



Stellungnahme – Kurzfassung

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (SuizidPrävG-E, RefE des BMG, Stand 03.07.2026)

Träger: gemeinsam zusammen e.V. · Initiative Stille Stunde – „Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen“ · post@stille-stunde.com, Rebecca Lefèvre

Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen zeigen häufig **zwei Risikoverläufe: lebenslang** (angeboren/früh – z. B. Autismus, ADHS, FASD – mit kumulierender Überlastung von Kindheit an) und **später erworben bzw. im Lebensverlauf auftretend** (z. B. schwere chronische Erkrankung, Sehverlust, ME/CFS/Long COVID, Depression – wo das erhöhte Risiko, ähnlich wie bei Krebs, ab Diagnose oder Ereignis bekannt sein kann). Prävention muss daher **auf beiden Verläufen vor der akuten Krise** ansetzen – nicht erst an der Krisenhotline.

Worum es geht

Wir begrüßen den Entwurf: Er schafft erstmals einen bundesgesetzlichen Rahmen. Zugleich löst er seinen **eigenen** Anspruch – zielgruppenspezifische, der Krise vorgelagerte Prävention für gefährdete Gruppen – für **Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen** nicht ein: eine wissenschaftlich belegte Hochrisikogruppe kommt im Normtext nicht vor. Ein Krisendienst ist aber nicht bereits deshalb wirksam zugänglich, weil er formal existiert.

Kern unserer Bitten

- **Benennen (§ 4):** Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen als Zielgruppe aufnehmen – funktional, nicht als Diagnoseliste im Normtext.
- **Zugänglich machen (§ 9, § 4 Nr. 1):** mehrkanalige Barrierefreiheit und ein **Verbund gegen Besetzt/Leerlauf** (Chat-Pool, Telefon-Weiterleitung, Lastausgleich); warme Übergabe ohne Wiederholung der Schilderung.
- **Qualifizieren (§ 4 Nr. 8):** suizidpräventives Handeln bei strukturell bedingter, lebenslang kumulierender Belastung – nicht nur Kommunikation.
- **Früh begleiten (Art. 2, § 64f):** standardisiertes, freiwilliges Angebot bei Diagnosen mit belegt erhöhter Suizidalität – nach Vorbild der Psychoonkologie; altersgerechte Angebote für Kinder/Jugendliche.
- **Sehen & mitentscheiden (§ 4 Nr. 10, § 5):** disaggregierte Daten (auch Suizidversuche) und stimmberechtigte Selbstvertretung.
- **Verbindlichkeit & Aufklärung:** Standards statt „hinwirken“, tragfähige Finanzierung, Zwischenevaluation vor 2038; behinderungsspezifische Folgenprüfung offenlegen.

Die ausführliche Fassung mit Würdigung, paragrafenbezogenen Vorschlägen, Evidenz und rechtlicher Begründung folgt auf den nächsten Seiten.



Stellungnahme

im Rahmen der Verbände- und Referentenbeteiligung

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (SuizidPrävG-E, RefE des BMG, Bearbeitungsstand 25.06.2026 / Stand 03.07.2026)

Träger: gemeinsam zusammen e.V. · Initiative Stille Stunde – „Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen“ · post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

An das Bundesministerium für Gesundheit, Referat Suizidprävention / Nationale Suizidpräventionsstrategie

Betreff: Stellungnahme mit konkreten, paragrafenbezogenen Änderungsvorschlägen

Sehr geehrte Damen und Herren, wir begrüßen den Entwurf in seiner Grundausrichtung. Damit unsere zentralen Vorschläge auch bei kurzer Lesezeit ankommen, stellen wir sie **unter B nach vorn**; die ausführliche Begründung, Evidenz und rechtliche Einordnung folgen unter C.

A. Würdigung – was der Entwurf richtig macht

- Erstmals ein **bundesgesetzlicher Rahmen**; Anerkennung als langfristige, multisektorale Aufgabe.
- **Methodenrestriktion** (§ 4 Nr. 2) als eines der am besten belegten **bevölkerungsbezogenen** Instrumente.
- Grundlage für ein **Konzept** zur Krisenrufnummer (§ 4 Nr. 1) und eine **Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse** zur Suizidsurveillance (§ 4 Nr. 10).
- **Modellvorhaben** (Art. 2, § 64f SGB V), **Fachbeirat** (§ 5) und das ausdrückliche Ziel, **keine Doppelstrukturen** zu schaffen.
- Bekenntnis zu **zielgruppenspezifischer** Prävention – an diesem eigenen Maßstab ist der Entwurf zu messen.

B. Konkrete Problematik – Änderungsvorschläge

Damit die zentralen Forderungen auch bei kurzer Lesezeit ankommen, stehen sie hier vorn; die ausführliche Begründung folgt unter C. (teils ausformuliert, teils als Regelungsauftrag)

- § 4 Nr. 3/Nr. 6 (Benennung):** Normtext funktional – „Zu den zielgruppenspezifisch zu adressierenden Gruppen gehören Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit nicht unmittelbar erkennbaren Behinderungen und behinderungsbedingten kommunikativen, sensorischen, kognitiven oder belastungsbezogenen Zugangsbedarfen.“ Beispiele (Autismus, ADHS, FASD, ME/CFS, Long/Post-COVID u. a.) in die Begründung.
- § 9 / § 4 Nr. 1 (Zugang):** verbindliche, mehrkanalige Barrierefreiheit (Telefon, Text/Chat, sicherer Messenger, Gebärde/Relay, Peer) unter Orientierung an § 4 BGG und BITV 2.0 (für Stellen des Bundes) sowie den Landesgleichstellungs- und Barrierefreiheitsgesetzen der Länder. Die Krisendienste sind so zu **verknüpfen** – gemeinsamer Chat-Pool, Telefon-Weiterleitung, Lastausgleich –, dass möglichst keine Anfrage ins Besetztzeichen läuft, während andernorts Kapazität frei ist; Weiterleitung als **warmer Übergabe ohne Wiederholung der Schilderung**.



3. **§ 4 Nr. 8 (Qualifikation):** Berufsgruppen mit regelmäßigem Kontakt zu Gefährdeten (Gesundheit, Rettung, Polizei, Justiz – Justizvollzug/Bewährungshilfe/Betreuung –, Pädagogik) verpflichtend zu **suizidpräventivem Handeln** qualifizieren – nicht nur kommunikativ, sondern im Umgang mit **strukturell bedingter, über die Lebensspanne kumulierender Belastung** und ihren atypischen Krisenzeichen (Masking, Shutdown, Dissoziation, Mutismus, Reizüberlastung, chronische Erschöpfung). Erfordert Kompetenzerweiterung.
4. **Art. 2 (§ 64f) – frühe Begleitung:** ein **standardisiertes, freiwilliges Belastungs-, Beratungs- und Begleitangebot bei Diagnosen mit belegt erhöhter Suizidalität – nach Vorbild der Psychoonkologie**. Weil das erhöhte Risiko schon mit der Diagnose bekannt ist (z. B. Autismus, ME/CFS; übertragbar auf weitere chronische Diagnosen), sollte Unterstützung **regelmäßig und früh angeboten** werden, nicht erst in der Krise.
5. **§ 4 Nr. 10 (Daten):** Behinderung disaggregiert erfassen; **Suizidversuche, nicht nur Suizidmortalität**; mit Datenschutz-Folgenabschätzung, Kleine-Fallzahl-Schutz und Betroffenenbeteiligung (Art. 31 UN-BRK).
6. **§ 5 (Beteiligung): stimmberechtigte** Selbstvertretung nicht sichtbarer Behinderungen im Fachbeirat **und** ein fortlaufender, nicht einmaliger Austausch mit Fachexpertise und Betroffenen – mit Assistenz und Übernahme behinderungsbedingter Mehrkosten (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK).
7. **§ 4 (Schnittstellen):** die Bundesfachstelle verpflichten, Schnittstellen zur Versorgung – Psychotherapie (§ 101 SGB V), Notfallversorgung (112/116117), Schule, Arbeit, Sozial- und Pflegeverwaltung – als suizidpräventive Faktoren zu beobachten und Standards zu entwickeln. Suizidprävention beginnt nicht erst an der Krisenhotline.
8. **Kinder/Jugendliche & Gender:** neurodivergente, chronisch erkrankte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche als besondere Risikogruppe erfassen und mit **altersgerechten, nicht telefonbasierten** Angeboten erreichen; geschlechtsspezifische Risiken (diagnostischer Gender-Bias, Masking) mitdenken.
9. **§ 9 / § 10 (Verbindlichkeit & Evaluation):** „hinwirken“ durch eine verbindliche, kompetenzgerechte Ausgestaltung mit überprüfbaren Standards ersetzen; tragfähige Finanzierung der Krisendienste; **Zwischenevaluation deutlich vor 2038** und Prüfung, ob die Hochrisikogruppen **tatsächlich erreicht** werden – nicht nur, ob Angebote formal existieren.
10. **Verfahren (§ 44 GGO):** die behinderungsspezifische Folgenprüfung **offenlegen bzw. nachholen**.



