

Stellungnahme

Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Stand: 25. Juni 2026

Kernforderungen

- Verbindlichere Mindeststandards für Krisendienste nach § 9 sowie verlässliche Regelung der Anschlussversorgung,
- eine breitere Besetzung und obligatorische Einbeziehung des Fachbeirats in der Bundesfachstelle,
- eine sozialrechtsübergreifende Ausgestaltung der Modellvorhaben nach § 64f SGB V (neu),
- eine verbindliche Finanzierung, insbesondere bei der Ausgestaltung und Zugängen zu Krisendiensten in den Ländern, sowie
- eine stärkere und klar geregelte Einbeziehung von Betroffenen, bereits bewährten Hilfestrukturen und Organisationen der freien Wohlfahrtspflege.

Gesamtbewertung des Referentenentwurfs:

Der Paritätische begrüßt, dass die derzeitige Bundesregierung die Notwendigkeit für ein Suizidpräventionsgesetz auf Bundesebene erkannt hat und hier nun relativ zeitnah in der Legislaturperiode einen Entwurf vorgelegt hat. Im Verbund mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) hat der Paritätische bereits im Jahr 2022 auf die Notwendigkeit eines Suizidpräventionsgesetzes hingewiesen und in einem Forderungspapier Anregungen für gesetzliche Reformen ausgearbeitet¹. Zudem hat der Paritätische ebenfalls auf wesentliche Punkte im Rahmen seiner

¹ BAGFW (2022): Zentrale Forderungen zum Inhalt eines Suizidpräventionsgesetzes. Forderungspapier online verfügbar unter: <https://www.bagfw.de/suche/detailansicht-news/zentrale-forderungen-der-bagfw-zu-den-inhalten-eines-suizidpraeventionsgesetzes> [zuletzt abgerufen 14.07.2026].

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention der Vorgängerregierung im Dezember 2024 hingewiesen².

Der Paritätische begrüßt die Zielsetzung des Referentenentwurfs, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden zu stärken, Betroffene frühzeitig zu unterstützen und Suizidalität weiter zu enttabuisieren. Positiv hervorzuheben ist insbesondere, dass der Entwurf die bestehenden Unterschiede in der Versorgungsdichte und Versorgungsqualität im Bundesgebiet sowie teilweise auf Landesebene anerkennt und auf eine bessere Vernetzung vorhandener Hilfsangebote zielt. Auch wird die Einführung einer bundesweit einheitlichen Krisenrufnummer begrüßt.

Um die erklärten Ziele des Gesetzentwurfs zu erreichen, ist es aus Sicht des Paritätischen jedoch dringend nötig, den nun vorgelegten Entwurf deutlich nachzuschärfen: Er setzt ausschließlich auf Koordination, Konzeptentwicklung, Vernetzung und Modellvorhaben, ohne zugleich hinreichend verbindliche Finanzierungswege insbesondere auch zur Unterstützung der Länder und Kommunen abzubilden und ohne dabei Umsetzungs- und Qualitätsvorgaben vorzusehen. Wir erachten eine nachhaltige Finanzierung aus Steuermitteln von bestehenden und bewährten Strukturen zielführender als die Schaffung von neuen Strukturen, die als Modellvorhaben zeitlich begrenzt finanziert werden.

Auch werden bestehende Beratungsstrukturen und Angebote insgesamt zu wenig in der Zielsetzung, Umsetzung und Finanzierung berücksichtigt. Dies gilt auch für den Bereich der Krisendienste und in der akuten Krisenintervention. Damit besteht die Gefahr, dass bestehende regionale Ungleichheiten nicht ausreichend abgebaut und insgesamt der Status Quo nicht weiterentwickelt werden kann.

Die Freie Wohlfahrtspflege sollte als tragende Akteurin psychosozialer, pflegerischer, teilhabeorientierter und niedrigschwelliger Hilfen ausdrücklich in die zu entwickelnden und implementierenden Strukturen der Suizidprävention einbezogen werden und regelhaft im Fachbeirat eingebunden sein. Mit seinen sozialen Einrichtungen und Diensten der Pflege, Gesundheits- und Sozialberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen und in der Arbeit mit vulnerablen Gruppen ist der Paritätische unmittelbar in den Sozialräumen und Lebenswelten der Menschen verankert und leistet dort einen wesentlichen Beitrag zu niedrigschwelligen Zugängen, Gemeinnützigkeit, Vertrauen, Erreichbarkeit, lebensweltnaher Beratung und sektorenübergreifender Arbeit.

