



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 02/2026, 31. Juli 2026

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Inhalt

1. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf – Artikel 1	3
1.1. § 3 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention	3
1.1.1. Referentenentwurf	3
1.1.2. Stellungnahme	3
1.1.3. Änderungsvorschlag	4
1.2. § 4 Aufgaben der Bundesfachstelle	4
1.2.1. Referentenentwurf	4
1.2.2. Stellungnahme	4
1.3. § 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder	4
1.3.1. Referentenentwurf	4
1.3.2. Stellungnahme	5
1.3.3. Änderungsvorschlag	5
2. § 10 Evaluierung	6
2.1.1. Referentenentwurf	6
2.1.2. Stellungnahme	6
2.1.3. Änderungsvorschlag	6
3. Modellvorhaben und Rechtsanspruch auf Suizidprophylaxe	6
3.1. § 64f Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention	6
3.1.1. Referentenentwurf	6
3.1.2. Stellungnahme	7
3.1.3. Änderungsvorschlag	7
3.2. Rechtsanspruch auf Suizidprophylaxe	7
3.2.1. Referentenentwurf	7
3.2.2. Stellungnahme	7
3.2.3. Änderungsvorschlag	8

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz

Redaktion: Berit Leinwand, Nisrin Nouri, Annette Simon,

Dr. Stephan Terhorst, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)

Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841

info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 28.05.2026, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

Vorbemerkungen

Bundesfachstelle ist der Aufgabe nicht gewachsen

Die Bundesfachstelle für Suizidprävention kann die an sie gestellten Ansprüche nicht genügen, die Suizidrate in Deutschland nachhaltig zu senken. Denn mit einem Budget von nur 1,4 Millionen Euro jährlich stößt sie schnell an ihre Wirkungsgrenzen.

Zu Bedenken ist auch, dass allein die Telefonseelsorge jedes Jahr rund 1,1 Millionen Beratungsgespräche führt – etwa 90.000 davon mit suizidgefährdeten Menschen. Hinzu kommt die nicht gesondert erfasste digitale Beratung vor allem junger Betroffener. Diese Erfahrungen sind bei der Konzeptionierung der bundesweit einheitlichen „Rufnummer für Krisensituationen“ zu berücksichtigen. Darüber hinaus fehlt es an einer nachhaltigen Finanzierung für den laufenden Betrieb. Nur wenn die geplante Einrichtung mit ausreichend Finanzmitteln ausgestattet wird, kann die Bundesfachstelle ihren Auftrag wirksam erfüllen und die Suizidzahlen effektiv senken.

Angesichts dieser Zahlen steht die Bundesregierung in der Pflicht, die finanziellen Mittel entsprechend aufzustocken. Wenn dies nicht geschieht, bleibt es ein Gesetz der Unverbindlichkeit.

Entfristung der Bundesfachstelle

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass die Suizidprävention endlich gesetzlich verankert werden soll. Ebenfalls für sinnvoll erachtet wird die Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. Allerdings ist deren Befristung auf zunächst 15 Jahre nicht nachvollziehbar. Schließlich handelt es sich bei der Suizidprävention um eine dauerhafte Aufgabe, die unbefristet fortgeführt werden muss.

Bundesfachstelle nur institutionelle Einrichtung

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstützt die geplante Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention als zentrale Koordinierungsstelle, die eine bundesweit einheitliche Rufnummer für Krisensituationen einrichten soll. Jedoch gilt es, diese Institutionen mit Leben zu füllen. Denn die dringend benötigte Hilfe muss auch direkt bei den Betroffenen ankommen.

Späte Evaluation

Laut vorliegendem Entwurf ist erst im Jahre 2038 eine Evaluierung der Auswirkungen dieses Gesetzes vorgesehen. Dieser Zeitraum ist jedoch viel zu lang gefasst. Denn so besteht die Gefahr, dass dringend benötigte Nachsteuerungen zu spät vorgenommen werden können.