C. Begründung

Um wen es geht

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.** „Unsichtbare Barrieren“ sind chemische, soziale, sensorische oder kommunikative, nicht offenkundige Umweltbedingungen, die kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen.

Zwei häufige Risikoverläufe

Für die hier betrachteten Gruppen lassen sich **zwei häufige Risikoverläufe** unterscheiden: **lebenslang** (angeboren/früh – Autismus, ADHS, FASD – mit Belastungskumulation von Kindheit an) und **später erworben bzw. im Lebensverlauf auftretend** (schwere chronische Erkrankung, Sehverlust, ME/CFS/Long COVID, Depression – wo das erhöhte Risiko, ähnlich wie bei einer Krebsdiagnose, ab Diagnose oder Ereignis bekannt sein kann). **Beide Verläufe können bei zusätzlichen Barrieren, Fehldeutung und fehlender Versorgungspassung zu einer erhöhten Gefährdung beitragen.** Daraus folgt: Prävention muss **vor der akuten Krise** ansetzen – früh und über die Lebensspanne für den einen Verlauf, ab dem auslösenden Ereignis (regelmäßig angeboten, wie in der Psychoonkologie) für den anderen.

Warum die bisherige Schwerpunktsetzung zu ergänzen ist

Die Einzelfallvorhersage bleibt schwach (Franklin 2017; Belsher 2019); Versorgungskontakt allein garantiert noch keinen wirksamen Schutz – ein erheblicher Anteil der Verstorbenen hatte zuvor Kontakt zum Gesundheitssystem (Luoma 2002). Entscheidend sind Erkennung, kommunikative Passung und ein tatsächlich erreichbarer Anschluss. Wirksam ist die Verhältnisprävention (Methodenrestriktion, Zalsman 2016) – und der Abbau der veränderbaren Bedingungen, aus denen das Risiko dieser Gruppe erwächst. Anhaltende Belastung und Barrieren können über Erschöpfung und Entrapment (O'Connor & Kirtley 2018; McEwen 1998) in eine Krise münden; wir verstehen dies als **präventionsrelevantes Strukturmodell**, nicht als bewiesenen Einheitsverlauf. Autistische Erwachsene meiden in der Krise teils öffentliche Hilfe, weil sie sie für ungeeignet halten (Procyshyn 2025).

