

Stellungnahme

Malteser Hilfsdienst e.V. und Malteser Deutschland gGmbH

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Stand: 25.06.2026

Inhalt

A Allgemeine Vorbemerkungen	2
1 Grundlegende Bewertung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention.....	2
2 Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	3
3 Unzureichende finanzielle Mittel	4
B Zentrale Ergänzungsbedarfe	5
1 Schutzkonzept für vulnerable Gruppen.....	5
2 Fortschreibung und Ausbau des Hospiz- und Palliativgesetzes und gesetzliche Verankerung der niedrigschwelligen Trauerbegleitung.....	5
3 Professionelle medizinisch-somatische und -psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung stärken	6
4 Hinterbliebene, An- und Zugehörige im Kontext der Suizidprävention	7
C Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen.....	7
Artikel 1 Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden.....	7
§ 1 Ziel des Gesetzes.....	7
§ 3 Errichtung einer Bundesfachstelle	8
§ 4 Aufgaben der Bundesfachstelle	8
§ 5 Errichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle.....	11
§ 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder	12
§ 10 Evaluierung	12

A Allgemeine Vorbemerkungen

1 Grundlegende Bewertung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Mit über 100.000 ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden gehören die Malteser zu den großen sozialen Dienstleistern in Deutschland. Die Malteser sind Träger von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und stationären Hospizen, von Jugendhilfeeinrichtungen (insbesondere für psychisch erkrankte Jugendliche) und Einrichtungen für Geflüchtete. Sie sind einer der größten Anbieter in der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, engagieren sich in der Hospizarbeit und Palliativversorgung genauso wie in der Trauerbegleitung. Zu den Arbeitsschwerpunkten gehört die Betreuung und Begleitung einsamer, alter, hilfsbedürftiger und insbesondere demenziell veränderter Menschen. In all diesen Diensten und Einrichtungen werden Menschen jeden Alters begleitet und versorgt, die Todeswünsche und Suizidgedanken entwickeln können.

Die Malteser begrüßen ausdrücklich das Vorhaben, Suizidprävention gesetzlich zu verankern und damit den politischen Auftrag zur Stärkung suizidpräventiver Strukturen in Deutschland aufzugreifen. Dieses Anliegen ist richtig, dringend und überfällig. Mehr als 10.000 Suizide und weit über 100.000 Suizidversuche jährlich machen deutlich, dass Suizidprävention eine Aufgabe von höchster gesellschaftlicher, gesundheitspolitischer und sozialpolitischer Relevanz ist. Hinter jeder Zahl stehen einzelne Menschen in existenziellen Krisen, aber auch Angehörige, Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen, Einsatzkräfte, professionelle Helfende und soziale Umfeldler, die häufig langfristig betroffen bleiben. Gerade deshalb darf Suizidprävention nicht länger als in zeitlich befristeten (Projekt-)Maßnahmen oder als nachrangiger Bestandteil allgemeiner Krisenversorgung verstanden werden. Sie braucht verlässliche, auf Kontinuität angelegte Strukturen und eine breite gesellschaftliche Verankerung, die sich in konkreten Angeboten mit klaren Zuständigkeiten und dauerhaften Finanzierung abbilden.

Zu würdigen ist, dass der Referentenentwurf wichtige Anliegen aufgreift: Hilfesysteme sollen besser vernetzt, ein telefonisches Hilfsangebot in Akutsituationen sichergestellt, Wissen über Suizidalität gestärkt, die Datenlage verbessert und Forschung sowie Fort- und Weiterbildung gefördert werden. Auch die vorgesehene Einrichtung einer Bundesfachstelle sowie eines Fachbeirats können wichtige Schritte zur Stärkung der Suizidprävention sein, wenn sie nicht als Ersatz für bestehende zivilgesellschaftliche Strukturen verstanden werden, sondern deren Expertise einbinden, sichtbar machen und stärken. Positiv ist zudem, dass der Entwurf die Sicherung von Qualitätsstandards, die Bündelung bestehender Informationsangebote, eine bessere Datenerhebung und die Methodenrestriktion als besonders effektive Instrumente der Suizidprävention in den Blick nimmt. Damit werden die zentralen Herausforderungen benannt, die auch in den fachlichen Empfehlungen zentraler Akteure der Suizidprävention sowie der Palliativversorgung und Hospizarbeit, u.a. der Malteser, für eine bessere Suizidprävention genannt werden.