Pflege, Eingliederungshilfe, Hospiz- und Palliativversorgung sowie soziale Beratungsstrukturen müssen im Entwurf stärker sichtbar werden. Gerade ältere, pflegebedürftige, chronisch kranke, behinderte oder sozial isolierte Menschen sind zentrale Zielgruppen der Suizidprävention. Angesichts der spezifischen Risikofaktoren, Zugangswege und Unterstützungsstrukturen gilt dies ebenso für Kinder und Jugendliche sowie für

² Der Paritätische Gesamtverband (2024): Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention - Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28.11.2024. Online verfügbar unter: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/2024-12-05_SuizidPr%C3%A4vG_Stellungnahme_Parit%C3%A4tischer_Gesamtverband_final.pdf [zuletzt abgerufen am 14.07.2026].

die für sie zentralen Systeme – insbesondere Kinder- und Jugendhilfe, Schulen und Schulsozialarbeit, die in die Regelungen einbezogen werden müssen. Ihre Bedarfe werden trotz des altersübergreifenden Ansatzes, den der Gesetzentwurf verfolgt, nicht ausreichend berücksichtigt.

Selbsthilfeorganisationen mit ihren bereits bestehenden und funktionierenden Strukturen sind im Rahmen der Suizidprävention zwingend einzubeziehen, da sie unter anderem Menschen mit einem erhöhten Suizidrisiko begleiten. Konkrete Beteiligungswege sind im Entwurf zu ergänzen.

Der Gesetzentwurf erkennt zwar die Bedeutung von Angehörigen und Hinterbliebenen für eine wirksame Suizidprävention ausdrücklich an. Er bleibt jedoch hinter diesem Anspruch zurück, da er keine verbindlichen Regelungen zum flächendeckenden Ausbau, zur nachhaltigen Finanzierung und zur Qualitätssicherung spezifischer Unterstützungs- und Nachsorgeangebote für diese besonders belasteten Personengruppen enthält.

Suizidprävention muss als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe verstanden werden. Sie braucht medizinische, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung, aber ebenso soziale Teilhabe, Armutsprävention, Einsamkeitsprävention, Angehörigenarbeit, Selbsthilfe, Krisenintervention und verlässliche, d.h. ausfinanzierte und kontinuierliche Anschlussversorgung. Das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem ist dahingehend auszugestalten, dass Menschen weder materiell noch mental in eine Situation geraten, aus der sie nur einen Ausweg durch einen vollendeten Sterbewunsch sehen. Dazu gehören maßgeblich auch flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Regelversorgung und der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung.

Dem stehen etwa die aktuellen Kürzungen und die Budgetierung im Bereich Psychotherapie durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz entgegen. Sie stehen im Widerspruch zu einer guten psychotherapeutischen Versorgung von suizidgefährdeten Menschen, da psychische Erkrankungen das Risiko für Suizidalität erhöhen. Sie stehen damit auch im Widerspruch zum Ziel des Suizidpräventionsgesetzes.

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
§9 Sicherstel- lung von Kri- sendiensten durch die Län- der	Verbindlichere Mindeststandards für Krisendienste nach § 9 Anschlussversorgung nach akuten Krisen	§ 9 sieht vor, dass die Länder auf die Entwicklung flächendeckender, niedrigschwelliger, fachlicher und bedarfsgerechter Krisendienste „hinwirken“. Diese Formulierung bleibt aus unserer Sicht zu unverbindlich. Wenn tatsächlich gleichwertigere Hilfestrukturen im Bundesgebiet erreicht werden sollen, bedarf es bundesweit einheitlicher Mindeststandards für Krisendienste. Hinzu kommt eine verbindlich geregelte Finanzierung in der Auftragsformulierung an die Länder: Neben dem Auf- und Ausbau sowie der Vernetzung der Krisendienste entstehen den Ländern durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Analysen sowie die jährlichen Berichtspflichten zusätzliche personelle und administrative Aufwände. Gleichzeitig ist die Haushaltslage in den Kommunen ohnehin angespannt. Deshalb müssen verbindliche und langfristige Finanzierungsmechanismen im Gesetzentwurf verankert werden.	Die Länder treffen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geeignete Maßnahmen, um flächendeckende, niedrigschwellige, fachlich qualifizierte, barrierefreie, vertrauliche, anonyme und bedarfsgerechte Krisendienste sicherzustellen. Die Krisendienste müssen mindestens die nachfolgenden Anforderungen erfüllen: • Erreichbarkeit rund um die Uhr, • anonyme und vertrauliche Beratung, • barrierefreie Zugänge einschließlich Leichter Sprache und Gebärdensprache, • mehrsprachige und kultursensible Angebote, • digitale Zugänge einschließlich Chat- und Textangeboten,

