

**Stellungnahme
des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
nationalen Suizidprävention**

Stand 25.06.2026

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf des BMG Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention Stellung nehmen zu können.

Der Referentenentwurf greift insbesondere die Entwicklung, Optimierung, Organisation und Bereitstellung von Maßnahmen und Angeboten der Suizidprävention auf. Diesen Ansatz begrüßt der DPR ausdrücklich.

Aus Sicht des DPR ist jedoch ein weiterer Ansatz ebenfalls von zentraler Bedeutung: die frühzeitige Feststellung von Unterstützungsbedarfen bei Menschen mit komplexen Problemlagen sowie die Organisation und Koordination geeigneter Unterstützungsleistungen. Dabei handelt es sich insbesondere um vulnerable Personen, die beispielsweise von schweren körperlichen Erkrankungen, psychischen Belastungen oder sozialen Problemlagen gleichzeitig betroffen sind. Für diese Personen und ihre An- und Zugehörigen ist es häufig schwierig, vorhandene Unterstützungsangebote zu überblicken, individuelle Bedarfe einzuordnen und die notwendigen Schritte zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen eigenständig zu organisieren.

Erforderlich sind daher niedrigschwellige, wohnortnahe und kontinuierliche Unterstützungsstrukturen, die die individuelle Lebens- und Versorgungssituation der betroffenen Person umfassend erfassen, Unterstützungsbedarfe systematisch ermitteln und geeignete Hilfsangebote koordinieren. Hierzu gehört auch die Einbeziehung von An- und Zugehörigen sowie die Unterstützung bei der tatsächlichen Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen.

Community Health Nurses (CHN) können diese Funktion übernehmen und sollten daher im Referentenentwurf berücksichtigt werden. Als akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen arbeiten sie dort, wo Menschen leben und ihren Alltag gestalten. Sie sind in der Lage, komplexe gesundheitliche, pflegerische und soziale Problemlagen frühzeitig zu erkennen, Unterstützungsbedarfe zu identifizieren und gemeinsam mit den Betroffenen passgenaue Hilfen zu organisieren. Aufgrund ihrer Kenntnisse regionaler Versorgungsformen und -strukturen sowie ihrer Vernetzung mit Gesundheits-, Sozial- und Unterstützungsangeboten können sie auch existenzielle Problemlagen, etwa Verschuldung, soziale Isolation oder drohenden Wohnungsverlust, in die Versorgung einbeziehen.

Aus Sicht des DPR stellt die frühzeitige Identifikation und Koordination von Unterstützungsbedarfen eine wesentliche Säule der Suizidprävention dar. Durch eine personenzentrierte, kontinuierliche und sektorenübergreifende Begleitung kann dazu beigetragen werden, dass sich komplexe Problemlagen nicht weiter verdichten und Betroffene sowie ihre An- und Zugehörigen frühzeitig tragfähige Bewältigungs- und Unterstützungsperspektiven erhalten. Angesichts begrenzter und voraussichtlich weiter knapper werdender Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen ist eine bedarfsgerechte Abstimmung von Unterstützungsbedarfen und -angeboten erforderlich. Community Health Nurses können hierzu im Rahmen klar definierter Kompetenzen, gesicherter Finanzierung und verbindlicher Kooperationswege einen Beitrag leisten..

Suizidprävention ist eine dauerhafte gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Gesundheits- und Sozialwesens. Die im Gesetz vorgesehenen Strukturen müssen daher langfristig institutionell, personell und finanziell abgesichert werden.

Darüber hinaus sieht der DPR insbesondere folgenden gesetzlichen Ergänzungsbedarf:

- verbindliche Einbeziehung professioneller Pflege in die Strukturen der Suizidprävention,
 - flächendeckende und dauerhaft finanzierte Krisendienste,
 - verbindliche Standards für Übergänge, Nachsorge und Versorgungskontinuität,
 - systematische Berücksichtigung pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Expertise in Qualitätssicherung, Forschung und Monitoring sowie
 - dauerhafte personelle, institutionelle und finanzielle Absicherung der Bundesfachstelle.
- Im Folgenden nimmt der DPR zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfs Stellung.

Artikel 1 Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidpräventionsgesetz – SuizidPrävG)

§ 1 Ziel des Gesetzes

Der DPR begrüßt, dass § 1 die frühzeitige und umfassende Unterstützung von Menschen in Krisensituationen ausdrücklich als Teil der Suizidprävention beschreibt.

Ergänzt werden sollte, dass Suizidprävention auch die frühzeitige Identifikation komplexer gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Unterstützungsbedarfe umfasst.

Änderungsvorschlag zu § 1

Ziel dieses Gesetzes ist, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidprävention) von Menschen aller Altersgruppen zu stärken und zu verbessern. Teil der Suizidprävention ist es, **komplexe gesundheitliche, pflegerische und psychosoziale Unterstützungsbedarfe frühzeitig zu erkennen**, betroffene Menschen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig und umfassend zu unterstützen, Suizidalität vorzubeugen und die Themen Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Die Begriffsbestimmung der „weiteren Akteure“ ist deutlich zu eng gefasst. Neben anderen Sozial- und Gesundheitsfachberufen sollten vor allem Pflegefachpersonen und ihre Berufsorganisationen ausdrücklich genannt werden. Pflegefachpersonen stehen häufig in engem Kontakt mit Menschen mit Todeswunsch und sind im pflegerischen Alltag unmittelbar mit entsprechenden Äußerungen konfrontiert.

In § 2 Absatz 3 sollten Berufsorganisationen der professionellen Pflege, Landespflegekammern sowie Pflegefachpersonen als relevante Akteure der Suizidprävention ausdrücklich aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag zu § 2

Der DPR schlägt vor, Nummer 5 zu ergänzen:

5. Berufsorganisationen der professionellen Pflege, Landespflegekammern, sowie Einrichtungen und Verbände weiterer Sozial- und Gesundheitsfachberufen.

§ 3 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention

Der DPR begrüßt ausdrücklich die Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention. Mit ihr wird erstmals eine bundesweite Struktur geschaffen, die bestehende Aktivitäten bündelt, die Zusammenarbeit der Akteure stärkt, das sensible Thema enttabuisiert, und die Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Suizidprävention unterstützt. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie geleistet. Aus Sicht des DPR sollte die Bundesfachstelle als dauerhafte Einrichtung ausgestaltet werden.

Aus Sicht des DPR sollte die Bundesfachstelle als dauerhafte Einrichtung ausgestaltet werden. Die vorgesehene Befristung auf 15 Jahre wird dem dauerhaften Charakter der nationalen Suizidprävention nicht gerecht. Der Aufbau bundesweiter Kooperationsstrukturen, die Entwicklung und Fortschreibung von Qualitätsstandards, das Monitoring sowie der Wissenstransfer in die Versorgung sind kontinuierlich wahrzunehmende Aufgaben.

Zudem sollte bereits in § 3 deutlich werden, dass die Bundesfachstelle multiprofessionell arbeitet und pflegfachliche Expertise systematisch einbezieht. Pflegefachpersonen begleiten Menschen mit Suizidalität in nahezu allen Versorgungsbereichen kontinuierlich und verfügen über eine eigenständige fachliche Perspektive auf Früherkennung, Begleitung und Koordination von Unterstützungsleistungen. Diese Expertise sollte von Beginn an strukturell in der Arbeit der Bundesfachstelle verankert werden.

Änderungsvorschlag zu § 3

Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit wird **dauerhaft** eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet. **Die Bundesfachstelle arbeitet multiprofessionell und bezieht insbesondere pflegfachliche, pflegewissenschaftliche, medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale und wissenschaftliche Expertise systematisch in ihre Aufgabenwahrnehmung ein.**

§ 4 Aufgaben der Bundesfachstelle

Der DPR begrüßt den Aufgabenkatalog des § 4 ausdrücklich. Die vorgesehenen Aufgaben schaffen die Grundlage für eine bundesweit koordinierte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Suizidprävention. Aufgabe der Bundesfachstelle sollte dabei insbesondere sein, bestehende Strukturen zu stärken, zu vernetzen und weiterzuentwickeln, anstatt neue Parallelstrukturen aufzubauen.

Aus Sicht des DPR sollte der Aufgabenkatalog an mehreren Stellen ergänzt werden, um die pflegfachliche und pflegewissenschaftliche Perspektive sowie die besonderen Bedarfe vulnerabler Personengruppen mit ihren An- und Zugehörigen stärker zu berücksichtigen.

