil der Suizidprävention zu verankern.
- Das Wissen um Trauer und Verlusterfahrung sind in der Gesellschaft zu fördern.
- Es ist notwendig, Räume zu schaffen, in denen Trauer thematisiert werden kann.
- Bundesweit sind niedrigschwellige Angebote der Trauerbegleitung zu fördern.

6. HINTERBLIEBENE, AN- UND ZUGEHÖRIGE IM KONTEXT DER SUIZIDPRÄVENTION

EMPFEHLUNG

An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene nach Suizid und bei Suizidalität sind eine zentrale Zielgruppe der Suizidprävention. Verlässliche Hilfen für diese Zielgruppe müssen weiterentwickelt und strukturell abgesichert werden – durch flächendeckende, niedrigschwellige und regelfinanzierte Unterstützungsangebote (inkl. Kostenübernahme psychosozialer Begleitung ohne Diagnose).

BEGRÜNDUNG

Von jedem Suizid und Suizidversuch sind schätzungsweise im Durchschnitt mindestens sechs nahestehende Menschen betroffen. Einige Autoren schätzen sogar bis zu 135 Betroffenen nach einem Suizid (Cerel et al, 2018). Legt man 10.000 Suizide und 100.000 Suizidversuche im Jahr zugrunde, sind allein nach der konservativen Schätzung mehr als 60.000 Menschen von einem Suizid und mehr als 600.000 Menschen von einem Suizidversuch betroffen. Eine noch höhere, aber nicht zu quantifizierende Anzahl von Personen ist teilweise langfristig belastet durch Suizidalität von Menschen in ihrer nahen Umgebung, sei es durch deren suizidale Äußerungen, Suizidankündigungen oder suizidale Handlungen.

An- und Zugehörige nach einem Suizid – eine besondere Herausforderung

Der Suizid einer nahestehenden Person führt häufig zu einer Form der Trauer, die sich durch mehrere Belastungsfaktoren zeigt. Besonders erschwert wird die Trauer durch das nach einem Suizid häufig auftretende Gefühl, versagt zu haben, am Tod mitschuldig zu sein und ihn hätte verhindern zu können (Jordan, 2011). Eine weitere Belastung entsteht durch die Haltung des sozialen Umfelds und die gesellschaftliche Wahrnehmung des Suizids, die die An- und Zugehörigen stigmatisiert und in ihnen nicht selten „Mitschuldige“ sieht. Dies führt häufig dazu, dass der Suizid nach außen verschwiegen wird und auch innerhalb der Familie, z. B. als „Familiengeheimnis“, nicht aufgearbeitet werden kann. Diese besondere Situation hat zur Folge, dass Trauerprozesse außergewöhnlich lange andauern können und eine Suche nach Unterstützung nicht in Betracht gezogen werden kann. Problematisch ist das Fehlen spezifischer Angebote für diesen Personenkreis, zumal Angebote des Gesundheitswesens ohne die Zuschreibung einer diagnostisch deklarierten psychischen Beeinträchtigung Hilfen nicht abrechnen können. Die Notwendigkeit einer psychiatrischen Diagnose, um Hilfen in Anspruch zu nehmen, empfinden viele Trauernde als stigmatisierend und ist damit eine beträchtliche Hürde.

Statistisch gesehen ist der Suizid einer Person in der Familiengeschichte ein Risikofaktor für eigenes suizidales Erleben und Verhalten (Molina et al., 2019). Daher sollte die Möglichkeit einer Regelfinanzierung sowohl von Selbsthilfeorganisationen nach Suizid als auch die Möglichkeit der Abrechenbarkeit von Leistungen ohne Diagnose in allen anderen psychosozialen und therapeutischen Angeboten für diesen Personenkreis ermöglicht werden. In Form von Kampagnen zu einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention sollten diese Hilfsmöglichkeiten auch entstigmatisiert und breit bekannt gemacht werden.

Angebote für Kinder und Jugendliche

Jugendliche erleben Suizide, Suizidversuche und Suizidgedanken von Erwachsenen oft als Zurückweisung oder Ablehnung und fühlen sich schuldig daran. Dies beeinträchtigt ihre Entwicklung erheblich und kann lebenslange Folgen bis hin zur eigenen Suizidalität haben. Es sollte geregelt werden, dass Kinder und Jugendliche nach suizidalen Handlungen (z. B. einem Suizidversuch) ihrer Eltern oder anderer relevanter Bezugspersonen schnell, unkompliziert und vorrangig Unterstützung erhalten können.