Zu wenig Verbindlichkeit

Die aktive Einbindung der Bundesländer und gesetzlichen Krankenkassen in die nationale Suizidpräventionsstrategie ist ein richtiger und wichtiger Schritt. Der Gesetzgeber muss sich aber bewusst machen, dass mehr als 100.000 Menschen jährlich einen Suizidversuch unternehmen.¹ Deshalb reicht die derzeit vorgesehene Ausgestaltung aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz nicht aus. Viele der vorgesehenen Regelungen zielen nur darauf ab, auf den Ausbau bestehender Strukturen oder die Schaffung neuer Angebote hinzuwirken. Es fehlt an einer klaren gesetzlichen Regelung dahingehend, bis zu welchem Zeitpunkt eine flächendeckende Versorgung mit Krisendiensten erfolgen muss. Zusätzlich ist in jedem Bundesland mindestens ein Modellprojekt nach § 64 f SGB V in einer dafür angemessenen Zeit durchzuführen. So kann eine zeitliche Verschleppung oder Nichterfüllung verhindert werden.

Fehlender Rechtsanspruch auf Suizidprophylaxe

Um die Suizidprävention in Deutschland nachhaltig zu stärken, muss die Kürzungsnovelle des Bundesgesundheitsministeriums beim GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz dringend gestoppt werden. Vor allem der schnelle und unbürokratische Zugang zu einer psychologischen oder psychotherapeutischen Langzeitbehandlung ist unabdingbar. Daher braucht es die Verankerung eines gesetzlichen Rechtsanspruchs auf Suizidprophylaxe mit einem garantierten Therapieplatz in der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf – Artikel 1

1.1. § 3 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention

1.1.1. Referentenentwurf

Der § 3 sieht vor, dass die im Bundesgesundheitsministerium neu angesiedelte Bundesfachstelle für Suizidprävention zunächst für 15 Jahre eingerichtet werden soll.

1.1.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hält eine Befristung auf zunächst 15 Jahre für falsch, denn Suizidprävention ist eine auf Dauer angelegte gesellschaftliche und gesundheitspolitische Aufgabe. Die Folgen einer Befristung sind vor allem Unsicherheit bei Personal, Strukturen und aufgelegten Präventionsprogrammen. Eine Entfristung wiederum würde nachhaltige Strukturen und langfristige Planungssicherheit im Sinne suizidgefährdeter Menschen stärken.

¹ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: <https://www.dgs-suizidpraevention.de/suizidalitaet/> (Abrufdatum: 30. Juli 2026)

1.1.3. Änderungsvorschlag

§ 3 wird wie folgt geändert:

Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit wird eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet. ~~Die Einrichtung der Bundesfachstelle ist auf einen Zeitraum von insgesamt fünfzehn Jahren ab dem Zeitpunkt ihrer Errichtung begrenzt.~~

1.2. § 4 Aufgaben der Bundesfachstelle

1.2.1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf beschreibt in § 4 die Aufgaben der Bundesfachstelle. In den Punkten eins bis zehn werden diese näher beschrieben. Im Besonderen Teil wird darauf hingewiesen, dass „die Erledigung der Aufgaben durch die Bundesfachstelle unter dem Vorbehalt ausreichender Haushaltsmittel“² steht. Bei der Durchführung der Aufgaben ist es der Bundesfachstelle erlaubt, Dritte damit zu beauftragen.

1.2.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die geplante Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention als zentrale Koordinierungsstelle. Diese kann dazu beitragen, vorhandene Angebote und Informationen zu bündeln und öffentlich sichtbar zu machen. Der Aufbau einer unentgeltlichen, bundesweit einheitlichen Rufnummer für Krisensituationen ist sehr unterstützenswert. Denn sie bietet Betroffenen einen niederschweligen Zugang zu Hilfeleistungen im Akutfall.

Die vorgesehene administrative Verwaltung und Koordination reichen jedoch nicht aus. Die geplanten Maßnahmen haben bisher nur einen institutionellen Charakter. Allein der Aufbau eines neuen Bereichs im Bundesministerium für Gesundheit hilft den Betroffenen in einer unmittelbaren Krise nicht direkt vor Ort. Es muss verhindert werden, dass sich die Bundesfachstelle in Bürokratie erschöpft. Vielmehr hat sie aktiv dafür zu sorgen, dass die medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen und Kriseninterventionsangebote direkt und spürbar bei den hilfsbedürftigen Menschen ankommen. Ob dies mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden kann, ist stark zu bezweifeln.

1.3. § 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

1.3.1. Referentenentwurf

Laut Referentenentwurf wirken die Länder „auf die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschweligen, fachlichen und bedarfsgerechten Krisendiensten durch Vernetzung und

² Vgl. Referentenentwurf S. 35

Ausbau der bestehenden Angebote hin“³. Die Punkte eins bis sechs beschreiben Mindestanforderungen für die Einrichtung von Krisendiensten.

