



Landesverband
Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V. · Carl-Hopp-Straße 19 a · 18069 Rostock

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 323 – Psychische und
neurologische Krankheiten
Mauerstraße 29
11055 Berlin

Geschäftsstelle
Carl-Hopp-Straße 19 a
18069 Rostock
E-Mail: lv@sozialpsychiatrie-mv.de
Internet: www.sozialpsychiatrie-mv.de

Bankverbindung
Ostseesparkasse Rostock
IBAN: DE26 1305 0000 0455002053
BIC: NOLADE21ROS

Ihr Ansprechpartner
Karsten Giertz
Telefon: +49 381 8739423-1

E-Mail: karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de

28.07.2026

Für eine wirksame nationale Suizidprävention: Sozialpsychiatrische Versorgung, bundesweite und regionale Vernetzung sowie nachhaltige Hilfen gemeinsam stärken

Stellungnahme des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir vom Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. bedanken uns für die Möglichkeit zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention Stellung zu nehmen. Der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. ist ein unabhängiger Fachverband, der sich seit 1995 für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Zu- und Angehörigen (inklusive minderjährige Angehörige) in Mecklenburg-Vorpommern einsetzt. Er ist ein Zusammenschluss von Organisationen, Vereinigungen und Institutionen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung und engagiert sich gemeinsam mit seinen Mitgliedsorganisationen und Kooperationspartner*innen in der fachlichen und sozialpolitischen Beratung, der Netzwerkarbeit und Informationsvermittlung, der (Weiter-) Entwicklung von Versorgungsstrukturen, der Umsetzung von Forschungs- und Modellprojekten, der Prävention und Gesundheitsförderung, der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen sowie der Fort- und Weiterbildung der psychosozialen Praxis.

Aus der langjährigen Zusammenarbeit mit Organisationen, Einrichtungen und Diensten der Sozialpsychiatrie, der Umsetzung von Modellprojekten für das Land Mecklenburg-Vorpommern sowie im Austausch mit zahlreichen Kooperationspartner*innen aus der psychiatrischen und psychosozialen Praxis sowie der Selbsthilfe verfügt der Landesverband



Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. über umfassende fachliche Erfahrungen zur Versorgungssituation von Menschen in psychischen Krisen. Suizidalität stellt dabei eine der häufigsten und zugleich anspruchsvollsten Herausforderungen dar.

Wir vom Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. begrüßen deshalb ausdrücklich die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem vorliegenden Referentenentwurf erstmals einen gesetzlichen Rahmen für eine nationale Suizidprävention zu schaffen. Die im Entwurf hervorgehobene Bedeutung der Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe entspricht unserer Ansicht dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, internationalen Empfehlungen und unseren Erfahrungen als Fachverband (vgl. Schmidtke et al. (Hrsg.) 2004; WHO 2021b; 2025). Der Gesetzentwurf macht deutlich, dass jährlich mehr als 10.000 Menschen in Deutschland durch Suizid versterben und Suizide damit deutlich häufiger sind als Todesfälle infolge von Verkehrsunfällen, HIV oder illegalem Drogenkonsum. Gleichzeitig weist der Entwurf auf die hohe Zahl von Suizidversuchen sowie die erheblichen Folgen für Zu- und Angehörige und das soziale Umfeld hin. Diese Ausgangslage verdeutlicht die Notwendigkeit einer langfristig angelegten, bundesweit koordinierten Präventionsstrategie.

Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Aus unserer Sicht ist besonders hervorzuheben, dass Suizidalität nicht ausschließlich als medizinisches oder psychiatrisches Problem verstanden werden darf (Maris 2019). Die wissenschaftliche Fachliteratur beschreibt Suizidalität als ein komplexes biopsychosoziales Geschehen, das aus dem Zusammenwirken individueller Vulnerabilitäten, psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Belastungsfaktoren entsteht (ebd.). Neben psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie spielen auch psychosoziale Risikofaktoren wie Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungsverlust, chronische körperliche Erkrankungen sowie fehlende soziale Unterstützung, gesellschaftliche Krisen, Stigmatisierung oder ein erschwerter Zugang zum Hilfesystem eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von suizidalen Krisen (vgl. Özsöz et al. 2021; Teismann & Dormann 2014; Teismann et al. 2016; WHO 2014). Suizidprävention muss daher weit über die medizinische und psychiatrische Versorgung hinausgehen und soziale Teilhabe, psychosoziale Unterstützung sowie niedrigschwellige Hilfen einschließen (vgl. Maris 2019; WHO 2014; 2021b).

