

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention
im Bearbeitungsstand vom 25.06.2026 (12:08 Uhr)

Als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP), der psychologischen und pädagogischen Psychotherapeut:innen und anderer auf dem Gebiet tätiger Wissenschaftler:innen und Professionen begrüßen wir sehr, dass die nationale Suizidprävention gestärkt werden soll. Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Suizidenten und da ein wesentlicher Teil psychischer Erkrankungen bereits in jungen Jahren auftritt – die Hälfte aller psychischen Erkrankungen beginnt bereits vor dem 15. Lebensjahr und 75 Prozent bis zum Alter von 25 Jahren – sieht sich die KJPP bei Erkennung, Behandlung und Prävention von Suizidalität in jungen Jahren in einer besonderen Verantwortung.

Der Referentenentwurf wird prinzipiell von uns begrüßt und ein entsprechendes Gesetz war von uns lange eine Forderung im Verbund mit anderen Fachgesellschaften. Als generelle Anmerkung sei vorangeschickt, dass wir eine explizite Erwähnung Spezifität von Suizidalität hinsichtlich Gründen, Prävention etc. bezogen auf die verschiedenen Lebensphasen günstig gefunden hätten. Auch ist es bedauerlich, dass das Gesetz nicht internationale Erkenntnisse aufnimmt, wie durch Infrastrukturmaßnahmen Suizide verhindert werden können.

Das Statistische Bundesamt verzeichnete im Jahr 2024 bei den unter 15-Jährigen insgesamt 28 Suizide, darunter 7 männlich und 21 weiblich. Bei den 15- bis unter 20-Jährigen starben insgesamt 188 Jugendliche durch Suizid, darunter 136 männlich und 52 weiblich. In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 25 Jahren ist Suizid die häufigste Todesursache. Jeder dieser Fälle ist einer zu viel, und jeder hinterlässt Schmerz und großes Leid im familiären wie im sozialen Umfeld.

In Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist akute Suizidalität der bei Weitem häufigste Grund für Notfallvorstellungen und -aufnahmen. Dabei steigen die Notaufnahmehzahlen in den meisten Kliniken seit Jahren an. Generell ist bekannt, dass bestimmte Faktoren wie z.B. das Erleben negativer Kindheitserlebnisse und psychische Erkrankungen inkl. Suchterkrankungen das Risiko für Suizidgedanken und -versuche gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhöhen. Auch wenn die Zahl vollendeter Suizide in der

Altersgruppe der unter 25jährigen in Deutschland erfreulicherweise vergleichsweise niedrig ist, ist die Anzahl der Versuche im Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter häufiger als in anderen Lebensphasen. Dabei ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

Die zunehmenden Notfallvorstellungen in Kliniken der KJPP aufgrund suizidaler Gedanken oder Absichten sind auch dadurch bedingt, dass präventive Maßnahmen zu wenig verfügbar sind, und dies insbesondere für Gruppen mit einem besonders hohen Risiko (vgl. weiter oben).

Wir teilen das Ziel des Referentenentwurfs, dass Menschen in psychosozialen Krisen einen **einfachen, schnellen und niederschweligen Zugang zu ersten Hilfsangeboten** brauchen. Daher **begrüßen wir die geplante einheitliche Rufnummer** für eine erste Telefonberatung, wo bei Bedarf in weitere regionale Hilfsangebote vermittelt wird. Dies wurde von uns bereits länger gefordert.

Zudem müssen online-Angebote ausgebaut werden, die die **Kommunikationsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen** berücksichtigen. Sollte die erste Kontaktaufnahme die Notwendigkeit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfen ergeben, sollten **altersgerechte Angebote umgehend verfügbar** sein.

Entscheidend wird auch sein, dass Präventionsangebote einmal universell gestaltet und hinsichtlich ihrer Evidenz evaluiert werden. Zum anderen braucht es aber gerade im Jugendalter auch **indizierte Prävention** für bestimmte Gruppen. Das Suizidpräventionsgesetz böte die Möglichkeit, die **Terminologie zur Prävention im SGB V** auf einen neueren Stand zu bringen und auch „Online-Welten“ als Präventionsraum ebenso wie Lebenswelten (vgl. § 20a Abs. 1 SGB V) zu adressieren.

Darüber hinaus müssen **Hürden bei der Inanspruchnahme jugendpsychiatrischer Hilfen abgebaut werden**. Angst vor **Stigmatisierung, mangelndes Problembewusstsein** und **strukturelle Barrieren** führen dazu, dass psychiatrische Hilfen von Jugendlichen trotz der hohen Prävalenz psychiatrischer Störungen im Jugendalter nur selten und wenn ja, oft verzögert in Anspruch genommen werden. Eine weitere Hürde kann das Geschlecht sein, da männliche Jugendliche seltener Hilfe suchen und auch bei Suizidalität weniger häufig kommunizieren.