Zu Nummer 1 Krisenrufnummer

Damit eine Krisenrufnummer ihre Wirkung entfalten kann, müssen funktionierende regionale Versorgungsstrukturen vorhanden sein. Eine bundesweite Rufnummer kann bestehende Versorgungslücken nicht ersetzen, sondern ist auf leistungsfähige Krisendienste angewiesen. Für die Krisenrufnummer sollten zusätzlich Mindestanforderungen an Barrierefreiheit, Mehrsprachigkeit, Datenschutz, klinische Verantwortungsstrukturen, standardisierte

Ersteinschätzung sowie die „warme“ Weitervermittlung an regionale Hilfen festgelegt werden. Die Rufnummer sollte nicht nur erreichbar sein, sondern nachweisbar eine zeitnahe Anschlussversorgung ermöglichen. Internationale Empfehlungen betonen die Kombination aus niederschwelligem Zugang, qualifizierter Risikoeinschätzung, Sicherheitsplanung und aktiver Nachverfolgung. Zudem sollte die Konzeption der Rufnummer pflegefachliche Expertise einbeziehen, da Pflegefachpersonen häufig erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Menschen in suizidalen Krisen sind. Zudem muss das Konzept zum Aufbau und Betrieb der Rufnummer nicht nur entwickelt, sondern auch umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag zu § 4, Nummer 1

1 unter Berücksichtigung bestehender Strukturen ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer insbesondere für Personen in Krisensituationen und diesen nahen stehenden Personen, die die Möglichkeit der unmittelbaren technischen Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste bietet, entwickelt und **umsetzen und** den Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung fördert,

Zu Nummer 3 zielgruppenspezifischer Informationen

Der DPR bewertet die Entwicklung und Veröffentlichung allgemeiner sowie zielgruppenspezifischer Informationen zur Suizidprävention grundsätzlich positiv. Aus Sicht des DPR sollte allerdings deutlicher geregelt werden, wie die erarbeiteten Erkenntnisse und Informationen in die Versorgungspraxis überführt werden und welche konkreten Verantwortlichkeiten die Bundesfachstelle hierbei übernimmt.

Zu Nummer 4 Digitales Verzeichnis

Das Verzeichnis sollte auch pflegerische Angebote umfassen.

Hierzu gehören insbesondere

- Community Health Nurses,
- ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- spezialisierte ambulante und stationäre Palliativversorgung,
- Hospize
- pflegerische Beratungsangebote.

Dadurch wird gewährleistet, dass Betroffene sowie An- und Zugehörige niedrigschwellig geeignete Unterstützungsangebote finden.

Der in § 4 vorgesehene Aufgabenumfang der Bundesfachstelle ist sehr umfassend. Die in der Gesetzesbegründung vorgesehenen drei Vollzeitstellen erscheinen hierfür nicht ausreichend. Es sollte daher die Möglichkeit vorgesehen werden, den Personalbestand bedarfsgerecht an den tatsächlichen Aufgabenumfang anzupassen.

Kritisch ist zudem, dass die Arbeit der Bundesfachstelle unter dem Vorbehalt ausreichender Haushaltsmittel steht. Für eine wirksame und nachhaltige Suizidprävention ist eine dauerhaft verlässliche Finanzierung erforderlich. Der Haushaltsvorbehalt sollte daher entfallen und die Finanzierung der Bundesfachstelle dauerhaft abgesichert werden.

Zu Nummer 6 Beratung der Länder

Die Beratung der Länder sollte ausdrücklich auch pflegefachliche Versorgungsformen und -strukturen berücksichtigen.

Zu Nummer 7 Qualitätssicherung

Der DPR begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesfachstelle Qualitätskriterien und -standards für Maßnahmen der Suizidprävention entwickeln soll. Bundesweit einheitliche und evidenzbasierte Qualitätsstandards sind eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame und vergleichbare Versorgung.

Aus Sicht des DPR sollten die Qualitätsstandards fachlich und evidenzbasiert konkretisiert werden. Qualität in der Suizidprävention darf sich nicht auf das Vorhandensein von Angeboten beschränken, sondern muss sich an verbindlichen fachlichen und bedarfsgerechten Mindestanforderungen orientieren. Hierzu gehören insbesondere qualifikationsbezogene Anforderungen, strukturierte Risiko- und Bedarfseinschätzungen, verbindliche Standards der interprofessionellen Zusammenarbeit, Dokumentation sowie sichere sektorenübergreifende Übergänge.