1.3.2. Stellungnahme

Die aktive Einbindung der Bundesländer in die nationale Suizidprävention ist ein richtiger und wichtiger Schritt. Nach Ansicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz sind die Vorhaben der Bundesregierung jedoch unzureichend. Damit die bundesweit einzuführende Rufnummer für Krisensituationen als wirksame Vermittlungsstelle zwischen Anrufern⁴ und regional verfügbaren Krisendiensten fungieren kann, braucht es die Sicherstellung von flächendeckenden Krisendiensten durch die Länder. Die in § 9 formulierte Regelung genügt dafür nicht. Sie verpflichtet die Länder lediglich auf die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschwelligen, fachlichen und bedarfsgerechten Krisendiensten durch Vernetzung und Ausbau der bestehenden Angebote hinzuwirken. Ein bloßes Hinwirken ist jedoch unzureichend. Vielmehr sind die Länder dazu zu verpflichten, eine solche Sicherstellung bis spätestens 2029 vorzuhalten. So können die Ergebnisse noch in die Evaluation einfließen, die im Jahr 2030 erstmals erfolgen muss. Die Annahme des Referentenentwurfs ist unrealistisch, den Ländern und Gemeinden entstünden lediglich geringfügige Kosten. Vielmehr steht zu befürchten, dass die Länder aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen ihre Aufgaben nicht in vollem Umfang erfüllen können. Der Bund hat daher den Ländern die ihnen entstehenden Kosten für die Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach § 9 Absatz 1 in voller Höhe zu erstatten.

1.3.3. Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

~~Die Länder wirken auf die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschwelligen, fachlichen und bedarfsgerechten Krisendiensten durch Vernetzung und Ausbau der bestehenden Angebote hin (...)~~ **Die Länder sind dazu verpflichtet, die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschwelligen, fachlichen und bedarfsgerechten Krisendiensten bis 2029 sicherzustellen und diese miteinander zu vernetzen. (...)**

In § 9 wird der neue Absatz 4 eingefügt:

Der Bund trägt die den Ländern durch die Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 entstehenden Kosten in voller Höhe.

³ Vgl. Referentenentwurf S. 9

⁴ Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.

2. § 10 Evaluierung

2.1.1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf sieht eine Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit vor. Dabei soll „die Wirkung dieses Gesetzes sowie der Erfüllung der in § 4 Satz 1 genannten Aufgaben der Bundesfachstelle auf den Erfolg der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2038“⁵ evaluiert werden.

2.1.2. Stellungnahme

Die systematische Evaluierung geltender Gesetze ist der einzige Weg, um deren Praxistauglichkeit zu prüfen und wenn nötig gezielte Nachbesserungen vorzunehmen. Der aktuelle Entwurf sieht eine Überprüfung erst im Jahre 2038 vor. Dieser Zeitraum ist jedoch eindeutig zu lang gewählt. Dringend benötigte Nachsteuerungen werden dadurch unnötig verzögert, während das Gesetz Gefahr läuft, bereits vor seiner ersten Evaluierung vollkommen veraltet zu sein.

2.1.3. Änderungsvorschlag

§ 10 wird wie folgt geändert:

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen dieses Gesetzes sowie der Erfüllung der in § 4 Satz 1 genannten Aufgaben der Bundesfachstelle auf den Erfolg der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum ~~31. Dezember 2038~~ **31. Dezember 2030**. **Anschließend erfolgt eine Evaluierung in einem Turnus von zwei Jahren.** Das Bundesministerium für Gesundheit kann externe Dritte mit der Durchführung der Evaluation beauftragen.

3. Modellvorhaben und Rechtsanspruch auf Suizidprophylaxe

3.1. § 64f Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

3.1.1. Referentenentwurf

In § 64f des Referentenentwurfes geht es um Modellvorhaben in den einzelnen Bundesländern. Es soll angestrebt werden, in jedem Land mindestens ein Projekt durchzuführen. Es geht dabei auch um „die Vermittlung von Menschen nach einem Suizidversuch in eine systema-

⁵ Vgl. Referentenentwurf S. 10

tisch suizidpräventive Betreuung, insbesondere eine psychotherapeutische Krisenkurzintervention, unter Nutzung der bestehenden Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung“⁶.

3.1.2. Stellungnahme

Die geplanten Modellvorhaben im SGB V sind grundsätzlich sinnvoll, da der Entwurf zentrale Fragen der Versorgung angeht. Besonders positiv ist die stärkere Vernetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und Notfallversorgung mit Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisendienste und der Suizidprävention. Auch die strukturierte Nachsorge nach Suizidversuchen ist ein wichtiger Schritt. Der Gesetzgeber muss sich bewusst machen, dass mehr als 100.000 Menschen jährlich einen Suizidversuch unternehmen.⁷ Ebenso greift der Referentenentwurf zu kurz, wenn es darum geht, die Gesetzlichen Krankenversicherungen vollumfänglich einzubeziehen. Aus Sicht der Deutschen Stiftungen Patientenschutz muss in jedem Bundesland verpflichtend mindestens ein Modellvorhaben in einem dafür angemessenen Zeitraum durchgeführt werden.

3.1.3. Änderungsvorschlag

§ 64f Abs. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

~~Es soll angestrebt werden, in jedem Land~~ **In jedem Land muss** mindestens ein Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand ~~durchzuführen~~ **in einer dafür angemessenen Zeit durchgeführt werden**; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt.

3.2. Rechtsanspruch auf Suizidprophylaxe

3.2.1. Referentenentwurf

Im Referentenentwurf fehlt ein Rechtsanspruch der Versicherten auf Suizidprophylaxe mit einem garantierten psychotherapeutischen Therapieplatz innerhalb eines angemessenen Zeitraumes.

3.2.2. Stellungnahme

Ein nationales Suizidpräventionsgesetz, das die Verbesserung von Hilfsstrukturen und -angeboten zum Ziel hat, ist ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings verfehlt es seine Wirkung, wenn die Ursachen für die Belastungssituationen der Betroffenen unberücksichtigt bleiben. Schon heute mangelt es vor allem bei der aufsuchenden Psychotherapie an freien Plätzen. Diese ohnehin schon angespannte Lage droht sich durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu

⁶ Vgl. Referentenentwurf S. 10

⁷ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: <https://www.dgs-suizidpraevention.de/suizidalitaet/> (Abrufdatum: 30. Juli 2026)

verschärfen, denn die darin vorgesehenen Maßnahmen verknappen die ambulanten Behandlungskapazitäten zusätzlich.

Die Kürzungsnovelle des Bundesgesundheitsministeriums birgt die Gefahr, dass zukünftig noch weniger Therapieplätze verfügbar sind. Dies steht jedoch im Widerspruch zu dem Ziel dieses Gesetzentwurfes, die Suizidprävention nachhaltig zu stärken. Um Letzteres zu erreichen, ist der schnelle und unbürokratische Zugang zu einer psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung, die über eine bloße akute Sprechstunde hinausgeht, unabdingbar. Die Versicherten müssen innerhalb einer angemessenen Zeit, spätestens innerhalb von vier Wochen, mit der erforderlichen Behandlung beginnen können. Die Therapie muss dabei in einem zumutbaren Maß erfolgen, insbesondere in einer angemessenen örtlichen Entfernung. Daher braucht es eine entsprechende Verankerung eines gesetzlichen Rechtsanspruchs auf Suizidprophylaxe mit einem garantierten Therapieplatz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das muss auch für die aufsuchende Therapie und somit für die Versorgung immobiler und in Pflegeeinrichtungen lebender Menschen gelten. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) innerhalb eines halben Jahres die Aufgreifkriterien festzulegen.

3.2.3. Änderungsvorschlag

In § 75 SGB V wird der neue Absatz 1c eingefügt:

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die Versorgung der Versicherten mit ambulanter oder stationärer psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sicherzustellen, dass Versicherte bei Vorliegen einer entsprechenden Überweisung durch einen Vertragsarzt die erforderliche ambulante psychologische oder psychotherapeutische Behandlung innerhalb von vier Wochen beginnen können. Die Sicherstellung umfasst den Zugang zu einer kontinuierlichen, dem individuellen Behandlungsbedarf entsprechenden psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung. Die Versorgung ist in einer für die Versicherten zumutbaren räumlichen Entfernung sicherzustellen.

Für den Fall, dass eine erforderliche ambulante psychologische oder psychotherapeutische Behandlung nicht innerhalb der in Satz 2 genannten Frist vermittelt werden kann, ist eine entsprechende stationäre Behandlung zu vermitteln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt innerhalb eines halben Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes in Richtlinien die Voraussetzungen für die Ausstellung sowie die Form der vertragsärztlichen Überweisung nach Satz 2 sowie das Verfahren der Vermittlung eines ambulanten oder stationären psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsplatzes.