

STELLUNGNAHME

der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen
Suizidprävention (SuizidPrävG-E)
(vom 25.06.2026) Jena: 29. Juli 2026

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und grundsätzliche Bewertung

1. Kurzfassung
2. Stellungnahme zu Artikel 1 – Suizidpräventionsgesetz
 - 2.1 Zu §§ 1 und 2 – Grundansatz, Gesetzesziel und Verbindlichkeit
 - 2.2 Zu § 3 – Bundesfachstelle für Suizidprävention
 - 2.3 Zu § 4 Nr. 1 – Eine eigenständige, suizidspezifische Rufnummer ist erforderlich
 - 2.4 Zu § 4 Nr. 2 – Methodenrestriktion: Von Handlungskonzepten zur Umsetzung
 - 2.5 Zu § 4 Nr. 3 – Information, Aufklärung und verantwortliche Medienkommunikation
 - 2.6 Zu § 4 Nr. 4 bis 7 – Niedrigschwellige Hilfen: Vernetzung ohne Bestandssicherung reicht nicht
 - 2.7 Zu § 4 Nr. 8 – Verbindliche Qualifizierung
 - 2.8 Zu § 4 Nr. 4, 9 und 10 – Daten, Angebotsdatenbank und Forschungsinfrastruktur
 - 2.9 Zu §§ 5 und 6 – Fachbeirat und fachliche Beteiligung
 - 2.10 Zu §§ 7 und 8 – Aufgabenübertragung und behördliche Unterstützung
 - 2.11 Zu § 9 – Krisendienste der Länder: „Hinwirken“ ist keine Sicherstellung
 - 2.12 Zu § 10 – Evaluation und lernende Steuerung
3. Stellungnahme zu Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: § 64f SGB V-E – Versorgung und Nachsorge nach Suizidversuch
4. Über den Referentenentwurf hinausgehender Regelungsbedarf
 - 4.1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
 - 4.2 Hospiz- und Palliativversorgung
 - 4.3 Trauerbegleitung
 - 4.4 Hinterbliebene sowie An- und Zugehörige
 - 4.5 Kinder und Jugendliche in suizidalen Krisen
 - 4.6 Kinder und Jugendliche nach suizidalen Handlungen naher Bezugspersonen
 - 4.7 Assistierte Suizide

Zusammenfassung und grundsätzliche Bewertung

Der Deutsche Bundestag hat im Sommer 2023 eine umfassende und nachhaltige Stärkung der Suizidprävention in Deutschland gefordert. Daraufhin legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende 2024 einen Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz vor. Zu diesem Entwurf identifizierte die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2024 wesentlichen Nachbesserungsbedarf. Aufgrund des vorzeitigen Endes der Regierungskoalition wurde das Gesetzgebungsverfahren jedoch nicht fortgeführt.

Der nun vorliegende Referentenentwurf greift diese Vorarbeiten auf. Er verfolgt das Ziel, zentrale Maßnahmen der Suizidprävention gesetzlich zu verankern und die strukturellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Präventionsstrategie zu schaffen. Dabei knüpft er insbesondere an die Nationale Suizidpräventionsstrategie des BMG aus dem Jahr 2024 an.

Kernstück des Entwurfs ist die Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des BMG. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere die Entwicklung eines Konzepts für eine zentrale, unentgeltliche und bundesweit einheitliche allgemeine Krisen- und Vermittlungsrufnummer mit der Möglichkeit der Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste, die Erarbeitung von Handlungskonzepten zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln sowie Aufgaben in den Bereichen Information, Vernetzung, Qualitätssicherung, Qualifizierung, Forschung und Datenerhebung. Darüber hinaus soll die Bundesfachstelle qualitätsgesicherte Informationen zu Suizidalität und Hilfsangeboten bereitstellen, die Länder beraten, Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung relevanter Berufsgruppen entwickeln sowie die Forschung im Bereich der Suizidprävention fördern. Zur fachlichen Begleitung ist die Einrichtung eines Fachbeirats vorgesehen.

Mit dem Gesetz sollen langfristig tragfähige Strukturen geschaffen werden, um suizidale Handlungen in allen Altersgruppen wirksamer zu verringern.

Die DGS unterstützt grundsätzlich die Zielsetzung des Referentenentwurfs. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die Anerkennung von Suizidalität als gesamtgesellschaftliche Herausforderung und die Schaffung eines eigenständigen bundesgesetzlichen Rahmens für wesentliche Aufgaben der Suizidprävention. Gleichwohl bleibt ein erhebliches Spannungsverhältnis zwischen dem im Entwurf formulierten Anspruch und der tatsächlichen rechtlichen Verbindlichkeit seiner Regelungen bestehen.

Die DGS begleitet die Weiterentwicklung der Suizidprävention aus fachlich-wissenschaftlicher Perspektive. Maßstab dieser Stellungnahme ist, ob der Entwurf insbesondere verlässlich erreichbare, qualitätsgesicherte und nachhaltig finanzierte Hilfen ermöglicht. Die Bewertung berücksichtigt auch die gemeinsam mit zentralen

Akteuren aus Suizidprävention, Beratung sowie Hospiz- und Palliativversorgung in einem Bündnispapier¹ erarbeiteten fachlichen Empfehlungen, die am 22.06.2026 an die Bundestagsabgeordneten verschickt wurden.

1. Kurzfassung

1. Die DGS befürwortet ausdrücklich, dass die Suizidprävention erstmals in einem eigenständigen bundesgesetzlichen Rahmen gestärkt werden soll. Der Entwurf benennt mit der Bundesfachstelle für Suizidprävention, Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfe für Menschen in Krisensituationen, der Entwicklung eines Konzepts für eine bundesweit einheitliche allgemeine Krisendienst- und Vermittlungsrufnummer, der Methodenrestriktion, Forschung und Nachsorge zentrale Handlungsfelder. Er bleibt jedoch an entscheidenden Stellen bei Konzept-, Analyse- und Koordinierungsaufträgen stehen und muss als verbindliches Struktur- und Versorgungsgesetz ausgestaltet werden.
2. Ein zentraler Regelungsbedarf betrifft die Ausgestaltung der vorgesehenen Rufnummer. Im Rahmen eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention bedarf es einer eigenständigen Rufnummer für Menschen mit Suizidgedanken oder Suizidabsichten sowie für Personen, die sie begleiten, unterstützen oder professionell mit ihnen befasst sind. Die nach § 4 Nr. 1 SuizidPrävG-E geplante allgemeine Krisen- und Vermittlungsrufnummer ist mit einer solchen suizidspezifischen Rufnummer nicht gleichzusetzen. Menschen in suizidalen Krisen benötigen einen geschützten und niedrigschwelligen Gesprächsraum, in dem sie ihre Situation offen ansprechen können. Eine eigenständige Rufnummer schafft hierfür einen klar erkennbaren Zugang und vermittelt von Beginn an die Botschaft: Hier kann über suizidale Gedanken, Krisen und Absichten gesprochen werden. Dadurch können Hemmschwellen abgebaut, die Inanspruchnahme von Hilfe erleichtert und frühzeitige suizidpräventive Interventionen ermöglicht werden. Die Rufnummer sollte gesetzlich verankert, dauerhaft finanziert, anonym, jederzeit und gebührenfrei erreichbar sein. Sie muss eine qualifizierte suizidspezifische Erstberatung gewährleisten und ausdrücklich auch An- und Zugehörige, Hinterbliebene sowie professionell und ehrenamtlich Helfende einbeziehen. Die Etablierung einer allgemeinen Krisennummer ist daneben ebenfalls sinnvoll, richtet sich jedoch an einen weiter gefassten Personenkreis und erfüllt eine andere Funktion. Allgemeine Krisenversorgung und suizidspezifische Hilfe sind daher als unterschiedliche, sich ergänzende Strukturen auszugestalten.
3. Eine solche Rufnummer kann ihre Funktion nur erfüllen, wenn ausreichend erreichbare suizidspezifische Angebote zur Verfügung stehen. Eine besonders gravierende Versorgungslücke besteht in der geringen Kapazität und der regional

