

Stellungnahme der DGVT und des DGVT-BV zur Nationalen Suizidpräventionsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. April 2024

08.05.2024

DGVT und DGVT-BV begrüßen Nationale Suizidpräventionsstrategie und fordern ein Suizidpräventionsgesetz noch in dieser Legislaturperiode

TÜBINGEN – Am 30. April 2024 hat das Bundesgesundheitsministerium eine **Nationale Suizidpräventionsstrategie** vorlegt, für deren Entwicklung der Bundestag im Juli 2023 mit breiter Mehrheit gestimmt hatte. Dies ist ein **richtungsweisender Schritt** zur lange überfälligen **Stärkung der Suizidprävention** in Deutschland, den wir ausdrücklich begrüßen! Suizidalität und insbesondere erfolgte Suizide sind mit großem Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen beziehungsweise Hinterbliebenen verbunden. Evidenzbasierte Suizidprävention kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die weiterhin hohen Suizidraten in Deutschland zu senken.

Eine Nationale **Suizidpräventionsstrategie** ist jedoch **nicht ausreichend**. Es bedarf dringend einer gesetzlichen Verankerung in Form eines **Suizidpräventionsgesetzes** noch in dieser Legislaturperiode, so wie es der parlamentarische Beschluss zur Stärkung der Suizidprävention vorsieht. Nur so lässt sich eine **ausreichende und dauerhafte Finanzierung** der Angebote sicherstellen, die bislang sehr häufig nur projektbezogen und zeitlich befristet finanziert werden. Aus der Nationalen Suizidpräventionsstrategie geht nicht hervor, welche finanziellen Mittel zur Finanzierung bestehender Strukturen überhaupt zur Verfügung stehen. Die Finanzierung der Suizidprävention sollte daher dringend in die **Haushaltsberatungen für 2025 aufgenommen** werden. Denn im Papier des BMG bleibt unklar, wann und wie die suizidpräventiven Beratungsangebote konkret ausgebaut werden sollen.

Ebenso ist nicht genau geklärt, wie die neu einzurichtende **Koordinierungsstelle** zusammengesetzt und strukturiert werden soll. Die Einführung der neuen Koordinierungsstelle wird dabei grundsätzlich als sehr positiv bewertet. Wichtig ist jedoch, die personelle und finanzielle Ausstattung sowie die Aufgaben und Struktur der Koordinierungsstelle noch genauer zu definieren und für einheitlich geschultes Personal zu sorgen.

Befürwortet wird ebenso die Einführung einer **bundesweit einheitlichen Rufnummer**. Bedauerlich ist dabei jedoch, dass die von vielen Verbänden vorgeschlagene Einführung einer gemeinsamen Rufnummer für Betroffene und Angehörige/Fachkräfte nicht aufgegriffen wurde. Statt einer gemeinsamen Telefonnummer für alle, besteht stattdessen die Aufgabe der Koordinierungsstelle darin, einerseits ein telefonisches und Online-Beratungsangebot für Angehörige und Fachkräfte zu etablieren und andererseits akut suizidale Menschen mittels einer bundeseinheitlichen Krisendienst-Notrufnummer (24/7) an lokale Hilfeangebote zu vermitteln. Besonders wichtig ist aus unserer Sicht bei der Vermittlung von akut Hilfesuchenden, dass diese **keinesfalls in einer telefonischen Warteschlange landen** sollten, sondern direkt geschulte Fachkräfte erreichen müssen.

Zusätzlich zu der bundesweiten Koordinierungsstelle wäre aus unserer Sicht die **Einführung von kommunalen Koordinierungsstellen** wünschenswert, die über das Landesrecht geregelt werden müssten. Diese kommunalen Koordinierungsstellen könnten die **Vernetzung der Akteur*innen vor Ort unterstützen** und die kommunalpolitisch Verantwortlichen beraten. Konzepte zur Vernetzung vor Ort müssen nämlich nicht erst auf Bundesebene entwickelt werden, sondern existieren vielerorts bereits und sind gut erprobt.

Die DGVT und der DGVT-BV befürworten die Maßnahmen des BMG zum Handlungsfeld Früherkennung und das darin vorgesehene Online-Schulungsprogramm, die Train-the-Trainer-Ausbildung, die berufsspezifischen **Fort- und Weiterbildungen** und die explizit genannte Entwicklung von **Leitlinien** zur Suizidprävention von Menschen mit Diskriminierungserfahrungen, wie zum Beispiel LSBTIQ* oder von Rassismus betroffenen Menschen. Wir fordern darüber hinaus die **Verpflichtung** aller psychotherapeutischen, psychosozialen und gesundheitsbezogenen Fachberufe zur auskömmlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidprävention. Dies sollte explizit auch die Suchthilfe und Schuldnerberatung sowie weitere relevante Personengruppen und Settings einschließen, für die erhöhte Suizidraten nachgewiesen wurden (z.B. ambulante und stationäre Langzeitpflege älterer Menschen). Selektive und insbesondere indizierte Präventionsangebote sollten in den jeweiligen Settings verankert sein und sämtliche relevanten Berufsgruppen (z.B. Pflegefachpersonen, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen) einbeziehen. Die

Fort- und Weiterbildung sollte nicht nur berufsgruppenspezifisch, sondern darüber hinaus auch **berufsgruppenübergreifend** (z.B. Gesundheitsberufe gemeinsam mit Einsatzkräften) erfolgen.

Auch den vielfältigen Vorschlägen zur **Methodenrestriktion** (z.B. Sicherung von Gebäuden und Brücken, Zugang zu Schusswaffen, Verkleinerung von Packungsgrößen für Schmerzmittel etc.), die in der Nationalen Suizidpräventionsstrategie vorgesehen sind, stimmen wir explizit zu. Dasselbe gilt für die Einführung eines deutschlandweiten **Suizidregisters**.

Die Nationale Suizidpräventionsstrategie sieht erfreulicherweise explizit auch spezifische Angebote für **Angehörige** suizidgefährdeter Menschen vor. Dazu zählt einerseits die Vermittlung von Wissen über bundesweite und überregionale Angebote für Hilfen in suizidalen Krisen über bestehende Websites und andererseits der Aufbau und Betrieb eines **telefonischen und Online-Beratungsangebotes** für Angehörige (sowie für Fachkräfte) zum Umgang mit Suizidalität und zu Hilfsangeboten. Diese Angebote sind sehr wichtig. Nach einem **erfolgten Suizid** leiden Angehörige oft selbst **unter starken emotionalen Reaktionen** (z.B. Schuldgefühle, Wut, erhöhtes Risiko für eigene Suizidalität). Da sie jedoch häufig nicht die Kriterien für eine Diagnose erfüllen, sind die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Sprechstunde nicht erfüllt und es fehlen auch sonst niedrigschwellige Angebote für belastete Angehörige nach einem Suizid. Hier wäre der Aufbau von Standardabläufen nach einem Suizid wichtig, in denen Angehörige beispielsweise automatisch von der Polizei über Angebote für Angehörige (z.B. AGUS, Angehörige um Suizid) informiert werden.

Als verhaltenstherapeutischer Fachverband begrüßen wir die **Maßnahmen zur Entstigmatisierung** von Suiziden, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen ebenso wie die Etablierung von **24/7 Krisendiensten**. Bei den Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung schlägt das BMG eine Konzentration auf die Hochrisikogruppen **Männer und alte Menschen** vor. Dieses wird grundsätzlich befürwortet, solange andere Personengruppen nicht vollständig außer Acht gelassen werden.

Genauso positiv bewerten wir, dass die Nationale Suizidpräventionsstrategie als ein Handlungsfeld die **Überleitung in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem** aufzeigt, da Psychotherapie eine empirisch sehr gut belegte Form der Suizidprävention darstellt und unter den Suizidopfern 50-90% an einer psychischen Erkrankung leiden.

Es reicht jedoch nicht aus, nur die Überleitung ins Versorgungssystem zu verbessern. Neben der Überleitung muss auch die **Verfügbarkeit von ambulanten Psychotherapieplätzen** gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen gewährleistet werden. Wir fordern dabei, dass auch eine aufsuchende Psychotherapie, beispielsweise in Pflegeeinrichtungen, ermöglicht wird. Des Weiteren ist in psychischen/psychosomatischen Kliniken eine ausreichende Anzahl an **psychotherapeutisch qualifiziertem Personal** unabdingbar. Die im Paper des BMG zitierte [Empfehlung der Regierungskommission](#) zur Reform der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hier nicht ausreichend. In unserer [Stellungnahme](#) vom 24. April 2024 fordern wir, dass die oben genannten Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung tatsächlich im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (**GVSG**) **verankert** werden. Das BMG formuliert in seinem Papier selbst: „Die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung hat auch einen suizidpräventiven Effekt“.