Erhöhtes Risiko (mit Reichweite)

Gruppe	Befund	Beleg (Design/Reichweite)
Autismus ohne Intelligenzminderung	Erhöhte Suizidmortalität (OR 9,40; ASD insgesamt OR 7,55); gepoolte Suizidgedanken ~34 %, Versuche ~24 %	Hirvikoski 2016 (Registerkohorte); Newell 2023 (Metaanalyse)
ADHS	Signifikant erhöhte Suizidalität (v. a. Gedanken und Versuche)	Septier 2019 (systematischer Review + Metaanalyse)
ME/CFS	~39 % berichten Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn	König 2024 (Querschnitt, Pilot, n=169)
FAS	Mittlere Lebenserwartung ~34 J. (Alberta-Kohorte); äußere Todesursachen – darunter Suizid – spielen eine erhebliche Rolle	Thanh & Jonsson 2016 (Registerkohorte, Kanada)
Weitere (später auftretend)	Erhöhte Suizidalität u. a. bei Epilepsie, Long/Post-COVID, Sehbeeinträchtigung/Blindheit, Krebs (v. a. erstes Jahr nach Diagnose)	Rafati 2025 u. a.; je nach Diagnose/Endpunkt unterschiedlich stark
Strukturell	Soziale Determinanten und Versorgungsbrüche mit suizidbezogenen Outcomes assoziiert	Na 2025 (Übersicht von Metaanalysen)

Die epidemiologischen Zahlen belegen den Risikohintergrund; die Übertragung auf die konkrete Normlücke ist als strukturelles, nicht kausales Argument zu lesen.

Für die Stellungnahme ist besonders relevant, dass Unterstützungsbedarfe bei Autismus ohne Intelligenzminderung häufig nicht unmittelbar erkannt werden.



Rechtlicher Maßstab

Aus **Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG** folgt eine staatliche Schutzpflicht, deren Ausgestaltung dem **Untermaßverbot** unterliegt. **Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG** verlangt zusätzlich, dass Menschen mit Behinderungen nicht durch Ausgestaltung oder praktische Wirkung des Schutzkonzepts benachteiligt werden. Eine gut belegte besondere Gefährdung erhöht den gesetzgeberischen **Begründungs- und Prüfbedarf**, wenn ein Schutzkonzept zielgruppenspezifische Maßnahmen vorsieht, die betreffende Gruppe aber nicht erkennbar berücksichtigt. Aus den Materialien ist nicht erkennbar, ob die unterschiedlichen Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen geprüft wurden; daraus folgt **Prüf- und Nachbesserungsbedarf** (nicht automatisch Verfassungswidrigkeit). Ergänzend Art. 5, 9, 25, 31 und 4 Abs. 3 UN-BRK; der UN-Fachausschuss hat Deutschland 2023 ausdrücklich das medizinische Modell (Ziff. 8 (b)) und fehlende disaggregierte Daten (Ziff. 12 (c)) angemahnt; § 44 GGO als Verfahrensstandard.

Der Hinweis lag mehrfach und datiert vor

Zwei Dokumente wurden dem Ressort **im Vorfeld** übermittelt und weisen auf dieselben Lücken hin: das **[Positionspapier der NaSPro-AG Neurodivergenz \(08/2025\)](#)** und ein **Fragen-Schreiben an das BMG (Juni 2026)**. Die Problemlage der strukturellen Lücke, die Architektur **LIORA**, wurde dem Ministerium sowie den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses am **9. April 2026** übermittelt. **[Prof. Dr. med. Ute Lewitzka](#)** (Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt) hat den **[fachlichen Beitrag](#)** das Konvergenz-Suizid-Kaskadenmodell schriftlich anerkannt. Zahlreiche Institutionen haben ebenfalls eine **nach Risikogruppen differenzierte** Prävention sowie den Schutz niedrigschwelliger Angebote angemahnt – namentlich etwa der Deutsche Caritasverband („bei weitem nicht ausreichend“) und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (Warnung vor Doppelstrukturen).