¹ https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260617_Buendnispapier_Verbesserung_Suizidpraevention.pdf

- ungleichen Verfügbarkeit niedrigschwelliger Suizidpräventionsangebote sowie in deren fehlender Regelfinanzierung. Suizidspezifische Mail-, Chat-, Telefon- und Vor-Ort-Angebote erreichen insbesondere Menschen, die medizinische oder psychiatrische Hilfen nicht, noch nicht oder nicht rechtzeitig in Anspruch nehmen.
4. Bei Daten und Forschung braucht es neben einer aktuellen Angebotsdatenbank eine dauerhaft finanzierte, registerübergreifende Forschungsdateninfrastruktur. Suizide, Suizidversuche, High-Risk-Places, Sicherungsmaßnahmen und assistierte Suizide müssen differenziert und wissenschaftlich nutzbar erfasst werden.
 5. Neben den bundesweiten Koordinierungs- und Infrastrukturaufgaben kommt dem Ausbau der Krisendienste der Länder besondere Bedeutung zu. § 9 SuizidPrävG-E enthält sinnvolle Anforderungen an allgemeine psychiatrische und psychosoziale Krisendienste. Diese richten sich jedoch teilweise an andere Personengruppen und erfüllen andere Funktionen als eine suizidspezifische Rufnummer und Krisenhilfe. Der Entwurf stellt nicht ausreichend sicher, dass Menschen in suizidalen Krisen überall Zugang zu entsprechend qualifizierten und ausdrücklich auf Suizidalität ausgerichteten Angeboten erhalten. Darüber hinaus beschränkt sich § 9 SuizidPrävG-E auf ein „Hinwirken“ der Länder. Ohne verbindliche Ausbauziele, klar definierte suizidspezifische Qualitätsstandards und eine realistische Finanzierung drohen regionale Versorgungslücken fortzubestehen.
 6. Modellvorhaben nach § 64f SGB V-E sind sinnvoll, reichen aber für die bekannte Hochrisikogruppe nach einem Suizidversuch nicht aus. Benötigt wird ein verlässlicher Versorgungspfad mit gesicherten Übergängen in die Regelversorgung.
 7. Darüber hinaus enthält der Entwurf weitere Regelungslücken und nicht ausreichend verbindlich ausgestaltete Handlungsfelder. Es fehlen insbesondere tragfähige Regelungen zur Palliativversorgung, Trauerbegleitung, zu Hilfen für Hinterbliebene sowie An- und Zugehörige, für betroffene Kinder und Jugendliche und zur verbindlichen Umsetzung der Methodenrestriktion.
 8. Besondere Aufmerksamkeit erfordern Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko sowie Menschen, die von bestehenden Hilfen nur unzureichend erreicht werden. Unterschiedliche alters-, geschlechts-, gesundheits- und lebenslagenspezifische Risiken und Zugangsbarrieren müssen daher bei der Ausgestaltung der vorgesehenen Maßnahmen angemessen berücksichtigt werden.

Die DGS erachtet eine substanzielle Überarbeitung des SuizidPrävG-E insbesondere zu folgenden Punkten als notwendig: eine dauerhaft abgesicherte Bundesfachstelle, verbindliche fachliche Beteiligung, eine eigenständige suizidspezifische Rufnummer, die Regelfinanzierung niedrigschwelliger Suizidpräventionsangebote, die verbindliche Sicherstellung flächendeckend erreichbarer und qualitätsgesicherter Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen, eine verlässliche Regelversorgung nach Suizidversuch, belastbare Datenstrukturen sowie eine frühere Evaluation und jährliche Berichterstattung.

2. Artikel 1 – SuizidPrävG-E

2.1 Zu §§ 1 und 2 SuizidPrävG-E – Grundansatz, Gesetzesziel und Verbindlichkeit

Der Entwurf verbindet das Ziel einer stärkeren Suizidprävention mit der Einrichtung einer Bundesfachstelle, Vernetzungs- und Informationsaufgaben, Konzept- und Prüfaufträgen, Aktivitäten der Länder im Bereich der allgemeinen psychiatrischen und psychosozialen Krisendienste sowie Modellvorhaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine verbindliche alters- und entwicklungsspezifische Absicherung eigenständiger, klar erkennbarer und qualitätsgesicherter Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen – vom Kindes- bis ins hohe Lebensalter – ist dagegen nur unzureichend vorgesehen.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die grundsätzliche Zielrichtung ist sachgerecht. Vernetzung ist notwendig, genügt aber nicht, wenn in einzelnen Regionen Angebote fehlen, bestehende Hilfen nicht dauerhaft finanziert sind oder die spezifischen Anforderungen der Suizidprävention innerhalb allgemeiner Krisenstrukturen nicht verlässlich gewährleistet werden. Der Referentenentwurf erkennt die bestehenden regionalen Versorgungsunterschiede selbst an.

Kritische Punkte:

- Zwischen Ziel und Norm besteht eine deutliche Lücke: Eine nachhaltige Absicherung wird angekündigt, zentrale Maßnahmen bleiben jedoch auf der Ebene von Konzept-, Prüf- oder Modellaufträgen
- Eine umfassende Finanzierungsarchitektur für die tatsächliche Ausweitung erreichbarer und suizidspezifisch qualifizierter Hilfen fehlt
- Es bleibt unklar, wie allgemeine psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychosoziale Krisendienste und spezifische Angebote für Menschen verschiedener Altersgruppen in suizidalen Krisen strukturell aufeinander bezogen werden sollen
- Regionale Ungleichheiten könnten fortbestehen, wenn Mindeststrukturen, suizidspezifische Qualitätsanforderungen und Ausbauziele nicht verbindlich geregelt werden

Änderungsvorschlag

Der Entwurf sollte zu einem verbindlichen Struktur- und Versorgungsgesetz weiterentwickelt werden. Für die eigenständige suizidspezifische Rufnummer, niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote, flächendeckend erreichbare und qualitätsgesicherte Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen, die Dateninfrastruktur und die Nachsorge sind klare Zuständigkeiten, Qualitätsanforderungen, Umsetzungsziele und dauerhafte Finanzierungspfade zu beschreiben sowie verbindlich festzulegen. Allgemeine psychiatrische und psychosoziale Krisendienste und suizidspezifische Krisenangebote sollten dabei als eigenständige, aufeinander abgestimmte und einander ergänzende Strukturen ausgestaltet werden.