Auch die Weltgesundheitsorganisation weist darauf hin, dass erfolgreiche Suizidprävention nur dann nachhaltig wirksam ist, wenn sie als ressortübergreifende gesellschaftliche Aufgabe verstanden wird (WHO 2025). Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Bildungseinrichtungen, Arbeitswelt, Kommunen, Selbsthilfeorganisationen und die Zivilgesellschaft tragen gleichermaßen Verantwortung für die Prävention von Suiziden (WHO 2021b). Internationale Erfahrungen zeigen, dass Länder mit nationalen Präventionsstrategien, verbindlichen Kooperationsstrukturen und niedrigschwelligen Hilfesystemen langfristig deutliche Verbesserungen erzielen konnten (ebd.; Schmidtke et al. (Hrsg.) 2004).

Suizidprävention in der Arbeitswelt stärken

Die Arbeitswelt stellt einen wichtigen Lebensbereich dar, in dem psychische Belastungen frühzeitig erkannt und präventive Unterstützungsangebote wirksam etabliert werden können. Betriebe verfügen bereits heute über etablierte Strukturen der Gesundheitsförderung und

Prävention, die im Rahmen einer nationalen Suizidpräventionsstrategie stärker einbezogen werden sollten. Hierzu zählen insbesondere die betriebsärztliche Versorgung sowie das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Aus unserer Sicht sollte die Suizidprävention als Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsvorsorge systematisch verankert werden. Betriebsärzt*innen sowie die Verantwortlichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements können durch Information, Beratung, Früherkennung und Vermittlung geeigneter Hilfen einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten.

Darüber hinaus regen wir an, bundesweit standardisierte Qualifizierungsangebote im Sinne eines „Mental First Aid“ zu etablieren und diese langfristig mit einem vergleichbaren Stellenwert wie die betriebliche Erste-Hilfe-Ausbildung zu versehen (vgl. Morgan et al. 2018). Eine verpflichtende beziehungsweise regelmäßig nachzuweisende Qualifizierung würde Beschäftigte unterschiedlicher Berufsgruppen befähigen, Warnsignale psychischer Krisen und suizidaler Entwicklungen frühzeitig zu erkennen, betroffene Personen angemessen anzusprechen und sie an geeignete Hilfesysteme zu vermitteln. Gleichzeitig würde ein solcher Ansatz einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen leisten und die gesellschaftliche Sensibilität für psychische Krisen branchenübergreifend stärken.

Ergänzend sollten Betriebe bei der Entwicklung und Implementierung praxisorientierter Leitfäden zur Suizidprävention und Postvention unterstützt werden. Während in Bereichen wie der Psychiatrie, dem Gesundheitswesen, der Pflege, dem Rettungsdienst, der Polizei oder der Sozialen Arbeit bereits entsprechende Erfahrungen bestehen, fehlen vergleichbare Handlungskonzepte in vielen anderen Wirtschafts- und Verwaltungsbereichen. Einheitliche Empfehlungen zum Umgang mit suizidalen Krisen sowie zur Begleitung von Beschäftigten und Teams nach einem Suizid könnten einen wichtigen Beitrag zu Handlungssicherheit, Prävention und nachhaltiger Unterstützung leisten.

Die Sozialpsychiatrie als tragende Säule der Suizidprävention

Als sozialpsychiatrischer Fachverband begrüßen wir ausdrücklich die Zielsetzung des Referentenentwurfs, bestehende Strukturen zur Suizidprävention zu stärken, Präventionsangebote besser zu koordinieren und eine nationale Strategie dauerhaft zu etablieren. Menschen mit suizidalen Krisen suchen häufig nicht zuerst psychiatrische Kliniken oder psychotherapeutische Praxen auf. Sie wenden sich vielmehr an Akteur*innen aus ihrem direkten oder erweiterten Umfeld, Beratungsstellen, Hausärzt*innen, Sozialpsychiatrische Dienste, Kontakt- und Begegnungsstätten, Selbsthilfe oder andere niedrigschwellige Angebote. Gerade diese Ansprechpartner*innen ermöglichen oftmals den ersten vertrauensvollen Kontakt und verhindern durch frühzeitige Unterstützung eine weitere Eskalation der Krise. Damit Suizidprävention gelingen kann, muss die Prävention von Suiziden als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden, die nur durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteur*innen wirksam gelingen kann.

Die Fachliteratur zur Umsetzung von Maßnahmen der Suizidprävention beschreibt diesen frühen Zugang zu Hilfen als einen zentralen Bestandteil erfolgreicher Suizidprävention (WHO 2021b). Insbesondere das sogenannte Gatekeeper-Konzept verdeutlicht, dass nicht ausschließlich psychiatrische Fachkräfte, sondern alle Berufsgruppen mit regelmäßigem Kontakt zu gefährdeten Menschen befähigt werden müssen, Warnsignale zu erkennen, Gespräche über Suizidalität zu führen und geeignete Hilfen einzuleiten (vgl. Gerngroß 2020;



WHO 2021b). Hierzu gehören Beschäftigte der Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, Altenhilfe, Polizei, Justiz, Rettungsdienste oder Bildungseinrichtungen.

