

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen
Suizidprävention
Referentenentwurf

28.07.2026

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bewertung	3
2	Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen	4
2.1	§ 1 SuizidPrävG-E – Ziel des Gesetzes: Differenzierte Zielsetzung	4
2.2	§§ 3 und 4 SuizidPrävG-E – Bundesfachstelle: Dauerhafte Absicherung und verbindliche Umsetzung	4
2.3	§ 4 Satz 1 Nr. 1 SuizidPrävG-E: Bundeseinheitliche Rufnummer umsetzen und finanzieren	5
2.4	§ 4 Satz 1 Nr. 2 SuizidPrävG-E: Methodenrestriktion gesetzlich verankern.....	5
2.5	§ 5 SuizidPrävG-E: Psychotherapeutische Expertise im Fachbeirat sicherstellen	6
2.6	§ 9 SuizidPrävG-E: Flächendeckender Ausbau von Krisendiensten.....	6
2.7	§ 10 SuizidPrävG-E: Zeitnahe Evaluierung	6
2.8	§ 64f SGB V: Ausbau und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen	7
2.9	§ 20 Absatz 3 SGB V: Suizidprävention als Gesundheitsziel im SGB V verankern	8

1 Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (Suizidpräventionsgesetz – Suizid-PrävG) die nationale Suizidprävention gesetzlich weiterentwickelt und wichtige Impulse für den Ausbau der Prävention gesetzt werden sollen. Der vorliegende Entwurf knüpft an die im Mai 2024 veröffentlichte Nationale Suizidpräventionsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit an und soll zentrale Maßnahmen der Suizidprävention gesetzlich verankern.

Die BPtK unterstützt das Anliegen, Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche und gesundheitspolitische Aufgabe nachhaltig zu stärken und ein Suizidpräventionsgesetz zu verabschieden. Besonders große Potenziale für eine erfolgreiche Suizidprävention sieht die BPtK im anvisierten flächendeckenden Ausbau niedrigschwellig erreichbarer Krisendienste, die, gekoppelt an eine bundesweite Rufnummer zur Suizidprävention, Menschen in suizidalen Krisen wirksam unterstützen können. Die mit dem neuen § 64f SGB V geplanten Modellvorhaben bieten eine vielversprechende Grundlage, um geeignete suizidpräventive Angebote regional zu erproben und durch die Vernetzung bestehender Strukturen und Angebote einen nahtlosen Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu gewährleisten. Positiv wird auch die im Suizidpräventionsgesetz vorgesehene Einrichtung einer zentralen Bundesfachstelle und eines Fachbeirats gesehen. Gemeinsam können sie zur Stärkung von Aufklärung, Forschung und zur Zentralisierung relevanter Ressourcen beitragen.

Die BPtK sieht jedoch in mehreren Bereichen des Referentenentwurfs Konkretisierungs- und Verbesserungsbedarf. In seiner jetzigen Form bleibt der Referentenentwurf in zentralen Punkten eine Absichtserklärung: Aus Sicht der BPtK bedarf es einer stärkeren gesetzlichen Verbindlichkeit, damit die vorgesehenen Maßnahmen Suizidversuche und Suizide spürbar reduzieren und zu einer wirksamen Suizidprävention beitragen können. Es braucht konkrete gesetzliche Vorgaben zur Umsetzung zentraler Maßnahmen, eine gesicherte Finanzierung sowie dauerhafte Strukturen anstelle zeitlich befristeter Vorhaben. Die Befristung der Bundesfachstelle auf 15 Jahre widerspricht dem Ziel des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern. Auch die vorgesehene Evaluation der Wirkungen des Suizidpräventionsgesetzes erst im Jahr 2038 erscheint angesichts des dringenden Handlungsbedarfs deutlich zu spät und unzureichend. Ein nachhaltiger Erfolg der Regelungen wird aber auch davon abhängen, die psychotherapeutische Versorgung auszubauen und weiterzuentwickeln mit dem Ziel, Wartezeiten zu verkürzen und einen nahtlosen Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu ermöglichen. Dieser Aspekt bleibt bislang unberücksichtigt.

2 Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

2.1 § 1 SuizidPrävG-E – Ziel des Gesetzes: Differenzierte Zielsetzung

Der Gesetzentwurf benennt die Stärkung der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen als übergeordnetes Ziel (§ 1 SuizidPrävG). Die BPtK begrüßt diese Ausrichtung, hält jedoch eine deutlich konkretere Zielsetzung für sinnvoll. Die „Reduktion von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden“ sollte als quantifizierbares Ziel im Gesetz explizit verankert werden. Zudem sollte neben der Unterstützung von Menschen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen auch die „Unterstützung nach Suizidversuchen“ als Teil der Suizidprävention in der Zielsetzung benannt werden.