2.2 Zu § 3 SuizidPrävG-E – Bundesfachstelle für Suizidprävention

Nach § 3 wird im Geschäftsbereich des BMG eine auf 15 Jahre befristete Bundesfachstelle für Suizidprävention eingerichtet. § 4 SuizidPrävG-E weist ihr umfangreiche Koordinierungs-, Konzeptions-, Qualitäts-, Forschungs- und Beratungsaufgaben zu.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die Bundesfachstelle ist ein notwendiger und richtiger Ansatz. Angesichts ihrer weitreichenden Aufgaben muss ihre Arbeit dauerhaft fachlich unabhängig, wissenschaftlich fundiert und durch ausgewiesene Expertise in der Suizidprävention getragen sein. Suizidprävention ist zudem als eine Daueraufgabe zu verstehen. Die Befristung passt daher nicht zum gesetzgeberischen Anspruch, langfristig tragfähige Strukturen zu schaffen.

Kritische Punkte:

- Die Befristung auf 15 Jahre stellt die zentrale Präventionsinfrastruktur unter einen zeitlichen Vorbehalt.
- Es fehlt eine verbindliche Absicherung der fachlichen Unabhängigkeit und der ausgewiesenen suizidpräventiven Expertise der Bundesfachstelle.
- Eine regelmäßige öffentliche Gesamtberichterstattung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Öffentlichkeit ist nicht vorgesehen.

Änderungsvorschlag

Die Bundesfachstelle sollte dauerhaft angelegt werden und in ihrer fachlichen Unabhängigkeit sowie ihrer wissenschaftlichen und suizidpräventiven Expertise verbindlich abgesichert werden. Sie sollte jährlich über das Suizidgeschehen, Umsetzungsstand, Versorgungslücken und prioritäre Maßnahmen unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersgruppen dem Deutschen Bundestag berichten.

2.3 Zu § 4 Nr. 1 SuizidPrävG-E – Eine eigenständige, suizidspezifische Rufnummer ist erforderlich

§ 4 Nr. 1 SuizidPrävG-E beauftragt die Bundesfachstelle, ein Konzept für eine zentrale, unentgeltliche und bundesweit einheitliche Rufnummer zu entwickeln. Vorgesehen ist die Möglichkeit einer unmittelbaren technischen Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste. Der Entwurf verknüpft die Rufnummer damit eng mit der allgemeinen Krisenversorgung und den Krisendiensten der Länder.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die DGS hält eine bundesweit erreichbare allgemeine Krisen- und Vermittlungsstruktur für sinnvoll. Davon muss jedoch eine eigenständige Rufnummer zur Suizidprävention unterschieden werden, die von vornherein auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Suizidgedanken sowie ihres Umfelds zugeschnitten ist. Viele Menschen mit Suizidgedanken nehmen allgemeine Angebote der psychischen oder psychiatrischen Versorgung nicht oder nicht rechtzeitig in Anspruch. Als Gründe werden unter anderem

Ängste vor Zwangsmaßnahmen, negative Vorerfahrungen, schwer zugängliche Angebote, lange Wartezeiten und die Sorge vor Stigmatisierung und Scham genannt. Eine allgemeine Krisennummer kann diese spezifischen Zugangsbarrieren allein nicht ausreichend überwinden.

Aus Sicht der DGS ist daher eine klare fachliche und gesetzessystematische Differenzierung erforderlich: Psychische und psychosoziale Krisen sind nicht mit suizidalen Krisen gleichzusetzen. Sie sind weiter gefasst und können zwar den Hintergrund oder Auslöser einer suizidalen Krise bilden; die große Mehrzahl psychischer und psychosozialer Krisen geht jedoch nicht mit Suizidalität einher. Suizidprävention und allgemeine Krisenversorgung benötigen deshalb jeweils eigenständige, bedarfsgerechte und verlässlich finanzierte Strukturen. Das Suizidpräventionsgesetz sollte sich auf Maßnahmen konzentrieren, die spezifisch der Verringerung suizidaler Handlungen sowie der Unterstützung von Menschen in suizidalen Krisen dienen. Der notwendige Ausbau allgemeiner psychischer und psychosozialer Krisenhilfen sollte in dafür geeigneten gesetzlichen Regelungszusammenhängen erfolgen. Eine inhaltliche Überfrachtung des Suizidpräventionsgesetzes birgt die Gefahr, dass die spezifischen Anforderungen der Suizidprävention nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Kritische Punkte:

- Die Suizidspezifität fehlt: Die besondere Qualität eines eigenständigen Angebots liegt in der eindeutigen Botschaft: „Hier kann offen über suizidale Gedanken gesprochen werden.“ Suizidalität muss nicht erst erkannt, erfragt oder gegenüber einem allgemeinen Hilfsangebot offengelegt werden. Dies ist für den Zugang zu Hilfe von besonderer Bedeutung: In einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten anonymen Online-Befragung im Rahmen des SuiLeit-Projekts² nannten 41 Prozent der gültig Antwortenden Scham als Grund dafür, bei Suizidgedanken keinen Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen zu haben. Ebenfalls häufig wurde die Sorge genannt, andere mit den eigenen Suizidgedanken zu belasten. Eine ausdrücklich suizidspezifische Rufnummer kann diesen Hemmschwellen mit der klaren Botschaft begegnen, dass suizidale Gedanken hier ohne Scham und ohne die Sorge angesprochen werden können, die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu überfordern
- Die Entwurfsregelung betont die technische Weiterleitung. Eine suizidspezifische Rufnummer ist dagegen selbst ein Präventionsangebot: Sie ermöglicht qualifizierte Erstberatung, Entaktualisierung, Klärung von Belastungen und Unterstützung beim Zugang zu weiterführender Hilfe
- Allgemeine psychische bzw. psychosoziale Krisenversorgung und suizidspezifische Hilfe verfolgen unterschiedliche Aufgaben und Zugangslogiken. Beide sind notwendig und ergänzen einander, sollten jedoch jeweils in ihrem eigenen gesetzlichen Rahmen weiterentwickelt werden. Das Suizidpräventionsgesetz darf nicht die Funktion einer

² Projekt SuiLeit: <https://www.dvgp.org/projekte/aktuelle-projekte> (Prestin et al., unveröffentlichte Daten)

allgemeinen Krisengesetzgebung übernehmen, da andernfalls die spezifischen Anforderungen der Suizidprävention in den Hintergrund treten könnten.