Vor diesem Hintergrund regen wir an, die Sozialpsychiatrie ausdrücklich als einen zentralen Bestandteil der nationalen Suizidprävention im Gesetz zu benennen. Sie übernimmt eine wichtige Brückenfunktion innerhalb dieses sektorenübergreifenden Präventionsansatzes, indem sie niedrigschwellige Zugänge schafft und die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen fördert. Prävention gelingt dort am wirksamsten, wo Menschen frühzeitig Unterstützung erhalten und kontinuierlich begleitet werden können. Diese lebensweltorientierte Begleitung ist ein zentrales Merkmal sozialpsychiatrischer Versorgung und ergänzt die Arbeit anderer Akteur*innen der Suizidprävention.

Der aktuelle Ergebnisbericht des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts „Gemeindepsychiatrie und ihr Beitrag zur Suizidprävention (GiBS)“ des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. (2024) bestätigt diese Einschätzung. Er zeigt, dass wirksame Suizidprävention insbesondere dort gelingt, wo Menschen langfristig, lebensweltorientiert und niedrigschwellig begleitet werden. Der Bericht hebt hervor, dass neben der Krisenintervention insbesondere kontinuierliche psychosoziale Begleitung, Nachsorge nach suizidalen Krisen sowie die regionale Vernetzung der Hilfesysteme entscheidende Erfolgsfaktoren darstellen. Diese Stärken gehören zum Kernprofil der Sozialpsychiatrie und leisten einen wichtigen Beitrag zu einer umfassenden, sektorenübergreifenden Suizidprävention, die das Zusammenwirken aller relevanten Akteur*innen voraussetzt.

Verbindliche Vernetzung der regionalen Hilfesysteme

Der Referentenentwurf hebt die Bedeutung der Zusammenarbeit verschiedener Akteur*innen hervor. Diese Zielsetzung unterstützen wir ausdrücklich. Aus unserer Sicht sollten jedoch verbindlichere Regelungen zur regionalen Vernetzung vorgesehen werden. Wir halten es für erforderlich, in allen Regionen Deutschlands dauerhaft tragfähige Netzwerke aufzubauen, an denen Sozialpsychiatrische Dienste, psychiatrische Kliniken, psychiatrische Institutsambulanzen, Hausärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Suchthilfe, Selbsthilfeorganisationen, kommunale Gesundheitsämter sowie Zu- und Angehörigenvertretungen beteiligt sind.

Verbindliche Kooperationsstrukturen sind eine wesentliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung einer sektorübergreifenden Suizidprävention auf regionaler Ebene. Sie ermöglichen effiziente Kommunikationswege, gemeinsame Standards im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen sowie eine kontinuierliche Abstimmung zwischen den beteiligten Versorgungs- und Unterstützungssystemen. Insbesondere an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie zwischen medizinischen, psychosozialen und kommunalen Akteur*innen tragen sie dazu bei, Versorgungslücken zu vermeiden und die Umsetzung einer übergreifenden Präventionsstrategie sicherzustellen (vgl. WHO 2021a; b).

Besondere Herausforderungen in Mecklenburg-Vorpommern

Besonders für Mecklenburg-Vorpommern besitzt dieser Aspekt erhebliche Bedeutung. Unser Bundesland ist durch eine geringe Bevölkerungsdichte, weite Entfernungen, demografischen Wandel und einen zunehmenden Fachkräftemangel geprägt (vgl. Giertz 2025). Die



Erreichbarkeit psychosozialer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung ist insbesondere in ländlichen Regionen häufig eingeschränkt. Umso wichtiger sind neben verbindlichen regionalen Netzwerken, mobile Hilfen, sektorübergreifende Angebote, aufsuchende Unterstützung sowie digitale Beratungsformen. Diese regionalen Besonderheiten sollten bei der Ausgestaltung der nationalen Präventionsstrategie ausdrücklich berücksichtigt werden.

Unserer Einschätzung nach sollte die im Referentenentwurf vorgesehene Bedarfsanalyse regional ausgerichtet und auf Bundesebene gebündelt werden. Da Suizidalität unter unterschiedlichen sozialen, demografischen und versorgungsbezogenen Bedingungen entsteht (vgl. Teismann et al. 2016), ist eine systematische regionale Analyse erforderlich, um Risikogruppen, Versorgungslücken und besondere Belastungsschwerpunkte zu identifizieren (siehe z. B. Beig et al. 2020; Belau 2024). Nur auf dieser Grundlage können Präventionsmaßnahmen zielgerichtet, ressourcenschonend und bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden. Eine bundesweite Strategie benötigt deshalb eine belastbare regionale Datengrundlage.

