



WERNER FELBER
INSTITUT

STELLUNGNAHME DES WERNER-FELBER-INSTITUTS

ZUM REFERENTENENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER NATIONALEN SUIZIDPRÄVENTION

1. VORBEMERKUNG

Das Werner-Felber-Institut begrüßt, dass der Referentenentwurf die Bedeutung von Forschung, Daten, Methodenrestriktion, Hotspots und evidenzbasierter Suizidprävention ausdrücklich anerkennt. Dies entspricht dem Kern dessen, was wirksame Suizidprävention braucht: gute Daten, wissenschaftliche Auswertung, praktische Umsetzung und dauerhafte Weiterentwicklung bestehender Präventionsstrukturen.

Gleichzeitig bleibt der Entwurf gerade in diesen Bereichen deutlich zu unverbindlich. Er schafft vor allem Prüf-, Konzeptions- und Koordinationsaufträge, aber keine dauerhaft finanzierte Register- und Forschungsinfrastruktur und keine verlässlichen Umsetzungs- und Implementierungswege für bekannte Präventionsansätze.

2. DATEN UND REGISTER SIND GRUNDLAGE WIRKSAMER SUIZIDPRÄVENTION

Der Referentenentwurf sieht in § 4 Nr. 10 eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität vor. Dabei sollen Risikogruppen, Methoden, Mittel und Schwerpunkttorte von Suiziden und Suizidversuchen identifiziert sowie eine Empfehlung für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung entwickelt werden.

Dieser Vorschlag ist richtig und notwendig. Er reicht jedoch nicht aus. Der Bedarf an besseren Daten ist nicht hypothetisch, sondern evident. Deutschland verfügt bislang nicht über eine bundesweit einheitliche, zeitnahe und wissenschaftlich breit nutzbare Datenbasis zu Suizidversuchen, Suiziden, Hotspots, Sicherungsmaßnahmen, assistierten Suiziden, regionalen Mustern und Versorgungsverläufen.

Ohne solche Daten bleibt Prävention zu oft retrospektiv, fragmentiert und regional zufällig. Register sind keine bürokratische Zusatzstruktur, sondern ermöglichen konkrete und wirksame Prävention: Sie machen Risikomuster sichtbar, zeigen Handlungsbedarf an Hotspots, ermöglichen Forschung, unterstützen Evaluation und helfen, knappe Mittel dorthin zu lenken, wo sie die größte Wirkung entfalten.

- Ein Suizidregister muss Suizide differenziert und zeitnah abbilden.
- Ein Suizidversuchsregister muss Selbstschädigung und Suizidversuche erfassen, soweit dies datenschutzkonform und praktisch möglich ist. Ein Hotspotregister muss bekannte Schwerpunkttorte, Methoden, Sicherungsmaßnahmen und Wirksamkeitsindikatoren dokumentieren.



WERNER FELBER
INSTITUT

- Die Digitalisierung und Vereinheitlichung der Todesbescheinigung als wichtige Datenquelle muss voran gebracht werden.
- Assistierte Suizide müssen statistisch eindeutig und wissenschaftlich auswertbar erfasst werden.
- Die Daten müssen datenschutzkonform, pseudonymisiert, qualitätsgesichert und für Forschung sowie Präventionsplanung nutzbar sein.

3. EVIDENZ FÜR HOTSPOTPRÄVENTION UND HOTSPOTREGISTER NUTZEN

Die internationale Evidenz zu Hotspotinterventionen ist relevant und praktisch nutzbar. Systematische Übersichten und Metaanalysen zeigen insbesondere für Maßnahmen der Zugangsbeschränkung an Hotspots eine deutliche Reduktion von Suiziden an diesen Orten. Auch ergänzende Maßnahmen wie Hinweisschilder, Krisentelefone, Überwachung, geschultes Personal und Intervention durch Dritte zeigen präventives Potenzial. Ein Hotspotregister ist deshalb kein Selbstzweck. Es ist die Grundlage dafür, bekannte Orte zu sichern und nicht nur die Suizidenten, sondern auch Unbeteiligte wie Spaziergänger, Teilnehmende des Öffentlichen Nah- und Fernverkehrs, die Zivilgesellschaft oder Rettungspersonal zu schützen. Gerade an Brücken, Bahnanlagen, Hochhäusern, Türmen und anderen bekannten Schwerpunkorten braucht es einen klaren Ablauf: Meldung - Bewertung - Sicherungskonzept - Finanzierung - Umsetzung - Evaluation.