Aus Sicht der Malteser bleibt der Entwurf jedoch deutlich hinter dem zurück, was für eine wirksame und nachhaltige Suizidprävention erforderlich wäre, denn Prüf- und Konzeptionierungsabsichten machen den Großteil des Gesetzes aus. Menschen in suizidalen Krisen brauchen aber nicht erst in einigen Jahren eine bessere Versorgung. Sie brauchen zeitnah erreichbare, niedrigschwellige, qualifizierte und verlässlich finanzierte Hilfen. Ein Suizidpräventionsgesetz muss deshalb mehr leisten, als Aufgaben zu beschreiben und zukünftige Konzepte anzukündigen. Es muss konkrete Maßnahmen, Angebote und Strukturen auf den Weg bringen, insbesondere zur Methodenrestriktion oder zur Sicherung niederschwelliger Suizidpräventionsangebote, die zeitnah spürbare Verbesserungen ermöglichen für Betroffene, An- und Zugehörige und die involvierten Einrichtungen und Dienste des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen.

Auch der Prozess der Entwurfserarbeitung wirft aus Sicht der Malteser Fragen auf. Bereits beim Entwurf 2024 war die Beteiligung der Fachverbände und Organisationen der Suizidprävention zeitlich und inhaltlich unzureichend. Auch beim aktuellen Entwurf entsteht der Eindruck, dass nicht die gesamte Breite der suizidpräventiven Expertise regelhaft und transparent einbezogen wurde. Gerade weil Suizidprävention auf Vertrauen, Fachlichkeit und Kooperation angewiesen ist, sollte der Gesetzgeber die vorhandenen zivilgesellschaftlichen und fachlichen Strukturen regelhaft anhören und einbinden.

2 Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Der Entwurf hebt die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Suizidprävention hervor, unterlässt es dann jedoch, Suizidprävention in der notwendigen Vielschichtigkeit und Breite in der Gesellschaft zu verankern, da wichtige Bereiche und Bedarfe wie der Pflegesektor, der weitere Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung, Trauerbegleitung und weitere Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige keine Berücksichtigung finden. Diese Versorgungsstrukturen und Angebote haben insbesondere eine hohe Relevanz in der Gruppe der über 65-Jährigen, in der aktuell ansteigende Suizidzahlen festgestellt werden können.¹

Wie der Entschließungsantrag „Suizidprävention stärken“, der 2023 mit überwältigender Mehrheit des Bundestages verabschiedet wurde, fordert, muss Suizidprävention in den Alltagswelten der Betroffenen ansetzen: dort, wo Menschen leben, arbeiten, lernen, gepflegt, begleitet, behandelt, beraten oder in Krisen unterstützt werden. Dem wird der aktuelle Gesetzesentwurf nicht gerecht.

Aus der langjährigen Erfahrung der Malteser in der Begleitung und Versorgung von Menschen in existenziellen Krisen wissen wir, dass sich hinter einem Todeswunsch häufig ein Hilferuf verbirgt. Wer sagt: „Ich will nicht mehr leben“, meint meist: „Ich will so, wie es jetzt ist, nicht mehr leben.“ Es sind also die Lebensumstände, die als unerträglich erlebt werden. Eine der zentralen Aufgaben von Suizidprävention ist, bei der Verbesserung dieser Lebensumstände anzusetzen. Dies versäumt der vorliegende Gesetzesentwurf, was negativ

¹ NaSPro: Suizide in Deutschland 2024, <https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten/suizidstatistiken> [Zugriff am 27.07.2026].

verstärkt wird durch die aktuellen Reformpläne der Bundesregierung: Wo Ausbau und Stärkung notwendig wären, werden Einsparungen umgesetzt und weitere Kürzungen geplant: Während es einen besseren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung bräuchte, wurden hier Einschnitte beschlossen. In der stationären Pflege werden die hohen Eigenanteile bei den Pflegeheimkosten weiter gesteigert und es wird diskutiert, die Schwellen für höhere Pflegegrade anzuheben. Gleichzeitig werden die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige erschwert. Defacto führen diese Maßnahmen zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation von besonders vulnerablen Personengruppen mit einem erhöhten Suizidrisiko – ältere und hochaltrige, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen.