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		Neben der akuten Krisenversorgung sind verlässliche Anschlussprozesse nach akuten Krisen von zentraler Bedeutung, um erneute Suizidversuche und Suizide zu verhindern. Daher sind verbindliche Kooperationen mit weiterführenden kontinuierlichen medizinischen, psychosozialen, pflegerischen, teilhabe- und jugendhilferechtlichen Angeboten zwingend.	• mobile und aufsuchende Krisenhilfe, • Gewährleistung einer Hilfe vor Ort, • verbindliche Kooperationen mit weiterführenden medizinischen, psychosozialen, pflegerischen, teilhabe- und jugendhilferechtlichen Angeboten, • verlässliche Anschlussprozesse nach akuten Krisen.
§ 5 Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle	Verbindliche Einrichtung und breitere Besetzung des Fachbeirats Ehrenamtliche Tätigkeit der Mitglieder	§ 5 sieht bislang lediglich vor, dass die Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat unterstützt werden kann. Aus unserer Sicht sollte die Einrichtung des Fachbeirats nicht fakultativ bleiben und die Einbeziehung der Beratung in die Arbeit der Bundesfachstelle obligatorisch. Hinsichtlich der Berufung der Mitglieder sollte hier verpflichtend neben den in §2 Abs. (3) Ziffer 1-5 genannten Organisationen, die Benennung der Selbsthilfe und ihrer Vertreter sowie der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sein. Laut Entwurf findet die ehrenamtliche Arbeit der Fachbeiratsmitglieder in der Freizeit statt. Die Mitgliedschaft und Möglichkeit zur aktiven Ausgestaltung sollten abgesichert sein durch Aufwandsentschädigungen insbesondere für ehrenamtlich organisierte	Bei der Bundesfachstelle wird ein Fachbeirat eingerichtet. Der Fachbeirat unterstützt und berät die Bundesfachstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Als Mitglieder des Fachbeirats können insbesondere berufen werden (ergänzend zu Wissenschaft, Polizei, Rettungsdiensten und spezialisierten Fachverbänden, Betroffenen- und Angehörigenvertretungen): • Freie Wohlfahrtspflege, • Selbsthilfe, • Länder und Kommunen, • Pflege und Eingliederungshilfe, • Kinder- und Jugendhilfe, • Sozialpsychiatrie und Krisendienste, • Hospiz- und Palliativversorgung.

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		Betroffenen-/Angehörigenstrukturen, ggf. Freistellun- gen in begrenztem Stundenumfang für Vertreter*in- nen aus Fach-/Verbänden, Wissenschaft/Forschung, Polizeien und Rettungsdiensten, sowie durch Assis- tenzbedarfe und Barrierefreiheit.	
Artikel 2, § 64f SGB V (neu) Modellvorha- ben zu Maß- nahmen der Suizidpräven- tion	Eine sozialrechtsübergreifende Ausgestaltung der Modellvorha- ben nach § 64f SGB V. Transparente Pfade zur Überfüh- rung in die Regelversorgung	Der neue § 64f SGB V soll Modellvorhaben zur Ver- netzung medizinischer Regelversorgung mit Krisen- diensten sowie zur systematischen Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch ermöglichen, insbesondere durch psychotherapeutische Krisen- kurzinterventionen. Das ist grundsätzlich zu begrüßen. Mittel- und lang- fristig müssen erfolgreiche Angebote, wie sie bereits zahlreich erprobt wurden, aus unserer Sicht jedoch re- gelhaft verankert und finanziell abgesichert werden. Zudem bleibt der Regelungsansatz stark auf das SGB V und die medizinische Versorgung konzentriert. Mo- dellvorhaben sollten ausdrücklich sektoren- und sozi- alrechtsübergreifend ausgestaltet werden und zur Vernetzung mit Strukturen und Angeboten aus den Bereichen der Sozialgesetzbücher VI, VIII, IX und XI beitragen.	Modellvorhaben sollen insbesondere auch die Vernetzung mit Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Pflege, Re- habilitation, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Selbsthilfe sowie Hospiz- und Palliativversor- gung einbeziehen.

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		Zu begrüßen ist, dass die Modellvorhaben wissenschaftlich ausgewertet werden sollen und nach der Auswertung über eine Übertragung in die Regelversorgung zu entscheiden ist. Ergänzend sollten transparente Bewertungskriterien und ein zeitnahes Entscheidungsverfahren vorgesehen werden. Dabei sollte insbesondere berücksichtigt werden, ob ein Modellvorhaben zu einer verbesserten sektoren- und sozialrechtsübergreifenden Versorgung, Vernetzung und Anschlussbegleitung beiträgt.	
Übergreifend, anteilige §3, 4, 5, 8, 9, 10 § 64f SGB V (neu)	Verbindliche Finanzierung, insbesondere bei der Ausgestaltung und Zugängen zu Krisendiensten in den Ländern	Der Entwurf sieht für den Bund jährliche Ausgaben von rund 1,482 Mio. Euro und einmalige Ausgaben von rund 1,2 Mio. Euro vor. Für Länder und Gemeinden werden hingegen lediglich geringfügige Kosten angenommen. Gleichzeitig sollen gerade die Länder Krisendienste analysieren, weiterentwickeln, vernetzen und möglichst flächendeckend ausbauen. Aus unserer Sicht erscheint die Annahme lediglich geringfügiger Kosten für Länder und Kommunen angesichts des im Entwurf verankerten Auftrags an die Länder, auf Krisendienste „hinzuwirken“, nicht hinreichend plausibilisiert. Der Aufbau und Betrieb fachlich qualifizierter, barrierefreier, mehrsprachiger, digital erreichbarer und bei Bedarf aufsuchender Krisendienste erfordert Perso-	Die Kostenfolgen sollten realistisch neu bewertet und durch eine tragfähige Finanzierungsstruktur unterlegt werden. Denkbar wären beispielsweise mehrjährige Förderstrukturen, Bund-Länder-Vereinbarungen oder andere verbindliche Finanzierungsmechanismen. Kurzfristige Projektförderungen allein werden dem dauerhaften Versorgungsauftrag nicht gerecht.

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		nal, Qualifizierung, Koordination und verlässliche Finanzierungstrukturen. Dies gilt auch für die Einbindung freier Träger, der Selbsthilfe, der Sozialpsychiatrie sowie der Hospiz- und Palliativversorgung. Modellvorhaben sind angesichts der angespannten Lage der Krankenkassenfinanzierung und den rechtlichen Rahmenbedingungen (Grundsatz der Beitragsatzstabilität; Einsparungs-Gegenfinanzierungsprinzip) in Reichweite und Wirksamkeit begrenzt. Eine gesicherte Überführung in die Regelfinanzierung ist auch hier von Bedeutung.	
§ 3 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention	Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention	Wird begrüßt. Angesichts der Aufgaben, u.a. ein Konzept für eine zentrale Rufnummer, Informationen bereitstellen, zum Aufbau eines digitalen Verzeichnisses beitragen, Qualitätsstandards erarbeiten, Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildung entwickeln sowie Forschung und Datenerhebung unterstützen, sollte eine belastbare personelle und finanzielle Ausstattung, die auch eine tatsächliche fachliche Begleitung der Umsetzung ermöglicht, im Entwurf ergänzt werden. Die bisher vorgesehenen Bundesmittel sind zu knapp bemessen. Zudem sollten Umsetzungsfristen, Zuständigkeiten und Anschlussprozesse der Aufgabe der Bundesfach-	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		stelle konkreter beschrieben werden.	
§ 4 Nr. 1 – Konzept für bundesweit einheitliche Krisenrufnum- mer	Bundesweit einheitliche Krisen- rufnummer Mindestanforderung, Einbezie- hung bestehender bewährter An- gebote und Qualifikation der Mit- arbeiter in Hinblick auf vulnerable Gruppen Dauerhafte Verstetigung, von der Laufzeit der Bundesfachstelle entkoppeln	Um eine schnelle, effiziente und jederzeit verfügbare Unterstützung in einer Krise zu ermöglichen, kann eine bundesweit einheitliche, leicht zu erinnernde Rufnummer einen wichtigen Beitrag leisten. Sie sollte durch digitale Kommunikationskanäle er- gänzt werden, insbesondere um Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen. Diese muss konkrete Mindestanforderungen erfüllen: • 24/7-Erreichbarkeit • Anonymität und Vertraulichkeit • Barrierefreiheit und Mehrsprachigkeit • niedrigschwellige digitale Zugänge, Chat-/Textange- bote • verlässliche Weiterleitung in regionale Hilfestruk- turen. Bereits in der Phase der Konzeption muss mitgedacht werden, wie die Krisenrufnummer dauerhaft institutio- nell und finanziell abgesichert werden kann. Da die Bundesfachstelle zunächst auf 15 Jahre angelegt ist, sollte verhindert werden, dass eine etablierte und be-	Die operative Umsetzung sollte dabei u. a. in Absprache mit den Verbänden der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) erfol- gen und die Ergebnisse des Psychiatriedia- logs sowie des Nationalen Suizidpräventions- programms (NaSPro) miteinbeziehen. Wichtig ist uns zudem, dass die Qualifikation der Mitarbeiter des vorgesehenen Krisentele- fons sichergestellt werden muss. Hierbei müssen die Besonderheiten gerade der chro- nisch erkrankten Menschen und die Beson- derheiten ihrer spezifischen Erkrankung be- achtet und berücksichtigt werden.

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		kannte Rufnummer dann perspektivisch ihre strukturelle Grundlage verliert. Bei der Ausgestaltung der Krisenrufnummer sollten bestehende oder bereits geplante Beratungs- und Notfallstrukturen frühzeitig mitgedacht werden. Gerade im Pflegebereich werden derzeit ebenfalls neue Beratungsstrukturen diskutiert (siehe Pflegenottelefon PNOG). Um die Hilfesysteme für Betroffene möglichst übersichtlich zu gestalten, sollten unnötige Parallelstrukturen vermieden und vorhandene Angebote sinnvoll miteinander verzahnt werden. Auch reicht es nicht, lediglich weitere Konzepte zu entwickeln und mittels einer Machbarkeitsstudie abzusichern. Die positiven Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie sind auch umzusetzen.	
§ 4 Nr. 2 – Handlungs-konzepte zur Restriktion von Suizidmethoden und -mitteln	Restriktion von Suizidmethoden und -mitteln	Wird begrüßt, da es sich um eines der wirksamsten Mittel zur Senkung der Suizidrate (bauliche Maßnahmen an Brücken/Bahntrassen, Schusswaffenrestriktion, Brechmittelzusätze bei Medikamenten/Haushaltsgiften) erwiesen hat. Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass solche Maßnahmen weder der Suizidalität an sich noch der dahinterstehenden Not und Verzweiflung Abhilfe schaffen. Umfassende niedrigschwellige psychosoziale	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		ale Hilfen für suizidgefährdete Menschen sind als präventive Maßnahme flankierend zwingend erforderlich. Diese sind flächendeckend auszubauen. Zusätzlich sind Maßnahmen der Primärprävention umzusetzen.	
§ 4 Nr. 3 – Zielgruppen-spezifische Informa-tion/Aufklä-rung, zentrale Website		Wird begrüßt. Ein wesentliches Anliegen der Suizid-prävention ist es, die Themen Suizidalität und Suizid, aber auch psychische Gesundheit und Krankheit in die Mitte der Gesellschaft zu holen und unvoreinge-nommen zu besprechen, dies auch im Rahmen öffent-licher Diskurse. Tabuisierung und Stigmatisierung trägt maßgeblich dazu bei, dass sich Menschen in psychischen und suizidalen Krisen nicht an andere Menschen wenden bzw. professionelle Hilfsangebote nutzen. Dabei ist es ebenso wichtig festzuhalten, dass nicht jede psychisch erkrankte Person suizidal ist und auch nicht jede suizidale Person psychisch erkrankt. Insofern sind nuancierte, öffentliche Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen unbedingt erfor-derlich. Eine enge Verzahnung der bundesweiten Maßnahmen mit regionalen Aktivitäten und Veranstaltungen vor Ort ist dabei sinnvoll, um gesellschaftliche Debatten in unterschiedlichen Lebenswelten anzustoßen, die sich auch mit Fragen eines guten und gelingenden Lebens in unserer Gesellschaft auseinandersetzen.	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		Die Selbsthilfeorganisationen sind hier mit ihren Gruppen regionale Anlaufstellen, die durch langjährige Erfahrung in der Beratung und fundiert geschulten Ehrenamtlichen einen wichtigen Beitrag leisten können. Wichtig ist in diesem Kontext auch eine themensensible mediale Berichterstattung. Darüber hinaus sind der Einbezug der Selbsthilfe und Menschen mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen, sowie der Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie weitere Investitionen in die öffentliche Bewusstseinsbildung zu Sterben, Tod und Trauer wichtige Bausteine umfassender Suizidprävention. Die darauf gerichteten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit müssen unbedingt zielgruppenspezifisch und niedrigschwellig ausgestaltet sein.	
§ 4 Nr. 4 – Digitales Verzeichnis von Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten		Wird begrüßt. Das digitale Verzeichnis sollte nicht nur bundesweite und überregionale Angebote erfassen, sondern auch regionale und lokale Angebote abbilden. Gerade in Krisensituationen ist entscheidend, welche konkrete Hilfe vor Ort erreichbar ist.	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
§ 4 Nr. 5/6 – Vernetzung der Akteure / fachliche Be- ratung der Länder		Wird begrüßt. Zur Erreichung des Ziels ist die Einbe- ziehung der Länder in die Arbeit des Fachbeirats sinnvoll.	
§ 4 Nr. 7 – Qualitätskrite- rien und - standards		Wird begrüßt. Die Qualitätskriterien sollten verbind- lich mit Ländern, Kommunen, Freier Wohlfahrtspflege, Selbsthilfe, Betroffenen- und Angehörigenvertretun- gen sowie einschlägigen Fachstrukturen entwickelt werden.	
§ 4 Nr. 8 – Rahmenemp- fehlungen für Fort- und Wei- terbildung		Wird begrüßt. Die Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildung sollten ausdrücklich Pflegekräfte, Mitarbeitende der Eingliederungshilfe, Sozialarbeit, Jugendhilfe, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Hospiz- und Palliativversorgung sowie niedrigschwel- lige Beratungsstellen einbeziehen. Diese Berufsgruppen sind häufig Gatekeeper, werden im Gesetzestext aber nicht hinreichend sichtbar.	
§ 4 Nr. 9 – Forschungs- förderung		Wird begrüßt. Die Ursachen der Suizidalität sowie von Suizidversuchen und Suiziden sind komplex. Um sie in ihrer Entstehung besser zu verstehen und systema- tisch zu lernen, wie der Umgang damit besser gelin-	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
		gen kann, bedarf es gut ausgebauter und langfristig finanzierter Forschung. Auch hier erscheint angesichts des hinterlegten Budgets eine Nachbesserung erforderlich.	
§ 4 Nr. 10 – Bedarfs- /Machbar- keitsanalyse Surveillance, einheitliche Todesbeschei- nigung		Wird begrüßt. Auch in dieser Hinsicht ist der Ausbau der Forschung zu den Themen Suizid und Suizidprävention wichtig, um regelmäßige und fundierte empirische Daten zu Suiziden und assistierten Suiziden in Deutschland zu haben. Diese sind die Grundlage, um Präventionsangebote passgenau weiterzuentwickeln und andererseits, um auf Entwicklungen beim assistierten Suizid reagieren zu können.	
§ 6 – Ge- schäftsord- nung des Fachbeirats	Geschäftsordnung des Fachbeirats	§ 6 sollte um Beteiligungs- und Transparenzanforderungen ergänzt werden. Sinnvoll wären Regelungen zu Minderheitenvoten, Beteiligung von Betroffenenvertretungen, Barrierefreiheit der Sitzungen und Veröffentlichung zentraler Empfehlungen.	
§ 7/8 – Über- tragung von Aufgaben auf bzw. Unter- stützung durch eine		Die Möglichkeit, Aufgaben der Bundesfachstelle auf Behörden im Geschäftsbereich des BMG zu übertragen, ist verwaltungspraktisch nachvollziehbar. Dabei muss aber sichergestellt werden, dass fachliche Unabhängigkeit, Transparenz und Beteiligung des Fachbeirats erhalten bleiben.	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
Bundesbe- hörde			
§ 10 Evaluie- rung	Evaluierung: frühere Zwischenbe- richte vorsehen Evaluierung erweitern	§ 10 sieht eine Evaluation bis zum 31. Dezember 2038 vor, in welchem Umfang die Erfüllung der Auf- gaben der Bundesfachstelle dauerhaft fortzusetzen sind. Dies erscheint bei einem versorgungsrelevanten Gesetz mit erheblichen regionalen Umsetzungsunter- schieden zu spät. Es sollten deshalb verbindliche Zwi- schenberichte nach drei und sechs Jahren vorgese- hen werden. Es ist auch zu überlegen, ob bei der Erfolgskontrolle zwischen einer regelmäßigen Berichterstattung und wissenschaftlichen Evaluationen unterschieden wer- den sollte, besonders auch mit Blick auf die Ressour- cen und Kosten-Nutzen. Dann wären kurze Tätigkeits- und Sachstandsberichte vorlegen, eine wissenschaftli- che Zwischenevaluation etwa zur Halbzeit der Laufzeit und eine umfassende wissenschaftliche Abschluss- evaluation zum Ende der Laufzeit. Dies würde eine kontinuierliche und fundierte Bewertung der Zielerrei- chung, der Wirksamkeit und des Weiterentwicklungs- bedarfs ermöglichen.	Die Evaluation sollte nicht allein die Entwick- lung der Suizidzahlen betrachten, sondern insbesondere auch: • regionale Verfügbarkeit der Krisen- dienste, • Erreichbarkeit rund um die Uhr, • Warte- und Reaktionszeiten, • Barrierefreiheit und Mehrsprachig- keit, • Nutzung durch besonders vulnerable Gruppen, • Anschlussversorgung nach Suizidver- suchen, • Einbindung bestehender Hilfestruk- turen, • Beteiligung von Betroffenen, Angehö- rigen, Selbsthilfe und Freier Wohl- fahrtpflege.
§2 Abs. 3	Begriffsbestimmungen Akteure in der Suizidprävention	In §2 Abs. (3) wird in der Begriffsbestimmung eine nicht sachgerechte Verknüpfung gemacht: Mit der Formulierung „weitere Akteure“ werden suizidale	

Regelungs- punkt/Para- graph	Inhalt	Stellungnahme	Änderungsvorschlag
	Einbeziehung Selbsthilfe	Menschen in der Schlussfolgerung, als Akteur bezeichnet. Auch bleibt unklar, ob die Formulierung „Verbände von Betroffenen und Verbände von Angehörigen von Betroffenen“ unter 3. auch breiter gefasst gedeutet werden kann und Verbände, in denen von Suizid betroffene Menschen Mitglieder sind oder sich engagieren, eingeschlossen sind. Hier sollte eine rechtssichere und transparente Formulierung getroffen werden. Zudem halten wir es auch hier für unerlässlich, dass die Selbsthilfe an dieser Stelle ausdrücklich genannt wird.	

Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Anschlussversorgung absichern

Der Entwurf stärkt den Zugang zu Krisenhilfe, löst das Problem der Anschlussversorgung jedoch nur teilweise. Menschen, die in einer akuten Krise erreicht oder nach einem Suizidversuch medizinisch versorgt werden, benötigen zeitnah weiterführende Unterstützung.

Die Vermittlung in weiterführende Angebote sollte deshalb durch verbindliche Kooperations- und Anschlussprozesse abgesichert werden. Dies gilt insbesondere für ländliche Räume, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie für Menschen mit komplexen psychosozialen Problemlagen.

Die grundsätzlichen Engpässe der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung können durch dieses Gesetz allein nicht behoben werden. Sie dürfen bei der Ausgestaltung der Hilfeketten jedoch nicht ausgeblendet werden.

Pflege, Eingliederungshilfe, Alter und soziale Belastungslagen stärker im Gesetzentwurf verankern

Der Entwurf benennt besonders vulnerable Gruppen, bleibt dabei jedoch allgemein. Aus Paritätischer Perspektive sollten die Lebens- und Versorgungslagen von Menschen in stationärer und ambulanter Pflege, in der Eingliederungshilfe sowie von hochbetagten und multimorbiden Menschen deutlicher berücksichtigt werden.

Dies gilt ebenso für Menschen, die von Einsamkeit, Armut, Wohnungslosigkeit, Suchterkrankungen, Migrationserfahrungen, familiären Krisen oder anderen komplexen psychosozialen Belastungslagen betroffen sind.

Suizidprävention darf nicht primär medizinisch gedacht werden. Sie muss soziale Teilhabe, Pflege, Eingliederungshilfe, Beratung, Gemeinwesenarbeit, Schuldnerberatung, Suchthilfe, Angehörigenarbeit sowie Hospiz- und Palliativversorgung einbeziehen.

Hospiz- und Palliativversorgung deutlicher einbeziehen und palliative Entscheidungskompetenz berücksichtigen

Suizidprävention bedeutet auch, Menschen in schwerer Krankheit, Pflegebedürftigkeit und am Lebensende erreichbare und tragfähige Alternativen aufzuzeigen. Dazu gehören eine gute Schmerz- und Symptomkontrolle, Hospiz- und Palliativversorgung, Vorsorgeplanung, psychosoziale Begleitung sowie Beratung zu Versorgungsmöglichkeiten am Lebensende.

In einer älter werdenden Gesellschaft gewinnt palliative Entscheidungskompetenz an immer größer werdender Bedeutung und ist daher auch im Kontext der Suizidprävention eine wich-

tige Komponente. Das Wissen um die Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Rahmen der hospizlich-palliativen Versorgung kann Menschen dabei helfen, Wege im Umgang mit suizidalen Gedanken und Todeswünschen sowie Alternativen zu einem Suizid z. B. bei einer terminalen Erkrankung zu kennen und zu nutzen. Zur Verbesserung der palliativen Entscheidungskompetenz sind allen Menschen die Möglichkeiten einer Beratung zu Fragen der Versorgung am Lebensende barrierefrei zur Verfügung zu stellen, zu jeder Zeit und in allen Lebensphasen.

Die Verzahnung mit der Hospiz- und Palliativversorgung sollte deshalb im Gesetz deutlicher sichtbar werden. Dies gilt insbesondere für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, in der ambulanten Versorgung sowie für hochbetagte und multimorbide Personen.

Suizidprävention als Gesundheitsziel im SGB V ergänzen

Im aktuellen Entwurf ist die ausdrückliche Aufnahme der Vermeidung von Suizidversuchen und Suiziden als Präventions- bzw. Gesundheitsziel im SGB V nicht vorgesehen. Eine solche gesetzliche Erweiterung wäre aus unserer Sicht ausdrücklich zu begrüßen und sollte dementsprechend in allen darauf bezugnehmenden Rahmenwerken zur Leistungsgestaltung und Förderung (z. B. Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) Berücksichtigung finden. Zudem wäre es sinnvoll, auch die Früherkennung von Suizidalität im Gesundheitsziel 6 mitaufzunehmen.

Rechtsanspruch auf palliatives Case Management mit Lotsenfunktion zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einführen

Um allen schwerkranken und sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen bei der Organisation der notwendigen Hilfen unterstützen zu können und eine fallspezifische Versorgung zu gewährleisten, bedarf es der Einführung eines palliativen Case Managements. Menschen, die an einer schwerwiegenden chronischen und/ oder terminalen Erkrankung leiden, sollte ein Gespräch mit einer*einem palliativen Case Manager*in angeboten werden. Diese*r Case Manager*in informiert und berät über die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung und hilft beim Navigieren der Einzelleistungsbereiche in unserem zergliederten Versorgungssystem. Dadurch wird auch eine Lotsenfunktion bei der Beantragung und Koordination notwendiger gesundheitlicher, pflegerischer, psychologischer, sozialer, spiritueller und sonstiger Unterstützungsangebote gewährleistet.

Die Leistung soll von dem/ der behandelnden Ärzt*in verordnet werden und kann von verschiedenen, entsprechend qualifizierten Berufsgruppen (Pflegefachkräften, Sozialpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) durchgeführt werden. Das palliative Case Management kann bei verschiedenen Leistungserbringern in der Regel- und Spezialversorgung verankert sein. Es soll flächendeckend verfügbar und möglichst niedrigschwellig und zugehend angelegt sein.

Aus unserer Sicht ist der Anspruch von Versicherten auf ein sektorenübergreifendes Case-Management zur Sicherung einer individuellen und bedarfsgerechten Versorgung als Leistung im SGB V gesetzlich zu verankern. Wir schlagen vor, dazu einen neuen § 39f SGB V oder § 37d SGB V zu statuieren. Für eine einheitliche Durchführung der Leistung sowie zur Qualifikation der Case Manager*innen sind entsprechende Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Hospiz- und Palliativversorgung zu vereinbaren.

Psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) integrieren

Schwerkranke und sterbende Menschen leiden nicht nur körperlich. Sie und ihre An- und Zugehörigen müssen sich auch mit den psychischen, sozialen, seelischen und finanziellen Auswirkungen ihrer Krankheit auseinandersetzen und diese bewältigen. All diesen Dimensionen muss mit einer umfassenden und der menschlichen Komplexität gerecht werdenden Schmerzbehandlung auch in der SAPV entsprochen werden. Dazu ist neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen die Verankerung der psychosozialen Leistungen im Rahmen des § 132d SGB V notwendig. Psychosoziale Leistungen, die bereits auf Palliativstationen und in stationären Hospizen regulärer Teil der palliativen Behandlung sind, müssen auch im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regelhaft erbracht und psychosoziale Fachkräfte fest in das Behandlungsteam integriert werden. Aus unserer Sicht ist daher eine Ergänzung der psychosozialen Leistungen in § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V erforderlich. Hierzu schlagen wir folgende Formulierung vor:

“Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, pflegerische und psychosoziale Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; (...)”

Berlin, den 23. Juli 2026

gez. Dr. Joachim Rock

Hauptgeschäftsführer

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.

Kontakt: gesundheit@paritaet.org