Ein früherer Suizidversuch ist der stärkste bekannte Einzelprädiktor für einen künftigen Suizid. Insbesondere in den Wochen und Monaten nach einem Suizidversuch ist das Risiko für einen weiteren Suizidversuch deutlich erhöht. Eine Zielsetzung, die sich auf die Unterstützung in akuten Krisen beschränkt, blendet diese besonders vulnerable Gruppe aus. Die explizite Benennung der „Unterstützung nach Suizidversuchen“ als eigenständiges Ziel würde sicherstellen, dass entsprechende indizierte Präventionsmaßnahmen und Versorgungsangebote bei der Umsetzung des Gesetzes systematisch berücksichtigt werden.

2.2 §§ 3 und 4 SuizidPrävG-E – Bundesfachstelle: Dauerhafte Absicherung und verbindliche Umsetzung

Die BPtK begrüßt die im Referentenentwurf vorgesehene Einrichtung einer zentralen Bundesfachstelle ausdrücklich. Eine solche Stelle kann relevante Ressourcen bündeln, die ressortübergreifende Zusammenarbeit fördern, die Vernetzung der maßgeblichen Akteur*innen voranbringen und evidenzbasierte Handlungskonzepte entwickeln. Ausdrücklich unterstützt wird auch die geplante Zielsetzung, die Datenerhebung und Berichterstattung zu verbessern, Risikogruppen und Suizidumstände besser zu identifizieren sowie eine Empfehlung für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung zur direkten Erfassung der Todesursache zu entwickeln. Um die Suizidprävention nachhaltig zu stärken, bedarf es jedoch einer dauerhaften Verankerung der Bundesfachstelle. Eine zeitliche Befristung auf 15 Jahre steht diesem Ziel entgegen und wird von der BPtK ausdrücklich abgelehnt. Die Bundesfachstelle kann dazu beitragen, die Aufklärung und Forschung zur Suizidprävention zu stärken. Für wirksame Maßnahmen – wie die Etablierung einer bundeseinheitlichen Rufnummer oder Maßnahmen zur Methodenrestriktion –, zu denen bereits fundierte Konzepte aus dem nationalen und internationalen Raum vorliegen, beschränkt der Referentenentwurf die Aufgaben der Bundesfachstelle jedoch auf die bloße Konzeptent-

wicklung. Die BPtK hält es für unabdingbar, dass das SuizidPrävG hier über die Konzeptentwicklung hinausgeht und entwickelte Konzepte verbindlich umgesetzt, ihre Umsetzung finanziell abgesichert und ihre Wirksamkeit zeitnah evaluiert werden.

2.3 § 4 Satz 1 Nr. 1 SuizidPrävG-E: Bundeseinheitliche Rufnummer umsetzen und finanzieren

Die Einrichtung einer bundesweit einheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention hat das Potenzial, Menschen in suizidalen Krisen sowie deren An- und Zugehörige niedrigschwellig in passende Unterstützungsangebote zu vermitteln. Die gesetzliche Verankerung der Rufnummer sollte daher angestrebt und ihre dauerhafte Finanzierung abgesichert sein.

Ob dieses Potenzial ausgeschöpft werden kann, wird maßgeblich davon abhängen, ob regional ausreichende Hilfsangebote vorhanden sind. Die BPtK begrüßt daher, dass in der Gesetzesbegründung ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass die Länder Lösungen entwickeln müssen, um die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung zu stärken und diese im Zuge der Weiterentwicklung der Notfallversorgung zu implementieren. Dies ist ein wichtiges und richtiges Ziel. Kurzfristig wird die Rufnummer jedoch an der nach wie vor unzureichenden Versorgungssituation scheitern. Umso wichtiger ist es aus Sicht der BPtK daher, dass bei der Konzeptentwicklung sichergestellt wird, dass die Personen, die in den Gesprächen erste Beratung und Hilfe leisten, hinreichend qualifiziert und geschult sind sowie bei ihrer Tätigkeit fachlich supervidiert werden.