3 Unzureichende finanzielle Mittel

Die im Gesetzesentwurf angesetzten finanziellen Mittel sind völlig unzureichend, wenn man die Suizidpräventionsstrukturen in Deutschland zeitnah stärken und ausbauen will. Waren schon im Entwurf 2024 die zur Verfügung stehenden Mittel zu niedrig angesetzt, werden diese im aktuellen Gesetzesvorschlag sogar noch weiter unterschritten und decken hauptsächlich die Einrichtung der Bundesfachstelle für Suizidprävention und des Fachbeirats ab. Die dringend erforderliche gesetzliche Regelfinanzierung, die bestehende niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote sicherstellen würde, ist im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Viele der Angebote sind prekär finanziert oder laufen aus, obwohl sie eine wichtige Grundlage der Suizidprävention darstellen und es bei Betroffenen einen Bedarf gibt, der die bestehenden Kapazitäten um ein Vielfaches überschreitet. Ein Gesetz, das Suizidprävention ernst nimmt, muss erfolgreiche Angebote mit nachgewiesener Wirksamkeit auch in eine Regelfinanzierung überführen. Andernfalls entsteht ein Kreislauf befristeter Modellprojekte, der weder den Trägern noch den Hilfesuchenden die notwendige Verlässlichkeit bietet. Auch wären Mittel für das Betreiben einer einheitlichen Rufnummer für Suizidprävention erforderlich. Mit einem überschaubaren Betrag – vergleichbar mit den Ressourcen für das Hilfefon Gewalt gegen Frauen – könnte ein flächendeckendes Angebot mit hoher Wirksamkeit sichergestellt werden.

Der dem Gesetzentwurf auferlegte Sparzwang ist zu kurz gedacht und führt letztendlich zu Mehrkosten: Denn Investitionen in die Suizidprävention dienen nicht allein dem Schutz von Leben und Gesundheit. Sie vermeiden gleichzeitig erhebliche gesellschaftliche Folgekosten durch verlorene Lebensjahre, Behandlungs- und Versorgungskosten, Produktivitätsverluste sowie die langanhaltenden Belastungen von Angehörigen und sozialem Umfeld. Obwohl der Gesetzesentwurf anerkennt, dass die Vielzahl von suizidpräventiven Initiativen, Hilfsangeboten und Programmen seit den 1980er Jahren wirksam waren und zur Halbierung der Suizidrate beigetragen haben, enthält er unzureichende Maßnahmen zur Sicherung und zum Ausbau solcher Strukturen und läuft damit Gefahr, lediglich Symbolcharakter zu haben.

B Zentrale Ergänzungsbedarfe

1 Schutzkonzept für vulnerable Gruppen

Mit der Möglichkeit, Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen, wurde ein zusätzlicher Zugang zu Suizidmitteln eröffnet. Aufgrund einer bislang fehlenden verpflichtenden bundesweiten Erfassung von assistierten Suiziden, die dringend gesetzlich verankert werden muss, können Entwicklungen im Bereich Suizidassistenten nur auf Grundlage der öffentlich berichteten Fallzahlen betrachtet werden, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. Die öffentlich zugänglichen Zahlen zeigen für den Zeitraum von 2021 bis 2025 eine Steigerung der assistierten Suizide um über 600 %. Besonders auffällig ist, dass überwiegend ältere Menschen betroffen sind.

Höhere finanzielle Belastungen, erschwelter Zugang zu Pflegeleistungen, unzureichende Entlastung pflegender Angehöriger, Einsamkeit, fehlende palliative Begleitung oder Lücken in der psychosozialen Versorgung können Gefühle von Ausweglosigkeit, Lastsein, Abhängigkeit und Kontrollverlust verstärken. Gerade bei älteren und pflegebedürftigen Menschen besteht die Gefahr, dass gesellschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen den Eindruck verstärken, das eigene Leben sei für andere eine Belastung.