Bei der Mehrzahl der adoleszenten Suizidenten verläuft die erste Suizidhandlung tödlich. Das bedeutet, dass **Hilfskonzepte nicht mit einem Suizidversuch als Warnsignal rechnen dürfen** und Präventionsmaßnahmen, die an einen Suizidversuch anknüpfen, für viele Betroffene zu spät kommen. Ein signifikanter Anteil jugendlicher Suizidenten hatten vor ihrer Suizidhandlung keinen Kontakt zu Hilfsangeboten der KJPP.

Eine zentrale Frage bei der **Weiterentwicklung von Präventionsangeboten** ist also, **wie gerade diese Kinder und Jugendliche erreicht werden können, die trotz schwerster psychischer Krisen den Weg zur Unterstützung eben nicht finden.**

In **§ 64f SGB V des Referentenentwurfs** sind **Modellvorhaben** zu Maßnahmen der Suizidprävention vorgesehen, wobei in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben durchzuführen ist. Aus Sicht der KJPP muss es dabei **dringend speziell auf die Lebenswirklichkeiten und Bedarfe von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Modellvorhaben in Bezug auf Suizidprävention** geben, die insbesondere der Frage nachgehen, wie suizidale Kinder und Jugendliche erreicht werden können. Ohne eine explizite Nennung einer Quote o.ä. bezogen auf Jugendliche sehen wir die Gefahr, dass es keine Modellprojekte spezifisch für diese Altersgruppe geben wird. Wir verweisen an dieser Stelle auf die ähnlich gelagerte Problematik im Rahmen des **§ 64b SGB V**. Zudem zeigt die Formulierung in § 64f Abs. 2 SGB V RefE “[...] unter Nutzung der bestehenden Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung, der Angebote des ÖGD wie auch der sozialpsychiatrischen Dienste“, dass eben nicht explizit an Jugendliche gedacht wird; hier wäre zumindest die Nennung der Kinder- und Jugendhilfe, auch wenn sie einen anderen Rechtskreis darstellt, sinnvoll.

Wesentliches Vorhaben des vorliegenden Referentenentwurfs ist die **Einrichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention (§ 3 RefE)**. Zu ihren Aufgaben sollen Rahmenempfehlungen für **Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention** für Angehörige von Berufen, die regelmäßig mit Suizid konfrontiert sind, gehören (**§ 4 Abs. 1 Nr. 8 RefE**). Diese **Rahmenempfehlungen** müssen die **besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mitdenken**, so dass das Wissen hierüber in der Praxis kontinuierlich gelehrt, erweitert und vertieft wird.

Ebenso muss die **Expertise zu den Bedarfen von Kindern- und Jugendlichen** in die laufende Arbeit der Bundesfachstelle einfließen. Insofern **begrüßen wir die Einrichtung eines Fachbeirats** bei der Bundesfachstelle, die aus unserer Sicht **verbindlich festgeschrieben werden muss**. Hinsichtlich der **Mitglieder des Fachbeirates** halten wir es für unabdingbar, dass zu den Vertreter:innen von Einrichtungen und Verbänden, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention befassen (**§ 5 Abs.3 Nr.2 RefE**) **mindestens ein:e Expert:in aus dem Bereich der KJPP** gehört.

Literatur:

Becker, K., Kasperzack, D. (2026). Suizidales Verhalten im Jugendalter: Besser verstehen, besser vorsorgen. Editorial Themenheft: Suizidalität. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 54(2):65–68. doi:10.1024/1422-4917/a001070

Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, Coghill D, Schulze UME, Dittmann RW, Buitelaar JK, Castro-Fornieles J, Lieveley K, Santosh P, Arango C; STOP Consortium. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Jun;29(6):759-776. doi:10.1007/s00787-018-01270-9. Epub 2019 Jan 25. PMID: 30684089; PMCID: PMC7305074.

Cavelti M, Kaess M. Adolescent suicide: an individual disaster, but a systemic failure. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 Jul;30(7):987-990. doi:10.1007/s00787-021-01834-2. PMID: 34196818; PMCID: PMC8295147.

Kasperzack, D., König, U., Becker, K. (2026). Die Entwicklung der Suizidzahlen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland von 2005 bis 2023 – Geschlechts- und altersspezifische Trends. Originalarbeit Themenheft Suizidalität. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 54(2):90–99. doi:10.1024/1422-4917/a001067

Radeloff, D. (2026). Suizide im Jugendalter: vorausgehende Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen und Chancen digitaler Präventionsangebote. Übersichtsarbeit Themenheft Suizidalität. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 54(2):111–119. doi:10.1024/1422-4917/a001055

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025). Todesursachen in Deutschland 2024 – Statistischer Bericht (EVAS-Nummer 23211) veröffentlicht am 29.10.2025 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/statistischer-bericht-todesursachen-2120400247005.html?templateQueryString=bereich>

Berlin, 29. Juli 2026

Prof. Dr. Michael Kölch
Präsident DGKJP

Kontakt

DGKJP Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27B
10117 Berlin
E geschaeftsstelle@dgkjp.de