2.4 § 4 Satz 1 Nr. 2 SuizidPrävG-E: Methodenrestriktion gesetzlich verankern

Die Methodenrestriktion zählt nachweislich zu den wirksamsten Instrumenten der Suizidprävention. An dieser Stelle greift der vorliegende Referentenentwurf deutlich zu kurz. Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmethoden sowie die Sicherung von Hotspots und Verkehrswegen führen belegbar zu einer Reduktion von Suiziden. Um dies zu erreichen, bedarf es einer gesetzlichen Verankerung insbesondere im Bau-, Arzneimittel- und Verkehrsrecht. Auch in diesem Bereich muss eine wirksame Suizidprävention weit über die bloße Konzeptentwicklung hinausgehen und in verbindliche Maßnahmen münden. Der Erfolg suizidpräventiver Bemühungen – und damit auch der Erfolg des Suizidpräventionsgesetzes insgesamt – wird maßgeblich davon abhängen, ob dieser Schritt konsequent vollzogen wird.

2.5 § 5 SuizidPrävG-E: Psychotherapeutische Expertise im Fachbeirat sicherstellen

Die Einberufung eines Fachbeirats wird von der BPtK ausdrücklich begrüßt. Seine interdisziplinäre Zusammensetzung ist grundsätzlich geeignet, die Breite der für die Suizidprävention relevanten Perspektiven abzubilden. Um diese fachliche Expertise nachhaltig nutzbar zu machen, sollte die Einbindung des Fachbeirats dauerhaft und verbindlich gesichert werden.

Die BPtK hält es für unabdingbar, dass psychotherapeutische Expertise sowohl in der Bundesfachstelle als auch im Fachbeirat verbindlich vertreten ist. Die Zusammensetzung des Fachbeirats sollte alle relevanten Professionen der Suizidprävention angemessen berücksichtigen, um eine fachlich fundierte und praxisnahe Arbeit dauerhaft zu gewährleisten.

2.6 § 9 SuizidPrävG-E: Flächendeckender Ausbau von Krisendiensten

Die BPtK sieht in der Regelung des § 9 SuizidPrävG-E großes Potenzial und begrüßt ausdrücklich, dass auf eine flächendeckende Implementierung von Krisendiensten hingewirkt werden soll. Derzeit bestehen in der Krisenversorgung noch erhebliche regionale Leerstellen, deren Schließung dringlich geboten ist. Die im Referentenentwurf enthaltene Einschätzung, dass den Ländern und Gemeinden „nur geringfügige Kosten“ entstünden (S. 3), unterschätzt jedoch den tatsächlichen Aufwand. Paragraph 9 sieht eine rund um die Uhr erreichbare Krisenversorgung durch sachkundige Personen vor – dies ist mit erheblichen Personal- und Betriebskosten verbunden.

Die BPtK begrüßt ausdrücklich, dass im § 9 Absatz 1 SuizidPrävG-E auch Mindestanforderungen für die Einrichtung der Krisendienste definiert werden. Die „ständige Erreichbarkeit von sachkundigen Personen“ ist ein wichtiges Kriterium, das allerdings im Gesetzestext zu unkonkret bleibt. Laut Gesetzesbegründung werden „keine Vorgaben zur Art des Personaleinsatzes und zur besonderen beruflichen Qualifikation gemacht“. Aus Sicht der BPtK sollten eine adäquate Schulung der in den Krisendiensten tätigen Personen sowie die fachliche Supervision ihrer Arbeit gesetzlich vorgeschrieben werden. Beides ist Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und wirksame Krisenintervention.

2.7 § 10 SuizidPrävG-E: Zeitnahe Evaluierung

Die BPtK fordert eine deutlich frühere und gegebenenfalls mehrstufige Evaluation der Wirkung des Gesetzes sowie der Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle im Hinblick auf den Erfolg der Prävention von Suiziden. Der vorgesehene Evaluationszeitpunkt zum 31. Dezember 2038 ist aus Sicht der BPtK grundsätzlich abzulehnen. Die Stärkung der Sui-

zidprävention ist ein dringliches gesellschaftliches Ziel – die Wirksamkeit der eingeführten Maßnahmen darf nicht erst nach zwölf Jahren überprüft werden.

2.8 § 64f SGB V: Ausbau und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen

Eine wirksame Suizidprävention setzt funktionierende Versorgungsstrukturen voraus. Der Referentenentwurf greift diesen Aspekt nicht hinreichend auf. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko – insbesondere unmittelbar nach der Entlassung aus stationärer Behandlung. Versorgungsbrüche in dieser kritischen Phase sind nicht zu verantworten. Kliniken müssen im Rahmen ihres Entlassmanagements die Vermittlung in ambulante Weiterbehandlung zuverlässig sicherstellen können. Wochen- oder monatelange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, wie sie derzeit die Regel sind, sind angesichts eines drohenden Suizids mit einer verantwortungsvollen Versorgung nicht vereinbar.