- Die im Entwurf genannte Rufnummer adressiert An- und Zugehörige nur unzureichend. Eine suizidspezifische Rufnummer sollte ausdrücklich auch Hinterbliebene sowie professionell und ehrenamtlich Helfende einbeziehen
- Mail, Chat und Messenger sind im Entwurf als ergänzende niedrigschwellige Zugänge nicht strukturell vorgesehen. Etablierte Beratungsangebote erreichen hoch belastete Zielgruppen. In der von Hildebrand et al.³ (2024) untersuchten Stichprobe eines entsprechenden Beratungsangebotes wurden 99 Prozent der Ratsuchenden als suizidal eingestuft. Dies unterstreicht, dass gezielte suizidspezifische Angebote Menschen erreichen, die allgemeine Hilfe möglicherweise nicht nutzen

Änderungsvorschlag

Im Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention sollte eine eigenständige, bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention verankert und finanziell abgesichert werden. Diese muss suizidspezifisch, anonym, jederzeit und gebührenfrei erreichbar sein und qualifizierte Beratung für alle Altersgruppen ermöglichen. Sie sollte Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Suizidgedanken, An- und Zugehörige, Hinterbliebene sowie professionell und ehrenamtlich Helfende ausdrücklich adressieren und durch Mail-, Chat- und Messengerangebote ergänzt werden. Eine technische Weiterleitung an allgemeine Krisendienste kann eine eigenständige suizidspezifische Beratung und Krisenhilfe nicht ersetzen.

2.4 Zu § 4 Nr. 2 SuizidPrävG-E – Methodenrestriktion: Von Handlungskonzepten zur Umsetzung

§ 4 Nr. 2 SuizidPrävG-E beauftragt die Bundesfachstelle mit der Erarbeitung von Handlungskonzepten zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. Methoden, Mittel und High-Risk-Places sollen zudem in die Datenerhebung einbezogen werden.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die Aufnahme der Methodenrestriktion wird ausdrücklich unterstützt. Ein reiner Konzeptauftrag greift jedoch zu kurz, da die Methodenrestriktion zu den fachlich besonders gut begründeten Präventionsansätzen zählt. Handlungskonzepte allein führen noch nicht zur Sicherung bekannter High-Risk-Places und schaffen keine baulichen oder regulatorischen Zugangsbeschränkungen.

Kritische Punkte:

- Für bekannte Hochrisikoorte fehlt ein verbindlicher Ablauf von Meldung, Bewertung, Sicherung, Finanzierung und Evaluation

³ Hildebrand, A., Weiss, M., Stemmler, M. (2024): Outcome-Evaluierung [U25] – Evaluierung der Online-Suizidpräventions-Beratung. Abschlussbericht, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

- Bauliche Suizidprävention in medizinischen, betreuenden und rehabilitativen Einrichtungen wird nicht regelhaft verankert
- Verkehrs- und arzneimittelrechtliche Ansatzpunkte bleiben unberücksichtigt

Änderungsvorschlag

Methodenrestriktion sollte als regelhafte Aufgabe in den jeweils zuständigen Rechtsbereichen verankert werden. Für High-Risk-Places sind verbindliche Verfahren zur Meldung, fachlichen Bewertung, Sicherung, Finanzierung und Evaluation vorzusehen. Suizidpräventive Anforderungen sollten bei Neubau und Umbau geeigneter Einrichtungen berücksichtigt werden; im Verkehrs- und Arzneimittelrecht sind die in den fachlichen Empfehlungen⁴ benannten präventiven Optionen zu prüfen. High-Risk-Places und umgesetzte Sicherungsmaßnahmen müssen kontinuierlich dokumentiert und evaluiert werden.

2.5 Zu § 4 Nr. 3 SuizidPrävG-E – Information, Aufklärung und verantwortliche Medienkommunikation

§ 4 Nr. 3 SuizidPrävG-E weist der Bundesfachstelle die Entwicklung und Veröffentlichung allgemeiner und zielgruppenspezifischer Informationen zum Thema Suizidprävention zu.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Qualitätsgesicherte Information und eine verantwortliche öffentliche Kommunikation sind zentrale Bestandteile der Suizidprävention. Dies gilt insbesondere für die Berichterstattung über Suizide und Suizidversuche, da Art und Gestaltung der Darstellung präventive oder problematische Wirkungen entfalten können. Medien, Pressestellen und weitere öffentlich kommunizierende Akteure benötigen daher dauerhaft erreichbare fachliche Beratung und praxisnahe Empfehlungen.

Kritische Punkte:

- Eine dauerhaft erreichbare und fachlich unabhängige Medienanlaufstelle ist nicht vorgesehen
- Beratung, Fortbildung und Unterstützung bei konkreten Fragen der Berichterstattung werden nicht als eigenständige Aufgaben benannt
- Eine systematische Beobachtung der öffentlichen Kommunikation über Suizidalität und Suizide ist nicht vorgesehen

Änderungsvorschlag

Die Einrichtung einer dauerhaft erreichbaren, fachlich unabhängigen und suizidpräventiv ausgewiesenen Medienanlaufstelle sollte in den Aufgabenbereich der Bundesfachstelle aufgenommen werden. Zu ihren Aufgaben sollten Beratung, die Weiterentwicklung und Verbreitung fachlicher Empfehlungen, Fortbildungsangebote, Unterstützung bei

⁴ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 7 „Methodenrestriktion regelhaft verankern“

problematischer Berichterstattung sowie die Beobachtung relevanter Entwicklungen in der öffentlichen Kommunikation gehören.

2.6 Zu § 4 Nr. 4 bis 7 SuizidPrävG-E – Niedrigschwellige Hilfen

§ 4 Nr. 4 bis 7 SuizidPrävG-E sieht vor, bestehende Hilfsangebote bekannter zu machen, zu vernetzen, fachlich weiterzuentwickeln und Qualitätsstandards zu erarbeiten. Eine eigenständige leistungs- oder finanzierungsrechtliche Absicherung von Mail-, Chat-, Telefon- oder Vor-Ort-Angeboten enthält der Entwurf nicht.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Hier besteht eine besonders bedeutsame Leerstelle des Gesetzentwurfs. Suizidprävention findet häufig vor einer Diagnose und außerhalb formaler Behandlung statt. Gerade niedrigschwellige Angebote erreichen Menschen, die medizinische Hilfen nicht, noch nicht oder nicht rechtzeitig nutzen. Eine Rufnummer und eine Angebotsdatenbank zur Suizidprävention können ihre Funktion nur erfüllen, wenn die zu vermittelnden Angebote tatsächlich bestehen, über ausreichende Kapazitäten verfügen und zu bedarfsgerechten Zeiten erreichbar sind. Für akute suizidale Krisen müssen darüber hinaus jederzeit erreichbare Hilfen gewährleistet sein.