Nachhaltige Finanzierung als Voraussetzung wirksamer Suizidprävention

Wir vom Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. sehen darüber hinaus einen wesentlichen Ergänzungsbedarf hinsichtlich der Finanzierung. Der Referentenentwurf beschreibt zahlreiche neue Aufgaben und Koordinierungsstrukturen, enthält jedoch bislang keine ausreichenden Aussagen zur nachhaltigen Finanzierung niedrigschwelliger psychosozialer Angebote wie der 24-Stunden-Krisendienste und der hierfür erforderlichen Infrastruktur. Krisendienste stellen neben der vorgesehenen Bundesfachstelle und den Modellprojekten ein zentrales Element des Gesetzentwurfs dar. Zwar weist der Entwurf den Ländern die Verantwortung für Planung und Aufbau dieser Krisendienste zu, die konkrete Ausgestaltung einer dauerhaft tragfähigen Finanzierung bleibt jedoch offen. Ebenso werden Aufbau, Qualitätsanforderungen und Verfahren der Qualitätssicherung bislang nur in Grundzügen beschrieben, obwohl diese für eine bundesweit vergleichbare und verlässliche Versorgung von zentraler Bedeutung sind.

Wir halten es daher für unverzichtbar, dass mit der gesetzlichen Stärkung der Suizidprävention auch eine dauerhafte finanzielle Absicherung der Krisendienste sowie der dazugehörigen Infrastruktur verbunden wird. Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn Unterstützung tatsächlich erreichbar, niedrigschwellig und dauerhaft verfügbar ist.

Besonders deutlich wird dieser Handlungsbedarf in Mecklenburg-Vorpommern. Anders als in einigen anderen Bundesländern existiert bislang kein landesweit flächendeckender psychosozialer Krisendienst. Gleichzeitig stehen Land und Kommunen bereits heute vor erheblichen finanziellen Herausforderungen, die bestehenden sozialpsychiatrischen und psychosozialen Hilfestrukturen aufrechtzuerhalten (vgl. LSP M-V 2026a; b). Zusätzliche gesetzliche Aufgaben können unter diesen Rahmenbedingungen nicht aus den vorhandenen Haushalten finanziert werden.

Wir halten es daher für erforderlich, dass Bund und Länder zeitnah einen strukturierten Abstimmungsprozess aufnehmen, um tragfähige und dauerhaft verlässliche Finanzierungsmodelle für Krisendienste zu entwickeln. Nur durch eine gemeinsame finanzielle

Verantwortung von Bund und Ländern kann gewährleistet werden, dass die im Gesetzentwurf formulierten Ziele bundesweit und insbesondere auch in strukturschwachen Flächenländern umgesetzt werden.

Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen als Voraussetzung wirksamer Suizidprävention

Eine nachhaltige nationale Suizidprävention setzt voraus, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen konsequent abgebaut wird. Psychische Erkrankungen gehören mit zu den häufigsten Risikofaktoren für suizidales Erleben und suizidales Verhalten (vgl. Maris 2019; Scheerer et al. 2021). Dennoch erleben viele Betroffene nach wie vor Vorurteile, Ausgrenzung und Diskriminierung – im persönlichen Umfeld, am Arbeitsplatz und teilweise auch im Gesundheits- und Sozialsystem (vgl. Angermeyer et al. 2017; Schomerus et al. 2023). Die Angst vor Stigmatisierung führt häufig dazu, dass psychische Belastungen verschwiegen und professionelle Hilfen erst sehr spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Oexle et al. 2018; Xu et al. 2018).

Der Referentenentwurf hebt zwar die Bedeutung der Enttabuisierung psychischer Erkrankungen ausdrücklich hervor. Aus unserer sollte jedoch deutlicher hervorgehoben werden, dass Entstigmatisierung selbst eine zentrale Maßnahme der Suizidprävention darstellt und nicht lediglich eine begleitende Öffentlichkeitsaufgabe ist. Wer frühzeitig Unterstützung sucht, Krisen offen ansprechen kann und auf ein verständnisvolles soziales Umfeld trifft, hat bessere Chancen, suizidale Krisen zu bewältigen.

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die aktuellen bundesweiten politischen Debatten über personenbezogene Register, Kennzeichnungen oder polizeiliche Erfassungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit Risikopotenzial kritisch zu bewerten (vgl. LSP M-V 2026c). Unabhängig von ihrer jeweiligen Zielsetzung besteht die Gefahr, bestehende Vorurteile zu verstärken und das Vertrauen betroffener Menschen in das Gesundheits- und Hilfesystem zu beeinträchtigen. Maßnahmen, die von Betroffenen als Generalverdacht oder besondere Kontrolle wahrgenommen werden, können die Bereitschaft zur frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfen verringern und stehen damit den Zielen einer wirksamen Suizidprävention entgegen.