Die BPtK begrüßt die in § 64f SGB V geplanten Modellvorhaben als geeigneten ersten Schritt, um durch eine Vernetzung bestehender Strukturen einen nahtlosen Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu ermöglichen und Menschen nach einem Suizidversuch kurzfristig psychotherapeutische Hilfe anzubieten. Es bleibt jedoch offen, wie diese Vorhaben angesichts der bereits heute überlasteten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung zu einer tatsächlichen Angebotsverbesserung beitragen sollen. Hinzu kommt, dass Modellvorhaben strukturell befristet sind. Da nach deren Auslaufen keine Finanzierung für Vernetzungs- und Vermittlungsleistungen mehr vorgesehen ist, erscheint eine dauerhafte Verbesserung der Versorgungssituation auf diesem Weg nicht gesichert.

Da Psychotherapeutische Kriseninterventionen ihrem Wesen nach kurzfristig angelegt sind, sollte die in § 64f Absatz 1 Nummer 2 SGB V verwendete Formulierung „psychotherapeutische Krisenkurzintervention“ begrifflich präzisiert werden.

Insgesamt können die anvisierten Maßnahmen nur dann wirksam sein, wenn die bestehenden Versorgungsstrukturen ausgebaut und weiterentwickelt werden. Dies steht in erheblichem Widerspruch zu den im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossenen Regelungen – insbesondere zur Deckelung und Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), die einem bedarfsgerechten Ausbau der Versorgung entgegenwirkt. Von entscheidender Bedeutung wird es sein, dass bei der konkreten Umsetzung des Entschließungsantrags zur psychotherapeutischen Versorgung die Rahmenbedingungen für die extrabudgetäre Vergütung von sogenannten dringlichen Fällen so ausgestaltet werden, dass eine zeitnahe Versorgung von suizidgefährdeten Patient*innen gefördert wird.

Erforderlich wird es dabei auch sein, dass neben den schwer psychisch erkrankten Patient*innen nach den KSVPsych-Richtlinien auch diejenigen psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen per Gesetz unter die Ausnahmefälle der extrabudgetären Vergütung gefasst werden, die im Rahmen einer Ermächtigung zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung von vulnerablen Patient*innen gemäß § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-Zulassungsverordnung erbracht werden. Ohne eine vollständige und extrabudgetäre Vergütung drohen die finanziellen Rahmenbedingungen für diese Ermächtigungen zu defizitär auszufallen. Die ergänzenden Versorgungsangebote für vulnerable und sozial benachteiligte Patientengruppen, die in systematischer Kooperation mit Versorgungs- und Beratungseinrichtungen umgesetzt werden sollen, in denen diese Patientengruppen eine Versorgung, Beratung oder andere Unterstützungsleistungen erhalten, werden sich andernfalls nicht entwickeln können. Schon heute kommt es bei der Erteilung dieser Ermächtigungen durch die Zulassungsausschüsse zum Teil zu erheblichen Quotierungen bei der Vergütung der Leistungen, die eine wirtschaftliche Leistungserbringung von Psychotherapeut*innen in ihren Privatpraxen nicht mehr erlauben.

Neben einer wohnort- und zeitnahen psychotherapeutischen Versorgung ist für suizidgefährdete Patient*innen ein prioritärer und bedarfsgerechter Zugang zu den erforderlichen Versorgungsangeboten sicherzustellen. Bei der Reform der Notfallversorgung sind dafür auch Patient*innen mit psychischen Notfällen und akuten Krisen systematisch zu berücksichtigen. Integrierte Notfallzentren müssen die für eine psychotherapeutische und psychiatrische Notfallversorgung erforderlichen personellen Ressourcen und Vernetzungen vorhalten.

2.9 § 20 Absatz 3 SGB V: Suizidprävention als Gesundheitsziel im SGB V verankern

Suizidprävention darf nicht auf die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung beschränkt bleiben, sondern muss bereits im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung ansetzen. Die BPtK schlägt daher vor, das Ziel „Suizidversuche und Suizide vermeiden“ in § 20 Absatz 3 SGB V aufzunehmen.

Gesundheitsziele erfüllen eine wichtige Orientierungs- und Steuerungsfunktion: Sie fördern zielgerichtete Präventionsstrategien, stärken die Zusammenarbeit relevanter Akteur*innen und schaffen einen verbindlichen Rahmen für die Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Angebote. Eine ausdrückliche Verankerung der Suizidprävention im Präventionsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung würde die Sichtbarkeit dieses bislang unzureichend berücksichtigten Handlungsfeldes deutlich stärken.

Zwar bestehen auf Grundlage des Leitfadens Prävention bereits Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit. Suizidprävention erfordert jedoch ein breites Verständnis von Gesundheitsförderung, das über die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen hinausgeht.