D. Petitum

Wir bitten das Bundesministerium für Gesundheit, die unter B. genannten Änderungen vor der Kabinettdebatte aufzugreifen und offenzulegen, ob und in welcher Form eine behinderungsspezifische Folgenprüfung stattgefunden hat. Für eine fachliche Erörterung stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Lefèvre

für gemeinsam zusammen e.V. · Initiative Stille Stunde



Literaturverzeichnis

- Belsher, B. E. et al. (2019): Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review. JAMA Psychiatry 76(6):642–651. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174. [systematischer Review]
- CRPD-Fachausschuss (2023): Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, CRPD/C/DEU/CO/2-3 (Ziff. 8 (b) medizinisches Modell; 12 (c) fehlende disaggregierte Daten). [UN-Vertragsorgan; autoritative Auslegung und Empfehlungen]
- Doherty, M. et al. (2022): Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults. BMJ Open 12(2):e056904. doi:10.1136/bmjopen-2021-056904. [Querschnittstudie]
- Franklin, J. C. et al. (2017): Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin 143(2):187–232. doi:10.1037/bul0000084. [Metaanalyse]
- Hirvikoski, T. et al. (2016): Premature mortality in autism spectrum disorder. British Journal of Psychiatry 208(3):232–238. doi:10.1192/bjp.bp.114.160192. [Registerkohorte; Suizid-OR 9,40 ASD ohne Intelligenzminderung]
- Hull, L. et al. (2017): Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. J Autism Dev Disord 47(8):2519–2534. doi:10.1007/s10803-017-3166-5. [qualitative Studie zu sozialem Camouflaging/Masking und seinen Belastungen]
- König, R. S. et al. (2024): Identifying the mental health burden in ME/CFS patients in Switzerland. Heliyon 10(5):e27031. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e27031. [Querschnitt, Pilot, n=169]
- Luoma, J. B. et al. (2002): Contact with mental health and primary care providers before suicide. American Journal of Psychiatry 159(6):909–916. doi:10.1176/appi.ajp.159.6.909. [Review]
- McEwen, B. S. (1998): Protective and damaging effects of stress mediators (allostatic load). New England Journal of Medicine 338(3):171–179. doi:10.1056/NEJM199801153380307. [Übersicht]
- Na, P. J. et al. (2025): Social determinants of health and suicide-related outcomes: a review of meta-analyses. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4241. [Übersicht von Metaanalysen]
- Newell, V. et al. (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. [Metaanalyse; Gedanken ~34 %, Versuche ~24 %]
- O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. (2018): The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. Phil Trans R Soc B 373(1754):20170268. doi:10.1098/rstb.2017.0268. [Theoriemodell / Review]
- Procyshyn, T. L., Moseley, R. L., Marsden, S. J. et al. (2025): „I did not think they could help me“: autistic adults' reasons for not seeking public healthcare when they last experienced suicidality. Autism 29(11):2677–2690. doi:10.1177/13623613251370789. [Befragung; britische Online-Stichprobe]
- Rafati, A. et al. (2025): Elevated suicide risk in individuals with epilepsy: a systematic review and meta-analysis. Journal of Neurology 272:232. doi:10.1007/s00415-025-12961-0. [Metaanalyse]
- Raymaker, D. M. et al. (2020): Defining autistic burnout. Autism in Adulthood 2(2):132–143. doi:10.1089/aut.2019.0079. [qualitative Studie]
- Septier, M. et al. (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. [Metaanalyse]
- Thanh, N. X. & Jonsson, E. (2016): Life expectancy of people with fetal alcohol syndrome. J Popul Ther Clin Pharmacol 23(1):e53–e59. PMID:26962962. [Registerkohorte, Kanada]
- Zalsman, G. et al. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry 3(7):646–659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X. [systematischer Review]
- Zalsman, G. et al. (2017): Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: a consensus position paper. European Neuropsychopharmacology 27(4):418–421. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.01.012. [Konsenspapier]

Ergänzend: [Positionspapier der AG Neurodivergenz](#) & neurologische Vielfalt im NaSPro (08/2025) sowie Fragen-Schreiben an das BMG (Juni 2026) – beide im Vorfeld übermittelt.