Kritische Punkte:

- Etablierte Angebote bleiben projektartig oder unterfinanziert, obwohl Suizidprävention eine Daueraufgabe ist
- Digitale und telefonische Beratung benötigen qualifiziertes Personal, fachliche Leitung, technische Infrastruktur, Fortbildung und Supervision. Eine verlässliche Regelfinanzierung fehlt
- Auch ehrenamtliche Arbeit setzt hauptamtliche Koordination und Supervision voraus
- Mehrsprachige, barrierearme, kultur-, religionssensible sowie alters- und entwicklungsspezifische Angebote können ohne gesicherte Finanzierung nicht bedarfsgerecht ausgebaut werden

Änderungsvorschlag

Der Gesetzgeber sollte eine verlässliche Regelfinanzierung niedrigschwelliger Suizidpräventionsangebote ermöglichen. Zu prüfen sind die in den gemeinsam erarbeiteten „Fachlichen Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“⁵ benannten sozialrechtlichen Anknüpfungspunkte. Dazu zählen insbesondere die mögliche Schaffung eines § 65g SGB V „Ambulante Beratungsstellen zur Suizidprävention“, die Ergänzung des § 20 Absatz 3 SGB V um eine neue Nummer 9 „Suizidprävention“, die mögliche Einführung eines § 20l SGB V „Ambulante Beratungsleistungen zur Suizidprävention“ sowie eine Zuschussregelung für die

⁵ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, Kapitel 2 „Niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote sichern und weiterentwickeln“, insbesondere Abschnitt „Umsetzung und Ausgestaltung“

hauptamtliche Begleitung ehrenamtlicher Strukturen nach dem Vorbild des § 39a Absatz 2 SGB V.

2.7 Zu § 4 Nr. 8 SuizidPrävG-E – Verbindliche Qualifizierung

§ 4 Nr. 8 SuizidPrävG-E sieht Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention vor. Rahmenempfehlungen allein sichern jedoch keine flächendeckende Kompetenz.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Suizidprävention sollte verbindlich in der Aus-, Fort- und Weiterbildung relevanter Gesundheits-, Sozial-, Pflege-, Bildungs- und Notfallberufe verankert werden. Dabei sind die einschlägigen Approbations-, Ausbildungs-, Lernziel- und Weiterbildungsordnungen systematisch einzubeziehen und Einvernehmen herzustellen. Erforderlich sind alters- und entwicklungsspezifische Kompetenzen zur Erkennung, Ansprache, Einschätzung und Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen sowie Kenntnisse über geeignete Weitervermittlungs- und Versorgungswege.

Kritische Punkte:

- Rahmenempfehlungen allein führen nicht zu einer verbindlichen Umsetzung in den jeweiligen Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen
- Es fehlen Mindestanforderungen an Inhalte, Umfang, Zielgruppen und Qualität der Qualifizierungsangebote
- Berufsgruppen mit häufigem Kontakt zu Menschen in suizidalen Krisen werden nicht verbindlich einbezogen
- Alters-, entwicklungs- und zielgruppenspezifische Anforderungen werden nicht ausreichend berücksichtigt

Änderungsvorschlag

Die Bundesfachstelle sollte nicht nur Rahmenempfehlungen erarbeiten, sondern gemeinsam mit den zuständigen Bundes- und Landesstellen sowie den jeweiligen Berufs- und Fachorganisationen auf eine verbindliche Verankerung suizidpräventiver Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen hinwirken. Dabei sollten bundesweit anschlussfähige Mindeststandards für Inhalte, Qualität und regelmäßige Aktualisierung entwickelt werden.

2.8 Zu § 4 Nr. 4, 9 und 10 SuizidPrävG-E – Daten, Angebotsdatenbank und Forschungsinfrastruktur

§ 4 Nr. 4 SuizidPrävG-E sieht einen fachlichen Beitrag der Bundesfachstelle zum Aufbau eines digitalen Verzeichnisses bundesweiter und überregionaler Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote vor. Nach § 4 Nr. 9 SuizidPrävG-E soll sich die Bundesfachstelle an der kontinuierlichen Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention beteiligen, zur Förderung der Forschung beitragen und den Wissenstransfer in die Praxis unterstützen. § 4 Nr. 10 SuizidPrävG-E beauftragt sie mit

einer Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität sowie mit der Entwicklung einer Empfehlung für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Der Referentenentwurf erkennt die Bedeutung einer verbesserten Datenbasis an. Aus Sicht der DGS müssen jedoch zwei unterschiedliche Infrastrukturen klar voneinander getrennt werden: eine laufend gepflegte Angebotsdatenbank für Vermittlung und Versorgungsplanung einerseits und eine registerübergreifende Forschungsdateninfrastruktur für Monitoring, Evaluation und Forschung andererseits. Zugleich bleibt offen, wie der in § 4 Nr. 9 SuizidPrävG-E vorgesehene Beitrag zur Forschungsförderung und zum Wissenstransfer dauerhaft, transparent und unabhängig ausgestaltet werden soll.

Kritische Punkte:

- Beim digitalen Verzeichnis bleiben Betriebsverantwortung, Datenpflege und Qualitätssicherung offen
- Eine Machbarkeitsanalyse schafft noch keine dauerhafte Forschungsdateninfrastruktur
- Einheitliche Mindestdatensätze und Meldewege für Suizidversuche fehlen
- Assistierte Suizide werden nicht ausdrücklich als eigene Datenkategorie erfasst
- Der wissenschaftliche Zugang zu den Daten ist nicht geregelt
- Für die differenzierte Erfassung substanzassoziierter Suizide und Suizidversuche sowie ihre Abgrenzung von unbeabsichtigten Intoxikationen oder Überdosierungen fehlen hinreichende Datengrundlagen
- Für die Forschungsförderung und den Wissenstransfer nach § 4 Nr. 9 fehlen klare Verfahren, Prioritätensetzungen und eine dauerhafte finanzielle Absicherung

Änderungsvorschlag

Das Gesetz sollte eine bundesweite Angebotsdatenbank und eine davon getrennte registerübergreifende Forschungsdateninfrastruktur verankern. Darüber hinaus sollten für die Forschungsförderung und den Wissenstransfer nach § 4 Nr. 9 SuizidPrävG-E transparente, wissenschaftlich unabhängige und dauerhaft finanzierte Strukturen vorgesehen werden. Für Suizide, Suizidversuche, assistierte Suizide, High-Risk-Places und Sicherungsmaßnahmen sind einheitliche Grundlagen, Mindestdatensätze, Meldewege, Datenschutz- und Pseudonymisierungsanforderungen sowie Zugangsverfahren für die Wissenschaft zu regeln. Die bundeseinheitliche Todesbescheinigung sollte assistierte Suizide statistisch auswertbar erfassen. Für die kontinuierliche Weiterentwicklung suizidpräventiver Angebote sollten die Daten insbesondere alters- und geschlechtsspezifisch ausgewertet werden.