An- und Zugehörige von suizidgefährdeten Personen

Die Suizidalität nahestehender Personen stellt eine erhebliche Belastung für Beziehungen dar. Hierzu zählen suizidale Gedanken, suizidale „Drohungen“, „Schuldzuweisungen“ sowie Suizidversuche. Die nahestehenden Personen werden nicht selten in die suizidale Dynamik eingebunden, beispielsweise indem sie verpflichtet werden, nicht mit Dritten über die Situation zu sprechen. Nicht selten fühlen sich nahestehende Menschen sehr hilflos und sowohl mitverantwortlich für die Suizidalität als auch für das Überleben des Betroffenen. Es ist für sie keine nahe-

liegende Option, sich in dieser Situation selbst Unterstützung zu suchen. Dabei hat die Unterstützung von An- und Zugehörigen eine suizidpräventive Wirkung. Sie stärkt die Resilienz der Betroffenen, aktiviert eigene Supportmöglichkeiten und fördert den angemessenen Umgang mit suizidalen Personen. Als bedeutsame Kontaktpersonen können die suizidgefährdeten Personen den Weg zu Hilfsangeboten ebnen. Auch für diese Personenkreise sollen Angebote entwickelt und die Möglichkeit der Abrechnung von psychosozialen und psychiatrischen Leistungen ohne Diagnose in bestehende Angebote integriert werden.

An- und Zugehörige von Personen, die einen assistierten Suizid erwägen oder nach einem assistierten Suizid

Wenn Menschen einen assistierten Suizid erwägen, ist dies für nahestehende Personen oft eine große Belastung. Dies gilt besonders, wenn sie z. B. diesen Wunsch nicht teilen, es als Vertrauensbruch erleben oder sich zurückgewiesen fühlen. Häufig besteht Hilflosigkeit aufgrund von Unkenntnis über die eigenen Handlungsmöglichkeiten und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Suizidbeihilfe. Betroffene benötigen häufig Unterstützung bei der Bewältigung dieser Situation, sowohl in psychosozialer als auch in rechtlicher Hinsicht (García et al., 2025). Insbesondere nach einem vollendeten assistierten Suizid ist zu beachten, dass die Trauer durch Faktoren erschwert werden kann, die auch bei einem Suizid ohne Assistenz auftreten. Für diesen Personenkreis sind Unterstützungsangebote unabhängig von Beratungsangeboten zum assistierten Suizid zu entwickeln und zu finanzieren.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Bezug zu einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention

In allen beschriebenen Fällen ist es notwendig, darauf hinzuweisen, dass Hilfen möglich sind und wo sie erhalten werden können. Neben der Entwicklung und dem Ausbau entsprechender Angebote ist deshalb in Kampagnen mit dem Bezug zu einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention darauf Bezug zu nehmen. Es entstigmatisiert die Suche nach Hilfe und Unterstützung und eröffnet den Menschen die Möglichkeit, in diesen Situationen die Inanspruchnahme von Hilfe als erstrebenswert und normal zu betrachten.

- Bestehende Angebote für die Unterstützung von Hinterbliebenen nach einem Suizid sollten auskömmlich finanziert und weiter ausgebaut werden.
- Für An- und Zugehörige suizidaler Personen sollen Beratungsangebote entwickelt und zur Verfügung gestellt werden.
- Zur Verbesserung der Unterstützung von An-, Zugehörigen und Hinterbliebenen nach Suizid könnte geprüft werden, ob diese in § 20 Abs. 3 (neue Nummer 9) und 5 SGB V aufgenommen werden. Für diese Personengruppe könnte geprüft werden, ob Haus- und Fachärzte Empfehlungen für präventive Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V aussprechen können.
- Es sollte für Hinterbliebene nach Suizid und An- und Zugehörige suizidaler Personen die Möglichkeit einer Kostenübernahme psychosozialer Begleitung ohne Diagnose geschaffen werden in § 20 Abs. 3 (neue Nummer 9) und 5 SGB V.

7. METHODENRESTRIKTION REGELHAFT VERANKERN

EMPFEHLUNG

Der Zugang zu bestimmten Suizidmitteln ist durch geeignete Maßnahmen zu beschränken.

BEGRÜNDUNG

Die Methodenrestriktion gehört zu den suizidpräventiven Maßnahmen mit der stärksten wissenschaftlichen Evidenz (Zalsman et al., 2016). Es ist nachgewiesen, dass der Zugang zu einer Methode nicht nur Einfluss auf die methodenspezifische, sondern auch auf die Gesamtsuizidrate haben kann. Betroffene, die im Moment der absoluten suizidalen Zuspitzung an der Umsetzung ihrer Intention gehindert werden (z. B. weil eine Brücke gesichert ist), weichen in der Regel nicht an diesem Tag, noch in der Folge auf eine andere Methode aus. Die Mehrheit (ca. 90 - 95%) nimmt sich im weiteren Verlauf NICHT das Leben (Seiden, 1978). Die in Deutschland am häufigsten gewählte Methode ist die Strangulation und ist als solche der Methodenrestriktion schwer zugänglich. Alle anderen Möglichkeiten wie z. B. Sprünge von hohen Gebäuden, Schienensuizide, Intoxikation mit Medikamenten/Chemikalien etc. sind jedoch einer Einschränkung zugänglich und sollten deshalb in einer Strategie verankert werden

- Diese betrifft z. B. das Baurecht. So sollte beim Bau neuer öffentlich zugänglicher Gebäude, v. a. jedoch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die bauliche Suizidprävention gesetzlich verpflichtend eingeplant werden. Beim Detektieren eines Hot-Spots sollen Sicherungsmaßnahmen verpflichtend gemacht werden.
- Der Zugang zu potenziell tödlichen Substanzen muss über die Beschränkung von Packungsgrößen/-verordnungen weiter reglementiert werden. Es muss ermöglicht werden, dass Kleinpackungen und Auseinzelungen von Tabletten aus suizidpräventiven Gründen verordnet werden können. Hierzu sind die regulatorischen Rahmenbedingungen sowie die Kompetenzen der zuständigen Institutionen und Bundesbehörden entsprechend anzupassen.
- Ein weiterer Bereich der Methodenrestriktion betrifft die Schienensuizide. Hierzu existiert bei der Deutschen Bahn eine interne Erfassung. Schienenabschnitte mit gehäuften Suiziden sind bekannt. Detektierte Hot-Spots - auch an Autobahnen und Autobahnbrücken insbesondere in der Nähe von psychiatrischen Kliniken - müssen verpflichtend gesichert werden.
- Mit der Möglichkeit, Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen, wurde ein zusätzlicher Zugang zu Suizidmitteln eröffnet. Es müssen alle Maßnahmen ergriffen werden, die dazu geeignet sind, einer Normalisierung dieser Methode entgegenzuwirken.*

** Aus der Perspektive der Suizidprävention ist deshalb die Etablierung eines umfassenden Schutzkonzepts für vulnerable Gruppen (=suizidgefährdete Risikogruppen) auf legislativer Ebene geboten. Alle Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens müssen Lebensräume bleiben, in denen keinerlei Druck in Richtung assistiertem Suizid ausgeübt wird. Dies kann beispielsweise durch die Einschränkung der Werbung zum assistierten Suizid sowie durch Regelungen für den Zugang zu vulnerablen Bereichen, wie beispielsweise Einrichtungen der Psychiatrie, Einrichtungen des Justizvollzugs, der Jugendhilfe und der Langzeitpflege, gewährleistet werden.*

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Die Beschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln gilt beispielsweise für die Sicherung von Hotspots ("High risk places") oder auch für die Packungsgrößen bestimmter Medikamente. Die Häufigkeit der unterschiedlichen Suizidmethoden, lokale und zeitliche Suizidcluster, müssen vollständig, kontinuierlich und zeitnah erfasst und wissenschaftlich ausgewertet werden, um aktuelle Entwicklungen umgehend zu erkennen und ohne Verzögerung mit Maßnahmen begegnen zu können. Beim Neubau und bei Rekonstruktionen von Gebäuden der medizinischen, betreuenden und rehabilitativen Einrichtungen ist ein Nachweis baulicher Suizidpräventionsmaßnahmen zu fordern.