Die Sozialpsychiatrie leistet hierzu seit vielen Jahren einen wesentlichen Beitrag. Durch gemeindenahe Unterstützungsangebote, Recovery-orientierte Arbeit, die Förderung sozialer Teilhabe, die Einbeziehung von Zu- und Angehörigen sowie den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen werden Vorurteile abgebaut und Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe gestärkt. Diese Erfahrungen sollten im Rahmen einer nationalen Suizidpräventionsstrategie stärker berücksichtigt und systematisch gefördert werden.

Eine wirksame Suizidprävention erfordert deshalb nicht nur den Ausbau von Krisenhilfen und Prävention, sondern auch eine langfristige gesellschaftliche Strategie zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Nur wenn psychische Krisen ohne Angst vor Ausgrenzung angesprochen werden können und Betroffene darauf vertrauen dürfen, dass sie Unterstützung statt Stigmatisierung erfahren, wird es gelingen, Menschen frühzeitig zu erreichen und ihnen den Zugang zu passgenauen Hilfen zu eröffnen.



Peer-Support und EX-IN Genesungsbegleitung als unverzichtbarer Bestandteil der Krisenhilfe

Bereits heute bestehen in Mecklenburg-Vorpommern und auch in anderen Bundesländern wertvolle und wirksame niedrigschwellige Unterstützungsangebote, die im weiteren Ausbau der Suizidprävention ausdrücklich berücksichtigt werden sollten. Hervorzuheben sind in unserem Bundesland insbesondere die Arbeit des Vereins EX-IN Mecklenburg-Vorpommern e.V., der mit qualifizierten Genesungsbegleiter*innen, digitalen Beratungsangeboten sowie anderen niedrigschwelligen Peer-Support-Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen leistet. Menschen mit eigener Krisen- und Recovery-Erfahrung schaffen häufig einen Zugang zu Betroffenen, der professionellen Hilfesystemen allein nicht immer gelingt (vgl. Mahlke et al. 2015; Walde & Völlm 2025). Peer-Support stärkt Hoffnung, Selbstbestimmung und die Bereitschaft, frühzeitig Hilfe anzunehmen, und stellt damit einen wichtigen Baustein moderner Suizidprävention dar.

Damit diese Potenziale nachhaltig genutzt werden können, benötigen jedoch auch Peer-Angebote eine verlässliche finanzielle Grundlage. Dies betrifft nicht nur die unmittelbare Beratung und Begleitung, sondern ebenso die notwendige Infrastruktur, Koordination, Qualifizierung, Fortbildung und Vernetzung der Genesungsbegleitenden. Eine überwiegend projektbezogene oder befristete Finanzierung oder ehrenamtliche Struktur wird dem langfristigen Auftrag dieser Angebote nicht gerecht. Aus unserer Sicht sollten deshalb auch Peer-Support und EX-IN-Genesungsbegleitung ausdrücklich als förderfähige Bestandteile niedrigschwelliger Krisenhilfen anerkannt und eine Möglichkeit der dauerhaften finanziellen Absicherung im Rahmen einer landesweiten Strategie erhalten. Gerade in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern können sie einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Versorgungslücken zu schließen, Krisendienste sinnvoll zu ergänzen und Menschen frühzeitig und auf Augenhöhe zu erreichen.

Qualifizierung aller beteiligten Berufsgruppen

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Qualifizierung der beteiligten Berufsgruppen. Der Umgang mit Suizidalität stellt hohe fachliche und persönliche Anforderungen an alle Professionen. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Fortbildungen zur Erkennung von Warnsignalen, zur Gesprächsführung sowie zur Krisenintervention die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden deutlich verbessern und einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten (vgl. McCabe et al. 2017; WHO 2021b). Aus unserer Sicht sollte das Gesetz daher den bundesweiten Ausbau standardisierter Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote ausdrücklich unterstützen. Dies gilt nicht nur für psychiatrische Fachkräfte, sondern ebenso für Mitarbeitende in den Bereichen Sozialarbeit, Pflege, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Schule, Allgemeinmedizin, Suchthilfe und weiteren Arbeitsfeldern.

Angehörige, Postvention und vulnerable Gruppen

Wir begrüßen zudem, dass der Gesetzentwurf die Bedeutung von Zu- und Angehörigen und Mitbetroffenen anerkennt. Aus Sicht sollte jedoch die sogenannte Postvention ausdrücklich als Bestandteil der nationalen Suizidprävention aufgenommen werden (vgl. Wagner 2021; Wagner et al. 2021; Wolfersdorf & Etzersdorfer 2023). Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass Angehörige, Freund*innen sowie professionelle Helfer*innen nach einem Suizid selbst erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind und teilweise ein erhöhtes Risiko



für eigene psychische Erkrankungen oder suizidale Krisen entwickeln. Professionelle Unterstützungsangebote nach einem Suizid dienen daher nicht allein der Bewältigung der Folgen, sondern stellen zugleich einen wichtigen Beitrag zur weiteren Prävention dar.

