

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Bundesministerin Nina Warken
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zum Suizidpräventionsgesetz (SuizidPrävG-E, Referentenentwurf)

Nicht sichtbare Behinderungen als unerkannte Hochrisikogruppe — Schutzlücken in Risikoerkennung, barrierefreiem Zugang und Datengrundlage

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Warken,

Zugrunde gelegte Definitionen

Nicht sichtbare Behinderungen sind Behinderungen, deren Beeinträchtigung und Teilhabewirkung im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind — bei Menschen mit psychischen, neurologischen, chronischen oder immunologischen Erkrankungen, neurodivergenten Profilen sowie Sinnes- und kognitiven Beeinträchtigungen. Kriterium ist die funktionelle Belastungsreaktion, nicht die Diagnose.

Invisible Barrieren sind chemische, soziale, sensorische oder kommunikative, nicht offenkundige Umweltbedingungen, die kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen.

wir vertreten Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Für diese Gruppe ist dieses Gesetz von existenzieller Bedeutung. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die nicht sichtbar behinderte Gruppe — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016, OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); Menschen mit ME/CFS berichten zu rund 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024); bei ADHS ist Suizidalität signifikant erhöht (Septier et al., 2019). Wir nennen diese Gruppe — neurodivergente, neurologisch vielfältige und chronisch-fluktuierend beeinträchtigte Personen (insbesondere Autismus, ADHS, FASD, ME/CFS, Long Covid und ausgeprägte sensorische Besonderheiten) — kurz NNV. Aus unserer Prüfung ergeben sich zehn Schutzrisiken.

Der Entwurf errichtet eine Bundesfachstelle mit Fachbeirat und Evaluation. Das ist richtig — aber ohne verbindliche Zielgruppenspezifizierung, barrierefreie Zugangsstandards und disaggregierte Daten bleibt die Struktur für nicht sichtbare Behinderungen blind. Mit der NaSPro-AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt haben wir hierzu bereits ein Positionspapier (08/2025) mit Normvorschlägen zu § 1 Abs. 2, § 3, § 5 und § 15 eingereicht. Die Problemlage, die Präventionskaskade mit Suizid als möglichem Endpunkt und die vollständige LIORA-Architektur wurden dem Bundesministerium sowie allen ordentlichen und stellvertretenden Mitgliedern und Fraktionsreferenten des Gesundheitsausschusses am 9. April 2026 übermittelt und müssen dem Ressort bekannt sein.

Im Zentrum stehen die folgenden Fragen; Hintergrund und Formulierungsvorschläge folgen im Anschluss.

Unsere Fragen an das Bundesministerium

1. Warum benennt der Entwurf neurodivergente, neurologisch vielfältige und chronisch-fluktuierend beeinträchtigte Personen (Autismus ohne Intelligenzminderung ~9-fach, Hirvikoski 2016; ME/CFS rund 39 %, König 2024; ADHS erhöht, Septier 2019) nicht ausdrücklich als anerkannte Risikokategorie — und wie wird diese nachweislich hochbelastete Gruppe erreicht?
2. Werden text-, chat-, gebärdens-, relais- und peerbasierte Krisenzugänge als verbindlicher Qualitätsstandard der Bundesfachstelle festgelegt und auf tatsächliche Erreichbarkeit evaluiert (Art. 9, 21 UN-BRK)?