Suizidprävention kann nicht glaubwürdig gestärkt werden, wenn zugleich Rahmenbedingungen verschlechtert werden, die für ältere, pflegebedürftige und vulnerable Menschen sowie ihre Angehörigen suizidpräventiv bedeutsam sind.

Gemeinsam mit anderen Fachverbänden und Organisationen der Suizidprävention fordern die Malteser, dass alle Maßnahmen ergriffen werden müssen, die dazu geeignet sind, einer Normalisierung der Suizid-Methode assistierter Suizid entgegenzuwirken. Aus der Perspektive der Suizidprävention ist deshalb die Etablierung eines umfassenden Schutzkonzepts für vulnerable Gruppen, die besonders suizidgefährdet sind, 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. Daher setzen sich die Malteser für eine gesetzlich verankerte Schutzraumklausel ein, die sicherstellt, dass Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens nicht dazu verpflichtet werden dürfen, assistierte Suizide zuzulassen oder zu unterstützen.

2 Fortschreibung und Ausbau des Hospiz- und Palliativgesetzes und gesetzliche Verankerung der niedrigschwelligen Trauerbegleitung

Trotz guter Grundlagen durch das Hospiz- und Palliativgesetz 2015 bestehen nach wie vor große Versorgungslücken im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, ausgerechnet an den Orten, an denen nach wie vor Menschen vorrangig sterben: stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser.

Dies ist insofern als Fehlen in der Gesetzesinitiative anzuprangern, da gerade die Hospiz- und Palliativversorgung als ein zentrales Angebot für Menschen am Lebensende als angst-, schmerz- und symptomlindernd verstanden wird. Aus Sicht der Malteser ist dies nicht nachvollziehbar.

Für schwerkranke, sterbende, pflegebedürftige und trauernde Menschen können hospizliche und palliative Begleitung, Schmerz- und Symptomkontrolle, psychosoziale Unterstützung, Seelsorge, gesundheitliche Versorgungsplanung und Trauerbegleitung damit eine zentrale suizidpräventive Wirkung entfalten. Gleichwohl enthält der Entwurf keine Stärkung dieser Strukturen.

Wer Suizidprävention umfassend versteht, muss Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere in der stationären Langzeitpflege, ebenso wie niedrigschwellige Trauerbegleitung als Bestandteil suizidpräventiver Infrastruktur gesetzlich berücksichtigen, weiter ausbauen und finanziell absichern.

Der Erfolg des Hospiz- und Palliativgesetzes von 2015 kann insofern als beispielhaft gelten, dass ein wichtiger Beitrag zur flächendeckenden ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung geleistet wurde. Insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser bedürfen aber einer im SGB V verankerten palliativen Versorgungsstruktur, die palliative Fachkräfte in den Wohnbereichen und auf den Allgemeinstationen vorhält. Nur wenn ein Grundstamm palliativ qualifizierter Fachkräfte in den Pflegeeinrichtungen und auf den Allgemeinstationen der Krankenhäuser existieren, können die spezialisierten Angebote der SAPV oder spezialisierte Palliativdienste im Krankenhaus zielgerichtet aktiviert und eingesetzt werden. In den stationären Pflegeeinrichtungen sollte auf 50 Bewohner*innen eine palliative Fachkraft (100 % Vollzeitäquivalent) kommen.

Die Malteser sprechen sich zudem dafür aus, eine niedrigschwellige Trauerbegleitung im SGB V analog der ambulanten Hospizarbeit (§ 39a SGB V) zu verankern. Gerade diese niedrigschwelligen Trauerbegleitungsangebote wären über einen Sockelbetrag hauptamtlich abzusichern und würde wie in der ambulanten Hospizarbeit so ein ehrenamtliches Engagement und die Verankerung in der Gesellschaft befördern. Trauerbegleitung wirkt Einsamkeit und einem Nachsterbewunsch durch psychosoziale Begleitung qualifizierter Ehrenamtlicher entgegen und damit unmittelbar suizidpräventiv. Darüber hinaus wirken gezielte Trauerangebote für Hinterbliebene nach einem Suizid diesem entgegen (vgl. weiter unten).

3 Professionelle medizinisch-somatische und -psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung stärken

Die Suizidprävention in der medizinisch-somatischen, -psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung muss dauerhaft gestärkt, ausgebaut und verbindlich verankert werden. Zentral dafür ist die Vernetzung der verschiedenen stationären, teil-stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen, um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Dafür braucht es ein strukturiertes, multiprofessionelles Therapie-, Entlass- und

Übergangsmanagement. Darüber hinaus ist ebenso eine Vernetzung der verschiedenen medizinischen Fachbereiche notwendig. Hilfen müssen niedrigschwellig, zeitnah, kostenfrei, auf Wunsch anonym und für schwer erreichbare Gruppen wie ältere Männer, Jugendliche oder immobile Menschen auch aufsuchend verfügbar sein. Umso weniger nachvollziehbar und kontraproduktiv für die Suizidprävention ist es, dass die Bundesregierung durch ihre derzeitigen Sparmaßnahmen die psychotherapeutische Versorgung schwächt.

4 Hinterbliebene, An- und Zugehörige im Kontext der Suizidprävention

An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene nach Suizid oder im Kontext von Suizidalität sind eine zentrale Zielgruppe der Suizidprävention. Sie benötigen flächendeckende, niedrigschwellige und verlässlich finanzierte Unterstützungsangebote – einschließlich psychosozialer Begleitung ohne vorausgesetzte Diagnose.

Von jedem Suizid und Suizidversuch sind zahlreiche nahestehende Menschen betroffen. Häufig erleben sie Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Stigmatisierung und soziale Sprachlosigkeit. Dies kann Trauerprozesse erschweren, eigene Belastungen verstärken und das Suizidrisiko erhöhen. Besonders Kinder und Jugendliche brauchen nach suizidalen Handlungen wichtiger Bezugspersonen schnelle und unkomplizierte Hilfe.

Bestehende Angebote für Hinterbliebene nach Suizid sollten auskömmlich finanziert und ausgebaut werden. Für An- und Zugehörige suizidgefährdeter Personen sind eigene Beratungsangebote zu entwickeln. Zudem sollte geprüft werden, wie diese Zielgruppen in Präventionsleistungen nach § 20 SGB V einbezogen und psychosoziale Begleitung ohne Diagnose finanziert werden können. Eine bundesweit koordinierte Rufnummer zur Suizidprävention sollte diese Hilfen sichtbar machen und ihre Inanspruchnahme entstigmatisieren.

C Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen

Artikel 1 Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden

§ 1 Ziel des Gesetzes

Die Malteser begrüßen ausdrücklich das Ziel, Suizidprävention gesetzlich zu verankern; ein wirksames Gesetz muss jedoch über Koordination, Prüfaufträge und Konzeptentwicklung hinausgehen und konkrete, verbindliche sowie dauerhaft finanzierte Hilfestrukturen schaffen. Suizidprävention ist keine nachrangige Aufgabe der Krisenversorgung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Schutz- und Fürsorgeaufgabe. Der Entwurf erkennt diese gesamtgesellschaftliche Verantwortung zwar an, wird ihr aber nicht gerecht, solange zentrale Lebens- und Versorgungsbereiche wie etwa Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung oder Trauerbegleitung nicht berücksichtigt werden. Gerade weil suizidale Krisen häufig Ausdruck unerträglicher Lebensumstände sind, muss Suizidprävention mit sozialer Teilhabe, guter Versorgung, Entlastung von Angehörigen und dem Schutz vulnerabler Gruppen zusammagedacht werden.

§ 3 Errichtung einer Bundesfachstelle

Die Malteser begrüßen die im Gesetz vorgesehene Einrichtung einer Bundesfachstelle. Gemeinsam mit anderen Organisationen und Fachverbänden der Suizidprävention halten es die Malteser 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 und Zuständigkeiten klären. Dies setzt allerdings voraus, dass die Bundesfachstelle die Kompetenzen und Strukturen etablierter und bewährter Vertreter der Suizidprävention in Deutschland wie die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention oder das Nationale Suizidpräventionsprogramm nutzt und stärkt, statt diese zu ersetzen.