4. FORDERUNGEN ZU REGISTER, DATENZUGANG UND FINANZIERUNG

1. Der Gesetzestext sollte den Aufbau einer dauerhaften Register- und Surveillance-Struktur verbindlich vorgeben und muss daher über die Machbarkeitsanalyse hinausgehen.
2. Für Suizide, Suizidversuche, assistierte Suizide, Hotspots und Sicherungsmaßnahmen sollten bundesweit einheitliche Mindestdatensätze entwickelt werden.
3. Der wissenschaftliche Datenzugang muss verlässlich geregelt werden. Forschungsinstitutionen benötigen transparente Antragsverfahren, klare Datenschutzstandards und planbare Auswertungsmöglichkeiten.
4. Meldewege und Zuständigkeiten müssen gesetzlich oder untergesetzlich geklärt werden, insbesondere für Gesundheitsämter, statistische Landesämter, Notaufnahmen, Rettungsleitstellen, Krankenhäuser, Polizei, Bahn- und Infrastrukturträger.
5. Register dürfen nicht projektförmig finanziert werden. Aufbau, Betrieb, Qualitätssicherung, Datenmanagement, Forschung und Berichtswesen benötigen eine dauerhafte Finanzierung und sind Teil der öffentlichen Daseins-/Gesundheitsfürsorge.
6. Die Bundesfachstelle sollte nicht nur Datenkonzepte entwickeln, sondern eine nationale Berichts- und Transferfunktion erhalten, die Forschungsergebnisse in konkrete Präventionspolitik überführt

5. PRIMÄRPRÄVENTION VERSTETIGEN UND ZIELGRUPPENSPEZIFISCH WEITERENTWICKELN

Der LIVE-LIFE-Ansatz der WHO benennt neben Methodenrestriktion, Medienarbeit und früher Identifikation auch die Förderung sozio-emotionaler Kompetenzen junger Menschen als zentrale Maßnahme. Prävention beginnt also nicht erst in der akuten Krise und nicht erst in der Behandlung.

Mit HEYLIFE bestehen in Deutschland niedrigschwellige, bildungs- und lebensweltorientierte Ansätze, die Wissen über psychische Belastungen und Suizidalität vermitteln, über professionelle regionale und überregionale Hilfsangebote aufklären, Versorgungshürden abbauen und hilfreiche Bewältigungsstrategien stärken. Das Programm wird laufend wissenschaftlich evaluiert, um die Wirksamkeit in verschiedenen Settings zu belegen und negativen Effekten vorzubeugen. Solche Programme verbinden klassische Primärprävention mit konkreter suizidpräventiver Orientierung.

Der Referentenentwurf erwähnt Information, Aufklärung und Fortbildung, schafft aber keine Verstetigung erfolgreicher primärpräventiver Ansätze. Gerade für Jugendliche und junge Erwachsene, für Schulen, Ausbildung, Hochschulen, Betriebe und vulnerable Zielgruppen braucht es dauerhaft finanzierte, qualitätsgesicherte und evaluierte Programme.

- Primärprävention sollte als eigenständiger suizidpräventiver Baustein gesetzlich gestärkt werden.
- Bestehende Programme sollten nicht durch neue Verwaltungsstrukturen ersetzt, sondern finanziell gesichert und weiterentwickelt werden.



WERNER FELBER
INSTITUT

- Zielgruppenspezifische Weiterentwicklungen sind nötig, etwa für Jugendliche, pädagogische Fachkräfte, Betriebe, ländliche Räume, Menschen mit Diskriminierungserfahrungen und Angehörige.
- Evaluation, Qualitätssicherung und Transfer in andere Regionen sollten verbindlich mitfinanziert werden.

Rolle von Krisendiensten

- § 9 bezieht Suizidprävention auf die Arbeit von Krisendiensten; zugleich wird Suizidprävention darauf limitiert: Krisendienste werden in der Regel dann einbezogen, wenn bereits eine Krise (vorübergehender Zustand der Überforderung oder Hilflosigkeit, in der alle dem Individuum bisher verfügbaren oder vom Individuum erprobten Strategien keine Entlastung bringen und Lebensziele nachrangig erscheinen) eingetreten ist. Suizidprävention im Sinne der Aufklärung, durch Informationsvermittlung und Enttabuisierung, setzt deutlich vor und außerhalb von Krisenmomenten an, und erstreckt sich auf die Postvention.
- Der Fokus auf „Krisendienste“ schließt zahlreiche offene Kontakt- und Beratungsstellen, soziale Hilfen, lebensweltbezogene (Quartiersmanagement, bauliche Maßnahmen, Maßnahmen der Verhältnisprävention) aus.
- Der Fokus auf „Krisendienste“ benachteiligt Zielgruppen, die nicht oder nur zögerlich oder verspätet formelle Hilfsangebote aufsuchen. Informelle Hilfsangebote sind zahlreich vorhanden, zwar mehr oder weniger professionalisiert, aber sie bilden eine wesentliche Gruppe von Akteuren in der gegenwärtigen Suizidprävention. Bis dato wird/wurde Suizidprävention in hohem Maße regional verortet und im Ehrenamt betrieben (einschl. der Betreuung von Betroffenen und An-/Zugehörigen, des Einsatzes von Krisenteam, Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung, Informationsvermittlung und Vermittlung in weiterführende formelle Hilfen).
- Der im Entwurf deutlich gewordene Bezug zur Prävention i.S. der Krankheitsverhütung ist insofern auch zu begrenzt, als dass ein gesundheitsförderliches Vorgehen durch einen Fokus auf Ressourcen und Befähigung des Individuums sowie den Einbezug von upstream-Ansätzen gleichermaßen Berücksichtigung finden muss um nachhaltige Effekte und die „Wirksamkeit“ einer solchen gesetzlichen Regelung abbilden zu können.