3. Welche Berufsgruppen werden verpflichtend zu suizidpräventivem Handeln bei atypischer Kommunikation, Masking, Shutdown, Dissoziation, Mutismus und chronischer Erschöpfung geschult (§ 3)?
4. Wie stellt der Entwurf sicher, dass neurodivergente, chronisch erkrankte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche als besondere Risikogruppe erfasst und mit altersgerechten, nicht telefonbasierten Angeboten erreicht werden?
5. Wie wird ein anonymisiertes oder streng pseudonymisiertes Suizid- und Suizidversuchsregister datenschutzrechtlich ausgestaltet (DSFA, Kleine-Fallzahl-Schutz, Betroffenenbeteiligung), und werden Suizidversuche — nicht nur Suizidmortalität — erfasst (Art. 31 UN-BRK)?
6. Wird evaluiert, ob Hilfsangebote die Hochrisikogruppen tatsächlich erreichen — oder nur formal existieren?
7. Wie wird die Bundesfachstelle verpflichtet, Schnittstellen zu Psychotherapie, Notfallversorgung (112/116117/psychiatrische Krisendienste), Pflegebegutachtung, Sozialverwaltung, Schule und Arbeit als suizidpräventive Risikofaktoren zu erfassen?
8. Wird eine verbindliche, stimmberechtigte Vertretung von Selbstvertretungen nicht sichtbarer Behinderungen im Fachbeirat sichergestellt (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK)?
9. Wie setzt das BMG die von über 40 Institutionen und Fachgesellschaften (Initiative von DGP, NaSPro, DHPV, DGS) geforderte, nach Risikogruppen ausdifferenzierte Suizidprävention um, ohne bestehende niedrigschwellige (überwiegend ehrenamtliche) Strukturen durch Doppelstrukturen zu gefährden?
10. Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität) hat das LIORA-Modell schriftlich als relevanten gesundheitspolitischen Beitrag anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wie hat das Ressort diese Fachbewertung einbezogen, und welche Stelle trägt die institutionelle Schutzverantwortung, wenn die Regelungen das dokumentierte Suizidrisiko dieser Gruppe erhöhen?
11. Sofern eine behinderungsspezifische Prüfung nach § 44 GGO stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen und Normverweise. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor der weiteren Ressortabstimmung.

Sofern die aufgeführten Schutzrisiken im Entwurf adressiert sind, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen. Die Problemlage und die beschriebenen Schutzrisiken — einschließlich der vollständigen LIORA-Architektur — wurden am 9. April 2026 übermittelt. Wir bitten ausdrücklich, diese Hinweise im weiteren Verfahren nachvollziehbar zu prüfen und zu dokumentieren.

Hintergrund und Formulierungsvorschläge

■ S = Systemisch ■ E = Erheblich ■ St = Strukturell — P = Psychisch · N = Neurologisch · C = Chronisch/Schmerz/Kognitiv · S = Sinnesbeeinträchtigungen

A — Risikoerkennung und Risikokategorien

- **A1 Maßnahmen der Bundesfachstelle [P·N·S]** Evidenzbasierung ist notwendig; sie reproduziert aber bestehende Blindstellen, wenn Gruppen mit hoher Unterdiagnostik und fehlender disaggregierter Erfassung nicht ausdrücklich als Risikokategorien benannt werden. Wer nicht erfasst ist, wird nicht erreicht. Das ist keine Lücke im Vollzug, sondern im Normtext. [1][2][3]
- **A2 Präventionskaskade / Schnittstellen [alle]** Der Entwurf muss nicht alle vorgelagerten Systeme (BGG, PNOG, Notfallreform, Psychotherapie) selbst regeln. Er muss aber die Bundesfachstelle verpflichten, diese Schnittstellen als suizidpräventive Risikofaktoren zu beobachten, Standards zu entwickeln und Berichtspflichten zu formulieren. Suizidprävention beginnt nicht erst bei der Krisenhotline.

B — Barrierefreier Zugang zu Hilfe

- **B1 Koordinierung Hilfsangebote; Art. 9, 21 UN-BRK [N·P·C·S]** Die Verfügbarkeit eines Telefons ist nicht gleichbedeutend mit Erreichbarkeit in der Krise. In der akuten Krise fallen oft genau die Fähigkeiten aus, die das

Hilfesystem voraussetzt: sprechen, sortieren, erklären, warten, telefonieren. Krisenhilfe muss mehrkanalig sein: Telefon, Textchat, sicherer Messenger, Gebärdensprache, Relay-Dienste, schriftliche Krisenpläne, Peer- und Assistenzzugänge sowie niedrigschwellige Weiterleitung ohne Wiederholung der Geschichte.

