

EKFuL · Fischerinsel 2 · 10179 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Postfach: 323-SuizidPraevG@bmg.bund.de

- ausschließlich per E-Mail -

EKFuL

Bundesgeschäftsstelle
Fischerinsel 2
10179 Berlin

Tel. 030 51 57 53 - 73
info@ekful.de

Berlin, 29.07.2026

•

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (SuizidPrävG-E) Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Mit dem vorliegenden Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention folgt das Bundesministerium für Gesundheit dem Entschließungsantrag des deutschen Bundestages „Suizidprävention stärken“ (Juli 2023) sowie der veröffentlichten „Nationalen Suizidpräventionsstrategie (Mai 2024) und dem im Koalitionsvertrag „Verantwortung für Deutschland“ (Mai 2025) von CDU, CSU und SPD benannten Ziel, das Suizidpräventionsgesetz umzusetzen [1,2,3].

Wir bedanken uns für die Ausarbeitung des Referentenentwurfes und die Möglichkeit, zu den Inhalten Stellung zu nehmen.

Die Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung vertritt als bundesweiter Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision ca. 700 Psychologische Beratungsstellen in kirchlich-diakonischer Trägerschaft, die in den Arbeitsfeldern Erziehungs- und Familienberatung, Jugendberatung, Ehe/Partnerschafts- und Lebensberatung sowie Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung tätig sind.

•

I. Allgemeine Bewertung des Referentenentwurfes

Gesetzliche Verankerung der Suizidprävention

Mit dem Referentenentwurf soll eine rechtliche Grundlage für verschiedene Maßnahmen geschaffen werden, die dazu beitragen, dass eine psychosoziale Krise bzw. eine Kumulation von herausfordernden Lebensumständen wie Krankheit, Verlust oder existenzielle Not nicht zu Suizidalität führen. Die Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung (EKFuL) befürwortet die bundesgesetzliche Verankerung der Suizidprävention in Deutschland. Die damit verbundenen Ziele, wesentliche Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern und das bestehende Hilfesystem möglichst flächendeckend und verlässlich zu stärken, werden ausdrücklich begrüßt. Nur so kann es gelingen, Menschen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig und umfassend zu unterstützen.

Suizidprävention effektiv weiterentwickeln

Wir begrüßen ausdrücklich den im Entwurf deutlich werdenden Anspruch, die Suizidprävention in Deutschland effektiv weiterzuentwickeln, die nachhaltige suizidpräventive Begleitung von Betroffenen jedes Alters zu etablieren, Forschung und Datengewinnung auszubauen und den Fokus auf das „untereinander Bekanntmachen aller Akteure und Maßnahmen im Kontext von Suizidprävention“ (SuizidPrävG-E, S. 2). Die Vermeidung von Doppelstrukturen oder Parallelversorgung wird aus Sicht der EKFuL als wesentlich und zielführend angesehen.

Öffentliche Fürsorgepflicht

Das evangelische Verständnis gründet in der unantastbaren Würde des Menschen. Suizidprävention ist daher Ausdruck gelebter Nächstenliebe und staatlicher wie gesellschaftlicher Fürsorgepflicht. Der Entwurf geht auf diese öffentliche Fürsorgepflicht ein und formuliert die Verantwortung des Gesetzgebers, Menschen in psychischen und sozialen Notlagen zu helfen sowie potenzielle Gefahren für das Leben und die Gesundheit abzuwenden. Er erkennt die besonderen Belastungen von Menschen, die „suizidale Gedanken, Suizidideen oder -absichten haben, diese äußern oder einen Suizidversuch ankündigen, beabsichtigen oder vorgenommen haben“ (SuizidPrävG-E, S. 15) an und betont dadurch die besondere Bedeutung und gesamtgesellschaftliche Tragweite einer nationalen Suizidprävention.

Herstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

Die EKFuL unterstützt grundsätzlich die Bestrebungen einer bundesgesetzlichen Regelung nach Artikel 72 Absatz 2 GG zur Herstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und zur Schaffung einheitlicher Versorgungsstrukturen (SuizidPrävG-E, S. 17), sodass Betroffene unabhängig von ihrer Postleitzahl dieselbe Chance haben, Hilfe in einer suizidalen Notlage zu erhalten.

Wirksamkeit des Gesetzes

Der vorliegende Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit greift in seiner Ausgestaltung zur nationalen Suizidprävention evidenzbasierte Ansätze auf und enthält wichtige, wegweisende Impulse. Dennoch zeigen sich aus der Perspektive der EKFuL an entscheidenden Stellen praxisfremde Regelungen. Hier braucht es eine Präzision, Ergänzung oder Nachschärfung, um die Wirksamkeit des Gesetzes sicherzustellen und die Interessen von Betroffenen und Fachkräften angemessen zu berücksichtigen.

II. Stellungnahme im Einzelnen

Im Folgenden werden einzelne Bestimmungen und Regelungen im Referentenentwurf aufgegriffen und aus Perspektive der psychologischen und psychosozialen Beratung betrachtet. Die EKFuL bündelt dabei die Expertise des breiten Feldes der Beratungsstellen in kirchlich-diakonischer Trägerschaft.

Artikel 1 – Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden

Erweiterung der Zielgruppenbeschreibung

Die im Artikel 1 § 2 SuizidPrävG -E im Sinne des Gesetzes beschriebene Betroffenengruppe spiegelt die Heterogenität der Zielgruppe nur in Anteilen wider. Vernachlässigt werden die Hinterbliebenen nach einem Suizid, nahestehende Menschen von suizidgefährdeten Personen wie auch beruflich bzw. ehrenamtlich mit Suizidalität konfrontierte Personen. Eine nationale Suizidprävention muss auch für diese Personengruppe verlässliche Hilfen weiterentwickeln und strukturell absichern. Menschen, die im familiären bzw. sozialen Umfeld akut oder langfristig durch die Suizidalität nahestehender Personen betroffen sind, fühlen sich oft hilflos, mit ihren Fragen alleingelassen oder mitverantwortlich für Suizidalität bzw. das Überleben der Betroffenen. Ihre psychologische und

psychosoziale Unterstützung hat suizidpräventive Wirkung und fördert Selbstwirksamkeitserfahrungen. Eine positive familiäre Suizidanamnese (Suizid oder Suizidversuch) gilt als Risikofaktor für suizidales Erleben bei Familienmitgliedern [4,5,6,7]. An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene suchen häufig Rat und Unterstützung in den niedrigschwelligen Angeboten der psychologischen und psychosozialen Beratung. Trauerprozesse finden dort oft erstmals einen Raum. Die Möglichkeit einer anonymen Beratung, einer Begleitung ohne Diagnosestellung und geringe Zugangshürden beeinflussen das Hilfeverhalten Betroffener positiv und bauen Stigmatisierungsängste ab.

Empfehlung

Ergänzung der Begriffsbestimmungen im § 2 Absatz 1 SuizidPrävG-E um Hinterbliebene nach einem Suizid, An- und Zugehörige von suizidgefährdeten Personen wie auch beruflich bzw. ehrenamtlich mit Suizidalität konfrontierte Personen.

Ausbau eines bundesweit flächendeckenden Angebotes an spezifischen Hilfen mit niedrigen Zugangshürden und Sichtbarmachung der Erfahrungswelt Betroffener.

Ergänzung der Begriffsbestimmungen im § 2 Absatz 2 SuizidPrävG-E um „Nachsterbewunsch“ als Form suizidassoziierten Erlebens.

Förderung von niedrigschwelliger Trauerbegleitung als versorgungsverbessernde Maßnahme.

Verankerung des Umgangs mit Trauer als Teil von Suizidprävention.

Sofortiger Ausbau parallel zur Konzeptentwicklung

Der vorliegende Referentenentwurf sieht vor, dass laut § 3 SuizidPrävG-E im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit eine Bundesfachstelle für Suizidprävention eingerichtet wird. Zu ihren 10 zentralen Aufgabenbereichen (§ 4 SuizidPrävG-E) gehört u.a. ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer, die im weiteren Verlauf des Entwurfes als Krisenrufnummer bezeichnet wird. Das Ziel der bundesweiten Rufnummer ist die Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste, die es laut Entwurf in den meisten Bundesländern geben soll (SuizidPrävG-E, S.44).

Die EKFuL ist von dieser Aussage irritiert, da es aktuell nur in Bayern und Berlin ein umfassendes Angebot von Krisendiensten gibt. Eine Sicherstellung von flächendeckenden, niedrigschwelligen, fach- und bedarfsgerechten Krisendiensten ist laut § 9 SuizidPrävG-E Aufgabe der Bundesländer. Damit liegt die Verantwortung für den Ausbau des suizidpräventiven Hilfenetzes bei den Ländern, denen nur geringfügige Kosten entstehen sollen (SuizidPrävG-E, S. 3). Hier widerspricht sich der Referentenentwurf.

Das Vorhaben einer bundeseinheitlichen Rufnummer zur Suizidprävention ist unterstützenswert, jedoch startet die Rufnummer nur dann wirksam, wenn bundesweit auf tatsächlich vorhandene suizidpräventive Hilfen verwiesen werden kann. Hier bleibt im Entwurf unklar, wie dieser Ausbau finanziert werden soll. Die EKFuL kritisiert, dass der Referentenentwurf bezüglich der zentralen Rufnummer vorrangig einen langwierig erscheinenden Prozess voraussieht, der eine Konzepterstellung, eine Machbarkeitsstudie zur Einführung, ein verlässliches Erproben und die Festlegung rechtlicher und technischer Voraussetzungen beinhaltet (SuizidPrävG-E, S. 36ff). Das Fundament einer funktionierenden suizidpräventiven Krisennummer sind die entsprechenden Hilfsangebote und regionalen Strukturen, an die eine Telefonnummer weiter vermitteln kann. Der Entwurf zeigt deutliche Mängel, diesen Ausbau zu präzisieren und zu finanzieren.

Empfehlung

Priorisierung der nachhaltigen Stärkung regionaler Strukturen und des Ausbaus der suizidpräventiven Infrastruktur.

Klare Regelung zur Finanzierung einer flächendeckenden Krisenversorgung und Einbezug psychologischer und psychosozialer Beratungsstellen.

Suizidprävention funktioniert nur im Netzwerk

Als Bundesfachverband für Psychologische Beratung kritisiert die EKfUL am SuizidPrävG-E den alleinigen Fokus auf Krisendienste und die marginale Nennung von anderen Akteuren aus dem psychosozialen Beratungsfeld. Die Beschränkung auf die Bezeichnung bzw. das Leistungsangebot „Krisendienst“ negiert, dass Suizidprävention bereits seit Jahren im Bereich Beratung an vielfältigen Stellen etabliert und suizidpräventiv aktiv ist. Allein in unseren bundesweit über 700 Beratungsstellen aus den Arbeitsfeldern Erziehungs- und Familienberatung, Jugendberatung, Ehe/Partnerschafts- und Lebensberatung sowie Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung sowie in den bundesweiten Suchtberatungsstellen oder Beratungen der Wohnungsnotfallhilfe sind suizidpräventive Interventionen Teil der täglichen Arbeit und damit fester Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur. Viele dieser Beratungsangebote, die Menschen in belastenden, prekären Lebenssituationen unterstützen, arbeiten am personellen und finanziellen Limit.

Mit Blick auf die unterschiedlichen Phasen von Suizidalität [8,9] nehmen Krisendienste bei akutem suizidalen Erleben und Verhalten eine unverzichtbare Rolle ein. Sie schließen Lücken in den bereits bestehenden Angeboten auf kommunaler Ebene, tragen zur Verbesserung der Vernetzung und zeitnahen Versorgung bei und werden aktiv, wenn der betroffenen Person keine weitere, ausreichende Hilfe zur Verfügung steht bzw. von ihr angenommen werden kann. Sie sind dadurch ein wichtiger Kooperationspartner im ambulanten und teilstationären Bereich und eine wertvolle Ergänzung im Hilfenetz. Die Stärkung der nationalen Suizidprävention jedoch allein auf den Ausbau der Krisendienste abzustellen, ist als nicht wirksam einzuordnen. Wenn es im Entwurf selbst heißt, dass die Krisendienste einen wichtigen, jedoch „nicht abschließenden Baustein“ (SuizidPrävG-E, S. 45) darstellen, dann erklärt sich in der Gesetzesvorlage das Fehlen der bundesweit zahlreichen Beratungs- und Unterstützungsangebote nicht. Hier widerspricht der Entwurf den Grundzügen wirksamer Suizidprävention.

Suizidprävention funktioniert nur im Netzwerk. Sie profitiert von einem praxisbezogenen gesetzlichen Rahmen, von einer Stärkung der bestehenden Hilfen, einer Finanzierungssicherheit und einer zielgruppenspezifischen Weiterentwicklung. Menschen in suizidalen Krisen sind eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in ihren Risikoprofilen und zeigen ein unterschiedliches Hilfesuchverhalten. Ihre Vorerfahrungen in der Gesundheitsversorgung prägen oft ihre Entscheidungsmuster. Sie profitieren von einem pluralen Angebot und einer flexiblen Abstimmung in verlässlichen Hilfestrukturen. Niedrigschwellige, inklusive, kultur-religions- und armutssensible Beratung bietet einen geschützten Raum und ein vertrauensvolles Beziehungsangebot, das nicht von Antragsbewilligungen abhängig ist. Es gelingt eine Früherkennung von Suizidgedanken oder -absichten und eine direkte Vor-Ort-Versorgung, die das Gesundheitssystem entlastet und bei Wartezeiten auf psychotherapeutische Versorgung oder beim Übergang zu stationärer Behandlung unterstützt. Familiensysteme können entlastet und das nahe Umfeld gestärkt werden. Psychologische und psychosoziale Beratungsstellen sind neben der Telefonseelsorge, der Hospiz- und Palliativversorgung sowie den weiteren Angeboten der Freien Wohlfahrtspflege ein elementarer Bestandteil im suizidpräventiven Hilfesystem. Da der Erfolg der koordinierenden Tätigkeit einer Bundesfachstelle für Suizidprävention und die vermittelnde Aufgabe einer bundesweiten Rufnummer von einem ausreichend breiten Angebotsfeld suizidpräventiver Hilfen abhängig ist, sollte es vordergründig in einem Bundesgesetz zur Suizidprävention darum gehen, die bestehenden Angebote zu erhalten, zu stärken und in einem zweiten Schritt die soziale Infrastruktur zielgruppenspezifisch auszubauen. Besonders mit Blick auf das zuletzt beschlossene GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz [10] und seine Auswirkungen auf die Sicherstellung der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung [11,12] zeichnet sich ab, dass die bereits jetzt schon an der Belastungsgrenze arbeitenden Beratungsstellen zukünftig Lösungen für einen Zuwachs an Ratsuchenden brauchen.

Empfehlung

Ergänzung des SuizidPrävG-E um Maßnahmen zum Erhalt der Vielfaltigkeit in der niedrigschwelligen Versorgung.

Die Aktivitäten im Rahmen der nationalen Suizidprävention sind so zu priorisieren, dass niedrigschwellige und bereits bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote finanziell und strukturell abgesichert werden.

Die Kontinuität in der suizidpräventiven, zeitnahen Weitervermittlung in versorgungsintensivere bzw. medizinisch ausgerichtete Gesundheitsleistungen (ambulante Psychotherapie, (teil)stationäre Psychiatrie) muss gewährleistet, finanziell abgesichert und ausgebaut werden.

Verantwortung für suizidpräventive Angebote übernehmen

Die Einrichtung einer Bundesfachstelle (§§ 3 und 4 SuizidPrävG-E) und eines Fachbeirates (§§ 5 und 6 SuizidPrävG-E) steht im Zentrum des vorliegenden Entwurfes. Die Aufgaben der Fachstelle sind analytischer oder koordinierender Natur und liegen vorrangig in der Konzeptarbeit (Methodenrestriktion, qualitätsgesicherte Informationen, Ausbau Online- und Telefon-Beratungsangebote, Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildung), dem Aufbau eines digitalen Verzeichnisses zur Vernetzung der Akteure sowie einer Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse.

Das zentrale Informieren, Koordinieren und Konzeptionieren durch eine Bundesfachstelle ist positiv zu bewerten und für den Prozess der Stärkung einer nationalen Suizidprävention von großer Bedeutung. Der Entwurf beantwortet allerdings nicht die Frage, wie die zu koordinierenden Versorgungsangebote bundesweit erhalten, finanziell abgesichert und ausgebaut werden. Es muss die zentrale Verantwortung der Bundesfachstelle sein, Sorge dafür zu tragen, dass die Akteure der Suizidprävention in die Lage versetzt werden, ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen zu können. Die zeitliche Befristung der Fachstelle sieht die EKfUL kritisch, da die Aufgaben für eine stabile Suizidprävention in Deutschland von Dauer sein werden. Auch wenn die Einrichtung eines Fachbeirates als Kann-Bestimmung formuliert wurde, ist es von Bedeutung, dass die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege eingebunden werden und damit die Expertise aus der Beratungspraxis in die Arbeit des Fachbeirates miteinfließt. Ebenso dürfen Betroffenenverbände in dieser Zusammensetzung nicht fehlen.

Empfehlung

Aufhebung der zeitlichen Befristung der Bundesfachstelle und dauerhafte Ausrichtung.

Identifizieren von Defiziten und verbindlicher Ausgleich der unterschiedlichen regionalen Dichte suizidpräventiver Angebote.

Einbindung der Freien Wohlfahrtsverbände und Betroffenenverbände in den Fachbeirat.

Förderung von Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und Qualifizierungsmaßnahmen

Forschung ist ein wesentlicher Faktor für die Weiterentwicklung der Suizidprävention in Deutschland. Die Suizid- und Suizidpräventionsforschung trägt wesentlich zur Entwicklung innovativer Suizidpräventionsmaßnahmen, verlässlicher Suizidprädiktion sowie zur Untersuchung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei. Wissen über Risikogruppen ist dabei für die Praxis elementar. So zeigen aktuelle Studien im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein vielfach erhöhtes Risiko für Suizidalität bei wohnungslosen Frauen [13], bei neurodivergenten Menschen [14,15] oder bei Frauen mit der Diagnose Prämenstruelle Dysphorische Störung [16,17]. Die suizidologische Forschung und ihre Übersetzung in den praxisnahen Raum haben eine hohe Relevanz mit Blick auf Früherkennung, Effektivität von Maßnahmen und zielgruppenspezifische Gestaltung von Interventionen. Der Entwurf bleibt beim Thema Förderung der Forschung, Wissenstransfer und der Beteiligung der Bundesfachstelle an der Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen ungenau (SuizidPrävG-E, S. 7). Die EKfUL begrüßt die Empfehlung für eine bundeseinheitlich zu verwendende Todesbescheinigung zur direkten Erfassung von Todesursachen. Die Verfügbarkeit valider Daten ermöglicht es der Forschung, Suizidalität im Kontext unterschiedlicher Einflussfaktoren besser zu

erfassen. Eine Abstimmung des SuizidPrävG-E mit der S3-Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“ [18] ist zu empfehlen.

Zu den zentralen Säulen der Suizidprävention gehören die Information und Aufklärung in der Bevölkerung sowie der multiprofessionelle und sektorenübergreifende Ausbau von Qualifizierungsmaßnahmen. Eine fachgerechte und sensible Öffentlichkeitsarbeit fördert Entstigmatisierung und Enttabuisierung, baut Mythen ab und vergrößert das Wissen über Suizidalität, Hilfen in Lebenskrisen, Rechte Betroffener sowie Möglichkeiten der Unterstützung. Damit hat gezielte Öffentlichkeitsarbeit eine suizidpräventive Wirkung. Sie kann Medienschaffende sensibilisieren, Schocktaktiken zu vermeiden. Passgenaue Fort- und Weiterbildungsangebote können Fachkräfte in die Lage versetzen, das eigene Reaktionsmuster zu reflektieren, Gesprächsführungskompetenzen zu verbessern und Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen oder mit Hinterbliebenen nach Suizid zu erreichen. Die EKFuL bewertet die im Entwurf beschriebenen einheitlichen Rahmenbedingungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention als positiv.

Empfehlung

Gesetzliche Verankerung des Auf- und Ausbaus von Suizid- bzw. Suizidpräventionsforschung.
Etablierung spezifischer Förderprogramme gesetzlich festlegen.
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch multimediale bundesweite Kampagnen.

Versorgungssicherheit durch Finanzierungssicherheit

Der Entwurf veranschlagt für den Bund infolge des Gesetzesentwurfes jährliche Mehrausgaben in Höhe von 1,48 Millionen Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 1,4 Millionen Euro. Angesichts von jährlich 10.000 Suiziden in Deutschland und über 100.000 Suizidversuchen erscheint das finanzielle Gesamtvolumen gering. Ein Großteil der Ausgaben soll in den Aufbau und Betrieb neuer Koordinierungsstrukturen (Bundesfachstelle, Fachbeirat) fließen, während es weiterhin fehlende Regelfinanzierungen für bestehende Hilfsangebote der Suizidprävention gibt. Einrichtungen der Suizidprävention arbeiten auf ungesicherter Basis, mit befristeten Projektförderungen oder finanzieren sich aus Eigenmitteln bzw. Spenden. Im Referentenentwurf fehlen klare und verlässliche Finanzierungspläne für den Ausbau des suizidpräventiven Angebotes, besonders im niedrigschwelligen Beratungsbereich.

Empfehlung

Eine grundlegende Überarbeitung der Finanzierungsarchitektur des Entwurfes.
Klärung der Kostenverteilung zwischen Bund, Ländern und Krankenkassen.

Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

Mit dem § 64f im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V-E) sollen gesetzliche und private Krankenkassen sowie ihre Verbände Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention entsprechend den im SuizidPrävG-E formulierten Vorgaben schließen können. Damit wird die Suizidprävention als Themengebiet für Modellvorhaben festgesetzt. Als Ziel der neuen Rechtsgrundlage beschreibt der Entwurf, die sektorenübergreifende Versorgung, das Verständnis für das komplexe Phänomen Suizidalität sowie die Versorgung von Menschen in suizidalen Krisen zu verbessern. Der Entwurf hält weiterhin fest, dass es nicht um die Unterhaltung der bestehenden Strukturen gehen soll, sondern um deren bessere Vernetzung und Weiterentwicklung (SuizidPrävG-E, S. 46).

Die EKFuL begrüßt den Einbezug der Krankenkassen in die Suizidprävention und sieht in der neuen Rechtsgrundlage Potential für die Stärkung der Übergänge von niedrigschwelliger Krisenversorgung und SGB V. Die in den Ausführungen des Referentenentwurfes aufgezeigte Anregung, Modellvorhaben zur Erarbeitung einer kontinuierlichen Behandlungskette an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung zu etablieren (SuizidPrävG-E, S. 47), greift ein Vorhaben auf, das bereits auf regionaler Ebene im Sinne einer funktionierenden Hilfekette in verschiedenen Bundesländern Anwendung findet. Der Einbezug der Krankenkassen über einmalige, befristete Modellvorhaben wird dem Thema mit direktem Gesundheitsbezug nicht gerecht. Eine Beteiligung von Krankenkassen im Rahmen der nationalen Suizidprävention sollte stärker praxisnah verortet und gestaltet werden. Der Übergang beschriebener Modellvorhaben in eine Regelfinanzierung bleibt im Entwurf unklar. Für die Krankenkassen und ihre Verbände ist die Förderung der Modellvorhaben eine Kann-Leistung (SuizidPrävG-E, S. 48). Die EKFuL erinnert an dieser Stelle an die Stellungnahme der GKV zum Gesetzentwurf eines Suizidpräventionsgesetzes in der 20. Legislaturperiode, der zu entnehmen ist, dass dem grundlegenden Konzept von Modellvorhaben in allen Bundesländern widersprochen wird und Länder und Kommunen als keine geeigneten Vertragspartner angesehen werden [19].

Empfehlung

Unbefristeter und praxisnaher Einbezug der Krankenkassen zum Thema Suizidprävention. Rechtliche Prüfung und Umsetzung von Förderungen im Bereich SGB V wie z.B.:

- Schaffung einer Versorgungsleistung „Ambulante Beratungsstellen zur Suizidprävention“ als § 65g SGB V
- Erweiterung des § 20 Abs. 3 SGB V um Nr. 9 „Suizidprävention“
- Kostenübernahme für psychosoziale Begleitung von Hinterbliebenen nach Suizid ohne Diagnose (vgl. Bündnispapier „Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“, 2026) [20]

III. Schlussbemerkungen

Der Gesetzentwurf entwickelt seine Fürsorgepflicht und Schutzwirkung nur, wenn suizidpräventive Beziehungsarbeit und die niedrigschwellige psychosoziale Infrastruktur dauerhaft gestärkt werden. Die Expertise innerhalb der bestehenden Beratungslandschaft gilt es voll auszuschöpfen, sichtbar zu machen und verbindlich einzubeziehen. Es braucht klare Umsetzungsschritte mit realistischen Zeitzielen, die zugleich dem dringlichen Handlungsbedarf gerecht werden.

Im Referentenentwurf des Bundesministerium für Gesundheit zur Stärkung der nationalen Suizidprävention lassen sich inhaltliche und konzeptionelle Widersprüche entdecken. Der Entwurf erklärt die Suizidprävention zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und betont die frühzeitige und nachhaltige Hilfe für Menschen in suizidalen Krisen. Gleichzeitig werden die Bundesmittel in die Koordinierungsstruktur gesteckt und die operative Präventionsarbeit vor Ort geht leer aus. Den Ländern sollen nur geringfügige Kosten entstehen, ihnen wird aber die tatsächliche Versorgungsverpflichtung überlassen. Aus der Sicherstellung der Krisendienste durch die Länder wird in den weiteren Ausführungen des Entwurfes ein reines Hinwirken der Länder. Es geht beim vorliegenden Entwurf um nachhaltige Suizidprävention. Die Bundesfachstelle ist jedoch befristet und der Fachbeirat sowie die Modellvorhaben der Krankenkassen sind eine Kann-Bestimmung. Es wird ein dringender Handlungsbedarf im Bereich der Suizidprävention bei steigenden Prävalenzen formuliert, die Evaluierung der Bundesfachstelle soll jedoch bis 2038 erfolgen und nach Prüfung des Umfangs der Erfüllung soll ab 2042 entschieden werden, was dauerhaft fortgeführt wird. Während der Entwurf verlässliche Strukturen und den Ausbau von Hilfe ankündigt, werden keine rechtsverbindlichen Finanzierungswege für Länder und Kommunen aufgezeigt. Anstelle einer dauerhaften Regelfinanzierung wird sich auf befristete Modellprojekte konzentriert, denen die GKV bereits widersprochen hat. Der Entwurf hebt hervor, wie wichtig die Expertise aller Akteure in der

Suizidprävention ist, die Einbindung dieser Akteure ist jedoch schwach ausgestaltet. Der Erfahrungsaustausch über Round-Table-Dialoge ist nicht weiter ausgeführt. Der Referentenentwurf schafft behördliche Koordinierungsstrukturen auf Bundesebene, lässt aber die notwendige finanzielle sowie rechtliche Absicherung der suizidpräventiven Infrastruktur für Menschen in Krisen vermissen.

Die Initiative, auf Bundesebene ein Gesetz zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen sowie zur frühzeitigen Unterstützung Betroffener und zur Enttabuisierung in der Gesellschaft zu schaffen, wird von der EKFuL ausdrücklich begrüßt. Um den politischen Anspruch zu erfüllen und die tatsächlichen Ziele wirksam zu erreichen, bedarf es im folgenden Gesetzgebungsprozess weitere Anpassungen.

Als Bundesfachverband für Psychologische Beratung und Supervision stellen wir gern weiterhin dem Bundesministerium für Gesundheit unsere fachliche Expertise aus dem breiten Praxisfeld der Beratung zur Verfügung.

Der Vorstand der EKFuL

Kontakt:

Britta Köppen

Fachliche Leitung

Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V.

Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision (EKFuL)

Bundesgeschäftsstelle: Fischerinsel 2, 10179 Berlin

Telefon: (030) 51 57 53 -75 | Mail: koeppen@ekful.de

Quellennachweise

- [1] <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf>
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [2] Bundesministerium für Gesundheit. (2024). NaSuPs - Nationale Suizidpräventionsstrategie. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [3] https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [4] Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. *Behavioral Sciences*, 9(5), 53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31091772/>
- [5] Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *J Psychiatr Res*, 88, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- [6] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Abschlussbericht_GroupCare.pdf
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [7] Finkeldei S, Kern T, Rinne-Wolf S. (2022). Querschnittsstudie zum Versorgungsstand von Familien nach Suizid und Suizidpaterment in Bayern [Sektionalübergreifende Studie über den Zustand der Betreuung von Familien nach Selbstmord und Selbstmordversuch eines Elternteils in Bayern]. *Prävent Gesundh.* 19:1-9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9483877/>
- [8] Pöldinger, Walter (1968). *Die suizidale Handlung. Wege und Möglichkeiten ihrer Erkennung und Verhütung*. Hüthig, Bern/Stuttgart.
- [9] <https://www.dgs-suizidpraevention.de/suizidalitaet/>
- [10] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-pm-10-07-2026>
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [11] https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Stellungnahmen/2026/2026-07-06_DPTV_Stellungnahme_GKV-BStabG_AEnderungsantraege.pdf
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [12] <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-nicht-beschliessen/>
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [13] Nilsson, S., Laursen, T., Erlangen, A. et al. (2026) Homelessness, psychiatric disorders and risks of suicide and self harm: a population-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 10,e559-e567. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00100-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00100-8)

- [14] Brown, C.M., Newell, V., Sahin, E. et al. Updated Systematic Review of Suicide in Autism: 2018–2024. *Curr Dev Disord Rep* 11, 225–256 (2024). <https://doi.org/10.1007/s40474-024-00308-9>
- [15] <https://www.naspro.de/dl/2025-Positionspapier-neurodiverstaet-.pdf>
- [16] Ross, J.M., Barone, J.C., Tauseef, H., Schmalenberger, K.M., Nagpal, A., Crane, N.A., Eisenlohr-Moul, T.A. (2024). Predicting Acute Changes in Suicidal Ideation and Planning: A Longitudinal Study of Symptom Mediators and the Role of the Menstrual Cycle in Female Psychiatric Outpatients With Suicidality. *Am J Psychiatry*. 1;181(1):57-67.
DOI: [10.1176/appi.ajp.20230303](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230303)
- [17] Prasad, D., Wollenhaupt-Aguiar, B., Kidd, K.N. de Azevedo Cardoso, T., Frey, B.N. (2021). Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 30(12):1693-1707.
DOI: [10.1089/jwh.2021.0185](https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0185)
- [18] AWMF online. (2026 · in Abstimmung). S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität—Registernummer 038—028 [Register].
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028>
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [19] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/SuizidPraevG-E/GKV_SV.pdf
Letzter Zugriff: 29.07.2026
- [20] Bündnispapier „Fachliche Empfehlungen für eine Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland“ (2026)
https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260617_Buendnispapier_Verbesserung_Suizidpraevention.pdf
Letzter Zugriff: 29.07.2026