Soweit methodisch belastbar und datenschutzrechtlich zulässig, sollten bei der Datenerhebung auch toxikologische Befunde und bekannte Substanzgebrauchsstörungen berücksichtigt werden. Ziel ist eine verbesserte wissenschaftliche Einordnung substanzassoziierter Suizide und Suizidversuche sowie nicht tödlicher Überdosierungen.

2.9 Zu §§ 5 und 6 SuizidPrävG-E – Fachbeirat und fachliche Beteiligung

Ein Fachbeirat kann nach § 5 SuizidPrävG-E eingerichtet werden; seine Mitglieder arbeiten ehrenamtlich. § 6 SuizidPrävG-E regelt die Geschäftsordnung des Fachbeirats.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die fachliche Beteiligung ist für die Arbeit der Bundesfachstelle essenziell. Die lediglich fakultative Einrichtung des Fachbeirats passt jedoch nicht zum gesetzgeberischen Anspruch. Wissenschaftliche, zivilgesellschaftliche, versorgungspraktische und Betroffenenperspektiven müssen strukturell in die Arbeit der Bundesfachstelle einbezogen sein.

Kritische Punkte:

- Der Fachbeirat ist lediglich als Kann-Regelung ausgestaltet
- Die personengebundene Berufung und der Ausschluss der Wiederberufung können Kontinuität und den Einbezug institutionellen Erfahrungswissens erschweren
- Es fehlt eine verbindliche Absicherung der fachlichen Unabhängigkeit und der ausgewiesenen suizidpräventiven Expertise des Fachbeirats
- Die Zusammensetzung gewährleistet nicht ausdrücklich eine ausgewogene Vertretung von Wissenschaft, Praxis, Zivilgesellschaft und Betroffenenperspektiven

Änderungsvorschlag

Der Fachbeirat sollte sowohl verpflichtend eingerichtet als auch seine fachliche Unabhängigkeit sowie ausgewiesene suizidpräventive Expertise verbindlich abgesichert werden. Die Zusammensetzung sollte die Beteiligung von Wissenschaft, Versorgungspraxis, Zivilgesellschaft sowie Betroffenen- und Angehörigenperspektiven gewährleisten. Die Regelungen zu Berufungsdauer und Wiederberufung sollten so ausgestaltet werden, dass sowohl Kontinuität als auch regelmäßige Erneuerung möglich sind.

2.10 Zu §§ 7 und 8 SuizidPrävG-E – Aufgabenübertragung und behördliche Unterstützung

Die §§ 7 und 8 SuizidPrävG-E ermöglichen die vollständige oder teilweise Übertragung von Aufgaben der Bundesfachstelle auf Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Unterstützung der Bundesfachstelle durch solche Behörden.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Eine organisatorische Unterstützung durch bestehende Behörden kann sinnvoll sein. Sie darf jedoch nicht dazu führen, dass Zuständigkeiten unübersichtlich werden oder die

fachliche Eigenständigkeit der Bundesfachstelle geschwächt wird. Bei jeder Aufgabenübertragung muss gewährleistet bleiben, dass die Aufgaben fachlich unabhängig, transparent und mit ausgewiesener suizidpräventiver Expertise wahrgenommen werden.

Kritische Punkte:

- Die Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen Bundesfachstelle und beauftragter oder unterstützender Behörde ist nicht konkret beschrieben
- Es fehlen verbindliche Anforderungen an Transparenz und fachliche Rechenschaft bei der Aufgabenübertragung
- Die fachliche Unabhängigkeit und die notwendige suizidpräventive Expertise sind nicht abgesichert

Änderungsvorschlag

Bei einer Aufgabenübertragung nach § 7 SuizidPrävG-E oder einer behördlichen Unterstützung nach § 8 SuizidPrävG-E sollten Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Berichtspflichten klar geregelt werden. Die fachliche Unabhängigkeit sowie die wissenschaftliche und suizidpräventive Expertise der Aufgabenwahrnehmung müssen unabhängig von der organisatorischen Zuordnung verbindlich erhalten bleiben.

2.11 Zu § 9 SuizidPrävG-E – Krisendienste der Länder: „Hinwirken“ ist keine Sicherstellung
§ 9 SuizidPrävG-E verlangt von den Ländern, auf flächendeckende, niedrigschwellige, fachliche und bedarfsgerechte Krisendienste hinzuwirken. Als Mindestanforderungen nennt der Entwurf die ständige Erreichbarkeit sachkundiger Personen, Hilfe vor Ort, die Einbindung bestehender Strukturen, die Zusammenarbeit mit Sicherheitsbehörden, die Berücksichtigung vulnerabler Gruppen und die Vermittlung in weiterführende Angebote.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die Mindestanforderungen sind hinreichend beschrieben. Der Entwurf setzt jedoch im Wesentlichen auf breit angelegte Krisendienste für Menschen in Krisensituationen. Eine eigenständige suizidspezifische Rufnummer und eine davon unterscheidbare suizidspezifische Krisenhilfe sind nicht vorgesehen. Allgemeine Krisendienste können eine wichtige regionale Versorgungsfunktion erfüllen, sie ersetzen jedoch keine klar erkennbaren, entsprechend qualifizierten und unmittelbar erreichbaren Hilfen speziell für Menschen in suizidalen Krisen.

Darüber hinaus ist der Verpflichtungsgrad des § 9 SuizidPrävG-E zu unverbindlich. Ein Krisendienst mit ständiger Erreichbarkeit, mobiler Hilfe und qualifiziertem Personal benötigt dauerhafte Ressourcen und regionale Koordination. Die Annahme lediglich geringfügiger Kosten für Länder und Kommunen steht in Widerspruch zu den nötigen Anforderungen.

Kritische Punkte:

- Die Überschrift „Sicherstellung“ und die bloße Hinwirkungsobliegenheit passen nicht zusammen

- Ein verbindlicher Ausbaupfad und ein überprüfbarer Zeithorizont fehlen
- Die Finanzierung bleibt offen
- Vernetzung kann dort keine Versorgung schaffen, wo Personal und Angebote fehlen
- Der Entwurf sieht keine eigenständige suizidspezifische Krisenhilfe vor, sondern setzt auf breit angelegte Krisendienste und die Vermittlung in weiterführende Angebote

Änderungsvorschlag

§ 9 SuizidPrävG-E sollte einen verbindlicheren Ausbauauftrag mit überprüfbarem Zeithorizont, eindeutiger Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit, bundesweit anschlussfähigen alters- und entwicklungsspezifischen Qualitätsstandards und einem transparenten Bund-Länder-Prozess zur Finanzierung enthalten. Dabei ist klarzustellen, dass breit angelegte Krisendienste eine eigenständige suizidspezifische Rufnummer und entsprechend qualifizierte suizidspezifische Hilfen nicht ersetzen. Die Qualitätsstandards sollten verbindliche Anforderungen an die Erkennung und Einschätzung suizidaler Krisen sowie an den unmittelbaren Zugang zu suizidspezifischer Beratung und Hilfe vorsehen. Bestehende regionale Strukturen sind einzubeziehen und zu stärken.

2.12 Zu § 10 SuizidPrävG-E – Evaluation und lernende Steuerung

§ 10 SuizidPrävG-E sieht vor, die Wirkungen des Gesetzes und die Aufgabenwahrnehmung der Bundesfachstelle bis zum 31. Dezember 2038 zu evaluieren.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Eine wissenschaftliche Evaluation ist notwendig. Der vorgesehene Zeitpunkt ist jedoch zu spät, um ein Gesetz mit zahlreichen Konzept- und Prüfaufträgen lernend zu steuern. Versorgungslücken, Umsetzungsdefizite und Fehlentwicklungen müssen bereits deutlich früher sichtbar werden, damit rechtzeitig nachgesteuert werden kann.

Kritische Punkte:

- Eine erste Gesamtbewertung erst im Jahr 2038 kommt zu spät, um rechtzeitige Korrekturen zu ermöglichen
- Eine regelmäßige öffentliche Berichterstattung über Umsetzungsstand, Versorgungslücken und Handlungsbedarf ist nicht vorgesehen
- Zwischen laufendem Monitoring, Zwischenbewertung und abschließender Evaluation wird nicht ausreichend unterschieden

Änderungsvorschlag

Die DGS empfiehlt eine erste umfassende Zwischenevaluation etwa fünf Jahre nach Inkrafttreten und anschließend regelmäßige Wirkungsüberprüfungen. Ergänzend sollte die Bundesfachstelle jährlich dem Deutschen Bundestag und der Öffentlichkeit über die Datenlage, den Umsetzungsstand, regionale Versorgungslücken und prioritäre Maßnahmen berichten.

3. Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: § 64f SGB V-E – Versorgung und Nachsorge nach Suizidversuch

§ 64f SGB V-E ermöglicht Modellvorhaben zur Vernetzung der medizinischen Regelversorgung mit Krisendiensten und Suizidpräventionsangeboten sowie zur systematischen Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch, insbesondere durch psychotherapeutische Krisenkurzinterventionen. Mindestens ein Modellvorhaben je Land soll angestrebt werden; eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung entsprechender Modellvorhaben besteht jedoch nicht.

Fachliche Bewertung aus Sicht der DGS

Die DGS befürwortet die Fokussierung auf Vernetzung und Nachsorge. Der Entwurf bezeichnet zu Recht einen vorangegangenen Suizidversuch als besonders bedeutsamen Risikofaktor und erkennt die Phase nach stationärer Entlassung als hochriskant an. Für diese bekannte Hochrisikogruppe darf die Versorgung aber keinesfalls dauerhaft von freiwilligen Modellvereinbarungen abhängen.

Kritische Punkte:

- Modellvorhaben schaffen noch keine bundesweit verlässliche Versorgung
- Ein klarer Transfermechanismus wirksamer Modelle in die Regelversorgung fehlt
- Konkrete versorgungsrechtliche Ansatzpunkte bei psychiatrischen beziehungsweise kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen, Krisendiensten und im Übergangsmanagement werden nicht genutzt
- Suizidalität setzt nicht zwingend eine psychiatrische Diagnose voraus; niedrigschwellige Krisenhilfe sollte deswegen nicht unnötig diagnoseabhängig sein
- Für unterschiedliche Versorgungskonstellationen und Übergänge nach einem Suizidversuch fehlen verbindliche Versorgungspfade

Änderungsvorschlag

§ 64f SGB V-E sollte um einen Transferpfad für wirksame Modelle ergänzt werden. Parallel dazu sollten konkrete Regelversorgungsansätze geprüft werden: der Zugang zu psychiatrischen beziehungsweise kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen bei Suizidalität, die Stärkung des Entlass- und Übergangsmanagements, regional koordinierte und aufsuchende Krisenangebote sowie EDV-gestützte ALERT-Systeme bei dokumentiertem Suizidversuch. Die Länder sollten Suizidprävention ausdrücklich in ihre Landespsychiatriepläne aufnehmen und deren auskömmliche Finanzierung sicherstellen⁶.

Die Modellvorhaben sollten unterschiedliche Versorgungskonstellationen und relevante Schnittstellen, einschließlich der Schnittstellen zur Suchtmedizin und Suchthilfe, einbeziehen und verbindliche Übergänge von der Akutversorgung in weiterführende

⁶ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, Kapitel 3 „Professionelle medizinisch-somatische und -psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung stärken“, insbesondere Abschnitt „Umsetzung und Ausgestaltung“

medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale und niedrigschwellige suizidpräventive Hilfen vorsehen.

4. Über den Referentenentwurf hinausgehender Regelungsbedarf

4.1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Regelungsbedarf

Suizidprävention ist bislang nicht als eigenständiges Gesundheitsziel in § 20 Absatz 3 SGB V verankert. Eine Zuordnung allein zum bestehenden Gesundheitsziel „depressive Erkrankungen“ würde ihrer diagnoseübergreifenden Bedeutung nicht gerecht. Suizidalität kann im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auftreten, setzt jedoch keine depressive oder andere psychiatrische Diagnose voraus.

Die Aufnahme als eigenständiges Gesundheitsziel kann einen wichtigen sozialrechtlichen Anknüpfungspunkt bilden. Sie schafft für sich genommen allerdings noch keine ausreichende Regelfinanzierung niedrigschwelliger Beratungs- und Hilfsangebote.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

§ 20 Absatz 3 Satz 1 SGB V sollte um ein eigenständiges Gesundheitsziel „Suizidprävention“ ergänzt werden:

In § 20 Absatz 3 Satz 1 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 9 angefügt:

„9. Suizidprävention.“

Darüber hinaus sind weitere sozialrechtliche Regelungen zur dauerhaften Finanzierung niedrigschwelliger Suizidpräventionsangebote zu prüfen⁷.

4.2 Hospiz- und Palliativversorgung

Regelungsbedarf

Der Entwurf benennt Menschen in der letzten Lebensphase als relevante Zielgruppe, leitet daraus aber keine konkreten Versorgungsregelungen ab. Erforderlich sind eine Stärkung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, auskömmlich finanzierte multiprofessionelle Palliativdienste im Krankenhaus und die ausdrückliche Einbeziehung psychosozialer Leistungen in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

Die in den gemeinsam erarbeiteten fachlichen Empfehlungen benannten Finanzierungs-, Versorgungs- und Qualifizierungsvorschläge für die Hospiz- und Palliativversorgung sollten gesetzgeberisch geprüft werden. Dabei sind psychosoziale und suizidpräventive Kompetenzen in allen relevanten Versorgungsbereichen angemessen zu berücksichtigen⁸.

⁷ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 2 „Niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote sichern und weiterentwickeln“, Abschnitt „Umsetzung und Ausgestaltung“

⁸ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 5 „Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes und Förderung der Trauerbegleitung“, Abschnitt zur Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes.

4.3 Trauerbegleitung

Regelungsbedarf

Trauer ist nicht mit einer psychischen Erkrankung gleichzusetzen. Hochbelastete oder langanhaltende Trauerprozesse können jedoch mit suizidalen Krisen verbunden sein. Der Referentenentwurf schafft keine eigenständige Grundlage für eine niedrigschwellige, qualifizierte und nachhaltig finanzierte Trauerbegleitung.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

Niedrigschwellige, qualifizierte Trauerbegleitung, Selbsthilfe und Peer-Angebote sollten analog und digital ausgebaut und in der Suizidprävention ausdrücklich berücksichtigt werden. Der Zugang sollte grundsätzlich auch ohne psychiatrische Diagnose möglich sein⁹.

4.4 Hinterbliebene sowie An- und Zugehörige

Regelungsbedarf

Der Entwurf beschreibt die erhebliche Mitbetroffenheit von Hinterbliebenen sowie An- und Zugehörigen, schafft für sie jedoch keine eigene Leistungs- oder Finanzierungsregelung. Diese Personengruppen können nach einem Suizid, einem Suizidversuch oder im Zusammenhang mit anhaltender Suizidalität erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sein.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

Benötigt werden flächendeckende, niedrigschwellige und qualitätsgesicherte Hilfen sowie die Möglichkeit psychosozialer Unterstützung ohne psychiatrischen Diagnosezwang. Bestehende Angebote der Hinterbliebenenhilfe, Selbsthilfe und Peer-Unterstützung sind gezielt auszubauen und nachhaltig zu finanzieren¹⁰.

4.5 Kinder und Jugendliche in suizidalen Krisen

Regelungsbedarf

Bei jungen Menschen unter 25 Jahren gehört Suizid zu den häufigsten Todesursachen; zugleich ist die Zahl der Suizidversuche im Verhältnis zu vollendeten Suiziden besonders hoch. Kinder und Jugendliche befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und haben besondere kommunikative, familiäre, pädagogische und versorgungsbezogene Bedürfnisse.

Diese alters- und entwicklungsspezifischen Anforderungen werden im Gesetzestext bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

⁹ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 5 „Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes und Förderung der Trauerbegleitung“, Abschnitt „Förderung der Trauerbegleitung“

¹⁰ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 6 „Hinterbliebene, An- und Zugehörige im Kontext der Suizidprävention“

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen in suizidalen Krisen sollten im Gesetz ausdrücklich berücksichtigt werden. Erforderlich sind alters- und entwicklungsgerechte, niedrigschwellige und möglichst unmittelbar erreichbare Hilfen sowie klare Übergänge zwischen Beratung, Kinder- und Jugendhilfe, Schule, kinder- und jugendpsychiatrischer beziehungsweise psychotherapeutischer Versorgung und weiteren Unterstützungsangeboten. Dabei ist die einschlägige kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Fachexpertise einzubeziehen¹¹.

4.6 Kinder und Jugendliche nach suizidalen Handlungen naher Bezugspersonen

Regelungsbedarf

Für Kinder und Jugendliche, die Suizidgedanken, Suizidversuche oder Suizide von Eltern oder anderen nahen Bezugspersonen erleben, fehlt eine spezifische Hilferegelung. Sie können sowohl unmittelbar als auch langfristig erheblich belastet sein und benötigen eine ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechende Unterstützung.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

Betroffene Kinder und Jugendliche sollten schnell, unkompliziert und vorrangig Zugang zu geeigneter Unterstützung erhalten. Erforderlich sind klare Zugangs- und Vermittlungswege sowie altersgerechte Beratungs-, Begleitungs- und Therapieangebote. Auch Eltern, Sorgeberechtigte und weitere Bezugspersonen sollten bei der Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen fachlich begleitet werden¹².

4.7 Assistierte Suizide

Regelungsbedarf

Der Referentenentwurf enthält keine ausdrücklichen Regelungen zum Umgang mit Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen, zu den Unterstützungsbedarfen ihrer An- und Zugehörigen oder zur statistischen Erfassung assistierter Suizide.

Auch in dieser Situation muss ein freiwilliger, ergebnisoffener und niedrigschwelliger Zugang zu psychosozialer Beratung und zu geeigneten medizinischen, pflegerischen und palliativen Hilfen gewährleistet sein.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag

Eine suizidspezifische Rufnummer sollte auch Menschen offenstehen, die einen assistierten Suizid erwägen, und einen geschützten Raum für die Auseinandersetzung mit

¹¹ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 2 „Niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote sichern und weiterentwickeln“ sowie Kapitel 3 „Professionelle medizinisch-somatische und -psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung stärken.“

¹² Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 6 „Hinterbliebene, An- und Zugehörige im Kontext der Suizidprävention“, Abschnitt „Angebote für Kinder und Jugendliche“.

Belastungen, Ambivalenzen und bestehenden Hilfsmöglichkeiten bieten. An- und Zugehörige benötigen unabhängige psychosoziale Unterstützung.

Assistierte Suizide sollten zeitnah, gesondert und wissenschaftlich auswertbar erfasst werden. Die Erfassung muss so ausgestaltet sein, dass assistierte Suizide von anderen Suiziden statistisch unterschieden und für Forschung, Monitoring und Präventionsplanung genutzt werden können¹³.

Die DGS unterstützt grundsätzlich die Ziele des Gesetzesentwurfes und steht für die fachlich-wissenschaftliche Begleitung seiner Weiterentwicklung gerne zur Verfügung. Entscheidend ist, aus der politischen Anerkennung zur Notwendigkeit einer gesetzlichen Verankerung der Suizidprävention eine verlässliche, bundesweit tragfähige und dauerhaft finanzierte Präventionsstruktur umzusetzen.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.

Vorstandsvorsitzende: Prof. Dr. med. Ute Lewitzka

Geschäftsführer: PD Dr. Gerd Wagner

Universität Jena

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Philosophenweg 3

D-07743 Jena

dgs.gf@suizidprophylaxe.de

¹³ Vgl. Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland, 17. Juni 2026, insbesondere Kapitel 1 „Bundesweit koordinierte und einheitliche Rufnummer zur Suizidprävention“, Kapitel 4 „Datenbasis für Suizidprävention und Forschung verbessern“ sowie Kapitel 6 „Hinterbliebene, An- und Zugehörige im Kontext der Suizidprävention“