C — Governance, Beteiligung, Daten

■ **C1 Fachbeirat; Art. 4 Abs. 3 UN-BRK [alle]** Eine verbindliche, stimmberechtigte Vertretung von Selbstvertretungen nicht sichtbarer, neurodivergenter, chronischer, psychischer und sensorischer Behinderungen im Fachbeirat ist nicht gesichert. Ein Beirat ohne die am stärksten betroffene Gruppe reproduziert deren Unsichtbarkeit auch in der Prävention.

■ **C2 § 44 GGO; Art. 31 UN-BRK [alle]** Aus der Begründung ist keine behinderungsspezifische Folgenabschätzung erkennbar; eine Verpflichtung zu disaggregierten Suizid- und Suizidversuchsdaten nach Behinderung fehlt. Ohne diese Daten bleibt evidenzbasierte Risikoerkennung blind für die Gruppen mit dem höchsten Risiko. [9]

D — Schnittstelle zur Versorgung und ICD-11

■ **D1 Psychotherapie-Zugang (§ 101 SGB V) [P·N]** Suizidprävention bleibt unvollständig, solange Hochrisikogruppen nach Krisenkontakt keinen rechtzeitigen, passenden Therapieplatz erreichen. Unsere Stellungnahme zur Psychotherapie-Bedarfsplanung (§ 101 SGB V) konkretisiert diese vorgelagerte Versorgungslücke.

■ **D2 ICD-11 / diagnostische Modernisierung [N·P·C]** Diagnostische Modernisierung ist suizidpräventiv relevant: Fehl- und Spätdiagnosen, fehlende Codierung, falsche Behandlung, fehlende Statistik und fehlender Zugang zu passender Hilfe erhöhen das Risiko. Wer nicht kodierbar ist, erscheint weder in der Versorgung noch in der Suizidstatistik.

E — Kinder, Jugendliche, Geschlecht

■ **E1 Kinder/Jugendliche; geschlechtsspezifisches Risiko [P·N·C·S]** Neurodivergente, chronisch erkrankte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche mit nicht sichtbaren Behinderungen sind eine besondere Risikogruppe und brauchen altersgerechte, nicht telefonbasierte Angebote. Geschlechtsspezifische Risiken (diagnostischer Gender Bias, Masking) sind mitzudenken.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Vier Normergänzungen entlang unseres NaSPro-Positionspapiers:

→ **§ 1 Abs. 2 — Zielgruppe:** Ein besonderes Augenmerk ist auf Personengruppen mit nachgewiesen erhöhtem Suizidrisiko zu richten, insbesondere neurodivergente, neurologisch vielfältige und chronisch-fluktuierend beeinträchtigte Personen (NNV): u.a. Autismus, ADHS, FASD, ME/CFS, Long Covid und ausgeprägte sensorische Besonderheiten (Art. 2 Abs. 2 GG; Art. 25 UN-BRK; WHO Live Life Toolkit 2021).

→ **§ 3 — Verpflichtende Fortbildung Kontaktberufe:** Berufsgruppen mit regelmäßigem Kontakt zu suizidgefährdeten Personen (Gesundheitswesen, Pädagogik, Verwaltung, Polizei, Justiz, Rettungsdienste) sind verpflichtend zu suizidpräventivem Handeln bei atypischer Kommunikation, Masking, Shutdown, Dissoziation, Mutismus, Reizüberlastung und chronischer Erschöpfung fortzubilden (analog § 95d SGB V; Art. 25 lit. d UN-BRK).

→ **§ 5 — Bundesfachstelle:** Die Bundesfachstelle erarbeitet unter verbindlicher Einbeziehung von Selbstvertretungen Qualitätsstandards zur barrierearmen, partizipativen und NNV-sensiblen Suizidprävention, darunter mehrkanalige (text-, chat-, gebärden-, relais-, peerbasierte) Krisenzugänge, und evaluiert deren tatsächliche Erreichbarkeit.