Ebenso sollte der Gesetzentwurf vulnerable Gruppen noch stärker berücksichtigen. Hierzu zählen unter anderem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen (Maris 2019), ältere Menschen (Kruse 2023), Menschen im Strafvollzug (Opitz-Welke & Konrad 2022), Kinder und Jugendliche in psychosozialen Krisen (Kasperzack et al. 2026; Schelhase 2021), Menschen mit chronischen somatischen Erkrankungen (Giupponi et al. 2018) sowie Personen nach einer stationären psychiatrischen Behandlung im Zusammenhang mit einer suizidalen Krise (Spießl 2019). Für diese Personengruppen liegen wissenschaftlich gut belegte erhöhte Suizidrisiken vor, sodass zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen erforderlich sind.

Evaluation und Qualitätssicherung

Abschließend unterstützen wir ausdrücklich die vorgesehene wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der nationalen Suizidpräventionsstrategie. In diesem Kontext regen wir an, bundesweit einheitliche Qualitätsstandards sowie Indikatoren zur Evaluation regionaler Präventionsmaßnahmen über Leitlinien zu entwickeln (vgl. Schneider et al. 2022). Nur durch eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung lässt sich überprüfen, welche Maßnahmen tatsächlich zur Verringerung von Suiziden und Suizidversuchen beitragen und wie regionale Unterschiede in der Versorgung wirksam ausgeglichen werden können.

Zusammenfassend bewertet der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Referentenentwurf als einen wichtigen und notwendigen Schritt zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Damit die angestrebten Ziele nachhaltig erreicht werden können, bedarf es jedoch einer stärkeren Berücksichtigung der Sozialpsychiatrie als zentralem Bestandteil der Präventionslandschaft, einer verbindlichen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, einer langfristigen Finanzierung niedrigschwelliger Hilfen sowie einer stärkeren Einbindung kommunaler und gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen. Suizidprävention beginnt dort, wo Menschen in Krisen frühzeitig wahrgenommen, ernst genommen und verlässlich begleitet werden. Gerade die Sozialpsychiatrie leistet hierzu seit vielen Jahren einen unverzichtbaren Beitrag. Dies sollte sich auch im weiteren Gesetzgebungsverfahren ausdrücklich widerspiegeln.

Zusammenfassung und Empfehlungen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wir begrüßen den Referentenentwurf als wichtigen Schritt zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Der Gesetzentwurf schafft erstmals einen gesetzlichen Rahmen für eine bundesweit koordinierte Präventionsstrategie und unterstreicht die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Verhinderung von Suiziden. Aus unserer Sicht bedarf der Gesetzentwurf jedoch weiterer Konkretisierungen, damit die angestrebten Ziele nachhaltig erreicht werden können. Insbesondere sollten die gemeindepsychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen, die vielerorts den ersten Zugang für Menschen in suizidalen Krisen darstellen, stärker berücksichtigt werden. Wirksame Suizidprävention erfordert eine



langfristige, lebensweltorientierte und sektorenübergreifende Unterstützung sowie eine verlässliche Finanzierung niedrigschwelliger Hilfen.

Daher sollte der Gesetzentwurf im weiteren Gesetzgebungsverfahren insbesondere um folgende Aspekte ergänzt werden:

- ausdrückliche gesetzliche Anerkennung der Sozialpsychiatrie und gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen als tragende Säulen der nationalen Suizidprävention,
- verbindliche regionale Kooperations- und Vernetzungsstrukturen unter Beteiligung aller relevanten Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Gemeinwesens,
- systematische Einbindung der betriebsärztlichen Versorgung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in die nationale Suizidpräventionsstrategie,
- Entwicklung und Förderung branchenspezifischer Leitfäden zur Suizidprävention und Postvention in Betrieben und Verwaltungen,
- bundesweite Etablierung standardisierter Mental-First-Aid-Qualifizierungen im betrieblichen Kontext mit vergleichbarem Stellenwert wie die Erste-Hilfe-Ausbildung,
- regional ausgerichtete Bedarfsanalysen als Grundlage einer bedarfsgerechten Präventionsplanung,
- nachhaltige Finanzierung niedrigschwelliger Krisendienste einschließlich der erforderlichen Infrastruktur, Koordination und Vernetzung unter gemeinsamer Verantwortung von Bund und Ländern,
- ausdrückliche Förderung von Peer-Support und EX-IN-Genesungsbegleitung als Bestandteil der Krisenhilfe,
- bundesweiter Ausbau standardisierter Qualifizierungsangebote für alle relevanten Berufsgruppen,
- stärkere Berücksichtigung von Postvention, Nachsorge sowie besonders vulnerablen Personengruppen,
- gesetzliche Verankerung von Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen als Bestandteil der Suizidprävention,
- Entwicklung bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards und Evaluationskriterien für regionale Präventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung der besonderen Herausforderungen strukturschwacher Flächenländer.

Suizidprävention beginnt dort, wo Menschen in Krisen frühzeitig wahrgenommen, ernst genommen und verlässlich begleitet werden. Gerade die gemeindepsychiatrischen Hilfen, niedrigschwellige Beratungsangebote und die Unterstützung durch Menschen mit eigener Krisenerfahrung leisten hierzu täglich einen unverzichtbaren Beitrag. Damit dieser Beitrag dauerhaft wirksam bleiben kann, bedarf es neben klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen vor allem einer verlässlichen und nachhaltigen Prävention.

Gleichzeitig sollte berücksichtigt werden, dass sich das gesellschaftliche Verständnis von Sterben und Selbstbestimmung in den vergangenen Jahrzehnten verändert hat (vgl. Macho 2018). Fragen des selbstbestimmten Sterbens haben in modernen Gesellschaften gerade im Kontext des begleiteten oder assistierten Suizids zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Lewitzka 2022; Pollmächer 2023; Wassiliwizky et al. 2022). Eine zeitgemäße nationale Suizidprävention sollte diese gesellschaftlichen Entwicklungen reflektieren, ohne ihren



Landesverband
Sozialpsychiatrie

präventiven Auftrag aufzugeben. Gerade deshalb sind differenzierte, dialogorientierte und lebensweltbezogene Unterstützungsangebote erforderlich, die Menschen in existenziellen Krisen ernst nehmen und ihnen tragfähige Perspektiven eröffnen.

Rostock, 28.07.2026

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

LSP

Referenzen



Landesverband
Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Angermeyer, M., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2017). 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 44, S. 377-392.

Beig, I.; Gebhardt, R.; Hauschild, N.; Schlang, C.; Fischer, S.; Schweizer, M.; Dippel, A. & Gottschalk, R. (2020). Daten des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS): Suizidstatistik 2014–2017. In: Psychiatrische Praxis, 47(07), S. 376-382.

Belau, M. H. (2024). Regional deprivation and suicide—an ecological study. In: Deutsches Ärzteblatt International, 121, S. 449-453.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (2024). Gemeindepsychiatrie und ihr Beitrag zur Suizidprävention: Möglichkeiten, Bedarfe, Visionen – Ergebnisbericht zum Projekt GiBS. Köln, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Abrufbar unter: https://cdn.prod.website-files.com/69455addeb450fd0ceafb737/69947a904813faf25fc2ed06_GiBS%20Ergebnisbericht%20final.pdf (zuletzt 26.07.2026).

Gerngroß, J. (2020). Einführung in die Suizidprävention. In: Gerngroß, J. (Hrsg.). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (S. 1-13). Stuttgart, Schattauer Verlag.

Giertz, K. (2026). Zwischen Versorgungslücken und Teilhabe Psychosoziale: Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 56 (2), S. 67-70.

Giupponi, G.; Maniscalco, I.; Mathá, S.; Ficco, C.; Pernther, G.; Sanna, L.; Pompili, M.; Kapfhammer, H.-P. & Conca, A. (2018). Suizidrisiko bei somatoformen Störungen. In: Neuropsychiatrie, 32, S. 9-17.

Kasperzack, D.; König, U. & Becker, K. (2026). Die Entwicklung der Suizidzahlen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland von 2005 bis 2023: Geschlechts- und altersspezifische Trends. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 54 (2), S. 90-99.

Kruse, A. (2023). Suizidalität im Alter, In: Kerbe, S. 38-40.

Lewitzka, U. (2022). Suizidprävention im Kontext des assistierten Suizids. In: Der Nervenarzt, 93, S. 1112-1124.

LSP M-V – Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2026a). Mecklenburg-Vorpommern ein Land zum Leben auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen? Rostock, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. Abrufbar unter: <https://sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2026/01/Ein-Land-zum-Leben-auch-fuer-Menschen-mit-psychischen-Erkrankungen.pdf> (zuletzt 26.07.2026)

LSP M-V – Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2026b). Von der Kostensteuerung zur Versorgungsverantwortung – Perspektiven für die Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern. Rostock, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-

Vorpommern e.V. Abrufbar unter: <https://sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2026/05/Stellungnahme-LRH-Sonderbericht-zum-BTHG-2026.pdf> (zuletzt gesehen 26.07.2026)



Landesverband
Sozialpsychiatrie

LSP M-V – Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2026c). Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht unter Generalverdacht stellen. Rostock, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. Abrufbar unter: <https://sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2026/05/Stellungnahme-Polizeiregister-28.05.2026.pdf> (zuletzt 26.07.2026).