Pflegefachpersonen begleiten Menschen mit Suizidalität häufig kontinuierlich und sektorenübergreifend. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und pflegefachliche Expertise sollten daher verbindlich in die Entwicklung der Qualitätskriterien und -standards einbezogen werden. Die Qualitätsstandards sollten außerdem personenzentrierte Sicherheitspläne, Maßnahmen zur Restriktion individuell verfügbarer Suizidmittel, verbindliche Nachkontaktierung nach suizidalen Krisen bzw. Suizidversuchen, Postvention nach Suiziden sowie die systematische Beteiligung von Menschen mit eigener Krisen- und Versorgungserfahrung („lived experience“) und von An- und Zugehörigen vorsehen. Für Sicherheitsplanung und strukturierte Nachkontakte besteht eine relevante Evidenz zur Verringerung erneuter suizidaler Handlungen und zur Verbesserung der Behandlungsanbindung.

Änderungsvorschlag zu § 4 Nummer 7

7. den Ländern und den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention fachliche Informationen zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention bereitstellt und dazu Qualitätskriterien und -standards für ~~diese Maßnahmen zur Unterstützung der Praxis~~ entwickelt, **die insbesondere Anforderungen an Qualifikation, Einarbeitung, Supervision, Risiko- und Bedarfseinschätzung, Dokumentation, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die verbindliche Weiterleitung in geeignete Hilfs- und Versorgungsangebote enthalten; bei ihrer Entwicklung sind pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und pflegefachliche Versorgungsexpertise einzubeziehen,**

Zu Nummer 8 Fort- und Weiterbildung

Die Stärkung der beruflichen Kompetenzen in der Suizidprävention wird ausdrücklich begrüßt. Aus Sicht des DPR werden die für die Aus-, Fort- und Weiterbildung maßgeblichen Akteure im Referentenentwurf nicht vollständig berücksichtigt. Hierzu zählen insbesondere die jeweils zuständigen Berufskammern, einschließlich der Landespflegekammern. Darüber hinaus sollten Fort- und Weiterbildungsangebote die unterschiedlichen Anforderungen der verschiedenen Versorgungssettings angemessen berücksichtigen.

Änderungsvorschlag zu § 4 Nummer 8

8. unter Einbeziehung der Berufsverbände und **der jeweils zuständigen Berufskammern** Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention für Angehörige von Berufen die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind, entwickelt, und deren Implementierung in die berufliche Praxis fördert, **die Rahmenempfehlungen berücksichtigen insbesondere die Anforderungen der psychiatrischen Versorgung, der Notfallversorgung, der somatischen Akutversorgung, der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie der Hospiz- und Palliativversorgung,**

Zu Nummer 9 Forschung

Die Beteiligung der Bundesfachstelle an Forschung und Wissenstransfer wird ausdrücklich begrüßt. Pflegewissenschaftliche Fragestellungen sowie Erkenntnisse aus der pflegerischen Versorgung sollten hierbei systematisch in Vorhaben der Pflege- und Versorgungsforschung berücksichtigt werden.

Zu Nummer 10 Surveillance

Die vorgesehene Verbesserung der Datenlage wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die geplante Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige, qualitätsgesicherte Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität sowie die Entwicklung einer bundeseinheitlichen Todesbescheinigung stellen wichtige Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention dar.

Aus Sicht des DPR sollte die Analyse auf den Aufbau eines dauerhaft etablierten, qualitätsgesicherten und datenschutzkonformen Monitorings ausgerichtet sein. Dabei sollten insbesondere die ambulante und stationäre Langzeitpflege, die Palliativversorgung sowie Menschen mit Pflegebedarf gesondert berücksichtigt werden. Suizidalität bei pflegebedürftigen Menschen und in Pflegeeinrichtungen ist bislang wissenschaftlich nur unzureichend erfasst. Eine differenzierte Datengrundlage ist erforderlich, um Präventionsmaßnahmen zielgerichtet zu erbringen und weiterzuentwickeln.

Das Datenmonitoring sollte neben epidemiologischen Merkmalen auch die Versorgungsbedingungen berücksichtigen, unter denen suizidale Krisen entstehen oder sich verschärfen. Hierzu gehören insbesondere Faktoren wie Einsamkeit, eingeschränkte Teilhabe, soziales Umfeld, Sozialraumanalysen, Pflege- und Unterstützungsbedarf sowie Brüche zwischen den Versorgungssektoren und unzureichende Pflegepersonalbemessungen hinsichtlich der fachlich erforderlichen Pflege. Nicht nur bei älteren und pflegebedürftigen Menschen können diese Faktoren das Risiko für suizidale Krisen erhöhen. Eine systematische Erfassung dieser Zusammenhänge ist erforderlich, um Versorgungslücken zu identifizieren und die pflegerische sowie interprofessionelle Suizidprävention gezielt weiterzuentwickeln.

Für ein aussagekräftiges Monitoring sollten darüber hinaus ein bundeseinheitlicher Mindestdatensatz, klare Falldefinitionen und eine differenzierte Auswertung nach Alter, Geschlecht, Behinderung, Pflegebedarf, Wohnform, Region, sozialer Lage und Versorgungskontext vorgesehen werden. Neben Suiziden sollten – datenschutzkonform und soweit methodisch belastbar – Suizidversuche, wiederholte Selbstverletzungen, Kontakte mit Notfall- und Krisendiensten, Übergänge nach stationärer Behandlung sowie zeitnahe Wiederaufnahmen abgebildet werden. Dabei ist zwischen nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten fachlich sauber zu unterscheiden.

§ 5 Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle

Der DPR begrüßt die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Bundesfachstelle. Die nationale Suizidprävention erfordert eine dauerhaft institutionalisierte wissenschaftliche und praxisbezogene Beratung durch die an der Versorgung beteiligten Professionen.

Zu Absatz 1

Der Fachbeirat sollte die gesamte Breite der gesundheitlichen Versorgung repräsentieren. Hierzu gehört auch die professionelle Pflege, deren Expertise in Prävention, Früherkennung und Krisenbegleitung bislang nicht berücksichtigt wird.

Zu Absatz 2

Die vorgesehene ehrenamtliche Tätigkeit der Mitglieder ist grundsätzlich nachvollziehbar. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass insbesondere Angehörige patientennaher Gesundheitsfachberufe aufgrund begrenzter personeller Ressourcen nur eingeschränkt mitwirken können. Es sollte daher geprüft werden, wie eine kontinuierliche Mitarbeit der verschiedenen Professionen organisatorisch und finanziell unterstützt werden kann.

Zu Absatz 3

Die vorgesehene Zusammensetzung des Fachbeirats berücksichtigt wissenschaftliche, zivilgesellschaftliche und akute Einsatzperspektiven, bildet die kontinuierliche Versorgungspraxis jedoch nicht ausreichend ab. Darüber hinaus bleibt unklar, nach welchen Kriterien die Anzahl und Zusammensetzung des Fachbeirats festgelegt wurden. Ebenso fehlen transparente Regelungen, anhand welcher Kriterien das Bundesministerium für Gesundheit die Mitglieder des Fachbeirats beruft. Aus Sicht des DPR sollten die Zusammensetzung und das Berufungsverfahren nachvollziehbar und fachlich begründet ausgestaltet werden.

Suizidprävention umfasst Prävention, Krisenintervention, Beratung und die Begleitung von An- und Zugehörigen. Daher sollten die Perspektiven der Gesundheits-, Pflege-, Sozial- und Heilberufe im Fachbeirat angemessen vertreten sein. Insbesondere die professionelle Pflege sollte aufgrund ihrer kontinuierlichen Versorgungsverantwortung berufsständisch eingebunden werden.

Neben den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen von Suiziden sollten auch die pflegerischen Auswirkungen berücksichtigt werden. Suizidale Krisen, Suizidversuche und der konkrete Wunsch nach assistiertem Suizid wirken sich unmittelbar auf pflegerische Versorgungsprozesse aus, insbesondere auf Beobachtung, Schutzmaßnahmen, Krisenbegleitung, Entlassmanagement, sektorenübergreifende Überleitung, sowie die Begleitung von An- und Zugehörigen.

Änderungsvorschlag zu § 5 Absatz 3

Der DPR schlägt vor, den folgenden Satz zu ergänzen:

Vertreterinnen und Vertreter der professionellen Pflege, insbesondere der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.

§ 6 Geschäftsordnung des Fachbeirats

Der DPR begrüßt, dass die Arbeitsweise des Fachbeirats durch eine Geschäftsordnung geregelt werden soll. Allerdings sollten die Aufgaben des Fachbeirats klarer ausgestaltet werden.

Nach § 6 Absatz 2 kann der Fachbeirat unter anderem beschließen, Gutachten, Expertisen oder Studien einzuholen. Die Aufgaben des Fachbeirats sollten klar von den operativen Aufgaben der Bundesfachstelle abgegrenzt werden.

Darüber hinaus ist der Fachbeirat auf bis zu elf Mitglieder begrenzt. Es ist daher nicht möglich, sämtliche relevanten Professionen, Versorgungsbereiche und fachlichen Perspektiven dauerhaft abzubilden. Die Geschäftsordnung sollte deshalb sicherstellen, dass bei fachlichen Fragestellungen externe Sachverständige sowie Vertreter:innen der jeweils betroffenen Berufsgruppen und Versorgungsbereiche hinzugezogen werden können. Dies gilt insbesondere für die professionelle Pflege, die in unterschiedlichen Settings, von der Akutversorgung über die Psychiatrie bis hin zur ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie der Hospiz- und Palliativversorgung, über spezifische Expertise in der Suizidprävention verfügt.

Änderungsvorschlag

In § 6 sollte der folgende Satz in Absatz 1 ergänzt werden:

Die Geschäftsordnung stellt sicher, dass sich die Aufgaben des Fachbeirats auf die strategische und fachliche Beratung der Bundesfachstelle beschränken und bei fachlichen Fragestellungen die jeweils betroffenen Berufsgruppen, Versorgungsbereiche und Akteursgruppen angemessen beteiligt oder als externe Sachverständige hinzugezogen werden können.

§ 7 Übertragung von Aufgaben der Bundesfachstelle auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Der DPR begrüßt das Ziel, eine effiziente Aufgabenwahrnehmung innerhalb des Geschäftsbereichs des BMG zu ermöglichen. Die Bundesfachstelle wird als zentrale Koordinierungs- und Kompetenzstelle für die nationale Suizidprävention eingerichtet. Werden wesentliche Aufgaben auf andere Behörden übertragen, besteht die Gefahr unklarer Zuständigkeiten, zusätzlicher Abstimmungsbedarfe und einer Zersplitterung von Verantwortlichkeiten.

§ 8 Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Die unterstützenden Behörden sollten auch Daten und Erkenntnisse zu Pflegebedürftigkeit, Langzeitpflege, Palliativversorgung, häuslicher Versorgung und sozialräumlicher Unterstützung einbeziehen. Der DPR weist darauf hin, dass Todeswünsche auch bei zunehmendem Hilfe- und Pflegebedarf entstehen können.

§ 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

Der DPR begrüßt das Ziel, flächendeckende, niedrigschwellige und bedarfsgerechte Krisendienste auszubauen und Menschen in Krisen einen wohnortnahen Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen

Allerdings fehlt eine verbindliche Verpflichtung der Länder, die vorhandenen Hilfeangebote systematisch zu koordinieren und dauerhaft zu vernetzen. Zudem berücksichtigt der Gesetzentwurf nicht ausreichend, dass zahlreiche bestehende Krisen- und Beratungsangebote aufgrund auslaufender Förderungen und der angespannten Haushaltslage vieler Länder in ihrer Existenz gefährdet sind. Um den angestrebten flächendeckenden Ausbau verlässlich zu gewährleisten, sollte das Gesetz neben den qualitativen Anforderungen auch die nachhaltige Sicherung und Koordination bestehender Strukturen stärker in den Blick nehmen.

Zudem sollte der Gesetzentwurf stärker auf eine sektorenübergreifende Vernetzung der Krisendienste mit den Akteur:innen der medizinischen, pflegerischen, sozialarbeiterischen und psychosozialen Versorgung ausgerichtet werden. Wirksame Suizidprävention setzt eine kontinuierliche Versorgung über alle Versorgungsbereiche hinweg voraus. Versorgungslücken an den Übergängen zwischen stationärer, ambulanter, pflegerischer und sozialer Versorgung müssen vermieden werden. Hierfür bedarf es tragfähiger regionaler Netzwerke, in die neben den Gesundheitsfachberufen auch Familien, das soziale Umfeld, Quartiersstrukturen und ehrenamtliche Unterstützungsangebote eingebunden sind. An- und Zugehörige sollten dabei als wichtige Partner der Suizidprävention systematisch einbezogen sowie bei Bedarf selbst unterstützt werden.

Darüber hinaus sollte der präventive und aufsuchende Charakter der Krisenversorgung stärker berücksichtigt werden. Suizidprävention beginnt nicht erst mit der akuten Krise, sondern bereits dort, wo gesundheitliche, psychische oder soziale Belastungen frühzeitig erkannt und geeignete Unterstützungsangebote eingeleitet werden. Hier können Community Health Nurses als niedrigschwellige, wohnortnahe und sozialraumorientierte pflegerische

Ansprechpersonen einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie erkennen Unterstützungsbedarfe frühzeitig, beziehen An- und Zugehörige ein, koordinieren medizinische, pflegerische und soziale Hilfen und begleiten Betroffene durch das Versorgungssystem. Damit ergänzen sie bestehende Krisendienste um eine präventive und koordinierende Funktion und tragen dazu bei, insbesondere vulnerable Personengruppen frühzeitig zu erreichen und Versorgungslücken zu vermeiden.

§ 9 sollte zudem überprüfbare Mindeststandards für Erreichbarkeit und Reaktionsfähigkeit enthalten, insbesondere eine 24/7-Erreichbarkeit, definierte Reaktionszeiten, mobile bzw. aufsuchende Hilfen, barrierefreie Zugänge, verbindliche Schnittstellen zu 112/116117, psychiatrischen Notfallstrukturen, Sozialpsychiatrischen Diensten und Pflege sowie geregelte Übergaben und Nachsorge. Die bloße „Vermittlung“ in weiterführende Angebote genügt bei hohem Risiko nicht; erforderlich ist eine verantwortete Übergabe mit Rückmeldung, ob die Anschlussversorgung tatsächlich zustande gekommen ist.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 wird wie folgt ergänzt:

Einbindung bestehender Gesundheits-, Pflege-, Sozial-, Notfall-, Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen sowie primärversorgender und sozialräumlicher Angebote. Hierzu gehören insbesondere Community Health Nurses als aufsuchende, koordinierende und niedrigschwellige pflegerische Versorgungsstruktur.

Zu Absatz 2

Dass die Länder verpflichtet werden, den notwendigen Umfang, den Aufbau und die geografische Verteilung der Krisendienste unter Einbeziehung relevanter Akteure und bestehender Strukturen zu analysieren, wird positiv bewertet. Der Gesetzentwurf beschränkt sich jedoch auf die Durchführung einer Bedarfsanalyse, ohne hieraus verbindliche Konsequenzen abzuleiten. Weder werden die Länder verpflichtet, auf Grundlage der Analyse bestehende Versorgungslücken zu schließen oder Krisendienste bedarfsgerecht auszubauen, noch sind weitere Umsetzungs- oder Fortschreibungspflichten vorgesehen. Aus Sicht des DPR sollte die Bedarfsanalyse daher mit einer verbindlichen Umsetzungsperspektive verknüpft werden.

§ 10 Evaluierung

Aus Sicht des DPR sollte der vorgesehene Evaluationszeitpunkt früher angesetzt werden. Mit der Bundesfachstelle, dem Ausbau der Krisendienste sowie der Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsempfehlungen werden neue Strukturen geschaffen, deren Umsetzung und Wirksamkeit zeitnah überprüft werden sollten. Eine erste Evaluation fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes würde es ermöglichen, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Darüber hinaus sollte die Evaluation nicht ausschließlich strukturelle oder epidemiologische Kennzahlen berücksichtigen. Entscheidend ist, ob die neuen Strukturen die Versorgung von Menschen mit Suizidalität tatsächlich verbessern. Deshalb sollten auch versorgungsnahe Qualitätskriterien sowie die Erfahrungen der beteiligten Gesundheitsfachberufe in die Evaluation einbezogen werden.

Ergänzend sollte eine unabhängige Prozessevaluation spätestens zwei Jahre nach Einrichtung der Bundesfachstelle vorgesehen werden. Die Evaluation sollte vorab definierte Indikatoren, Vergleichszeiträume und eine transparente Veröffentlichung der Methodik umfassen. Neben Suizidraten sind Prozess- und Ergebnisindikatoren erforderlich, etwa Erreichbarkeit, Wartezeiten, erfolgreiche Anschlussvermittlung, Wiederholungsereignisse, ungeplante Wiederaufnahmen, patientenberichtete Erfahrungen, Belastung von An- und

Zugehörigen sowie regionale und sozial bedingte Versorgungsunterschiede. Wegen der multifaktoriellen Entstehung von Suizidalität darf die Wirkung des Gesetzes nicht allein anhand kurzfristiger Veränderungen der Suizidrate bewertet werden.

Änderungsvorschlag zu § 10

Das Bundesministerium für Gesundheit legt spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Zwischenevaluation vor. Die Evaluation berücksichtigt insbesondere die Erreichbarkeit, Qualität und regionale Verfügbarkeit der Krisendienste, die Wirksamkeit der sektorenübergreifenden Vernetzung, die Umsetzung der Fort- und Weiterbildungsempfehlungen, die Einbindung der relevanten Gesundheitsberufe sowie die Versorgungskontinuität nach suizidalen Krisen und Suizidversuchen. Darüber hinaus sind versorgungsnahe Qualitätskriterien, insbesondere pflegebezogene Aspekte wie Handlungssicherheit, Qualifikation, Beziehungskontinuität, Nachsorgequalität sowie die Wirksamkeit pflegefachlicher Interventionen, zu berücksichtigen.

Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 64f Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

Der DPR begrüßt das Ziel, die Versorgung von Menschen nach einem Suizidversuch durch sektorenübergreifende Modellvorhaben weiterzuentwickeln. Insbesondere die stärkere Vernetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, der Notfallversorgung, der Krisendienste sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist grundsätzlich geeignet, Versorgungslücken zu schließen.

Das gewählte Instrument der Modellvorhaben wird jedoch kritisch gesehen. Erfahrungen aus früheren Modellvorhaben, insbesondere nach § 64d SGB V zur Heilkundeübertragung auf Pflegefachpersonen, zeigen, dass erfolgreiche Ansätze häufig nicht in die Regelversorgung überführt werden. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb erneut ein unverbindliches Modellvorhaben vorgesehen wird, ohne bereits im Gesetz eine klare Perspektive für die Verstetigung erfolgreicher Versorgungsmodelle zu schaffen.

Darüber hinaus greift der Regelungsansatz inhaltlich zu kurz. Die Modellvorhaben sollten die professionelle Pflege als eigenständigen Akteur der Versorgung ausdrücklich einbeziehen. Pflegefachpersonen übernehmen bereits heute wesentliche Aufgaben bei der Beobachtung und Einschätzung von Krisensituationen, der Prävention, der Krisenbegleitung, dem Entlassmanagement, der Überleitung in weiterführende Hilfen sowie der Nachsorge nach einem Suizidversuch. Diese Kompetenzen sollten systematisch in die Modellvorhaben integriert werden.

Die Modellvorhaben bieten darüber hinaus die Möglichkeit, innovative pflegerische Versorgungsmodelle einzuführen. Hierzu zählen insbesondere Community Health Nurses, die als niedrigschwellige und sozialraumorientierte Ansprechpartner:innen Menschen nach einem Suizidversuch kontinuierlich begleiten, Unterstützungsbedarfe frühzeitig erkennen, An- und Zugehörige einbeziehen und die sektorenübergreifende Koordination der Versorgung übernehmen können. Gerade an den Übergängen zwischen stationärer Behandlung, ambulanter Versorgung und dem häuslichen Umfeld können sie wesentlich dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen und die Kontinuität der Betreuung sicherzustellen.

Besonders wichtig ist die Gestaltung sicherer Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Versorgungslücken nach einem Suizidversuch zählen zu den größten Risiken für erneute Krisen. Deshalb sollten Modellvorhaben verbindliche Verfahren für Entlassmanagement, Überleitung und individuelle Krisenpläne entwickeln und erproben.

Die Modellvorhaben sollten verpflichtend evidenzbasierte Kernelemente prüfen: kollaborative Sicherheitsplanung, strukturierte psychosoziale Einschätzung, individuelle Krisen- und Kontaktpläne, zeitnahe aktive Nachkontakte, Einbeziehung von An- und Zugehörigen mit

Einwilligung der betroffenen Person und eine direkte Termin- bzw. Angebotsvermittlung. Die wissenschaftliche Evaluation sollte patientenrelevante Endpunkte, Umsetzungsqualität, unerwünschte Wirkungen, Kosten, Übertragbarkeit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit erfassen.

Änderungsvorschläge

Ergänzung von § 64f Absatz 1 Nummer 3:

die Entwicklung und Erprobung sektorenübergreifender Verfahren für Entlassmanagement, Überleitung, Nachsorge und individuelle Krisenpläne nach Suizidversuchen sowie innovativer pflegerischer Versorgungsmodelle, insbesondere Community Health Nurses, zur aufsuchenden Begleitung, Koordination und Sicherstellung der Versorgungskontinuität.

Zusätzlich sollte geregelt werden:

Erfolgreiche Modellvorhaben sind auf Grundlage einer wissenschaftlichen Evaluation in die Regelversorgung zu überführen.

Wissenschaftliche und fachliche Referenzen zu den Ergänzungen

[1] World Health Organization (WHO). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO; 2021.

[2] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225. London; 2022, laufend aktualisiert.

[3] Stanley B, Brown GK et al. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry. 2018;75(9):894–900.

[4] Miller IW et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. JAMA Psychiatry. 2017;74(6):563–570.

[5] Inagaki M et al. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods: systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2019;19:756.

[6] Bundesministerium für Gesundheit. Nationale Suizidpräventionsstrategie. Berlin; 2024.

Berlin, 29.07.2026

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de