- Methodenrestriktion regelhaft verankern: Methodenrestriktion ist als wirksame Maßnahme der Suizidprävention gesetzlich und untergesetzlich zu verankern, insbesondere im Bau-, Arzneimittel- und Verkehrsrecht.
- Hotspots und Verkehrswege verbindlich sichern: Für bekannte High-Risk-Places wie Brücken, Bahnstrecken, Bahnhöfe sowie Autobahnen und Autobahnbrücken, insbesondere in der Nähe von psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern, sind verbindliche Verfahren zur Identifikation, Bewertung und Absicherung vorzusehen.
- Bauliche und regulatorische Standards schaffen: Suizidpräventive Anforderungen sind bei öffentlichen Gebäuden und Hotspots in den Bauordnungen der Länder zu berücksichtigen; für den Schienenverkehr sind geeignete Vorgaben insbesondere über Planfeststellungsverfahren, das Eisenbahn-Bundesamt und eine Ergänzung der EBO zu verankern.
- Zugang zu tödlichen Mitteln begrenzen: Der Zugang zu potenziell tödlichen Medikamenten und Substanzen ist durch geeignete Regelungen im Arzneimittelrecht, insbesondere auch im Hinblick auf Packungsgrößen und Verordnungsfähigkeit nach § 31 SGB V, weiter zu beschränken.
- Datenerfassung und wissenschaftliche Auswertung verstetigen: Suizidmethoden, Hotspots und Sicherungsmaßnahmen müssen kontinuierlich erfasst und aktuell wissenschaftlich ausgewertet werden, um wirksame Präventionsmaßnahmen gezielt weiterzuentwickeln.

8. EINRICHTUNG EINER FACHSTELLE SUIZIDPRÄVENTION DES BUNDES UNTER EINBEZUG DER ZIVILGESELLSCHAFTLICHEN STRUKTUREN

EMPFEHLUNG

Wir empfehlen eine dauerhaft finanzierte, unabhängige Fachstelle als zentrale Struktur zur Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Suizidpräventionsstrategie, die Koordination, Qualitätssicherung, Monitoring, Vernetzung und die Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure verbindlich übernimmt.

BEGRÜNDUNG

Suizidprävention ist ressort- und ebenenübergreifend (Bund/Länder/Kommunen) und scheitert ohne klare Zuständigkeiten und an fehlender Verstetigung. Es fehlt eine Stelle, die Ziele, Umsetzungspläne und Qualitätsindikatoren systematisch entwickelt, Akteure koordiniert und die Wirksamkeit von Maßnahmen fortlaufend überprüft. Eine verlässliche Einbindung zivilgesellschaftlicher Kompetenz sowie eine einheitliche Sichtbarkeit und Vernetzung niedrigschwelliger Hilfen sind zentrale Voraussetzungen, um Zugänge zu Hilfe zu vereinfachen und Qualität bundesweit zu sichern.

UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG

Wir halten es für erforderlich, dass die Fachstelle der Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Suizidpräventionsstrategie dient. Zu ihren zentralen Aufgaben soll zum einen die fachliche Konzeption und Planung über klare Zielformulierungen, Umsetzungspläne und Indikatoren der Qualitätssicherung gehören. Zum anderen soll sie die beteiligten Akteure im Bereich der Suizidprävention koordinieren und begleiten. Insbesondere soll sie die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und relevanten Ressorts organisatorisch bündeln, Zuständigkeiten klären und Doppelstrukturen vermeiden, einschließlich der systematischen Berücksichtigung kommunaler Ebenen und sektorenübergreifender Schnittstellen.

Die Fachstelle sollte:

- Die zivilgesellschaftliche Mitwirkung an Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Suizidpräventionsstrategie strukturell absichern. So sollten beispielsweise das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) als unabhängiges Kompetenz- und Netzwerkzentrum, die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention als Fachgesellschaft sowie weitere in der Suizidprävention engagierte zivilgesellschaftliche Institutionen regelhaft eingebunden werden.
- Eine verlässliche finanzielle und organisatorische Förderung zentraler zivilgesellschaftlicher Strukturen der Suizidprävention ermöglichen.
- Die Einrichtung einer bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention entwickeln und koordinieren und dazu eine regelmäßig aktualisierte Datenbank von Hilfsangeboten und einen Webaufritt vorhalten (siehe Kapitel 1).
- Den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Hilfen fachlich unterstützen und die technische Vernetzung bestehender Angebote fördern, so dass Zugänge einheitlich erkennbar und vereinfacht werden, ohne bestehende Trägerstrukturen zu verdrängen.
- Ein kontinuierliches Monitoring des Suizidgeschehens und der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen sicherstellen, sich für eine bessere Datenlage einsetzen und einen jährlichen Bericht mit Umsetzungsstand, Handlungsempfehlungen und Prioritäten dem Bundestag und der Öffentlichkeit vorlegen.
- Bewirken, dass die bestehenden und etablierten Angebote miteinander Qualitätsstandards für suizidpräventive Programme, Interventionen und Schulungen entwickeln bzw. bündeln. Sie sollte deren Implementierung unterstützen und eine systematische Evaluation etablieren.
- Die Fort- und Weiterbildung sowie Qualifizierung von für die Suizidprävention wichtigen Gatekeepern und relevanten Berufsgruppen durch anschlussfähige Curricula, Standards und Transfers in die Praxis in Kooperation mit Ländern, Kammern, Trägern und Fachgesellschaften fördern und sicherstellen.
- Die Einrichtung eines unabhängigen, fachlich ausgewiesenen Medienzentrums für Suizidprävention bzw. eine dauerhaft erreichbare Anlaufstelle für Medien (Beratung, Empfehlungen, Fortbildungen, Interventionen, Medienbeobachtung und Forschung) – in kompetenter zivilgesellschaftlicher Trägerschaft befördern.