6. WEITERE KRITISCHE PUNKTE IN KÜRZE

- Die Formulierung „möglichst verhindert...“ (S. 2) ..
- In Bezug auf Fort- und Weiterbildungsprogramme sind außerdem Schlüsselpersonen (Gatekeeper) des teilöffentlichen Lebens und auch außerhalb des Gesundheitswesens einzubeziehen, also Lehrkräfte u.a. pädagogische Fachkräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Präventions-/Gesundheitsbeauftragte in KMUs etc. (S. 13).
- Der Bezug zu Modellvorhaben nach §64 SGB -V schafft eine Schnittstelle in die Erprobung neuer Versorgungsformen und -konzepte. Wünschenswert ist auch eine Prüfung inwiefern hier zwischen SGB V und SGB IX Bezüge herstellbar sind um Suizidprävention auch für Zielgruppen zugänglich zu machen, die nach SGB XI versorgt werden.
- Die Bundesfachstelle sollte dauerhaft und nicht befristet eingerichtet werden.
- Die bundesweit einheitliche Rufnummer sollte nicht nur konzipiert, sondern gesetzlich verankert, ausgestattet und finanziert werden.
- Krisendienste brauchen eine echte Sicherstellungs- und Finanzierungsstruktur; bloßes Hinwirken reicht nicht.
- Niedrigschwellige Angebote benötigen Regelfinanzierung.
- Forschung und Praxis müssen strukturell beteiligt werden, nicht nur beratend und fakultativ.
- Modellvorhaben nach Suizidversuch sind sinnvoll, aber eine bekannte Hochrisikogruppe braucht perspektivisch Regelversorgung.

7. APPELL AN DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Das BMG sollte mit diesem Gesetz nicht nur neue Verwaltungsstrukturen schaffen. Es sollte die vorhandene Expertise und die bestehenden suizidpräventiven Strukturen in Deutschland nutzen, absichern und in ihrer Wirkung verstärken.

Für Register, Daten, Hotspotprävention, Forschung und Primärprävention gilt: Es gibt bereits Wissen, Erfahrung und funktionierende Ansätze. Was fehlt, ist eine rechtliche und finanzielle Architektur, die diese Ansätze dauerhaft trägt.



WERNER FELBER
INSTITUT

Wir appellieren daher an das BMG: Machen Sie Daten, Register, Hotspotprävention und primärpräventive Programme zu einem verbindlichen Bestandteil des Gesetzes. Gute Suizidprävention braucht nicht nur Koordination. Sie braucht dauerhafte Infrastruktur, verlässlichen Datenzugang, wissenschaftliche Auswertung, praktische Umsetzung und Finanzierung dessen, was bereits wirkt.

KONTAKT/ ANSPRECHPARTNERIN

Werner-Felber-Institut e. V.
Hallwachsstraße 5, 01069 Dresden
Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. med. Ute Lewitzka
+49 351 3092 2143, info@felberinstitut.de

www.felberinstitut.de

LITERATUR UND QUELLEN

- Bundesministerium für Gesundheit: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention, Bearbeitungsstand 25.06.2026.
- World Health Organization (2021): LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- World Health Organization: LIVE LIFE initiative for suicide prevention. <https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention>
- World Health Organization (2016): Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. <https://www.who.int/publications/i/item/practice-manual-for-establishing-and-maintaining-surveillance-systems-for-suicide-attempts-and-self-harm>
- Pirkis J. et al. (2015): Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 994-1001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26409438/>
- Cox G. R. et al. (2013): Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*, 13, 214. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-214>
- Statistisches Bundesamt: Suizide in Deutschland, Tabelle Todesursachenstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- Werner-Felber-Institut: HEYLIFE. <https://www.felberinstitut.de/projekte/hey-life/>
- Grüne Liste Prävention: HEYLIFE - Programmdatenbank. <https://gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/155>
- Rando K. et al. (2025): Development and Implementation of National Real-Time Surveillance System for Suicide Attempts in Uruguay. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 420.

Weitere Quellen können bei Bedarf ausgeführt werden.



WERNER FELBER
INSTITUT