→ **§ 15 — Evaluation + Register:** Es ist eine differenzierte Evaluation einzuführen und ein anonymisiertes oder streng pseudonymisiertes Suizid- und Suizidversuchsregister mit Datenschutz-Folgenabschätzung, Kleine-Fallzahl-Schutz und Betroffenenbeteiligung zu schaffen (Art. 31 UN-BRK).

Anschluss an die Fachverbände

Über 40 Institutionen und Fachgesellschaften — darunter DGS, NaSPro, DGP und DHPV — fordern ein wirksames Suizidpräventionsgesetz. Der Deutsche Caritasverband verlangt ausdrücklich „nach Risikogruppen ausdifferenzierte“ Maßnahmen und nennt den Entwurf „bei weitem nicht ausreichend“; die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) warnt vor Doppelstrukturen, vor der Gefährdung bestehender niedrigschwelliger Angebote und rügt die unzureichende Stellungnahmefrist.

Die Forderung nach Ausdifferenzierung nach Risikogruppen ist genau unser Punkt A1: Ohne ausdrückliche Benennung der Hochrisikogruppe NNV bleibt „evidenzbasierte“ Prävention blind. Wenn die Frist schon die Fachgesellschaften übergeht, sind Selbstvertretungen nicht sichtbar behinderter Menschen erst recht nicht beteiligt (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK).

Zur strukturellen Verantwortung

Suizidprävention, die die am stärksten betroffenen Gruppen nicht kennt, nicht erreicht und nicht zählt, verfehlt ihren Zweck an der entscheidenden Stelle. Sie beginnt nicht erst bei der Krisenhotline, sondern dort, wo Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen rechtzeitig erkannt, ernst genommen, passend versorgt und barrierearm erreicht werden.

Wer Barrieren früh anerkennt, verhindert chronisches Leid und gesellschaftliche Folgekosten. Wer sie ignoriert, produziert sie. Die Lösungen existieren. Die Evidenz existiert. Die völkerrechtliche Verpflichtung existiert.

Wir bitten um Berücksichtigung und stehen für ein Hintergrundgespräch gern zur Verfügung.

Studien und Quellen

Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung; gekennzeichnet nach direktem Evidenzbeleg vs. plausibler Übertragung auf den Gesetzeskontext.

[1] Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232–238. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160192

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122 autistische Personen vs. 2.672.185 Kontrollen; Karolinska Institutet | Qualität: Sehr hoch. Direkte Evidenz: Suizid-OR 7,55 für ASD insgesamt; OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzmindering, OR 2,41 mit Intelligenzmindering. Übertragung: Risikohintergrund, kein direkter Normierungsbeweis.

[2] König, R.S., Paris, D.H., Sollberger, M. & Tschopp, R. (2024). Identifying the mental health burden in ME/CFS patients in Switzerland: A pilot study. Heliyon, 10(5), e27031. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e27031

Design: Querschnittsbefragung, n=169 ME/CFS-Betroffene (Schweiz, Pilotstudie) | Qualität: Mittel — peer-reviewed, Open Access, kleine Stichprobe. Direkte Evidenz: 39,3 % berichten Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn. Übertragung: ME/CFS-spezifisch; Pilotcharakter zu kennzeichnen.

[3] Septier, M., Stordeur, C., Zhang, J., Delorme, R. & Cortese, S. (2019). Association between suicidal spectrum behaviors and ADHD: a systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 103, 109–118. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.05.022

Design: Systematisches Review + Meta-Analyse | Qualität: Hoch. Direkte Evidenz: signifikant erhöhte Suizidalität (Gedanken, Versuche, Suizide) bei ADHS. Übertragung: ergänzt das Risikoprofil der NNV-Gruppe.

[4] Thanh, N.X. & Jonsson, E. (2016). Life Expectancy of People with Fetal Alcohol Syndrome. Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, 23(1), e53–e59. PMID: 26962962.