- Forschung, Evaluation und Modellvorhaben zur Suizidprävention unterstützen.
- Strukturelle Ansatzpunkte ressortübergreifend fachlich koordinieren. Dazu zählen insbesondere Maßnahmen der Methodenrestriktion und Hotspot-Sicherung sowie regulatorische Handlungsoptionen im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten.
- Internationale Evidenz und Best Practices systematisch auswerten und für Deutschland in die Diskussion einbringen und ggf. adaptieren, um wirksame Instrumente schneller verfügbar zu machen und die nationale Strategie anschlussfähig weiterzuentwickeln.

LITERATUR

AWMF online. (2026 - in Abstimmung). S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität—Registernummer 038—028 [Register]. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028>

Bandieri, E., Castellucci, E., Potenza, L., Luppi, M., & Bruera, E. (2025). Assisted suicide and euthanasia requests in early palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 15(1), 59–60. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005072>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). NaSuPs - Nationale Suizidpräventionsstrategie.

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2018). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>

Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: An analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, 2(6), e260–e266. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30075-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0)

García, C. F.-P., Cantero-García, M., Dorta-Afonso, D., & Rueda-Extremuera, M. (2025). Factors associated with suicidal ideation in healthcare personnel: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1717231. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1717231>
HilfetelefonG - Gesetz zur Einrichtung und zum Betrieb eines bundesweiten Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen“ (2012). <https://www.gesetze-im-internet.de/hilfetelefon/BjNR044800012.html>

Jordan, J. R. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91–102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>

Kaess, M., Schnyder, N., Michel, C., Brunner, R., Carli, V., Sarchiapone, M., Hoven, C. W., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J.-P., Keeley, H., Keresztesy, A., Podlogar, T., Postuvan, V., Varnik, A., ... Wasserman, D. (2022). Twelve-month service use, suicidality and mental health problems of European adolescents after a school-based screening for current suicidality. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 229–238. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01681-7>

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>

MAPS (2025). Mapping Care and Needs: Bundesweites quantitatives und qualitatives Versorgungsmapping und zielgruppenspezifische Bedarfsanalyse für Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten (MAPS). (2025, Mai 14). Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/maps>

Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 9(5), 53. <https://doi.org/10.3390/bs9050053>

RegAS (2025). Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines dauerhaften Registers zur Erfassung und Analyse assistierter Suizide (RegAS). (2025, Mai 14). Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/regas>

Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., Urban, B., Fiedler, G., Braun-Scharm, H., Fink, S., Lukaschek, K., Perrar, K. M., Plener, P., Schwab, F., Sperling, U., Voltz, R., Wagner, B., & Wolfersdorf, M. (2021). Suizidprävention Deutschland—Aktueller Stand und Perspektiven. *NaSPro*. <https://doi.org/10.17170/kobra-202107014195>

SESiD (2025). Systematische Erhebung von Suizidversuchen in Deutschland (SESiD). (2025, Mai 14). Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/sesid>

Seiden, R. H. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 8(4), 203–216.

Statistisches Bundesamt. (2025). Todesursachen. Destatis. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html

Sultana, A., Tasnim, S., Sharma, R., Pawar, P., Bhattacharya, S., & Hossain, M. M. (2021). Psychosocial Challenges in Palliative Care: Bridging the Gaps Using Digital Health. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(3), 442–447. https://doi.org/10.25259/IJPC_381_20

World Health Organization (Hrsg.). (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Für weitere Literaturhinweise nutzen Sie bitte den untenstehenden QR-Code/Link:

https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260615_Buendnispapier_Literatur.pdf