§ 4 Aufgaben der Bundesfachstelle

- **Zu 1.) Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer**

Ein qualifiziertes, 24/7 erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Suizidprävention ist richtig und wichtig und sollte einen zentralen Baustein in einem Suizidpräventionskonzept für Deutschland darstellen. Damit dieses Angebot von Betroffenen gut angenommen wird, fordern die Malteser gemeinsam mit vielen anderen Akteuren der Suizidprävention ein spezifisch suizidpräventives Angebot, das nicht unter eine allgemeinen Krisendienstnummer subsummiert wird. Menschen mit Suizidgedanken, An- und Zugehörige, Hinterbliebene nach Suizid sowie beruflich oder ehrenamtlich mit Suizidalität konfrontierte Personen benötigen einen Zugang, der eindeutig signalisiert: Bei Suizidalität ist diese Nummer zuständig. Krisendienste sind notwendig, haben ihre eigene Berechtigung und sollen durch eine eigene Suizidpräventionsnummer nicht ersetzt werden. Sie werden jedoch in der Bevölkerung nicht selbstverständlich mit Suizidalität verbunden. Neben einem Krisentelefon braucht es daher dringend zusätzlich eine spezifisch suizidpräventive Nummer, die Sichtbarkeit schafft, Hemmschwellen senkt, eine sofortige fachlich qualifizierte Akutberatung bietet und anschließend in bestehende regionale Hilfen vermittelt.

Der große Vorteil einer solchen bundesweit koordinierten und einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention besteht darin, rasch und unabhängig von den bestehenden Versorgungslücken in zahlreichen Bundesländern ein hochwirksames und flächendeckendes Hilfsangebot sicherzustellen. Beispiele aus dem Ausland – etwa aus Spanien – zeigen, wie eine solche spezifische Suizidpräventions-Hotline sofortige Sichtbarkeit und Erreichbarkeit schaffen kann, auch wenn regionale Versorgungsstrukturen sehr unterschiedlich ausgebaut sind.

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.

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.

- **Zu 2.) Handlungskonzepte zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln**

Positiv hervorgehoben werden kann, dass der Gesetzesentwurf die deutlichen suizidpräventiven Effekte der Methodenrestriktion anerkennt. Umso enttäuschender ist daher, dass die Methodenrestriktion keine verbindliche Verankerung im Gesetz erfährt, sondern lediglich die Entwicklung von Handlungskonzepten zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Methodenrestriktion als eine Aufgabe der Bundesfachstelle aufgeführt wird. Stattdessen ist eine verbindliche Verankerung der Methodenrestriktion mit konkreten Umsetzungsaufträge, Zuständigkeiten, Fristen und insbesondere Finanzierungswegen dringend erforderlich.

Der Zugang zu hochletal wirksamen Mitteln und Hotspots („High risk places“) muss durch geeignete Maßnahmen und Regelungen eingeschränkt werden. Dazu gehören etwa die Hotspot-Sicherung, Packungsgrößen von bestimmten Medikamenten und bauliche Präventionsmaßnahmen auch im Bahn- und Verkehrsbereich. Dazu gehört auch die kontinuierliche Erfassung und Auswertung von zeitlichen und lokalen Suizidclustern, um umgehend mit geeigneten Präventionsmaßnahmen gegenzusteuern.

Voraussetzungen für diese Maßnahmen müssen gesetzlich und untergesetzlich verankert werden, insbesondere im Bau-, Arzneimittel- und Verkehrsrecht.

- **Zu 3.-4.) Entwicklung und Veröffentlichung allgemeiner und zielgruppenspezifischer Informationen sowie die Vernetzung bestehender Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote**

Die Malteser begrüßen eine zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationskampagne. Sie trägt dazu bei, für das Thema Suizidalität in der Gesellschaft zu sensibilisieren und damit verbundene Tabus und Stigmata abzubauen. Die Kampagne ist jedoch nur sinnvoll, wenn zeitgleich auch die bestehenden Hilfsangebote gefördert, finanziell gesichert und ausgebaut werden. Eine bloße Öffentlichkeitsarbeit ist nicht ausreichend.