Design: Retrospektive Kohortenstudie, Verwaltungsdaten Alberta 2003–2012 | Qualität: Mittel. Direkte Evidenz: Lebenserwartung bei Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) rund 34 Jahre (95%-KI 31–37), etwa 42 % der Allgemeinbevölkerung; führende Todesursache „äußere Ursachen“ inkl. Suizid (15 %). Übertragung: FAS-spezifisch (engste Diagnose im FASD-Spektrum).

[5] Hull, L. et al. (2017). Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. JADD, 47(8), 2519–2534. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5

Design: Qualitative Thematische Analyse, n=92; UCL & Autism Research Centre Cambridge | Qualität: Hoch — über 2.000 Zitationen. Direkte Evidenz: Masking führt zu Erschöpfung, Burnout. Übertragung: Suizidrisiko nur indirekt.

[6] National Institute for Health and Care Excellence (2021). ME/CFS: diagnosis and management. NICE Guideline NG206. London: NICE.

Design: Evidenzbasierte nationale Leitlinie | Qualität: Sehr hoch. Explizite Schulungspflicht zu PEM. Für Deutschland nicht bindend, aber internationaler Evidenzstandard.

[7] Soh, X.C. et al. (2025). Prevalence of depression, anxiety, burden, burnout, and stress in informal caregivers: An umbrella review of meta-analyses. Archives of Gerontology and Geriatrics Plus, 2(3), 100197. DOI: 10.1016/j.aggp.2025.100197

Design: Umbrella Review; Singapore Management University | Qualität: Hoch. Mediane Prävalenz: 33,35 % Depression, 35,25 % Angst, 49,26 % Belastungserleben. Für pflegende Angehörige relevant.

[8] Lim, E.J. & Son, C.G. (2020). Review of case definitions for ME/CFS. Journal of Translational Medicine, 18, 289. DOI: 10.1186/s12967-020-02455-0

Design: Narratives Review, 25 Falldefinitionen | Qualität: Mittel. Belegt: Chronizität und PEM sind definitionskonstitutiv. Konzeptuelle Grundlage, keine Prognosestudie.

[9] UN-Fachausschuss (2023). Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, CRPD/C/DEU/CO/2-3.

Design: Offizielles Prüfergebnis UN-Vertragsorgan | Qualität: Sehr hoch — völkerrechtlich verbindlich. Ziffer 8b (medizinisches Modell), 12c (fehlende disaggregierte Daten). Direktes Korrekturmandat.

[10] NaSPro-AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt (2025). Positionspapier zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention, 08/2025. Sprecherinnen: R. Lefèvre, M. Wolf. www.naspro.de

Eigenes, innerhalb der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Suizidprävention eingereichtes Positionspapier. Benennt NNV (Neurodivergenz/neurologische Vielfalt) als Zielgruppe und enthält Normvorschläge zu § 1 Abs. 2, § 3, § 5, § 15 SuizidPrävG (u. a. anonymisiertes Suizidregister). Primärquelle der eigenen Position.

[11] Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C. & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. Molecular Autism, 14(1), 12. DOI: 10.1186/s13229-023-00544-7

Design: Systematisches Review + Meta-Analyse; University of Nottingham/Birmingham | Qualität: Hoch — peer-reviewed, Open Access. Direkte Evidenz: hohe Suizidalität bei autistischen Menschen ohne Intelligenzminderung — gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %. Übertragung: modernisiert und bestätigt Hirvikoski 2016 für genau die nicht sichtbar behinderte Gruppe.

Hinweis: Zahlen aus epidemiologischen Studien belegen Risikohintergrund; die Übertragung auf die konkrete Normlücke ist jeweils gekennzeichnet und als strukturelles, nicht kausales Einzelargument zu lesen.

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Lefèvre

Leitung, Initiative Stille Stunde / gemeinsam zusammen e.V.

Sprecherin AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt, NaSPro

post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

Fachpapiere LIORA (Vertiefung, keine externe Evidenz): KONVERA-Modell v14, FEMORA v12, PRAEVIO v3, MEDIRA, INVERSIO
https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA_Uebersicht.pdf
— gemeinsam zusammen e.V., März 2026. www.stille-stunde.com