Macho, T. (2018). Das Leben nehmen – Suizid in der Moderne. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Mahlke, C.; Krämer, U.; Kilian, R. & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung: Übersicht des internationalen Forschungsstandes. In: Nervenheilkunde, 34, S. 235-239.

Maris, R. W. (2019). Suicidology – A Comprehensive Biopsychosocial Perspective. New York & London, The Guilford Press.

McCabe, R.; Sterno, I.; Priebe, S.; Barnes, R. & Byng, R. (2017). How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk? In: BMC Psychiatry 17:122, doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1212-7>

Morgan, A. J., Ross, A. & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. In: PLOS ONE, 13, e0197102.

Oexle, N.; Waldmann, T.; Staiger, T.; Xu, Z. & Rüsch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27, pp. 169-175.

Opitz-Welke, A. & Konrad, N. (2022). Suizide im deutschen Strafvollzug: Häufigkeit, Risikofaktoren und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt, 65, S. 18-24.

Özsöz, F.; Luff, J. & Siegerstetter, J. (2021). Der Suizid in der Polizeilichen Kriminalstatistik. In: Bundesgesundheitsblatt, 65 (1), S. 11-17.

Pollmächer, T. (2023). Der assistierte Suizid aus psychiatrischer Sicht. In: Der Nervenarzt, 94, S. 625-630.

Scheerer, H.; Colla, M. & Kleim, B. (2021) Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen. In: (S. 46-68). In: Teismann, T.; Forkmann, T. & Glaesmer, H. (Hrsg.). Suizidales Erleben und Verhalten: Ein Handbuch (S. 234-233). Köln, Psychiatrie Verlag.

Schelhase, T. (2021). Suizide in Deutschland: Ergebnisse der amtlichen Todesursachenstatistik. In: Bundesgesundheitsblatt, 65 (1), S. 3-10.

Schmidtke, A.; Bille-Brahe, U.; De Leo, D. & Kerkhof, A. (Hrsg.) (2004). Suicidal Behaviour in Europe – Results from the WHO/ EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Hogrefe & Huber, Cambridge, Washington, Göttingen.

Schneider, B.; Relf, A.; Wagner, B. & Wolfersdorf, M. (2022). Warum brauchen wir Leitlinien für Suizidprävention? In: Bundesgesundheitsblatt, 65, S. 58-66.

Schomerus, G.; Schindler, S., Baumann, E. & Angermeyer, M. C. (2023). Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: a widening gap. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58 (1), pp. 17-23.

Spießl, H. (2019). Mehr Fokus auf poststationäre Suizide! In: Psychiatrische Praxis, 46, S. 67-69.

Teismann, T. & Dormann, W. (2014). Suizidalität. Göttingen, Bern, Wien u.a., Hogrefe.

Teismann, T.; Koban, C.; Illes, F. & Oermann, A. (2016). Psychotherapie suizidaler Patienten Göttingen, Hogrefe.

Wagner, B. (2021). Postvention: Hinterbliebene nach einem Suizid. In: Teismann, T.; Forkmann, T. & Glaesmer, H. (Hrsg.). Suizidales Erleben und Verhalten: Ein Handbuch (S. 234-233). Köln, Psychiatrie Verlag.

Wagner, B.; Hoffmann, L. & Grafiadeli, R. (2021). Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. In: Psychiatrische Praxis, 48 (01), S. 9-18.

Walde, P. & Völm, B. (2025). Effekte von Genesungsbegleitung in der Psychiatrischen Versorgung: Ein Systematischer Review of Reviews. In: Psychiatrische Praxis, 52 (2), S. 70-79.

Wassiliwizky, M.; Gerlinger, G.; Domschke, K.; Reif, A.; Bader, F. & Pollmächer, T. (2022). Der assistierte Suizid – Einstellungen und Erfahrungen der Mitglieder der DGPPN. In: Der Nervenarzt, 93, S. 1134-1142.

WHO – World Health Organization (2014). Preventing Suicide: A global imperative. Geneva, World Health Organization. Abrufbar unter: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention (zuletzt abgerufen 28.07.2026).

WHO –World Health Organization (2021a). Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Abrufbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (zuletzt abgerufen 26.07.2026).

WHO – World Health Organization (2021b). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Abrufbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629> (zuletzt abgerufen 26.07.2026).

WHO – World Health Organization (2025). Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Abrufbar unter:



<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/769d0a45-b50a-4b17-ba40-259bef44d9dd/content> (zuletzt gesehen 26.07.2026).

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2023). Suizid und Suizidprävention. Stuttgart, Kohlhammer. 2. erweiterte Aufl.

Xu, Z.; Müller, M.; Lay, B.; Oexle, N.; Drack, T.; Bleiker, M.; Lengler, S.; Blank, C.; Vetter, S.; Rössler, W. & Rüsch, N. (2018). Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: a longitudinal study. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53, pp. 309-312.