Beim Aufbau einer Angebotsdatenbank ist zwingend notwendig, Informationen zu Art, Zielgruppe, Erreichbarkeit, regionaler Zuständigkeit, Verfügbarkeit, Zugangswegen und Angebotsprofilen der Hilfe- und Versorgungseinrichtungen zu berücksichtigen. Hierbei sind

bestehende Datenbanken und Datenbankkonzepte auf Bundes- und Länderebene einzubeziehen und zu einem digitalen Netzwerk auszubauen. Um eine solche Datenbank kontinuierlich aufzubauen, zu pflegen und stetig auf ihre Aktualität zu überprüfen, bedarf es gesetzlicher Regelungen, klarer Zuständigkeiten, verlässlicher Rahmenbedingungen und einer ausreichenden Finanzierung. Der Gesetzentwurf wird an dieser Stelle nicht konkret, sondern formuliert nur vage den Aufbau einer Datenbank in der Zuständigkeit der Bundesfachstelle.

▪ **Zu 5.) Zusammenarbeit der Länder und der weiteren Akteure**

Ebenso notwendig ist, wie der Gesetzesentwurf richtig betont, eine Vernetzung der Akteure und Länder untereinander. Hierbei sind insbesondere die Fachgesellschaften einzubeziehen, die bereits eine Zusammenarbeit verschiedener Akteure vorantreiben und auf bestehende Netzwerke zurückgreifen können. Zugleich darf die Vernetzung bestehender Angebote und Akteure nicht ins Leere laufen. Regionale und kommunale Netzwerke können nur dann wirksam verknüpft werden, wenn es vor Ort tatsächlich Angebote gibt, die personell und finanziell abgesichert sind. Der Referentenentwurf aus dem Jahr 2024 enthielt noch stärker angelegte modellhafte Förderungen dezentraler und landesbezogener Strukturen. Im aktuellen Entwurf ist diese Förderlogik abgeschwächt. Wenn Länder lediglich auf flächendeckende Krisendienste hinwirken sollen, aber keine überprüfbaren Verpflichtungen, Qualitätsstandards, Fristen oder Finanzierungsregelungen vorgesehen sind, bleibt offen, ob und wann Menschen vor Ort tatsächlich bessere Hilfe erhalten.

▪ **Zu 6.-7.) Fachliche Beratung und Qualitätssicherung**

Im Entwurf wird die Bundesfachstelle als Instanz benannt, die Qualitätskriterien und -standards für suizidpräventive Maßnahmen entwickelt. Die Festlegung solcher Kriterien und Standards ist sinnvoll und wird begrüßt. Die Expertise aus der Praxis liegt jedoch bei den Fachgesellschaften und Akteuren der Suizidprävention. Ein Erarbeitungsprozess ohne diese ist deshalb nicht zielführend. Die Aufgabe der fachlichen Beratung sollte aus demselben Grund nicht bei der Bundesfachstelle, sondern beim Fachbeirat liegen. Deshalb muss eine breitgefächerte Expertise im Fachbeirat vertreten sein bzw. eingebunden werden.

▪ **Zu 8.) Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention**

Die Wirksamkeit zielgruppenspezifischer Fortbildungs-, Informations- und Qualifizierungsangebote in der Suizidprävention ist wissenschaftlich gut belegt. Zugleich zeigt sich in vielen Bereichen – etwa im Gesundheitswesen, in Bildungseinrichtungen, Betrieben, kirchlichen Einrichtungen und ehrenamtlichen Strukturen – ein hoher Bedarf an praxisnahen, qualitätsgesicherten Qualifizierungsangeboten. Daher ist es positiv, dass der Gesetzesentwurf die Entwicklung und Implementierung solcher Weiterbildungsangebote aufgreift. Es bedarf hier jedoch einer verbindlichen berufs- und sektorenübergreifenden Verankerung und dauerhaften Absicherung.

- **Zu 9.-10.) Kontinuierlichen Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention und Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbare Datenerhebung**

Positiv kann festgehalten werden, dass der Gesetzesentwurf die Förderung und Unterstützung der Forschung zur Suizidprävention und zur Suizidalität als wichtige Aufgabe der Bundesfachstelle nennt. Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass der Entwurf eine bessere Datenlage anstrebt. Eine wirksame Suizidprävention braucht verlässliche Informationen über Suizide, Suizidversuche, Risikogruppen, regionale Versorgungslücken, Hotspots, Hilfsangebote und die Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen. 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, einschließlich Monitoring implementierter Sicherungsmaßnahmen,
- assistierte Suizide.

Eine bloße Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zur Suizidalität greift jedoch zu kurz. Sie ermöglicht zwar eine detaillierte Datenerfassung zu Umständen, Methoden und Hintergründen von Suizidversuchen oder Suiziden; die Bundesfachstelle sollte jedoch schon konkrete Schritte einleiten, die in naher Zukunft eine Forschungsdatenbank sicherstellen. Denn die Einrichtung einer solchen Datenbank ist zugleich Voraussetzung für die Evaluation der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen. Die Evaluation ist notwendig, um wirksame von unwirksamen Maßnahmen zu unterscheiden und Ressourcen zielgerichteter einzusetzen. Aus Sicht der Malteser sollte allerdings nicht erst in ferner Zukunft evaluiert werden. Erforderlich sind eine regelmäßige Berichterstattung an den Deutschen Bundestag und die Öffentlichkeit sowie eine laufende Überprüfung, ob die vorgesehenen Maßnahmen tatsächlich suizidpräventiv wirksam sind.

§ 5 Errichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle

Ein Fachbeirat zur Beratung und Unterstützung der Bundesfachstelle sowie der Ministerien in Fragen der Weiterentwicklung und Umsetzung der Nationalen Suizidprävention ist grundsätzlich sinnvoll. Er muss aber die Breite der suizidpräventiven Expertise und Praxis abbilden, daher ist eine Beschränkung auf elf Mitglieder völlig unzureichend. Eine Verengung auf Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen und Verbänden der Suizidprävention, der Forschung und Lehre, von Betroffenen und ihren Angehörigen, der Wissenschaft sowie Polizei und Rettungsdienst wird dem Anspruch des Gesetzesentwurfes, Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten, nicht gerecht. Es braucht eine Repräsentanz aller zivilgesellschaftlichen Akteure. Als Träger von Einrichtungen und

Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens ist es den Maltesern wichtig, in einem solchen Fachbeirat auch die Perspektive derjenigen einzubinden, die Menschen mit Suizidalität behandeln, versorgen und begleiten — etwa Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospizarbeit und Jugendhilfe. Als Referenz kann hier die Breite der Mitgliederorganisationen von NaSPro und DGS genannt werden.

§ 6 Geschäftsordnung des Fachbeirats

Der Fachbeirat sollte sich selbst eine Geschäftsordnung geben.

§ 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

Dass niedrigschwellige Krisendienste in den Bundesländern flächendeckend aufgebaut werden müssen, steht außer Frage. Da die Versorgungslage in den Ländern derzeit bei weitem nicht flächendeckend ist, die Länder zudem im Gesetzentwurf jedoch nicht verpflichtet werden, innerhalb eines bestimmten Zeitfensters einen Krisendienst einzurichten, bleibt völlig offen, wann und ob flächendeckende Krisendienste zur Verfügung stehen werden. Dies hat mindestens verzögernde Auswirkungen auf die Einführung der im Entwurf vorgesehenen bundesweit einheitlichen Rufnummer für Personen in Krisensituationen, welche an die Krisendienste weitervermitteln soll. Denn ohne die Krisendienste in den Ländern fehlt ihr die Voraussetzung.

§ 10 Evaluierung

Eine Evaluierung, die erst für 2038 angesetzt ist, weckt die Befürchtung, dass auf Jahre keine nennenswerten Entwicklungen und zwingend erforderlichen weiteren gesetzlichen Verankerungen in der Suizidprävention zu erwarten sind. Daher ist die Evaluierung deutlich früher anzusetzen. Zusätzlich sollte eine jährliche Berichtspflicht an den Bundestag gesetzlich verankert werden.

Köln, 29. Juli 2026

Malteser Hilfsdienst e.V.

Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH