

# **Gesetzentwurf**

## **der Bundesregierung**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention**

#### **A. Problem und Ziel**

Suizide und Suizidversuche verursachen erhebliches Leid. Menschen mit Suizidgedanken durchleben zumeist eine langanhaltende Phase des Leidens, aber auch Familie und Freundinnen und Freunde sind direkt mitbetroffen. Suizidalität ist ein gesamtgesellschaftliches Problem. Jährlich sind in Deutschland mehr als 9 000 Suizide zu beklagen, in den Jahren 2022 und 2023 waren es sogar mehr als 10 000 Suizide, jeweils zuzüglich einer statistisch nicht erfassten Dunkelziffer. Inwieweit nationale und internationale Krisen und der damit verbundene Anstieg an psychischen Belastungen in der Bevölkerung einen Einfluss auf die Entwicklung der Suizidraten haben, bleibt abzuwarten. Noch häufiger als vollendete Suizide sind Suizidversuche – Schätzungen gehen von mindestens 100 000 Suizidversuchen pro Jahr aus. Jeder einzelne Suizid betrifft weitere Menschen. Kinder, Eltern, Verwandte, (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner sowie weitere An- und Zugehörige der verstorbenen Person erleben durch den Suizid eine zutiefst schmerzhafteste Erfahrung.

Die Vielzahl von Initiativen, Hilfsangeboten und Programmen zur Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in sonstigen kritischen Lebenslagen und speziell auch zur Suizidprävention haben dazu beigetragen, die Suizidrate seit den 1980er Jahren zu halbieren. Auch dieser Erfolg zeigt, dass es einer differenzierten Identifikation relevanter Zielgruppen bedarf, um diesen Trend fortzusetzen beziehungsweise zu verstärken und die Suizidrate weiter zu senken. Die Entwicklung der Suizidzahlen der letzten Jahre zeigt jedoch keine nennenswerte Reduktion mehr und zuletzt in den Jahren 2022 und 2023 sogar einen erneuten Anstieg. Es bedarf eines zielgenaueren Ausbaus bestehender Hilfsstrukturen und einer Verbesserung der Vernetzung und Koordination vorhandener Hilfsangebote.

Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern und zu verbessern. Auch müssen das Stigma und die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie und Suchtkrankheiten, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen, weiter bekämpft werden. Diese Erkrankungen können alle treffen, sind jedoch in aller Regel einer effektiven medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung zugänglich. Nur wenn diese Erkrankungen in der Gesellschaft dementsprechend wahrgenommen werden, werden sich Betroffene, die ansonsten den Suizid als einzigen Ausweg aus ihrer Not und Verzweiflung sehen, nicht scheuen, frühzeitig Hilfe zu suchen. Dazu gehört, dass Hilfebedürftige wie auch Angehörige und professionell Helfende besser über die spezifischen Hilfsangebote und Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung informiert sind. Nur so können in Krisensituationen schnell passende Hilfs- und Unterstützungsangebote vermittelt werden.

#### **B. Lösung**

Mit dem Entwurf eines Suizidpräventionsgesetzes (SuizidPrävG-E) werden verschiedene Impulse zur Stärkung der Suizidprävention aufgegriffen und die Anstrengungen des Bundes zur Unterstützung von Menschen in Krisensituationen und zur Suizidprävention fortgesetzt. Der Deutsche Bundestag sprach sich in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 im Kontext der Diskussion um mögliche Regelungen zur Sterbehilfe zuvorderst für eine weitere Stärkung der

Suizidprävention aus und nahm hierzu die EntschlieÙung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630) mit den Stimmen nahezu aller seiner Mitglieder an. Mit dem Gesetzentwurf wird den Forderungen aus dem Deutschen Bundestag Rechnung getragen.

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung zu stärken und zu verbessern. Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen sollen möglichst verhindert werden. Dazu sind Betroffene frühzeitig und umfassend zu unterstützen, einem suizidalen Verlangen ist vorzubeugen und das Thema Suizid und Suizidalität ist zu enttabuisieren. Mit dem SuizidPrävG-E kann der Bund insbesondere dazu beitragen, dass das gesellschaftliche Bewusstsein für Suizid und seine Vermeidbarkeit wächst. Als Grundstein für die effektive Weiterentwicklung der Suizidprävention beinhaltet der Gesetzentwurf die Etablierung einer nachhaltigen und effektiven Begleitung und eines untereinander Bekanntmachens aller Akteure und Maßnahmen der Suizidprävention umfasst. Auf dieser Grundlage soll die Suizidprävention weiterentwickelt werden.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

### **D.1 Bund, Länder und Gemeinden**

Insgesamt entstehen dem Bund infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von geschätzt 3 675 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von geschätzt 1 501 000 Euro.

Die jährlichen Mehrausgaben des Bundes fallen sukzessive ab dem Jahr 2026 und vollständig ab dem Jahr 2027 an.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro für die Bundesfachstelle fallen ab dem Jahr 2026 sukzessive und bis zum Jahr 2028 vollständig an. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro fallen sukzessive ab dem Jahr 2032 an, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverständigen beginnen. Die Kosten fallen vollständig bis zum Jahr 2034 an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Der Mehrbedarf des Bundes an Sach- und Personalmitteln soll im Einzelplan 15 gegenfinanziert werden.

Über die Kosten des Bundes hinaus entstehen den Ländern und Gemeinden mit diesem Gesetzentwurf keine Kosten.

### **D.2 Gesetzliche Krankenversicherung**

Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstehen infolge des Gesetzentwurfes einmalige Mehrkosten in Höhe von geschätzt 4 160 000 Euro.

Diese einmaligen Mehrkosten verteilen sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf vereinbart oder durchgeführt werden.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Für die Bürgerinnen und Bürger ändert sich der Erfüllungsaufwand infolge des Gesetzentwurfes insgesamt nicht.

### **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Für die Wirtschaft ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand nicht. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt 960 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand betrifft ausschließlich die privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV).

Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

#### **Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten**

Keine. Die gesetzlichen Änderungen wirken sich nicht auf die Bürokratiekosten aus Informationspflichten aus.

### **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung betrifft vorliegend die Verwaltungen des Bundes sowie die GKV. Für die Verwaltung des Bundes erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand um 3 675 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt 5 661 000 Euro. Davon entfallen 1 501 000 Euro auf den Bund und 4 160 000 Euro auf die GKV.

Der jährliche Erfüllungsaufwand des Bundes fällt sukzessive im Jahr 2026 und vollständig ab dem Jahr 2027 an.

Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro für die Bundesfachstelle fällt ab dem Jahr 2026 sukzessive und bis zum Jahr 2028 vollständig an. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro fällt im Jahr 2025 an. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro fällt sukzessive ab dem Jahr 2032 an, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverständigen beginnen und fällt bis zum Jahr 2034, wenn die Evaluation abgeschlossen ist, vollständig an.

Der Mehrbedarf des Bundes an Sach- und Personalmitteln soll im Einzelplan 15 gegenfinanziert werden.

Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV verteilt sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf vereinbart oder durchgeführt werden.

Über den Erfüllungsaufwand des Bundes hinaus entsteht den Ländern und Gemeinden mit diesem Gesetzentwurf kein Erfüllungsaufwand.

## **F. Weitere Kosten**

Keine.

# **Gesetzentwurf der Bundesregierung**

## **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention**

### **Vom ...**

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

#### **Inhaltsübersicht**

- Artikel 1 Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidpräventionsgesetz – SuizidPrävG)
- Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3 Inkrafttreten

## **Artikel 1**

### **Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidpräventionsgesetz – SuizidPrävG)**

#### **Inhaltsübersicht**

- § 1 Ziel des Gesetzes
- § 2 Begriffsbestimmungen
- § 3 Vorgehen bei Kenntnis der Angehörigen bestimmter Berufsgruppen von der Gefahr eines Suizids
- § 4 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention
- § 5 Aufgaben
- § 6 Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle; Aufgaben
- § 7 Mitgliedschaft im Fachbeirat
- § 8 Vorsitz und Vertretung des Vorsitzes des Fachbeirats
- § 9 Sitzungen des Fachbeirats
- § 10 Sachverständige; Gutachten
- § 11 Geschäftsordnung des Fachbeirats
- § 12 Übertragung von Aufgaben der Bundesfachstelle auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit
- § 13 Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit
- § 14 Berichtspflicht
- § 15 Evaluierung

## **Ziel des Gesetzes**

Ziel dieses Gesetzes ist, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden (Suizidprävention) von Menschen aller Altersgruppen zu stärken und zu verbessern. Teil der Suizidprävention ist es, diese Personen frühzeitig und umfassend zu unterstützen, einem suizidalen Verlangen vorzubeugen und die Themen Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren

## **Begriffsbestimmungen**

(1) Betroffene im Sinne dieses Gesetzes sind Menschen aller Altersgruppen, die suizidale Gedanken, Suizidideen oder -absichten haben, diese äußern oder einen Suizidversuch ankündigen, einen Suizidversuch beabsichtigen oder einen solchen vorgenommen haben.

(2) Unter Suizidalität im Sinne dieses Gesetzes sind alle Gedanken und Handlungen zu verstehen, bei denen es darum geht, den eigenen Tod anzustreben oder diesen als mögliches Ergebnis einer eigenen Handlung in Kauf zu nehmen. Dazu gehören suizidale Gedanken, Suizidideen und -absichten, Suizidankündigungen sowie Suizidhandlungen in Form von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden.

(3) Zu den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention im Sinne dieses Gesetzes zählen insbesondere:

1. Einrichtungen und Verbände zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention,
2. Einrichtungen und Verbände, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention befassen,
3. Verbände von Betroffenen und Verbände von Angehörigen von Betroffenen sowie
4. Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen oder sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen.

(4) Krisendienste im Sinne dieses Gesetzes sind Beratungsstellen der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, die sich an Menschen in akuten Krisen, in schwierigen Lebenslagen oder mit Sorgen oder Nöten richten und die Suizidprävention zum Ziel haben. Keine Krisendienste sind Polizeien und Rettungsdienste.

## **Vorgehen bei Kenntnis der Angehörigen bestimmter Berufsgruppen von der Gefahr eines Suizids**

Werden den folgenden Personen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit Tatsachen bekannt, die offensichtlich die Annahme begründen, dass die Gefahr eines Suizids besteht, so sollen sie die betreffende Person auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder, der Kommunen oder der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, soweit ihnen diese bekannt sind, hinweisen:

1. Ärztinnen oder Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Hebammen oder Entbindungspfleger, Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter oder Angehörige eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder das Führen der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, sowie deren berufsmäßige Gehilfen,
2. Berufspsychologinnen oder Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Eheberaterinnen oder Eheberater, Familienberaterinnen oder Familienberater, Erziehungsberaterinnen oder Erziehungsberater, Jugendberaterinnen oder Jugendberater oder Beraterinnen oder Berater für Suchtfragen in Beratungsstellen, die jeweils von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt sind,
4. Mitglieder oder Beauftragte einer in § 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes genannten Beratungsstelle oder einer nach § 9 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle,
5. staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter oder staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen oder Lehrerinnen oder Lehrer an allgemeinbildenden Schulen, Berufsfachschulen und Hochschulen, jeweils unabhängig von deren Trägerschaft.

Anderweitige Rechtsvorschriften zur Prävention von Suiziden bleiben unberührt.

#### § 4

### **Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention**

Im Bundesministerium für Gesundheit wird eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet.

#### § 5

### **Aufgaben**

Die Bundesfachstelle hat im Rahmen der hierfür verfügbaren Haushaltsmittel die Aufgabe, zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention zu konzipieren und umzusetzen, indem sie insbesondere

1. allgemeine und zielgruppenspezifische Informationen zum Thema Suizidprävention entwickelt und veröffentlicht,
2. die bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention untereinander bekannt macht,
3. die Zusammenarbeit der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention begleitet,
4. die Länder und die weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der Weiterentwicklung ihrer Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote einschließlich der Ausweitung auf weitere Zielgruppen fachlich berät,

5. ein digitales Verzeichnis der bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention aufbaut, dieses verbunden mit allgemeinen und zielgruppenspezifischen Informationen zur Suizidprävention barrierefrei in leichter Sprache und interaktiver Form im Internet veröffentlicht und dieses Verzeichnis und diese Informationen fortlaufend auf Grundlage aktueller Erkenntnisse und Daten aktualisiert,
6. den Ländern und den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention, insbesondere den Krisendiensten der Länder, zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention fachliche Informationen bereit stellt und dazu Qualitätskriterien und -standards für diese Maßnahmen zur Unterstützung der Praxis in Form von Arbeitshilfen entwickelt, diese Arbeitshilfen barrierefrei in leichter Sprache im Internet veröffentlicht und sie fortlaufend auf Grundlage aktueller Erkenntnisse und Daten aktualisiert,
7. ein Konzept zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln erstellt und den hierfür zuständigen Behörden und Stellen der Länder dabei die Möglichkeit gibt, sich an der Erstellung des Konzepts zu beteiligen,
8. ein Konzept
  - a) zum Aufbau und Betrieb einer barrierefreien, zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer 113 für Betroffene und Personen in Krisensituationen, sowie für Angehörige, nahestehende Personen, Hinterbliebene und professionelle Bezugspersonen von Betroffenen, die die Möglichkeit der unmittelbaren technischen Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste bietet, bis zum 30. Juni 2026 entwickelt und den hierfür zuständigen Behörden und Stellen der Länder dabei die Möglichkeit gibt, sich an der Entwicklung dieses Konzepts zu beteiligen,
  - b) zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender telefonischer und Online-Beratungsangebote zum Umgang mit Suizidalität und zu Hilfsangeboten für Betroffene und Personen in Krisensituationen sowie für Angehörige, nahestehende Personen, Hinterbliebene und professionelle Bezugspersonen von Betroffenen und für Medienschaffende gemeinsam mit den Betreibern dieser Beratungsangebote entwickelt und den hierfür zuständigen Behörden und Stellen der Länder dabei die Möglichkeit gibt, sich an der Entwicklung dieses Konzepts zu beteiligen,
9. Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention für Angehörige der in § 3 genannten Berufsgruppen entwickelt, und deren Implementierung in die berufliche Praxis fördert,
10. zur kontinuierlichen Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid übernimmt und den Wissenstransfer in die Praxis fördert, um besonders gefährdete Gruppen genauer bestimmen zu können, um Wissensdefizite über die Entstehung von Suizidalität und bezüglich wirksamer Möglichkeiten der Prävention von Suizidalität fortlaufend zu bestimmen und zu beheben und wissenschaftlich fundiert suizidpräventive Angebote zu entwickeln oder weiterzuentwickeln und diese zu evaluieren,
11. zur Entwicklung und Umsetzung einer dauerhaften und qualitativ hochwertigen systematischen Beobachtung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung zu Suizidalität, einschließlich differenzierter Erhebungen und Identifikation von insbesondere Risikogruppen, Methoden, Mitteln und Schwerpunkttorten von Suiziden oder Suizidversuchen, bestehende Datenquellen im Rahmen einer Gesamtschau ausgewertet und dabei auch eine Empfehlung und ein Muster für eine bundeseinheitlich zu verwendende



Todesbescheinigung zur direkten Erfassung der Todesursache entwickelt, um neben dem Grundleiden auch Komorbiditäten zu erfassen, die zu einem Suizid geführt haben können, einschließlich der Angabe, ob es sich um einen assistierten Suizid handelt, und

12. auf Grundlage der Ergebnisse der in Nummer 11 genannten Auswertung eine Bedarfsanalyse für ein Suizidregister durchführt und bei einem in dieser Analyse festgestellten Bedarf ein Konzept für eine Suizidregisterstelle erarbeitet mit dem Ziel der dauerhaften Einführung einer geeigneten, qualitätsgesicherten und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbaren Beobachtung, Analyse und Interpretation von und Berichterstattung zu Suizidalität.

Die Bundesfachstelle berücksichtigt bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Empfehlungen für Maßnahmen zum Handlungsfeld 3, Tabelle 5 der Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung vom 2. Mai 2024, die auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit<sup>1)</sup> veröffentlicht ist. Die Bundesfachstelle kann für die Durchführung der in Satz 1 Nummer 11 genannten Aufgaben Dritte beauftragen oder fördern.

## § 6

### **Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle; Aufgaben**

(1) Die Bundesfachstelle wird bei der Erfüllung ihrer in § 5 Satz 1 genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat unter Berücksichtigung bestehender Strukturen der Suizidprävention unterstützt.

(2) Die Bundesfachstelle und der Fachbeirat stimmen sich im Hinblick auf die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben ab.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die administrativen Aufgaben des Fachbeirats; es kann diese Aufgaben auch auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit vollständig oder teilweise übertragen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat hierüber die Fachaufsicht.

(4) Die Einrichtung des Fachbeirats ist auf einen Zeitraum von insgesamt zehn Jahren ab dem Zeitpunkt der ersten konstituierenden Sitzung des Fachbeirats begrenzt.

## § 7

### **Mitgliedschaft im Fachbeirat**

(1) Der Fachbeirat besteht aus bis zu elf Mitgliedern. Die Mitglieder des Fachbeirats sind ehrenamtlich tätig. Das Bundesministerium für Gesundheit beruft die Mitglieder des Fachbeirats jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und im Benehmen mit den Ländern. Für die Ausübung der ehrenamtlichen Tätigkeit und die Verschwiegenheitspflicht der Mitglieder des Fachbeirats gelten die §§ 83 und 84 des Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.

(2) Als Mitglieder des Fachbeirats können berufen werden:

---

<sup>1)</sup> Amtlicher Hinweis: Die Internetadresse lautet: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430\\_Nationale\\_Suizidpraeventionsstrategie.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf)

1. Vertreterinnen oder Vertreter von Einrichtungen und Verbänden zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention,
2. Vertreterinnen oder Vertreter von Einrichtungen und Verbänden, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention befassen,
3. Vertreterinnen oder Vertreter von Verbänden von Betroffenen und Verbänden von Angehörigen von Betroffenen
4. Vertreterinnen oder Vertreter der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen oder sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen sowie
5. Vertreterinnen oder Vertreter von Polizeien und Rettungsdiensten.

(3) Die Mitgliedschaft im Fachbeirat ist an die Person gebunden. Sie beginnt, sofern die Person der Berufung zustimmt, zu dem im Berufungsschreiben angegebenen Zeitpunkt oder, wenn ein solcher nicht angegeben ist, mit der Bekanntgabe des Berufungsschreibens an den Adressaten.

(4) Die Mitgliedschaft im Fachbeirat endet mit dem Ende des jeweiligen in Absatz 1 Satz 3 genannten Zeitraums. Ein Mitglied des Fachbeirats kann schriftlich oder elektronisch mit einer Frist von einem Monat gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit die Beendigung seiner Mitgliedschaft im Fachbeirat erklären. Die Wiederberufung eines Mitglieds des Fachbeirats ist zulässig.

(5) Verletzt ein Mitglied des Fachbeirats seine Pflichten nach diesem Gesetz oder der Geschäftsordnung des Fachbeirats gröblich oder kommt es dauerhaft seinen Aufgaben nicht nach, kann es durch das Bundesministerium für Gesundheit abberufen werden.

(6) Scheidet ein Mitglied des Fachbeirats vorzeitig aus, so kann ein neues Mitglied für die verbleibende Dauer des jeweiligen in Absatz 1 Satz 3 genannten Zeitraums, für den das ausgeschiedene Mitglied des Fachbeirats berufen wurde, berufen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hört den Fachbeirat an, bevor es ein neues Mitglied beruft.

## § 8

### **Vorsitz und Vertretung des Vorsitzes des Fachbeirats**

(1) Die Mitglieder des Fachbeirats wählen aus ihrer Mitte ein Mitglied, das den Vorsitz übernimmt, und ein Mitglied, das die Vertretung des Vorsitzes übernimmt. § 92 Absatz 1 und 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes gilt entsprechend. Der Fachbeirat ist bei der Wahl der Mitglieder, die den Vorsitz oder die Vertretung des Vorsitzes übernehmen, beschlussfähig, wenn alle Mitglieder zur jeweiligen Sitzung geladen wurden und mindestens drei Viertel aller Mitglieder anwesend sind.

(2) Der Vorsitz endet spätestens mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds, das den Vorsitz übernommen hat. Dies gilt entsprechend für das Mitglied, das die Vertretung des Vorsitzes übernommen hat. Der Rücktritt von dem Vorsitz oder von der Vertretung des Vorsitzes ist zulässig.

§ 9

**Sitzungen des Fachbeirats**

(1) Die Beratungen des Fachbeirats sind nicht öffentlich.

(2) Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung oder von Behörden des Bundes sowie jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, der Jugend- und Familienministerkonferenz, der Bauministerkonferenz und der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder können beratend an den Sitzungen des Fachbeirats teilnehmen.

§ 10

**Sachverständige; Gutachten**

(1) Der Fachbeirat kann im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel beschließen zu einzelnen Fragestellungen Sachverständige hinzuziehen oder Gutachten, Expertisen oder Studien einzuholen, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

(2) Der in Absatz 1 genannte Beschluss ist schriftlich zu dokumentieren und zu begründen. Aus der Begründung müssen sich die den Beschluss tragenden Erwägungen sowie die fachliche Erforderlichkeit der Hinzuziehung oder Einholung ergeben. Der Beschluss bedarf der Zustimmung der Bundesfachstelle oder der Behörde, der die administrativen Aufgaben nach § 6 Absatz 3 übertragen wurden. Die Zustimmung ist zu versagen, wenn die notwendigen Haushaltsmittel nicht zur Verfügung stehen oder wenn Rechtsgründe entgegenstehen. Der Beschluss wird durch die Bundesfachstelle oder die Behörde, der die administrativen Aufgaben nach § 6 Absatz 3 übertragen wurden, durchgeführt.

(3) Für die Verschwiegenheitspflicht der Sachverständigen oder Verfasser von Gutachten, Expertisen und Studien gilt § 83 Absatz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes und § 84 des Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend. Die Bundesfachstelle oder die Behörde, der die administrativen Aufgaben nach § 6 Absatz 3 übertragen wurden, weist Sachverständige oder Verfasser von Gutachten, Expertisen und Studien vor Beginn ihrer Tätigkeit für den Fachbeirat in geeigneter Form hierauf hin.

§ 11

**Geschäftsordnung des Fachbeirats**

(1) Der Fachbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Geschäftsordnung und deren Änderungen bedürfen der Zustimmung der Bundesfachstelle.

(2) Die Geschäftsordnung regelt insbesondere das Nähere zur Einberufung, Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen des Fachbeirats und zur Beschlussfassung.

§ 12

**Übertragung von Aufgaben der Bundesfachstelle auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**

Die Bundesfachstelle kann die Erfüllung der in § 5 Satz 1 Nummer 1 bis 11 genannten Aufgaben jeweils auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für

Gesundheit im Rahmen der zur Suizidprävention verfügbaren Haushaltsmittel vollständig oder teilweise übertragen. Die Bundesfachstelle nimmt im Umfang der jeweiligen Übertragung die Fachaufsicht über die Behörde wahr, der Aufgaben nach Satz 1 übertragen wurden. Der Fachbeirat unterstützt diese Behörde bei der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben.

## § 13

### **Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**

Die Bundesfachstelle kann bei der Wahrnehmung ihrer in § 5 genannten Aufgaben durch eine oder mehrere Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der dort zur Suizidprävention verfügbaren Haushaltsmittel unterstützt werden.

## § 14

### **Berichtspflicht**

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2028, über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats.

## § 15

### **Evaluierung**

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen dieses Gesetzes sowie der Erfüllung der in § 5 Satz 1 genannten Aufgaben der Bundesfachstelle auf den Erfolg der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2033. Das Bundesministerium für Gesundheit kann externe Dritte mit der Durchführung der Evaluation beauftragen.

## **Artikel 2**

### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „sowie Suizidversuche und Suizide vermeiden“ eingefügt.
2. Nach § 64e wird folgender § 64f eingefügt:

### Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder Absatz 2 können auch Maßnahmen der Suizidprävention und deren Weiterentwicklung sein, die das gesellschaftliche Verstehen von Suizidalität fördern und die insbesondere ausgerichtet sind auf

1. die Vernetzung von Angeboten der medizinischen Versorgung – insbesondere der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Notfallversorgung – mit Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisenhilfen und der Suizidprävention, wobei die Vernetzung insbesondere dem Ziel des Auf- und Ausbaus von regionalen psychiatrischen Krisendiensten im Sinne einer Beratungs- und Hilfekette für Menschen in akuten Krisensituationen dient; dabei sollen bestehende Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung genutzt werden, oder
2. die Vermittlung von Menschen nach einem Suizidversuch in eine systematische suizidpräventive Betreuung, insbesondere eine psychotherapeutische Krisenkurzintervention, unter Nutzung der bestehenden Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung.

(2) In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt.

(3) Die privaten Krankenversicherungsunternehmen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand und deren Finanzierung beteiligen.“

## **Artikel 3**

### **Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

Suizide und Suizidversuche verursachen erhebliches Leid. Menschen mit Suizidgedanken durchleben zumeist eine langanhaltende Phase des Leidens, aber auch Familie und Freundinnen und Freunde sind direkt mitbetroffen. Suizidalität ist ein gesamtgesellschaftliches Problem. Jährlich sind in Deutschland mehr als 9 000 Suizide zu beklagen, in den Jahren 2022 und 2023 waren es sogar mehr als 10 000 Suizide, jeweils zuzüglich einer statistisch nicht erfassten Dunkelziffer. Inwieweit nationale und internationale Krisen und der damit verbundene Anstieg an psychischen Belastungen in der Bevölkerung einen Einfluss auf die Entwicklung der Suizidraten haben, bleibt abzuwarten. Noch häufiger als vollendete Suizide sind Suizidversuche – Schätzungen gehen von mindestens 100 000 Suizidversuchen pro Jahr aus. Jeder einzelne Suizid betrifft weitere Menschen. Kinder, Eltern, Verwandte, (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner und weitere An- und Zugehörige der verstorbenen Person erleben durch den Suizid eine zutiefst schmerzhafteste Erfahrung.

Bevor es zu einem Suizid kommt, gibt es eine Vielzahl an Maßnahmen, die ergriffen werden können, um Betroffene zu unterstützen und eine Suizidalität nach Möglichkeit zu verhindern. Hinter Suizidgedanken steht oft nicht das Gefühl „Ich will nicht mehr leben“, sondern eher „Ich will so nicht mehr leben“. Mit dem Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz soll eine rechtliche Grundlage für verschiedene Maßnahmen geschaffen und dazu beigetragen werden, dass eine psychosoziale Krise nicht zu Suizidalität führt. Für die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Vorbeugung von Suiziden sprechen zum Beispiel die Unterschiede in den Suizidraten zwischen den Ländern sowie zwischen Staaten. Zudem hat die Forschung gute Evidenz zur Wirksamkeit einzelner präventiver Ansätze zusammengetragen, die im Gesetzesentwurf aufgegriffen werden.

Die Vielzahl von Initiativen, Hilfsangeboten und Programmen zur Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in sonstigen kritischen Lebenslagen und speziell auch zur Suizidprävention haben dazu beigetragen, die Suizidrate seit den 1980er Jahren zu halbieren. Auch dieser Erfolg zeigt, dass es einer differenzierten Identifikation relevanter Zielgruppen bedarf, um diesen Trend fortzusetzen beziehungsweise zu verstärken und die Suizidrate weiter zu senken. Die Entwicklung der Suizidzahlen der letzten Jahre zeigt keine nennenswerte Reduktion mehr und zuletzt in den Jahren 2022 und 2023 sogar einen erneuten Anstieg. Es bedarf eines zielgenaueren Ausbaus bestehender Hilfsstrukturen und eines verbesserten untereinander Bekanntmachens vorhandener Hilfsangebote zwischen Bund, Ländern und den weiteren Akteuren.

Der Gesetzesentwurf greift verschiedene Impulse zur Stärkung der Suizidprävention auf und setzt damit die Anstrengungen der Bundesregierung zur Unterstützung von Menschen in Krisensituationen und zur Suizidprävention fort. Der Deutsche Bundestag sprach sich in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 im Kontext der Diskussion um mögliche Regelungen zur Sterbehilfe zuvorderst für eine weitere Stärkung der Suizidprävention aus und nahm hierzu die Entschließung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630) mit den Stimmen nahezu aller seiner Mitglieder an. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird den Forderungen aus dem Deutschen Bundestag Rechnung getragen.

Mit der Vorlage des Entwurfs eines Suizidpräventionsgesetzes (SuizidPrävG-E) verstärkt die Bundesregierung ihr bisheriges Engagement für die Suizidprävention. Es gibt bereits hohe Expertise und großes Engagement unzähliger Helferinnen und Helfer, der oftmals

ehrenamtlich Tätigen in der niedrighschwelligigen Suizidprävention, der Seelsorgeorganisationen und Krisendienste und der Fachverbände sowie die Kompetenz und Sensibilität von sogenannten Gatekeepern, wie Pflegekräften, Rettungskräften und vielen anderen Angehörigen von Berufen, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind. Zu nennen sind außerdem die zahlreichen Strukturen und Aktivitäten der Länder und Kommunen. Zu diesem Engagement sollen mit dem Gesetzentwurf keine Doppelstrukturen oder Konkurrenzen aufgebaut werden, sondern es sollen die bestehenden Strukturen im Rahmen der föderalen Zuständigkeiten genutzt werden, indem auf sie aufgebaut wird, und diese Strukturen unterstützt und gefördert werden.

Mit dem Entwurf eines Suizidpräventionsgesetzes kann der Bund insbesondere dazu beitragen, dass das gesellschaftliche Bewusstsein für Suizid und seine Vermeidbarkeit wächst. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern und zu verbessern. Auch müssen das Stigma und die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie und Suchtkrankheiten, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen, weiter bekämpft werden. Diese Erkrankungen können alle treffen, sind jedoch in aller Regel einer effektiven medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung zugänglich. Nur wenn diese Erkrankungen in der Gesellschaft dementsprechend wahrgenommen werden, werden sich Betroffene, die ansonsten den Suizid als einzigen Ausweg aus ihrer Not und Verzweiflung sehen, nicht scheuen, frühzeitig Hilfe zu suchen. Dazu gehört, dass Hilfebedürftige wie auch Angehörige und professionell Helfende besser über die spezifischen Hilfsangebote und Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung informiert sind. Nur so können in Krisensituationen schnell passende Hilfs- und Unterstützungsangebote vermittelt werden. Eine weitere wichtige Zielgruppe der Suizidprävention sind Menschen in der letzten Lebensphase. Dies schließt sowohl Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen als auch hochbetagte, zumeist multimorbide Menschen ein, deren Lebensende absehbar bevorsteht. Für sie besteht Suizidprävention in einer einfühlsamen und individuell angepassten Herangehensweise, die darauf abzielt, die Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen zu lindern und gleichzeitig die Würde und Autonomie der Patientinnen und Patienten zu respektieren.

## **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung zu stärken und zu verbessern. Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen sollen möglichst verhindert werden. Dazu sind Betroffene frühzeitig und umfassend zu unterstützen, einem suizidalen Verlangen ist vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren.

Der Gesetzentwurf beinhaltet im Wesentlichen:

- die Aufgabe von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen bei Kenntnis einer Suizidgefahr, auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder, der Kommunen oder der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention hinzuweisen, § 3 SuizidPrävG-E,
- die Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 4 mit den in § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E benannten Aufgaben:
  - die Konzipierung und Umsetzung von zielgerichteten und evidenzbasierten Maßnahmen zur Suizidprävention,
  - die Entwicklung und Veröffentlichung von qualitätsgesicherten Informationen für die Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit zu Suizidalität und über Hilfsangebote,

- den Aufbau eines digitalen Verzeichnisses über die bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention,
  - die fachliche Beratung der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention,
  - die Begleitung der Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Suizidprävention und der Bekanntmachung der bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote unter den Ländern und den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention,
  - die Entwicklung eines Konzepts zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln unter Einbeziehung der Länder,
  - die Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer 113 unter Einbeziehung der Länder,
  - die Entwicklung eines Konzepts unter Einbeziehung der Länder zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote,
  - die Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Suizidprävention zur Fort- und Weiterbildung für Angehörige der in § 3 SuizidPrävG-E genannten Berufsgruppen und Beförderung der Implementierung in die berufliche Praxis,
  - die Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid,
  - die Entwicklung und Umsetzung einer dauerhaften systematischen Beobachtung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität (Surveillance) und
  - die Durchführung einer Bedarfsanalyse für ein Suizidregister auf Grundlage der Ergebnisse der Surveillance und bei Bedarf Erstellung eines Konzepts zur Errichtung einer Suizidregisterstelle,
- die Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Bundesfachstelle, §§ 6 bis § 11 SuizidPrävG-E,
  - die Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 12, 13 SuizidPrävG-E,
  - die regelmäßige Berichterstattung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag, § 14 SuizidPrävG-E,
  - die Evaluation des SuizidPrävG sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, § 15 SuizidPrävG-E, und
  - die Vorgabe, dass ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention in jedem Land durchgeführt werden soll, § 64f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch-Entwurf (SGB V-E).

### III. Alternativen

Keine.



Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 2. Mai 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung vorgelegt, die die fachliche Grundlage für diesen Gesetzentwurf darstellt, jedoch selbst unverbindlich ist. Zur verbindlichen Umsetzung der Ziele und zur gesetzlichen Absicherung von Rahmenbedingungen für die Suizidprävention auf Bundesebene bedarf es einer bundesgesetzlichen Regelung. Damit wird auch einer Umsetzung der Ziele der Entschließung des Deutschen Bundestages „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630) Rechnung getragen, soweit der Bund dafür die Gesetzgebungskompetenz hat.

#### **IV. Gesetzgebungskompetenz**

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Suizidprävention folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes (GG) (öffentliche Fürsorge) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Danach hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der öffentlichen Fürsorge.

Der Begriff der „öffentlichen Fürsorge“ in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht eng auszulegen (BVerfGE 88, 203 (329 f.); 97, 332 (341); 137, 108 (165); 140, 68 (78)) und umfasst sich neu ergebende Regelungssachverhalte, sofern diese im Wesentlichen „dem Bild entsprechen, das durch die klassische Fürsorge geprägt ist“ (BVerfGE 106, 62 (133); 108, 186 (214)). Für die Annahme einer besonderen Situation zumindest potenzieller Bedürftigkeit genügt es, wenn eine Bedarfslage im Sinne einer mit besonderen Belastungen einhergehenden Lebenssituation besteht, auf deren Beseitigung oder Minderung das Gesetz zielt (BVerfGE 140, 65). Eine solche von Belastungen gekennzeichnete Bedarfslage liegt bei Menschen aller Altersgruppen vor, die suizidale Gedanken, Suizidideen oder -absichten haben, diese äußern oder einen Suizidversuch ankündigen, beabsichtigen oder vorgenommen haben. Dabei stehen Suizidalität und Suizidversuche nicht zwingend mit Krankheiten in Verbindung. Suizidalität und Suizidversuche können auch außerhalb von Erkrankungen, zum Beispiel aufgrund sozialer oder personaler Faktoren wie Lebensalter, familiäre und berufliche Situation, Kultur, Religion, Wohnsituation, LGBTQIA+-Zugehörigkeit oder in besonders herausfordernden Lebenssituationen erfolgen.<sup>2)</sup> Strukturelle Veränderungen des Gesundheitswesens in den Ländern sieht der Gesetzentwurf insbesondere nicht vor (vgl. BVerfGE 88, 203 (330)). Die öffentliche Fürsorge umfasst neben materiellen Fürsorgeleistungen auch immaterielle Dienste zur geistigen oder seelischen Hilfestellung, wie insbesondere Beratungsdienste und auch präventive Maßnahmen zum Ausgleich von Notlagen und besonderen Belastungen sowie Vorkehrungen gegen die Gefahr der Hilfsbedürftigkeit. Zur öffentlichen Fürsorge gehören deshalb auch präventive Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt der Hilfe für Betroffene und zur Intervention bei suizidalen Krisen. Daher ist Suizidprävention eng mit der Fürsorgepflicht des Staates verbunden, da sie darauf abzielt, Menschen in psychischen und sozialen Notlagen zu helfen und potenzielle Gefahren für das Leben und die Gesundheit abzuwenden.

Dem Bund steht das Gesetzgebungsrecht für die öffentliche Fürsorge zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht, vgl. Artikel 72 Absatz 2 Alternative 1 GG. Ein besonderer Bedarf an einer bundesgesetzlichen Regelung liegt vor, „wenn sich abzeichnet, dass Regelungen in einzelnen Ländern auf Grund ihrer Mängel zu einer mit der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse unvereinbaren Benachteiligung der Einwohner dieser Länder führen und diese deutlich schlechter stellen würde als die Einwohner anderer Länder“ (BVerfG Urt. v. 21.7.2015 – 1 BvF 2/13, BVerfGE 140, 65 Rn. 35). Haben sich die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt oder zeichnet sich eine derartige Entwicklung

---

<sup>2)</sup> vgl. z.B. Schneider et. al. in: Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven, Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP) 2021, S. 174).

konkret ab, so ist das Erfordernis einer bundesgesetzlichen Regelung gegeben. Vorliegend besteht die Erforderlichkeit einer bundesgesetzlichen Regelung nach Artikel 72 Absatz 2 GG zur Herstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet im gesamtstaatlichen Interesse.

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung bundesweit zu stärken und zu verbessern.

Ein wichtiger Bestandteil für eine umfassende, den betroffenen Menschen gerecht werdende, Versorgung und Unterstützung im Bereich der Suizidprävention ist die Erfassung von Lücken in der Betreuung und Versorgung. Hier werden aktuell lediglich vereinzelt und uneinheitlich Daten zu Versorgung, Hilfsangeboten und auch zum Bedarf nach solchen Angeboten erfasst. Sowohl für einige Regionen in Deutschland als auch für einige betroffene Gruppen werden weniger oder keine Daten erhoben, für andere jedoch schon. Diese Abweichung in der Erfassung des Bedarfs und der aktuell angebotenen Unterstützung erschwert neben einer adäquaten Unterstützung der Betroffenen in der Praxis auch die notwendige Forschung.

Ferner bestehen zwischen den Ländern Unterschiede bei den Suizidraten<sup>3)</sup>, sowie zwischen den von den Ländern und Kommunen aktuell zur Verfügung gestellten Unterstützungsangeboten. Bei angebotenen Rufnummern umfassen manche zum Beispiel auch Chatangebote, was besonders für einen barrierefreien Zugang wichtig ist, andere jedoch nicht. Einige Unterstützungsangebote sind nur zwischen 8 und 20 Uhr erreichbar, andere sind 24-Stunden lang verfügbar. Eine landesweite Suizidstrategie haben nur Berlin, Bayern, Thüringen und Sachsen. Auch hinsichtlich der gezielt angesprochenen Gruppen, Mehrsprachigkeit und Qualitätssicherungsverfahren unterscheiden sich die Angebote.

Daraus ergeben sich in den Ländern erhebliche, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigende Auseinanderentwicklungen in verschiedenen Regionen. Aus diesem Grund ist es nicht vertretbar, dass zum Beispiel hilfsbedürftige Menschen in einem Land auch nach 20 Uhr oder auch am Wochenende Hilfe und Beratung über eine dort verfügbare Rufnummer in Anspruch nehmen können, in einem anderen Land diese Angebote aber nur eingeschränkt oder gar nicht zur Verfügung stehen.

Dementsprechend sind bundesgesetzliche Regelungen zur Schaffung einheitlicher Lebensbedingungen erforderlich. Mit diesen Regelungen können in einer zentralen Stelle Informationen zur aktuellen Verfügbarkeit und insbesondere zu aktuellen Lücken in der Versorgung und Information erfasst werden. Dies ermöglicht bundesweit eine zielgerichtete verbesserte Suizidprävention. Ferner ist eine umfassende zentrale Erfassung von entsprechenden Informationen über die Surveillance nach § 5 Nummer 11 SuizidPrävG-E eine notwendige Datengrundlage für zielgerichtete Forschung.

Auch eine zentrale bundesweite Rufnummer, deren fachliches Konzept aufgrund dieses Gesetzentwurfes zu entwickeln ist, soll perspektivisch für alle Bürgerinnen und Bürger im gesamten Bundesgebiet dieselbe Qualität und Verfügbarkeit von Beratung und Unterstützung gewährleisten.

Damit bundesweit alle Betroffenen dieselbe Chance haben, Hilfe in einer Notlage zu erlangen, sofern dies gewollt ist, bedarf es der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Form bundeseinheitlicher Regelungen.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

---

<sup>3)</sup> vgl. Statistisches Bundesamt, <https://www.gbe-bund.de/gbe/i?i=630:55509> [letzter Zugriff: 12. Dezember 2024].

## **V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen**

Der Gesetzentwurf steht mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, im Einklang.

## **VI. Gesetzesfolgen**

### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht Gegenstand des Gesetzes.

### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Er folgt dem Leitprinzip der Politik der Bundesregierung hinsichtlich einer nachhaltigen Entwicklung und wurde unter Berücksichtigung der Ziele und Prinzipien der nachhaltigen Entwicklung („Sustainable Development Goals“ (SDG)) geprüft. Er trägt insbesondere zur Umsetzung des Nachhaltigkeitsziels 3 bei, ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern. Er unterstützt dabei insbesondere das Unterziel 3.4, Reduzierung der Sterblichkeit durch nichtübertragbare Krankheiten und Förderung der psychischen Gesundheit, indem im Gesetzentwurf Maßnahmen zur Suizidprävention vorgesehen werden und zugleich die mentale Gesundheit gestärkt wird.

Indem die Prävention gestärkt wird, zielt der Gesetzentwurf außerdem darauf ab, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu reduzieren. Die vorgesehenen Regelungen entsprechen damit dem Leitprinzip 3b der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), „Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden.“ Außerdem tragen die Regelungen dazu bei, die Indikatoren der DNS im Bereich des SDG 3 positiv zu beeinflussen – dies gilt insbesondere für die Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit von Frauen (Indikator 3.1.a) und insbesondere von Männern (Indikator 3.1.b), die von Suiziden stärker betroffen sind als Frauen.

### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Dem Bund entstehen infolge des Gesetzentwurfes insgesamt jährliche Mehrkosten in Höhe von geschätzt 3 675 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 501 000 Euro. Der Mehrbedarf des Bundes an Sach- und Personalmitteln soll im Einzelplan 15 gegenfinanziert werden.

Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstehen infolge des Gesetzentwurfes einmalige Mehrkosten in Höhe von 4 160 000 Euro.

Die durch den Gesetzentwurf verursachten Mehrkosten für den Bund wie auch die GKV ergeben sich vor allem aus folgenden Maßnahmen:

- der Aufgabe von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen bei Kenntnis einer Suizidgefahr, auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder, der Kommunen oder der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention hinzuweisen, § 3 SuizidPrävG-E,
- der Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 4 mit den in § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E benannten Aufgaben und darunter

- die Erstellung von Konzepten nach § 5 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E zur Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer 113 und zur Entwicklung eines Konzepts zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote unter Einbeziehung der Länder,
- der Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Bundesfachstelle, § 6 SuizidPrävG-E und darunter
  - der Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und im Benehmen mit den Ländern; § 7 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E und
  - der Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch die Bundesfachstelle, § 11 Absatz 1 SuizidPrävG-E,
- der Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 12, 13 SuizidPrävG-E,
- dem regelmäßigen Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag; § 14 SuizidPrävG-E,
- der Evaluation des SuizidPrävG sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, § 15 SuizidPrävG-E, und
- der Vorgabe, dass ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention in jedem Land durchgeführt werden soll, § 64f SGB V-E.

Die Höhe und die Verteilung der Mehrkosten werden im Folgenden erläutert.

### 3.1 Bund

Insgesamt entstehen dem Bund infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von 3 675 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 500 000 Euro.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Mehrausgaben (in Tsd. Euro) <sup>4)</sup>	Einmalige Mehrausgaben (in Tsd. Euro) <sup>5)</sup>
3.1.1	Bundesfachstelle für Suizidprävention beim BMG; §§ 4, 5 SuizidPrävG-E	3 675	1 301
3.1.2	Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat sowie eine Behörde im Geschäftsbereich des BMG; §§ 6 bis 13	0	0
3.1.3	Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit dem BMFSFJ und den Ländern; § 7 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E	0,035	0
3.1.4	Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch die Bundesfachstelle; § 11 Absatz 1 SuizidPrävG-E	0	1
3.1.5	Bericht des BMG über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag; § 14 SuizidPrävG-E	0	0

<sup>4)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

<sup>5)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

3.1.5	Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, § 15 Suizid-PrävG-E	0	200
Mehrkosten (in Tsd. Euro)		<b>3 675</b>	<b>1 501</b>

Die jährlichen Mehrausgaben des Bundes fallen jeweils sukzessive ab dem Jahr 2026 und vollständig ab dem Jahr 2027 an.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von 1 300 000 Euro für die Bundesfachstelle werden ab dem Jahr 2026 sukzessive und bis zum Jahr 2028 vollständig anfallen. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro fallen im Jahr 2025 an. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro fallen sukzessive ab dem Jahr 2032 an, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverständigen beginnen. Diese einmaligen Mehrkosten fallen ab dem Jahr 2034 vollständig an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Durch diese gestufte Kostenentwicklung wird ein dämpfender Effekt auf die Kostenentwicklung insgesamt in den ersten Jahren nach Inkrafttreten erzielt.

Im Folgenden wird die Schätzung der Mehrkosten für den Bund für die einzelnen Vorgaben dargestellt.

**Vorgabe 3.1.1: Bundesfachstelle für Suizidprävention beim Bundesministerium für Gesundheit; §§ 4 und 5 SuizidPrävG-E**

Veränderung der jährlichen Mehrkosten des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1				1 065	2 610
Änderung des jährlichen Mehraufwands (in Tsd. Euro)				3 675	

Einmalige Mehrkosten des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1			1 300		1 300
Änderung der einmaligen Mehrkosten (in Tsd. Euro)				1 300	

Im Bundesministerium für Gesundheit wird eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet. Die Bundesfachstelle berücksichtigt bei ihrer Arbeit die Aufgaben gemäß § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E und die Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention der Nationalen Suizidpräventionsstrategie.

Geschätzt entstehen für die Bundesfachstelle einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 300 000 Euro. Diese setzen sich zusammen aus den geschätzten Kosten zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie im Rahmen der Entwicklung eines Konzepts zur Einführung einer Krisenrufnummer 113 nach § 5 Satz 1 Nummer 8 Buchstabe a SuizidPrävG-E (500 000 Euro), zum Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 5 Nummer 1, 2 und 6 SuizidPrävG-E und des digitalen Verzeichnisses mit Hilfsangeboten nach § 5 Nummer 5 SuizidPrävG-E (300 000 Euro) und für weitere Kosten

insbesondere im Bereich Forschung und Aufklärung nach § 5 Nummer 1, 2, 5, 9 bis 12 SuizidPrävG-E (500 000 Euro).

Insgesamt ist mit jährlichen Mehrkosten in Höhe von 3 675 000 Euro für den Betrieb der Bundesfachstelle zu rechnen. Davon entfallen 1 065 000 Euro auf Personalkosten (6,5 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des höheren Dienstes, bewertet gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands mit 112 800 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 733 200 Euro pro Jahr; drei Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des gehobenen Dienstes (gD), bewertet mit 74 400 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 223 200 Euro pro Jahr; und 2 Stellen/MAK des mittleren Dienstes, bewertet mit 54 080 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 108 160 Euro pro Jahr) und 2 610 000 Euro auf Sachausgaben für laufende Kosten für das Pflegen der Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 5 Nummer 1, 2 und 6 SuizidPrävG-E (50 000 Euro) und für das digitale Verzeichnis mit Hilfsangeboten nach § 5 Nummer 5 SuizidPrävG-E (100 000 Euro), Kosten für Tagungen, Vernetzungstreffen und Kongresse nach § 5 Satz 1 Nummer 1, 2, 3, 4, 7 und 8 SuizidPrävG-E (200 000 Euro), Aufwendungen für entsprechende (Dienst-)Reisen, auch des Fachbeirats, (25 000 Euro), Kosten für fortlaufende Forschung und Aufklärung, einschließlich Sekundärdatenabfragen, nach § 5 Satz 1 Nummer 1, 2, 5, 9, 10 und 11 SuizidPrävG-E (2 200 000 Euro) und die Vergabe von weiteren Aufträgen zur Hinzuziehung von Sachverständigen oder zur Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien nach § 5 Nummer 9 und nach § 10 SuizidPrävG-E (35 000 Euro).

Sofern die Aufgaben der Bundesfachstelle nach § 5 Satz 1 Nummer 1 bis 11 auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden können, entsteht dadurch kein Erfüllungsaufwand, der über den bereits aufgeführten Erfüllungsaufwand hinausgeht.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes wird sich die Bundesfachstelle zunächst aufbauen, den Fachbeirat einrichten und die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Dabei stimmen sich die Bundesfachstelle und der Fachbeirat im Hinblick auf die Erfüllung der Aufgaben nach § 6 Absatz 2 SuizidPrävG-E ab. Es ist davon auszugehen, dass die Erfüllung der umfangreichen gesetzlichen Aufgaben im Wesentlichen erst ab dem Jahr 2026 sukzessive beginnen wird. Die jährlichen Mehrkosten für die Bundesfachstelle fallen daher erst ab dem Jahr 2026 sukzessive und ab dem Jahr 2027 vollständig an. Im Rahmen der Evaluierung nach § 15 SuizidPrävG-E bis zum 31. Dezember 2033 wird zu prüfen sein, in welchem Umfang die Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle ab dem Jahr 2034 dauerhaft fortzuführen ist.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von 1 300 000 Euro fallen ab dem Jahr 2026 sukzessive und bis 2028 vollständig an.

### **Vorgabe 3.1.2: Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat sowie eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 6 bis 13 SuizidPrävG-E**

Die Bundesfachstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer in § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat nach den §§ 6 bis 11 SuizidPrävG-E unterstützt. Sie kann zudem durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 12, 13 SuizidPrävG-E unterstützt werden.

Der Fachbeirat berät und unterstützt die Bundesfachstelle. Die Mitglieder des Fachbeirats sind ehrenamtlich tätig. Die Anzahl der Mitglieder des Fachbeirats soll elf Personen betragen. Diese sind ehrenamtliche Mitglieder des Beirats. Die Mitglieder sind grundsätzlich während ihrer Freizeit aktiv, das heißt es ist keine Entsendung/Entlohnung durch die Organisation vorgesehen. Das Weiteren besteht keine gesetzliche Verpflichtung bestimmter

Personen/Organisationen, Teil des Beirats zu werden. Die Abfindung der Mitglieder richtet sich nach den Richtlinien des Bundesministeriums für Finanzen für die Abfindung der Mitglieder von Beiräten, Ausschüssen, Kommissionen und ähnlichen Einrichtungen im Bereich des Bundes vom 31. Oktober 2001 (GMBl. 2002, S. 92). Honorare werden nicht gezahlt. Es wird davon ausgegangen, dass eine Erstattung durch die Bundesfachstelle nach § 6 Absatz 3 SuizidPrävG-E gezahlt wird und bereits in der Vorgabe zum Betrieb der Bundesfachstelle enthalten ist. Aus diesem Grund werden diese Mehrkosten hier nicht gesondert ausgewiesen.

Sofern die Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 12, 13 SuizidPrävG-E unterstützt werden kann, entstehen dadurch keine Mehrkosten, die über die bereits aufgeführten Mehrkosten hinausgehen (siehe Vorgabe 3.1.1). In welcher Höhe sich die Mehrkosten verschieben, ohne dass damit eine Kostensteigerung verbunden ist, ist davon abhängig, in welchem Umfang von diesen Möglichkeiten tatsächlich Gebrauch gemacht wird. Eine Prognose ist hierzu nicht möglich.

Bei Bedarf kann beispielsweise bei der Erstellung eines Verzeichnisses zu den bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten unterstützt werden. Mittels Abfrage bei den Ländern können dort vorhandene Informationen über regionale und lokale Angebote abgerufen und kontinuierlich aktualisiert werden. Ziel ist es, eine länderübergreifende Datenbank und somit eine bundesweite Übersicht über die Angebote zu erhalten.

**Vorgabe 3.1.3: Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und im Benehmen mit den Ländern; § 7 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E**

Veränderung der jährlichen Mehrkosten des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
2	15	70,50	0	0,035	0
Änderung der Mehrkosten (in Tsd. Euro)				0,035	

Die Berufung der Mitglieder des Fachbeirats erfolgt alle fünf Jahre und ist begrenzt auf insgesamt zehn Jahre. Der Beirat sollte sich aus maximal elf sach- und fachkundigen Personen zusammensetzen. Aus diesem Grund wird in der Tabelle die Fallzahl zwei ausgewiesen (11 Mitglieder/5 Jahre = 2).

Zur Berechnung der Mehrkosten wird eine vergleichbare Vorgabe zur Berufung von Kommissionsmitgliedern (siehe auch die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands (ONDEA) registrierte Vorgabe unter der ID 200610251444282) herangezogen. Für die Berufung wird ein Zeitaufwand von 15 Minuten pro Fall geschätzt (2 Minuten für Standardaktivität 2 „Beschaffen von Daten“, 10 Minuten für Standardaktivität 3 „Formulare ausfüllen, Beschriften, Kennzeichnen“, 2 Minuten für Standardaktivität 8 „Daten übermitteln oder veröffentlichen“).

Gemäß der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamts für die Verwaltung wird ein Lohnsatz von 70,50 Euro pro Stunde für den höheren Dienst (hD) auf Bundesebene angesetzt.

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe eine jährliche Belastung auf Bundesebene in Höhe von rund 35 Euro (11 Mitglieder \* 15 Min./60 \* 70,50 hD Bund / 5 Jahre = 35 Euro).

**Vorgabe 3.1.4: Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch die Bundesfachstelle; § 11 SuizidPrävG-E**

Einmalige Mehrkosten des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1	960	70,50	0	1	0
Einmalige Mehrkosten (in Tsd. Euro)				1	

Der Fachbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung der Bundesfachstelle bedarf.

Analog zu einer vergleichbaren Vorgabe zur Zustimmung zu einer Geschäftsordnung (siehe auch die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2013020610070101) wird ein Zeitaufwand von zwei Personentagen mit jeweils acht Stunden, also insgesamt 16 Stunden oder 960 Minuten pro Fall im höheren Dienst auf Bundesebene geschätzt. Insgesamt ergeben sich für die Vorgabe einmalige Mehrkosten in Höhe von rund 1 000 Euro ( $1 * 960/60 * 70,50$ ), die im Jahr 2025 anfallen werden, wenn sich der Fachbeirat konstituiert und den Entwurf der Geschäftsordnung vorgelegt hat.

Sofern aufgrund von Änderungen der Geschäftsordnung eine erneute Genehmigung erforderlich ist, ist von einem vernachlässigbaren Aufwand auszugehen.

**Vorgabe 3.1.5: Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag; § 14 SuizidPrävG-E**

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag alle drei Jahre über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats. Es wird davon ausgegangen, dass der Bericht grundsätzlich durch die Bundesfachstelle erstellt wird und somit bereits im Erfüllungsaufwand der Vorgabe 3.1.1 enthalten ist. Gegebenenfalls entsteht darüber hinaus ein marginaler, vernachlässigbarer Aufwand beim Bundesministerium für Gesundheit außerhalb der Bundesfachstelle.

**Vorgabe 3.1.6: Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, § 15 SuizidPrävG-E**

Die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Bundesfachstelle nach § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren.

Es wird schätzungsweise davon ausgegangen, dass für die Evaluation einmalige Mehrkosten in Höhe von 200 000 Euro anfallen werden. Diese Kosten werden voraussichtlich ab dem Jahr 2032, in dem Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverständigen beginnen, sukzessive anfallen. Sie fallen ab dem Jahr 2034 vollständig an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

### 3.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Vorgabe, dass ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach § 64f SGB V-E (Artikel 2) in jedem Land durchgeführt werden soll, entstehen mit diesem Gesetzentwurf einmalige Kosten für die GKV. Insgesamt entstehen der GKV infolge des



Gesetzentwurfes einmalige Mehrkosten in Höhe von 4 160 000 Euro. Diese einmaligen Mehrkosten verteilen sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden.

Im Folgenden wird die Schätzung der Mehrkosten für die Gesetzliche Krankenversicherung dargestellt.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Mehrausgaben (in Tsd. Euro) <sup>6)</sup>	Einmalige Mehrausgaben (in Tsd. Euro) <sup>7)</sup>
3.2	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E	0	4 160
Mehrkosten (in Tsd. Euro)			4 160
Private Krankenversicherung (PKV) (in Tsd. Euro)		0	960

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 SGB V können auch Maßnahmen der Suizidprävention sein, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben vereinbaren oder durchführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen.

Es wird von 16 Modellvorhaben ausgegangen. Der Aufwand wird anhand der Fallzahl auf gesetzliche Krankenkassen (80 Prozent = 13 Fälle) und private Krankenkassen (20 Prozent = 3 Fälle) aufgeteilt.

Aufgrund des Ausgestaltungsspielraums der Modellvorhaben lässt sich der Aufwand pro Fall nur schwer abschätzen. Abschluss- und Durchführungskosten bisheriger Modellvorhaben in anderen Bereichen (beispielsweise in der Physiotherapie; siehe auch die in OnDEA registrierte Vorgaben unter der ID 2017011814191001 und 2017011814185001) lagen nach vorliegenden Erkenntnissen und ohne weitere Unterscheidung in Personal- und Sachkosten bei jährlich etwa 60 000 bis 100 000 Euro. Daher werden durchschnittliche Mehrkosten von geschätzt 80 000 Euro jährlich pro Fall angenommen. Gemäß § 63 Absatz 5 SGB V sind Modellvorhaben im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Daher wird eine durchschnittliche Laufzeit von 4 Jahren angenommen. Somit ergeben sich geschätzt 320 000 Euro pro Fall.

Insgesamt ergeben sich für die Vorgabe auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen einmalige Mehrkosten in Höhe von schätzungsweise 4,16 Millionen Euro (13 \* 320 000 Euro). Diese einmaligen Mehrkosten verteilen sich auf den Zeitraum, in dem die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention vereinbart oder durchgeführt werden.

Sofern von der Möglichkeit nach § 64f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB-V-E Gebrauch gemacht wird, dass sich ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstrecken kann, kann es aufgrund von Synergieeffekten zu nicht bezifferbaren Einsparungen kommen. Die Höhe ist davon abhängig, in welchem Umfang diese Möglichkeit genutzt wird. Hierzu liegen keine Prognosen vor.

#### 4. Erfüllungsaufwand

Für die Bürgerinnen und Bürger ändert sich der Erfüllungsaufwand infolge des neuen Gesetzes insgesamt nicht.

<sup>6)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

<sup>7)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

Für die Wirtschaft ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand nicht. Es entsteht insgesamt einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft von geschätzt 960 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand betrifft ausschließlich die PKV.

Für die Verwaltungen des Bundes ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt 3 657 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt 5 661 000 Euro. Davon entfallen 1 501 000 Euro auf den Bund und 4 160 000 Euro auf die GKV.

Der Mehrbedarf des Bundes an Sach- und Personalmitteln soll im Einzelplan 15 gegenfinanziert werden.

Der durch den Gesetzentwurf verursachte Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und für die Verwaltung ergibt sich vor allem aus folgenden Maßnahmen:

- der Aufgabe von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen bei Kenntnis einer Suizidgefahr, auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder, der Kommunen oder der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention hinzuweisen, § 3 SuizidPrävG-E,
- der Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 4 mit den in § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E benannten Aufgaben und darunter
  - der Erstellung von Konzepten nach § 5 Satz 1 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E zur Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer 113 und zur Entwicklung eines Konzepts zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote unter Einbeziehung der Länder,
- der Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Bundesfachstelle, § 6 SuizidPrävG-E und darunter
  - der Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und im Benehmen mit den Ländern; § 7 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E,
  - der Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch die Bundesfachstelle, § 11 Absatz 1 SuizidPrävG-E,
- der Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 12, 13 SuizidPrävG-E,
- dem regelmäßigen Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag; § 14 SuizidPrävG-E,
- der Evaluation des SuizidPrävG sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, § 15 SuizidPrävG-E, und
- der Vorgabe, dass ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention in jedem Land durchgeführt werden soll, § 64f SGB V-E.

Die Höhe und die Verteilung des Erfüllungsaufwands werden im Folgenden erläutert.

#### 4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger nach Vorgaben

Für die Bürgerinnen und Bürger ergeben sich keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand.

#### 4.2 Erfüllungsaufwand der Wirtschaft nach Vorgaben

Das Konzept zur Erhöhung der Transparenz über den Umstellungsaufwand für die Wirtschaft sowie zu dessen wirksamer und verhältnismäßiger Begrenzung wurde durch die Bestimmung der Erfüllungsaufwandskategorien angewandt. Für die Wirtschaft ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand nicht. Insgesamt entsteht ein einmaliger Aufwand von geschätzt 960 000 Euro.

Im Folgenden wird die Schätzung des Erfüllungsaufwands der Wirtschaft für die einzelnen Vorgaben dargestellt.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) <sup>8)</sup>	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) <sup>9)</sup>
4.2.1	Hinweispflicht von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen bei Kenntnis einer Suizidgefahr; § 3 SuizidPrävG-E	0	0
4.2.2	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E	0	960
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)			960
davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten (in Tsd. Euro)		0	0
davon PKV (in Tsd. Euro)		0	960

Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft betrifft ausschließlich die PKV. Er verteilt sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention vereinbart oder durchgeführt werden.

##### **Vorgabe 4.2.1: Hinweispflicht von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen bei Kenntnis einer Suizidgefahr; § 3 SuizidPrävG-E**

Werden Angehörigen bestimmter Berufsgruppen (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Notfallsanitäterinnen und -sanitätern, anderen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, Berufspsychologinnen oder -psychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Lehrerinnen und Lehrer) in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit Tatsachen bekannt, die offensichtlich die Annahme begründen, dass die Gefahr für einen Suizid besteht, so sollen sie gemäß § 3 SuizidPrävG-E Betroffene auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme bekannter Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote hinweisen.

Methodisch bedingt gehören zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte zum Normadressaten Wirtschaft. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass aus fachlichem Eigeninteresse der genannten Berufsgruppen diese Unterstützungsangebote sowieso wahrgenommen werden sollten. Aufgrund der beabsichtigten Bündelung und Bekanntmachung dieser Angebote untereinander ist gegebenenfalls sogar von einer Entlastung für die genannten Berufsgruppen auszugehen, da sich die relevanten Informationen zukünftig einfacher und schneller finden

<sup>8)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

<sup>9)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

lassen. Flankierend ist vorgesehen, dass die Bundesfachstelle Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungen zur Suizidprävention für diese Berufsgruppen entwickelt und deren Implementierung in die berufliche Praxis fördert, § 5 Satz 1 Nummer 9 SuizidPrävG-E.

#### **Vorgabe 4.2.2: Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E**

Einmaliger Erfüllungsaufwand:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
3					
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				960	

Durch die Vorgabe, dass ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach § 64f SGB V-E (Artikel 2), an denen sich private Krankenversicherungen (PKV) beteiligen können, in jedem Land durchgeführt werden soll, entsteht mit diesem Gesetzentwurf ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft. Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 SGB V können auch Maßnahmen der Suizidprävention sein, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben vereinbaren oder durchführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen. Es wird von 16 Modellvorhaben ausgegangen. Der Aufwand wird anhand der Fallzahl auf gesetzliche Krankenkassen (80 Prozent = 13 Fälle) und private Krankenkassen (20 Prozent = 3 Fälle) aufgeteilt.

Aufgrund des Ausgestaltungsspielraums der Modellvorhaben lässt sich der Aufwand pro Fall nur schwer abschätzen. Abschluss- und Durchführungskosten bisheriger Modellvorhaben in anderen Bereichen (beispielsweise in der Physiotherapie; siehe auch die in OnDEA registrierte Vorgaben unter der ID 2017011814191001 und 2017011814185001) lagen nach vorliegenden Erkenntnissen und ohne weitere Unterscheidung in Personal- und Sachkosten bei jährlich etwa 60 000 bis 100 000 Euro. Daher wird ein durchschnittlicher Erfüllungsaufwand von geschätzt 80 000 Euro jährlich pro Fall angenommen. Gemäß § 63 Absatz 5 SGB V sind Modellvorhaben im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Daher wird eine durchschnittliche Laufzeit von vier Jahren angenommen. Somit ergeben sich geschätzt 320 000 Euro pro Fall.

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe auf Seiten der privaten Krankenkassen (Wirtschaft) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise 960 000 Euro (3 \* 320 000 Euro). Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich auf den Zeitraum, in dem die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention vereinbart oder durchgeführt werden .

Sofern von der Möglichkeit nach § 64f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB-V-E Gebrauch gemacht wird, dass sich ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstrecken kann, kann es aufgrund von Synergieeffekten zu nicht bezifferbaren Einsparungen kommen. Die Höhe ist davon abhängig, in welchem Umfang diese Möglichkeit genutzt wird. Hierzu liegen keine Prognosen vor.

### **4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung nach Vorgaben**

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung betrifft vorliegend die Verwaltungen des Bundes sowie die GKV.

Für die Verwaltung des Bundes ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt 3 675 000 Euro.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt 5 661 000 Euro. Davon entfallen 1 501 000 Euro auf den Bund und 4 160 000 Euro auf die GKV.

Der jährliche Erfüllungsaufwand des Bundes fällt jeweils sukzessive ab dem Jahr 2026 und ab dem Jahr 2027 vollständig an.

Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro für die Bundesfachstelle fällt ab dem Jahr 2026 sukzessive und bis 2028 vollständig an. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro wird im Jahr 2025 anfallen. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro fällt sukzessive ab dem Jahr 2032 an, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverständigen beginnen und fällt ab dem Jahr 2034 vollständig an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Der Mehrbedarf des Bundes an Sach- und Personalmitteln soll im Einzelplan 15 gegenfinanziert werden.

Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV verteilt sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf vereinbart oder durchgeführt werden.

Über den Erfüllungsaufwand des Bundes hinaus entsteht den Ländern und Gemeinden mit diesem Gesetzentwurf kein Erfüllungsaufwand.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) <sup>10)</sup>	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) <sup>11)</sup>
4.3.1	Bundesfachstelle für Suizidprävention beim BMG; §§ 4 und 5 SuizidPrävGE-*	3 675	1 300
4.3.2	Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat sowie eine Behörde im Geschäftsbereich des BMG; §§ 6 bis 13	0	0
4.3.3	Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit dem BMFSFJ und den Ländern; § 7 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E*	0,035	0
4.3.4	Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch die Bundesfachstelle; § 11 Absatz 1 SuizidPrävG-E*	0	1
4.3.5	Bericht des BMG über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag; § 14 SuizidPrävG-E*	0	0
4.3.6	Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, § 15 SuizidPrävG-E	0	200
4.3.7	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E*	0	4 160
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)		<b>3 675</b>	<b>5 661</b>
davon Bund*		3 675	1 501
davon gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (in Tsd. Euro)		0	4 160

<sup>10)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

<sup>11)</sup> Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

Durch diese gestufte Kostenentwicklung wird ein dämpfender Effekt auf die Kostenentwicklung insgesamt in den ersten Jahren nach Inkrafttreten erzielt.

Im Folgenden wird die Schätzung des Erfüllungsaufwands der Verwaltung für die einzelnen Vorgaben dargestellt.

**Vorgabe 4.3.1: Bundesfachstelle für Suizidprävention beim Bundesministerium für Gesundheit; §§ 4 und 5 SuizidPrävG-E**

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1				1 065	2 610
Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)				3 675	

Einmaliger Erfüllungsaufwand des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1			1 300		1 300
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				1 300	

Im Bundesministerium für Gesundheit wird eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet. Die Bundesfachstelle berücksichtigt bei ihrer Arbeit die Aufgaben gemäß § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E und die Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention der Nationalen Suizidpräventionsstrategie.

Geschätzt entsteht der Bundesfachstelle ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 1 300 000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus den geschätzten Kosten zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie im Rahmen der Entwicklung eines Konzepts zur Einführung einer Krisenrufnummer 113 nach § 5 Satz 1 Nummer 8 Buchstabe a SuizidPrävG-E (500 000 Euro), zum Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 5 Nummer 1, 2 und 6 SuizidPrävG-E und des digitalen Verzeichnisses mit Hilfsangeboten nach § 5 Nummer 5 SuizidPrävG-E (300 000 Euro) und für weiteren einmaligen Erfüllungsaufwand insbesondere im Bereich Forschung und Aufklärung nach § 5 Nummer 1, 2, 5, 9 bis 12 SuizidPrävG-E (500 000 Euro).

Insgesamt ist mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 3 675 000 Euro für den Betrieb der Bundesfachstelle zu rechnen. Davon entfallen 1 065 000 Euro auf Personalkosten (6,5 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des höheren Dienstes, bewertet gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands mit 112 800 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 733 200 Euro pro Jahr; drei Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des gehobenen Dienstes (gD), bewertet mit 74 400 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 223 200 Euro pro Jahr; und 2 Stellen/MAK des mittleren Dienstes, bewertet mit 54 080 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 108 160 Euro pro Jahr) und 2 610 000 Euro auf Sachausgaben für laufende Kosten für das Pflegen der Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 5 Nummer 1, 2 und 6 SuizidPrävG-E (50 000 Euro) und für das digitale Verzeichnis mit Hilfsangeboten nach § 5 Nummer 5 SuizidPrävG-E (100 000 Euro), Kosten für Tagungen, Vernetzungstreffen und Kongresse nach § 4 Nummer 1, 2, 3, 4, 7 und 8 SuizidPrävG-E (200 000 Euro), Aufwendungen für entsprechende (Dienst-)Reisen, auch des Fachbeirats, (25 000 Euro), Kosten für fortlaufende Forschung und Aufklärung, einschließlich Sekundärdatenabfragen, nach § 5 Satz

1 Nummer 1, 2, 5, 9, 10 und 11 SuizidPrävG-E (2 200 000 Euro) und die Vergabe von weiteren Aufträgen zur Hinzuziehung von Sachverständigen oder zur Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien nach § 5 Nummer 9 und nach § 10 SuizidPrävG-E (35 000 Euro).

Sofern die Aufgaben der Bundesfachstelle nach § 5 Satz 1 Nummer 1 bis 11 auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden können, entsteht dadurch kein Erfüllungsaufwand, der über den bereits aufgeführten Erfüllungsaufwand hinausgeht.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes wird sich die Bundesfachstelle zunächst aufbauen, den Fachbeirat einrichten und die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Dabei stimmen sich die Bundesfachstelle und der Fachbeirat im Hinblick auf die Erfüllung der Aufgaben nach § 6 Absatz 2 SuizidPrävGE- ab. Es ist davon auszugehen, dass die Erfüllung der umfangreichen gesetzlichen Aufgaben im Wesentlichen erst ab dem Jahr 2026 sukzessive beginnen wird. Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Bundesfachstelle fällt daher erst ab dem Jahr 2026 sukzessive und ab dem Jahr 2027 vollständig an. Im Rahmen der Evaluierung nach § 15 SuizidPrävG-E bis zum 31. Dezember 2033 wird zu prüfen sein, in welchem Umfang die Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle ab dem Jahr 2034 dauerhaft fortzuführen ist.

Der einmalige Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro fällt ab dem Jahr 2026 sukzessive und bis zum Jahr 2028 vollständig an.

#### **Vorgabe 4.3.2: Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat, eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 6 bis 13 SuizidPrävG-E**

Die Bundesfachstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer in § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat nach den §§ 6 bis 11 SuizidPrävG-E unterstützt. Sie kann zudem durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 12, 13 SuizidPrävG-E unterstützt werden.

Der Fachbeirat berät und unterstützt die Bundesfachstelle bei ihren Aufgaben. Die Mitglieder des Fachbeirats sind ehrenamtlich tätig. Die Anzahl der Mitglieder des Fachbeirats soll elf Personen betragen. Diese sind ehrenamtliche Mitglieder des Beirats. Die Mitglieder sind grundsätzlich während ihrer Freizeit aktiv, das heißt es ist keine Entsendung/Entlohnung durch die Organisation vorgesehen. Das Weiteren besteht keine gesetzliche Verpflichtung bestimmter Personen/Organisationen, Teil des Beirats zu werden. Die Abfindung der Mitglieder richtet sich nach den Richtlinien des Bundesministeriums für Finanzen für die Abfindung der Mitglieder von Beiräten, Ausschüssen, Kommissionen und ähnlichen Einrichtungen im Bereich des Bundes vom 31. Oktober 2001 (GMBI. 2002, S. 92). Honorare werden nicht gezahlt. Es wird davon ausgegangen, dass eine Erstattung durch die Bundesfachstelle nach § 6 Absatz 3 SuizidPrävG-E gezahlt wird und bereits in der Vorgabe zum Betrieb der Bundesfachstelle enthalten ist. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle kein weiterer Erfüllungsaufwand ausgewiesen.

Sofern die Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den § 16, 17 SuizidPrävG-E unterstützt werden kann, entsteht dadurch kein Erfüllungsaufwand, der über den bereits aufgeführten Erfüllungsaufwand hinausgeht (siehe Vorgabe 4.3.1). In welcher Höhe sich der Erfüllungsaufwand verschiebt, ohne dass damit eine Kostensteigerung verbunden ist, ist davon abhängig, in welchem Umfang von diesen Möglichkeiten tatsächlich Gebrauch gemacht wird. Eine Prognose ist hierzu nicht möglich.

Bei Bedarf kann beispielsweise bei der Erstellung eines Verzeichnisses zu den bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten unterstützt werden. Mittels Abfrage bei den Ländern können dort vorhandene Informationen über regionale und lokale Angebote abgerufen und kontinuierlich aktualisiert werden. Ziel ist es, eine länderübergreifende Datenbank und somit eine bundesweite Übersicht über die Angebote zu erhalten.

**Vorgabe 4.3.3: Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und im Benehmen mit den Ländern; § 7 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E**

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
2	15	70,50	0	0,035	0
Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)				0,035	

Die Berufung der Mitglieder des Fachbeirats erfolgt alle fünf Jahre und ist begrenzt auf insgesamt zehn Jahre. Der Beirat sollte sich aus maximal elf sach- und fachkundigen Personen zusammensetzen. Aus diesem Grund wird in der Tabelle die Fallzahl zwei ausgewiesen (11 Mitglieder/5 Jahre = 2).

Zur Berechnung des Erfüllungsaufwands wird eine vergleichbare Vorgabe zur Berufung von Kommissionsmitgliedern (siehe auch die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands (OnDEA) registrierte Vorgabe unter der ID 200610251444282) herangezogen. Für die Berufung wird ein Zeitaufwand von 15 Minuten pro Fall geschätzt (2 Minuten für Standardaktivität 2 „Beschaffen von Daten“, 10 Minuten für Standardaktivität 3 „Formulare ausfüllen, Beschriften, Kennzeichnen“, 2 Minuten für Standardaktivität 8 „Daten übermitteln oder veröffentlichen“).

Gemäß der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamts für die Verwaltung wird ein Lohnsatz von 70,50 Euro pro Stunde für den höheren Dienst (hD) auf Bundesebene angesetzt.

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe eine jährliche Belastung auf Bundesebene in Höhe von rund 35 Euro (11 Mitglieder \* 15 Min./60 \* 70,50 hD Bund / 5 Jahre = 35 Euro).

**Vorgabe 4.3.4: Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch die Bundesfachstelle; § 11 Absatz 1 SuizidPrävG-E**

Einmaliger Erfüllungsaufwand des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1	960	70,50	0	1	0
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				1	

Der Fachbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung der Bundesfachstelle beim Bundesministerium für Gesundheit bedarf.



Analog zu einer vergleichbaren Vorgabe zur Zustimmung zu einer Geschäftsordnung (siehe auch die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2013020610070101) wird ein Zeitaufwand von zwei Personentagen mit jeweils acht Stunden, also insgesamt 16 Stunden oder 960 Minuten pro Fall im höheren Dienst auf Bundesebene geschätzt. Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1 000 Euro (1 \* 960/60 \* 70,50), der im Jahr 2025 anfallen wird, wenn sich der Fachbeirat konstituiert und den Entwurf der Geschäftsordnung vorgelegt hat.

Sofern aufgrund von Änderungen der Geschäftsordnung eine erneute Genehmigung erforderlich ist, ist von einem vernachlässigbaren Aufwand auszugehen.

**Vorgabe 4.3.5: Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats an den Deutschen Bundestag; § 14 Suizid-PrävG-E**

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag alle drei Jahre über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats. Es wird davon ausgegangen, dass der Bericht grundsätzlich durch die Bundesfachstelle erstellt wird und somit bereits im Erfüllungsaufwand der Vorgabe 4.3.4 enthalten ist. Gegebenenfalls entsteht darüber hinaus ein marginaler, vernachlässigbarer Aufwand beim Bundesministerium für Gesundheit außerhalb der Bundesfachstelle.

**Vorgabe 4.3.6: Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, § 15 SuizidPrävG-E**

Einmaliger Erfüllungsaufwand des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1					
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				200	

Die Wirkungen dieses Gesetzes sowie die Maßnahmen der Bundesfachstelle nach § 5 Satz 1 SuizidPrävG-E, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren.

Es wird schätzungsweise davon ausgegangen, dass für die Evaluation ein einmaliger Erfüllungsaufwand für den Bund in Höhe von 200 000 Euro anfällt. Diese Kosten werden voraussichtlich ab dem Jahr 2032, in dem Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverständigen beginnen, sukzessive anfallen. Dieser einmalige Erfüllungsaufwand fällt dem Jahr 2034 vollständig an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

**Vorgabe 4.3.7: Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E**

Einmaliger Erfüllungsaufwand der GKV:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
13					
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				4 160	

Analog zu den Ausführungen der Wirtschafts-Vorgabe 4.2.2 entsteht für die Vorgabe auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen (Verwaltung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 4 160 000 Euro (13 \* 320 000 Euro).

Durch die Vorgabe, dass ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach § 64f SGB V-E (Artikel 2) in jedem Land durchgeführt werden soll, entsteht mit diesem Gesetzentwurf ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung. Insgesamt entstehen der GKV infolge des Gesetzentwurfes ein einmaliger Mehraufwand in Höhe von 4 160 000 Euro. Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich auf die Jahre, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 SGB V können auch Maßnahmen der Suizidprävention sein, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben vereinbaren oder durchführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen. Es wird von 16 Modellvorhaben ausgegangen. Der Aufwand wird anhand der Fallzahl auf gesetzliche Krankenkassen (80 Prozent = 13 Fälle) und private Krankenkassen (20 Prozent = 3 Fälle) aufgeteilt.

Aufgrund des Ausgestaltungsspielraums der Modellvorhaben lässt sich der Aufwand pro Fall nur schwer abschätzen. Abschluss- und Durchführungskosten bisheriger Modellvorhaben in anderen Bereichen (beispielsweise in der Physiotherapie; siehe auch die in OnDEA registrierte Vorgaben unter der ID 2017011814191001 und 2017011814185001) lagen nach vorliegenden Erkenntnissen und ohne weitere Unterscheidung in Personal- und Sachkosten bei jährlich etwa 60 000 bis 100 000 Euro. Daher wird ein durchschnittlicher Erfüllungsaufwand von rund 80 000 Euro jährlich pro Fall angenommen. Gemäß § 63 Absatz 5 SGB V sind Modellvorhaben im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Daher wird eine durchschnittliche Laufzeit von vier Jahren angenommen. Somit ergeben sich geschätzt 320 000 Euro pro Fall.

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe auf Seiten der Gesetzlichen Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise 4 160 000 Euro (13 \* 320 000 Euro). Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich auf den Zeitraum, in dem die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention vereinbart oder durchgeführt werden.

Sofern von der Möglichkeit nach § 64f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB-V-E Gebrauch gemacht wird, dass sich ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstrecken kann, kann es aufgrund von Synergieeffekten zu nicht bezifferbaren Einsparungen kommen. Die Höhe ist davon abhängig, in welchem Umfang diese Möglichkeit genutzt wird. Hierzu liegen keine Prognosen vor.

## **5. Weitere Kosten**

Keine.

## **6. Weitere Gesetzesfolgen**

Keine.

Der Gesetzentwurf hat keine direkten Auswirkungen auf Verbraucherinnen oder Verbraucher. Auch in gleichstellungspolitischer Hinsicht ist der Gesetzentwurf neutral. Besondere demografische Auswirkungen sind nicht zu erwarten. Der Gesetzentwurf ist erforderlich um die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Deutschland in Bezug auf die Suizidprävention zu verbessern und trägt zu diesem Ziel bei.

## VII. Befristung; Evaluierung

Die Bundesfachstelle wird bei ihrer Arbeit durch einen Fachbeirat unterstützt, dessen Einsatz nach § 6 Absatz 4 SuizidPrävG-E in Artikel 1 zunächst auf zehn Jahre befristet ist.

Nach § 15 SuizidPrävG-E in Artikel 1 sind die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Bundesfachstelle nach § 5 SuizidPrävG-E in Artikel 1 vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren. Gegenstand der Evaluierung soll sein, ob die mit diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden stärken und verbessern. Im Rahmen der Evaluierung ist unter anderem auch zu prüfen, in welchem Umfang die Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle dauerhaft fortzuführen ist. Die Evaluierung wird sich ebenfalls mit der Errichtung des Fachbeirats befassen. Die Einrichtung des Fachbeirats ist nach § 6 Absatz 4 auf zehn Jahre begrenzt. Es obliegt daher dem Gesetzgeber, über eine Verlängerung dieses Zeitraums oder eine Verstetigung des Fachbeirats auf Grundlage der Evaluierung zu entscheiden. Kriterien und Indikatoren der Zielerreichung sind eine Verringerung der Zahlen von Suizidversuchen und Suiziden im Hinblick auf Suizidmethoden und -mittel. Wichtige potentielle Datenquellen, aus der sich für die Evaluierung Erkenntnisse, Rückschlüsse und Handlungsempfehlungen ergeben können, sind die Todesursachenstatistik oder Daten aus dem Krankenhausentgeltgesetz. Die vorgesehene systematische Surveillance von Suizidversuchen und Suiziden wird ebenfalls eine evidenzbasierte Datenlage für die Evaluation darstellen. Gegebenenfalls weitere erforderliche Daten können beim Statistischen Bundesamt und den zuständigen Behörden der Länder abgefragt werden. Die Modellvorhaben nach § 64f SGB V-E sind entsprechend der Regelung in § 63 Absatz 5 Satz 1 SGB V im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gemäß § 65 SGB im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen. Nach der Auswertung der Modellvorhaben ist über die Übertragung in die Regelversorgung zu entscheiden.

Ein Bedarf für eine Experimentierklausel besteht nicht, da es keinen über die bereits vorgesehenen Regelungen erforderlichen weiteren Erprobungsbedarf gibt. Auch künftig ist kein weiterer Erprobungsbedarf zu erwarten.

### B. Besonderer Teil

#### Zu Artikel 1 (Gesetz zur Prävention von Suizidversuchen und Suiziden)

##### Zu § 1 (Ziel des Gesetzes)

Die Vorschrift bestimmt das Ziel dieses Gesetzes.

Suizidprävention im Sinne dieses Gesetzes bezeichnet die Aufgabe, Suizidversuche und Suizide möglichst zu verhindern, Betroffene frühzeitig zu unterstützen, suizidalen Verlangen vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren. Es sollen solche Lebenslagen vermieden werden, in denen sich Menschen genötigt fühlen, einer zumindest subjektiv als unerträglich erlebten Lebenssituation durch Suizid ein Ende zu setzen oder dies versuchen. Die Suizidprävention umfasst vielfältige Interventionen und Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure auf Bundes- und auf Landesebene auf unterschiedlichen Handlungsebenen.

Bei Präventionsmaßnahmen kann nach allgemeiner und zielgruppenspezifischer Prävention unterschieden werden.

Die allgemeine Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung und beabsichtigt beispielsweise mit Aufklärung und Informationen, niedrigschwelligen Beratungs- und Kontaktangeboten oder mit allgemeinen Strategien einem suizidalen Verlangen vorzubeugen. Nicht zuletzt soll auch eine Gefährdung Dritter durch einen Suizid oder einen Suizidversuch vermieden werden oder, falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden.

Zielgruppenspezifische Maßnahmen in der Suizidprävention sind darauf ausgerichtet, die spezifischen Bedürfnisse und Risikofaktoren unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zu adressieren. Durch maßgeschneiderte Ansätze kann die Suizidprävention wirksamer gestaltet und die Unterstützung für gefährdete Gruppen verbessert werden.

Das vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG)) umfasste Recht auf selbstbestimmtes Sterben wird durch dieses Gesetz nicht eingeschränkt.

### **Zu § 2 (Begriffsbestimmungen)**

Dieses Gesetz verwendet diverse Begrifflichkeiten, die in § 2 zur Erhöhung der Klarheit und zum besseren Verständnis einheitlich definiert werden um den Umgang der Rechtsanwender mit diesem Gesetz zu erleichtern.

Absatz 1 fasst Menschen aller Altersgruppen, die suizidale Gedanken, Suizidideen oder -absichten haben, diese äußern oder einen Suizidversuch ankündigen, einen Suizidversuch beabsichtigen oder einen solchen vorgenommen haben, unter dem Begriff der Betroffenen zusammen. Damit werden verschiedene Stufen der bzw. auf dem Weg zur akuten Suizidalität umfasst, nämlich erste, noch undefinierte Gedanken, die sich mit einem möglichen suizidalen Handeln befassen, konkretere Ideen, wie auch weiter ausgeformte Suizidabsichten. Ferner werden Menschen umfasst, die einen möglichen Suizidversuch nach außen hin ankündigen, einen solchen über weiter definierte Absichten hinaus konkret vorhaben und auch solche Menschen, die bereits einen Suizidversuch vorgenommen haben.

Absatz 2 bestimmt den Begriff der Suizidalität im Sinne dieses Gesetzes. Unter Suizidalität werden alle Ausprägungen der Befassung einer Person mit der Herbeiführung des eigenen Todes gefasst.

Absatz 3 bestimmt die Akteure im Bereich Suizidprävention näher. Auf dem Gebiet der Suizidprävention sind viele unterschiedliche Akteure tätig.

Absatz 4 bestimmt die Krisendienste näher. Aufgrund unterschiedlicher Strukturen in den Ländern sowie der vielen unterschiedlichen Akteure auf dem Gebiet der Suizidprävention sind die unter dem Begriff Krisendienste zu fassenden Angebote heterogen. Polizeien und Rettungsdienste sind ausdrücklich nicht als Krisendienste im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen.

### **Zu § 3 (Vorgehen bei Kenntnis der Angehörigen bestimmter Berufsgruppen von der Gefahr eines Suizids)**

Ziel der Vorschrift ist es, dass die in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen insbesondere aus den Gesundheitsberufen und aus den Sozial- und Lehrberufen, die beruflich in engem Kontakt mit einer Person mit hohem Suizidrisiko stehen, diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Beratungs- und Hilfsangeboten hinweisen, wenn ihnen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit Tatsachen bekannt werden, die offensichtlich die Annahme begründen, dass die Gefahr eines Suizids besteht. Dadurch sollen die richtigen

weiteren Schritte der gefährdeten Person in das Hilfesystem angebahnt werden. Die Vorschrift stellt einen weiteren wichtigen Baustein im Rahmen der Suizidprävention dar. Durch die Regelung wird eine Verbesserung der Prävention von Suizidversuchen oder Suiziden angestrebt, indem beim Bekanntwerden einer Suizidgefahr Betroffene unterstützt werden und das Thema Suizid und Suizidalität enttabuisiert wird.

Die Vorschrift ist angelehnt an § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Es handelt sich jedoch vorliegend nicht um eine gesetzliche Offenbarungspflicht oder Offenbarungsbefugnis. Die nach § 203 des Strafgesetzbuchs bestehende Strafbarkeit der Verletzung von Privatgeheimnissen, die einem der in dieser Vorschrift genannten Berufsgeheimnisträger anvertraut worden sind, bleibt somit unberührt. Eine Weitergabe von Informationen zur betroffenen Person an Dritte ist nicht vorgesehen und eine datenschutzrechtliche Erlaubnis hierfür auch nicht geregelt.

Der Anwendungsbereich umfasst bestimmte Berufsgruppen, die von ihrer beruflichen Tätigkeit her in unmittelbarem Kontakt zu Personen mit hohem Suizidrisiko stehen oder stehen können und von ihrer Ausbildung her zur Erörterung der Problemlagen mit der betroffenen Person befähigt sind, also in erster Linie Ärztinnen und Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, einschließlich berufsmäßiger Gehilfen, Berufspsychologinnen und -psychologen, Beraterinnen und Berater für Ehe-, Familien-, Erziehungs- und Suchtfragen sowie Jugendberaterinnen und Jugendberater, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Lehrkräfte.

Es müssen Tatsachen bekannt geworden sein, die für Jeden offensichtlich die Annahme begründen, dass die Gefahr eines Suizids besteht. Dabei ist unbedeutend, ob der bekannt gewordene Wunsch nach einem Suizid lediglich Ausdruck einer depressiven Augenblicksstimmung ist oder der Entschluss noch nicht von innerer Festigkeit oder Zielstrebigkeit getragen ist. Eine Nachforschungspflicht im Hinblick darauf, ob die Person suizidgefährdet ist, ist mit dieser Vorschrift nicht verbunden.

Mit Blick auf die Formulierung „sollen“ ist vorliegend eine Verpflichtung für den Regelfall vorgesehen. Eine Ausnahme davon ist denkbar, wenn beispielsweise die Person bereits anderweitig Unterstützung erhält oder ein Tätigwerden einen Suizidversuch befördern könnte. Eine ausdrückliche Ausnahme besteht, wenn bereits aufgrund anderweitiger Rechtsvorschriften eine Handlungspflicht besteht.

Auch ist nach der Regelung ein Tätigwerden nicht zu verlangen, wenn insgesamt noch keine Kenntnis über die Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder oder der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention vorliegen. Eine Verpflichtung, sich diese Informationen aktiv zu beschaffen, besteht nicht. Es ist eine öffentliche Aufgabe, die Allgemeinheit über die Möglichkeiten der allgemeinen und individuellen Suizidprävention sowie über entsprechende Beratungs- und Versorgungsangebote zu informieren und aufzuklären. Darüber hinaus ist es Aufgabe der Bundesfachstelle, Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention für alle in § 3 genannten Berufsgruppen zu entwickeln und deren Implementierung in die Praxis zu befördern, § 5 Nummer 9.

Entscheidend ist, dass die Suizidgefahr in Ausübung der beruflichen Tätigkeit bekannt wird, andernfalls wird die durch die Regelung begründete Verpflichtung nicht ausgelöst.

### **Zu Nummer 1**

Diese Vorschrift bezieht sich insbesondere auf Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Hebammen oder Entbindungspfleger, Pflegefachpersonen, Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter oder Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Berufsmäßig tätige Gehilfen oder Personen sind ebenfalls erfasst. Nicht

erfasst sind Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind – zum Beispiel Praktikantinnen und Praktikanten oder Auszubildende. Da Heilpraktiker keine entsprechende Ausbildung absolvieren müssen, gilt die Vorschrift für diese Personengruppe nicht.

Gerade Ärztinnen und Ärzte und andere Akteure aus dem Gesundheitswesen sind zentrale Ansprechpartner und wegweisende Vertrauenspersonen für Menschen in Krisensituationen und können vermehrt im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Hinweise auf akute Krisensituationen ihrer Patientin oder ihres Patienten erhalten. Ihr Wissen und ihre Kenntnisse bezüglich der Erkennung von Suizidalität und Hilfebedarf wie auch zu Hilfsstrukturen und -angeboten zum einen und ihr vertrauensvoller Zugang zu und Umgang mit Personen in Krisensituationen zum anderen, sind wichtige Elemente einer funktionierenden Hilfekette. Ihnen kommt daher bei der Suizidprävention eine Schlüsselrolle zu. Sie sollen bei Bekanntwerden von Tatsachen, die offensichtlich auf die Gefahr eines Suizids hindeuten, die betreffende Person selbst mit hoher Sensibilität über bestehende Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder, der Kommunen oder weiterer Akteure im Bereich der Suizidprävention informieren.

Relevant sind in diesem Kontext auch die entsprechenden Mitarbeitenden in den Rettungsleitstellen der Länder und Kommunen oder in den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

### **Zu Nummer 2**

Auch Berufspsychologinnen und Berufspsychologen gehören zu den Berufsgruppen, die oftmals frühzeitig Hinweise auf eine sich ankündigende Krisensituation und auf einen akuten Hilfebedarf erhalten und eine besondere Verantwortung tragen, damit Betroffene den Weg in weitere Hilfsangebote finden. Darunter werden alle als solche tätigen Psychologinnen und Psychologen verstanden, die einen Bachelor of Arts oder einen Master of Arts -Abschluss oder ein Diplom an einer Hochschule erworben haben, an der die benannte Abschlussprüfung absolviert werden kann.

### **Zu Nummer 3**

Auch Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen und -berater und Beraterinnen und Berater für Suchtfragen in anerkannten Beratungsstellen erlangen oftmals im Rahmen ihrer Berufsausübung Kenntnis über sich anbahnende kritische Situationen bei einzelnen Personen und können als Vertrauensperson eine wichtige Rolle einnehmen, indem sie über Hilfeangebote informieren. Nicht entscheidend ist, über welchen Berufsabschluss die Personen verfügen, sondern die Rolle, in der sie tätig sind. Dabei müssen die Personen jeweils in Beratungsstellen tätig sein, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt sind. Beraterinnen und Berater sind nicht erfasst, wenn sie selbstständig, also ohne Anerkennung durch eine der genannten Stellen, Beratung anbieten.

### **Zu Nummer 4**

Ebenfalls erfasst sind Mitglieder oder Beauftragte einer in § 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes genannten Beratungsstelle oder einer nach § 9 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, da sie oftmals im Rahmen ihrer Berufsausübung Kenntnis über sich anbahnende kritische Situation bei einzelnen Personen erlangen können und als Vertrauenspersonen eine wichtige Rolle bei der Suizidprävention einnehmen, indem sie über Hilfeangeboten informieren. Auch hier ist nicht entscheidend, welche Ausbildung oder welches Studium die Personen absolviert haben, sondern allein die Tatsache, ob sie zu den Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle gehören.

## Zu Nummer 5

Auch staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen und Lehrkräfte sind wichtige Vertrauenspersonen, die frühzeitig Suizidalität und akuten Hilfebedarf erkennen können und über Hilfsangebote informieren sollen.

### Zu § 4 (Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention)

Von entscheidender Bedeutung ist, dass Suizidprävention stets eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und bleibt.

Als Grundstein für die effektive Weiterentwicklung der Suizidprävention beinhaltet dieses Gesetz die Etablierung einer zentralen Bundesfachstelle für Suizidprävention. Es ist keine regelnde Einflussnahme durch den Bund vorgesehen. Die Aufgabe der Bundesfachstelle beschränkt sich auf die fachliche Begleitung und fachliche Information.

Mit der Bundesfachstelle soll auf Bundesebene eine überregionale Struktur geschaffen werden, die eine wichtige Funktion suizidpräventiver Angebote übernimmt. Sie ist neutral, überparteilich und konfessionslos. Eine finanzielle Unterstützung der bestehenden Angebote verbleibt in Länderzuständigkeit.

Die unter § 5 beispielhaft aufgeführten Aufgaben der Bundesfachstelle greifen vor diesem Hintergrund explizit Handlungsansätze auf, bei denen die Zuständigkeit vorrangig beim Bund liegt. Es gilt, bei diesen Maßnahmen die Heterogenität der Risikogruppen und der Gesamtbevölkerung zu berücksichtigen.

Ziel der Bundesfachstelle soll es sein, die Sichtbarkeit für die Suizidprävention zu stärken und neue Erkenntnisse zu gewinnen, die wesentlich zur Verbesserung einer evidenzbasierten Suizidprävention in Deutschland beitragen und im Zuständigkeitsbereich des Bundes liegen. Die Stelle spielt damit eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und der Entschließung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630). Die gesetzliche Verankerung der Bundesfachstelle soll zudem ausreichende Planungs- und Umsetzungssicherheit sowie Verbindlichkeit bieten. Die Bundesfachstelle arbeitet eng mit Akteuren aus dem Bereich der Suizidprävention zusammen. Die Unterstützung und enge Zusammenarbeit mit der Suizidforschung sind ebenfalls unverzichtbar.

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. hat in dem mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und in Kooperation mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm Deutschland erstellten umfassenden Bericht „Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven“<sup>12)</sup> als Empfehlung festgehalten, dass bei der Vielzahl der regionalen, niederschweligen Suizidpräventionsangebote der Länder, Kommunen und Gemeinden eine übergeordnete Stelle als dringend erforderlich eingeschätzt wird. Dadurch werden die aktive Zusammenarbeit in einer sehr heterogenen Versorgungslandschaft gefördert und werden Kräfte gebündelt und gemeinsame Aktivitäten angeregt. Es ist wichtig zu betonen, dass Doppelstrukturen vermieden werden sollen und die Bundesfachstelle keine Konkurrenz zu den etablierten Angeboten darstellen soll.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass zentrale Stellen erfolgreich sein können, wenn sie in eine nationale Strategie eingebettet sind, eine starke Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren gewährleisten und kontinuierlich Daten zur Evaluierung und Verbesserung der Maßnahmen nutzen. Gut koordiniert und umfassend implementiert können diese nationalen und zentralen Stellen zu einer signifikanten Reduktion von Suiziden beitragen. Sie dienen als Knotenpunkt für die Überwachung und Implementierung von unterschiedlichsten Maßnahmen.

---

<sup>12)</sup> <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf> (letzter Zugriff: 12. Dezember 2024).

Studien zu multi-sektoralen Ansätzen in der Suizidprävention, wie sie in Ländern wie Schweden und Schottland praktiziert werden, zeigen, dass die enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen, Bildungssektor, Sozialdiensten und Justiz zu einer deutlichen Verringerung der Suizidraten führen kann. Diese Zusammenarbeit wird häufig durch zentrale Stellen erleichtert, die die Aktivitäten zwischen den verschiedenen Akteuren steuern.

Eine europäische Taskforce zur Suizidprävention empfahl in ihrem Fachartikel „Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper“<sup>13)</sup>, dass evidenzbasierte, suizidpräventive Maßnahmen im Vordergrund der Handlungen stehen sollten und jeder Staat eine evidenzbasierte Suizidpräventionsstrategie verabschieden sollte. Zudem empfahl die Taskforce in ihrem Artikel die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle.

Auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats vom 22. September 2022<sup>14)</sup> macht deutlich, dass die Vernetzung der Präventionsangebote auf unterschiedlichen Ebenen sowie ein Ineinandergreifen der Verantwortungsbereiche der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure im Sinne einer Multiakteursverantwortung von großer Bedeutung für den nachhaltigen Präventionserfolg ist. Diese Vernetzung aller Ebenen sei insbesondere wichtig und notwendig, um das Ziel zu verfolgen, „Person[en] inmitten psychosozial verdichteter suizidaler Lebenssituationen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und den situationsbedingt anspruchsvollen Anforderungen an eine freiverantwortliche Entscheidung Rechnung zu tragen“<sup>15)</sup>.

Der Deutsche Ethikrat sieht zudem die Institutionen der „Makroebene“ in der Verantwortung, notwendige Rahmenbedingungen zu schaffen, Akteure der anderen Ebenen (Mikro- und Mesoebene) in die Lage zu versetzen, ihrer Verantwortung nachzukommen. Mit der Möglichkeit der Etablierung einer zentralen Bundesfachstelle auf rechtssicherer Handlungsbasis im Rahmen des von der Bundesregierung vorgelegten Entwurfes für ein Suizidpräventionsgesetz kommt die Bundesregierung dieser Forderung nach und ermöglicht eine konsequente Weiterentwicklung der Suizidprävention. Nicht nur die zuletzt ansteigenden Suizidzahlen in Deutschland zeigen die dringende Notwendigkeit auf. Auch im Zusammenhang mit der Debatte um die rechtliche Regelung der Suizidassistenz und mit einer immer älter und einsamer werdenden Gesellschaft bedarf es der zusätzlichen Stärkung und Absicherung der Suizidprävention.

Die Publikation „Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries“<sup>16)</sup> der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2021 enthält eine Übersicht über die wichtigsten Aufgaben der Suizidprävention, die Publikation stellt einen Konsens der internationalen Suizidforschung dar. Auch hier werden die multisektorale Zusammenarbeit und Vernetzung als bedeutsames Element verstanden. Weitere Elemente, die zukünftig den Aufgabenbereich der Bundesfachstelle umfassen sollen, werden in der WHO-Publikation genannt und als äußerst relevant für das Gelingen der Suizidprävention eingestuft.

Zusammenfassend lässt sich nicht zuletzt auch durch die internationale Erfahrung und Evidenz die Bedeutung einer zentralen Begleitung suizidpräventiver Maßnahmen deutlich ableiten, was zu einer nachhaltigen Reduktion von Suiziden beiträgt. Zudem kann die Arbeit der Bundesfachstelle dabei helfen, weitere Evidenz für suizidpräventive Maßnahmen zu generieren.

---

13) Zalsman G et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Europ Neuropsychopharmacol* 2017;27:418-21. [dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012).

14) Deutscher Ethikrat, Stellungnahme (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Berlin, Deutschland (<https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/>).

15) Deutscher Ethikrat, Stellungnahme (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Berlin, Deutschland (<https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/>), S. 21.

16) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629> [letzter Zugriff: 12. Dezember 2024].



## Zu § 5 (Aufgaben)

Die Bundesregierung hat in Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Nationale Suizidpräventionsstrategie entwickelt.<sup>17)</sup> Sie legt hierin Maßnahmen und Empfehlungen in den wichtigen Handlungsfeldern Gesundheitskompetenz und Empowerment, psychosoziale Beratung und Unterstützung sowie Vernetzung und Koordination der Suizidprävention vor. Die Nationale Suizidpräventionsstrategie enthält dabei bestimmte Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention im Bereich der Vernetzung und Koordination (siehe 3. Handlungsfeld 3: Vernetzung und Koordination, S. 18), die die Bundesfachstelle bei ihrer Arbeit zu beachten hat.

Bei den Unterlagen der Bundesfachstelle, die für die Öffentlichkeit bestimmt sind, ist den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen. Sie sollen bei Bedarf auch mehrsprachig und in leichter Sprache verfügbar sein.

## Zu Nummer 1

Die Evidenzlage zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen in der Suizidprävention zeigt, dass maßgeschneiderte Interventionen für spezifische demografische Gruppen effektiver sein können als universelle Ansätze. Der Entwicklung und Veröffentlichung entsprechender Informationsmaterialien ist daher eine wichtige Maßnahme der Suizidprävention. Die Konzentration auf Hochrisikogruppen kann einen größtmöglichen Präventionseffekt erzielen. Beispielsweise zeigen internationale Studien, dass Schulprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen Suizide reduzieren und das Erkennen von Warnzeichen verbessern. Zielgruppenspezifische Maßnahmen sollten besondere Bedürfnisse, Risikofaktoren und Herausforderungen der jeweiligen Gruppe adressieren. Solche Programme erfordern eine enge Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Lebenswelten und die Anpassung der Präventionsstrategien an die kulturellen und sozialen Kontexte der Zielgruppen.

Es bedarf einer differenzierten Identifikation relevanter Zielgruppen. Aus der Entwicklung der Suizidzahlen wird klar ersichtlich, dass ältere Männer mit Blick auf die geschlechts- und altersspezifische Verteilung eine zentrale Zielgruppe der Suizidprävention darstellen. Eine wesentliche Bedeutung dafür hat der geschlechtsspezifische Umgang von Männern mit persönlichen Krisen und nicht entdeckten (psychischen) Erkrankungen. Gleichwohl bedarf es aber auch der besonderen Berücksichtigung der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, innerhalb derer der Suizid die zweithäufigste Todesursache darstellt. Und schließlich empfiehlt sich insbesondere auch die Schaffung spezifischer Hilfsangebote für besondere Zielgruppen wie zum Beispiel Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen oder Menschen mit besonderen Diskriminierungserfahrungen, wie Personen, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\* oder queer (LSBTIQ\*) identifizieren und rassifizierte Menschen.

## Zu Nummer 2

Eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zu Hilfen in Krisensituationen ist, dass diese Hilfeangebote Hilfesuchenden bekannt sind. Dies gilt für die gesamte Bevölkerung und in besonderem Maße für Personen, die ein erhöhtes Risiko für Suizidalität haben und deren An- und Zugehörige. Ein gesellschaftliches Klima, in dem die Menschen offen über persönliche Krisen sowie psychosoziale Belastungen – zum Beispiel durch Einsamkeit oder über psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen – sprechen können, trägt ebenfalls zu einer Verminderung des Risikos für Suizidalität bei. Die Entstigmatisierung psychischer

---

<sup>17)</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430\\_Nationale\\_Suizidpraeventionsstrategie.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf) (letzter Zugriff: 12. Dezember 2024).

Belastungen, Erkrankungen und Notlagen, einschließlich der Enttabuisierung des Themas Suizidalität, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Gleichzeitig bedarf es einer erhöhten gesellschaftlichen Sensibilität dafür, dass neben psychischen Erkrankungen beispielsweise auch chronische Einsamkeit einen zentralen Risikofaktor für Suizidalität darstellt<sup>18)</sup>. Mit der Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit<sup>19)</sup> ergreift die Bundesregierung gegenwärtig bereits eine Vielzahl von Maßnahmen zur Aufklärung über und Linderung von Einsamkeit.

Der Deutsche Ethikrat gibt passend dazu in seiner Stellungnahme vom 22. September 2022<sup>20)</sup> an, dass eine freiverantwortliche Suizidentscheidung voraussetzt, dass die suizidwillige Person über den Gegenstand der von ihr zu treffenden Entscheidung hinreichend informiert ist, sie also hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte hat. Ohne eine solche Kenntnis kann eine Suizidentscheidung – unabhängig von den Gründen für die Unkenntnis – nicht als freiverantwortlich gelten.

Das Bekanntmachen der bestehenden Angebote und Akteure untereinander fördert den Austausch zu gemeinsamen Fragestellungen wie besonderer Problemlagen der Qualitätssicherung und kann in der Praxis der Weitervermittlung von Betroffenen an die für Sie passendsten Angebote dienen.

### **Zu Nummer 3**

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine Vielzahl an Akteuren trägt zur Suizidprävention bei. Eine wesentliche Herausforderung liegt darin, dass zentrale Aufgaben der Suizidprävention in primärer Verantwortung der Länder und Kommunen liegen. Die Begleitung der Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Suizidprävention stellt vor diesem Hintergrund eine zentrale Aufgabe der Bundesfachstelle dar. Die Vorschrift sieht dabei keine regelnde Einflussnahme durch den Bund vor. Die Aufgabe der Bundesfachstelle beschränkt sich auf Begleitung und fachliche Information im Hinblick auf die Netzwerke und die Krisendienste, die zu deren Aufbau und Weiterentwicklung fachlich beraten soll.

### **Zu Nummer 4 und Nummer 5**

In Deutschland steht ein dichtes Netz an niedrigschwelligen psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Dazu zählen insbesondere Angebote auf kommunaler und regionaler Ebene, oftmals in Trägerschaft der Kommunen, der Kirchen und der Wohlfahrtsverbände. Daneben gibt es verschiedene bundesweit erreichbare telefonische und Online-Beratungsangebote. Ein weiteres wichtiges Element der psychosozialen Versorgung sind die sozialpsychiatrischen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Den Ländern kommt in diesen Aufgabenbereichen eine zentrale Rolle zu. Die Bundesfachstelle soll einen Überblick über die vorhandenen bundesweiten Beratungsangebote und anbietenden Institutionen und Akteure erarbeiten und gemeinsam mit diesen erörtern, wie die bestehenden übergreifenden Beratungsangebote weiterentwickelt, untereinander bekannt gemacht und abgestimmt werden können und wie diese bekannter zu machen sind, um den Zugang für betroffene Menschen und An- und Zugehörige zu erleichtern. Die Bundesfachstelle hat die Aufgabe, die Länder und die weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention insoweit fachlich zu beraten. Eine fachliche Beratung auch im Hinblick auf eine Ausweitung der Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote in Betracht. Die beratenen Akteure können beispielsweise Migrant\*innenorganisationen sein, soweit dies angezeigt ist.

---

<sup>18)</sup> Deutscher Ethikrat, Stellungnahme (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Berlin, Deutschland (<https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/>), S. 15.

<sup>19)</sup> <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/234584/9c0557454d1156026525fe67061e292e/2023-strategie-gegen-einsamkeit-data.pdf> (letzter Zugriff: 12. Dezember 2024).

<sup>20)</sup> Deutscher Ethikrat, Stellungnahme (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Berlin, Deutschland (<https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/>), S. 51.

Auf der Bundesebene soll die Bundesfachstelle dabei unterstützen, einen Überblick über die bestehenden Informations- und Hilfeangebote zu schaffen. Neben der Verbreitung von bestehendem Wissen ist auch die Erstellung einer bundesweiten zentralen Website zu vertieften Informationen zur Suizidprävention für betroffene Menschen, für An- und Zugehörige und für Fachkräfte durch die Bundesfachstelle umzusetzen.

### **Zu Nummer 6**

Aufgabe der Bundesfachstelle soll es auch sein, die Akteure im Bereich der Suizidprävention – insbesondere die Krisendienste der Länder – fachliche Informationen bereit zu stellen um die Qualität der Maßnahmen der Suizidprävention nachhaltig weiterzuentwickeln. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis. Dazu gehört auch die Entwicklung von Qualitätskriterien und -standards in Form von Arbeitshilfen zur Unterstützung der praktischen Arbeit vor Ort, deren Veröffentlichung und deren Aktualisierung auf Grundlage aktueller Erkenntnisse und Daten. So sollen beispielsweise fachlich fundierte Arbeitshilfen die Akteure vor Ort unterstützen.

### **Zu Nummer 7**

Die wissenschaftliche Evaluierung suizidpräventiver Maßnahmen hat deutliche Effekte im Bereich der Methodenrestriktion gezeigt. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse bieten eine wichtige Grundlage für die Arbeit der Bundesfachstelle und sollten weiter in die Umsetzung gebracht werden.

Methodenrestriktion beinhaltet einen begrenzten Zugang zu Mitteln oder Orten für Suizidversuche. Die häufig starke Ambivalenz von Suizidgedanken und die von Momententscheidungen geprägte Suizidhandlung kann durch eine wirkungsvolle Methodenbegrenzung effektiv entgegengewirkt werden. In solchen oft kurzen Zeitfenstern, in denen eine Suizidhandlung durchgeführt oder die Suizidentscheidung getroffen wird, kann die Nicht-Verfügbarkeit von Methoden eine entscheidende Rolle einnehmen.

Bauliche Maßnahmen der Methodenrestriktion zielen bei bedarfsgerechter Ausführung auf eine sinnvolle Absicherung von Brücken, hohe Gebäude, Bahnhöfe oder Schienennetze ab. Gerade bei dem Bau oder der Renovierung von Kliniken oder Einrichtungen des Justizvollzugs sollte das vorhandene Wissen zur baulichen Methodenrestriktion nach Möglichkeit Berücksichtigung finden.

Auch das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Suizidprävention in Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ der Deutschen Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP) in Kooperation mit dem NaSPro hat sich in einer Teilprojektgruppe mit dem Thema der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln intensiv auseinandergesetzt und dazu ein Kapitel verfasst<sup>21)</sup>. Hier wird unter anderem betont, dass auch die mediale Berichterstattung über Suizidmethoden einen bedeutenden Einfluss hat, da es dadurch zu einer Zunahme von Suiziden kommen kann. Vorhandene Medienleitfäden informieren darüber.

An sogenannten „Hotspots“ kommt es wiederkehrend zu Suizidversuchen und Suiziden. Es konnte gezeigt werden, dass durch Absicherung dieser „Hotspots“ es häufig nicht zu Ausweichhandlungen kommt, der Suizidwillige sein Vorhaben abbricht und sich im besten Falle Hilfe und Unterstützung sucht. Eine wichtige Bedeutung spielt die Identifizierung dieser „Hotspots“ in den Regionen, um entsprechende Sicherungsmaßnahmen vornehmen zu können.

---

<sup>21)</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/suizidpraevention-in-deutschland-abschlussbericht.html>

Wie diese Identifizierung am besten gelingt und die Informationen zusammenlaufen, um entsprechende Maßnahmen abzuleiten, soll ebenfalls Bestandteil der Konzeptentwicklung durch die Bundesfachstelle sein. Aufgrund der vielfältigen Ansatzmöglichkeiten (Baurecht, et cetera) und der unterschiedlichen Zuständigkeiten für das Voranbringen einer datengeleiteten und effektiven Methodenrestriktion, die den individuellen Gegebenheiten der unterschiedlichen Regionen Rechnung tragen muss, ist eine enge Zusammenarbeit mit den betroffenen Ressorts der Bundesregierung, den Ländern und den Kommunen erforderlich.

### **Zu Nummer 8**

Die bestehenden Telefon- und Online-Beratungsangebote für Menschen in Krisensituationen haben sich insgesamt bewährt. Sie umfassen sowohl allgemeine Beratungsangebote in Lebenskrisen (wie zum Beispiel das Angebot der TelefonSeelsorge®) als auch zielgruppenspezifische Beratung (zum Beispiel für Kinder und Jugendliche, für alte Menschen, für suchtkranke Menschen, für Berufsgruppen mit besonderen Belastungen) oder zielgruppenspezifische Ansprechwege (über Social Media, Chat- oder Messenger-Dienste). Die bestehenden Angebote sollen beibehalten, weiterentwickelt und bedarfsgerecht auf weitere Zielgruppen ausgeweitet werden. Dazu ist ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen den Akteuren vorgesehen.

Eine zentrale Krisenrufnummer mit der 113 und einer Erreichbarkeit über 24 Stunden am Tag und an allen sieben Tagen der Woche stellt durch ihre leichte Erreichbarkeit eine niederschwellige und anonyme Unterstützung in Krisensituationen dar und kann die Zahl der Suizide reduzieren. Wichtige Voraussetzung dafür ist die Weiterleitung in die vorhandenen regionalen Versorgungsangebote. Dies ermöglicht eine gezielte Weiterleitung der Betroffenen unter Kenntnis der regionalen Verfügbarkeiten und Strukturen und ermöglicht gegebenenfalls auch eine aufsuchende Krisenhilfe. Bei der Konzeptentwicklung sind über die Betroffenen hinaus auch An- und Zugehörige sowie anderweitige Bezugspersonen zu berücksichtigen. Zudem ist auch eine fachliche Beratung im Umgang mit dem Thema Suizid denkbar, beispielsweise für Medienschaffende. Geprüft werden soll auch eine Berücksichtigung der zentralen Krisenrufnummer in der Notruf-Anwendung „nora – Notruf-App“ der Länder.

Eine bundesweit verfügbare Rufnummer 113 soll nicht den Status einer nationalen Notrufnummer haben oder als anderer harmonisierter Dienst von sozialem Wert (HDSW) mit den sechsstelligen Rufnummern mit Anfangsziffern 116 ausgestaltet werden. Mit einer „Notruf-Funktionalität“ wären erhebliche rechtliche und technische Konsequenzen verbunden. Insbesondere sind bei dem Betrieb einer Notrufnummer sämtliche unmittelbar geltenden sowie im nationalen Recht umgesetzten europäischen Vorgaben zum Notruf zu beachten. Dem ist eine Ausgestaltung als bundesweit einheitliche Rufnummer 113 zur Suizidprävention analog zur Rufnummer „115“ (einheitlicher Behördenruf) vorzuziehen. Dies ist mit geringeren Kosten bei der Einrichtung und dem Betrieb verbunden.

Neben der fachlichen konzeptionellen Ausarbeitung sollte zudem auch die technische Umsetzung, gemeinsam mit den Betreibern, geprüft und vorgebracht werden.

Der Konzepterstellung soll eine Machbarkeitsstudie zur Einführung einer Krisenrufnummer auf Grundlage des Konzepts folgen.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass durch eine zentrale Krisenrufnummer Suizide effektiv verhindert werden können. Beispielhaft kann die National Suicide Prevention Lifeline aus den USA genannt werden, die seit dem Jahr 2005 existiert. Untersuchungen haben eine hohe Zufriedenheit und Inanspruchnahme mit dem Dienst sowie einen Rückgang der Suizide gezeigt.

Untersuchungen zeigen zudem, dass Anonymität und ein einfacher, niederschwelliger Zugang (einfache Nummer) die Akzeptanz erhöht. Auch das aktive Bewerben dieser Hotlines führt zu einem höheren Benutzergrad. Werden die Hotlines darüber hinaus mit Online-Chat

oder Nachrichtenfunktion ausgestattet, können unterschiedliche Zielgruppen besser erreicht werden.

Eine wichtige Voraussetzung bei der Konzeptentwicklung ist die Einbindung bestehender Krisenrufnummern (zum Beispiel Telefon´Seelsorge®, Nummer gegen Kummer und weitere).

Für die regionale Weiterleitung der Anrufe müssen die technischen Bedingungen geschaffen werden. Eine größere Hürde besteht darin, dass die Krisendienste und andere unmittelbare Hilfsangebote in den Regionen nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Diese stellt eine Grundbedingung dar, um den Anrufern weiterführende Hilfe zukommen zu lassen. Das Ziel, eventuell vorhandene Lücken zu schließen, beziehungsweise das Aufbauen auf vorhandenen Netzen und Beratungsangeboten in den Regionen soll daher ebenfalls Bestandteil der konzeptionellen Arbeit der Bundesfachstelle sein. Die Etablierung einer bundesweit einheitlichen Krisenrufnummer ist ohne entsprechende Strukturen in den Versorgungsregionen nach aktueller Einschätzung nicht zielführend und nachhaltig.

Ein wichtiges Ziel ist es daher, gemeinsam mit den Ländern Lösungsansätze zu finden, um die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung zu verbessern und diese perspektivisch im Rahmen der Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland zu implementieren. Dabei können beispielsweise die 4. Stellungnahme der Regierungskommission<sup>22)</sup> für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland vom 13. Februar 2023 sowie die 8. Stellungnahme der Regierungskommission<sup>23)</sup> zum Themenbereich Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 29. September 2023 wichtige Impulse liefern.

## **Zu Nummer 9**

Suizidgedanken müssen rechtzeitig erkannt und ernstgenommen werden. Insbesondere Angehörige der Berufe, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen, sollen noch stärker sensibilisiert und im Umgang mit gefährdeten Personen geschult sein, um sie in die Lage zu versetzen adäquat zu reagieren und Betroffene über weitergehende Hilfs- oder Therapieangebote zu informieren. Ziel ist, dass der Bund mit der Bundesfachstelle die für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zuständigen Länder unterstützt.

Einheitliche Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention für Angehörige der in § 3 genannten Berufsgruppen, wie beispielsweise Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsberufe, für Beschäftigte in der Kinder- und Jugendhilfe oder für Beschäftigte an allgemein- und berufsbildenden Schulen können einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung liefern. Sofern berufsständische Vertretungen bestehen, kann die Bundesfachstelle diese oder relevante Berufsverbände einbeziehen, auch wenn es um die Implementierung in die Praxis geht.

Die einheitlichen Rahmenempfehlungen sollen auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz entwickelt und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollen sie sich an bestehenden Arbeiten, Leitfäden oder Curricula orientieren und diese weiterentwickeln. Dabei können effektiv Synergien von den vielfältigen bestehenden Angeboten der Suizidprävention genutzt werden. Eine stärkere bundesweite Einheitlichkeit spart Ressourcen, da nicht alle Anbieter eigene Qualitätskriterien erarbeiten müssen, und führt damit zu einer Kosteneinsparung in nicht bezifferbarer Höhe.

---

<sup>22)</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

<sup>23)</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

Das Wissen rund um das Thema Suizidalität und Suizidprävention ist auch bei medizinischen Berufsgruppen immer noch unzureichend. Qualitätsgesicherte und bundeseinheitliche Fort- und Weiterbildungsangebote tragen dazu bei, Kompetenzen für eine suizidpräventive Beratung oder Krisenintervention zu vermitteln.

### **Zu Nummer 10 und Nummer 11**

Die Qualität der Gesundheitsversorgung hat in Deutschland einen hohen Stellenwert. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung evidenzbasiert und leitliniengerecht erfolgen soll. Evidenzbasierte Maßnahmen, deren suizidpräventive Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, können größtmögliche Effekte in der Suizidprävention erzielen und sind daher vorrangig fort zu entwickeln. Evidenzbasierte Suizidprävention bezieht sich auf den Einsatz wissenschaftlich fundierter Methoden und Interventionen zur Verringerung der Suizidrate. Dadurch wird sichergestellt, dass die eingesetzten Mittel tatsächlich zur Reduzierung von Suizidrisiken beitragen.

Zentrale Elemente, die dabei Berücksichtigung finden sollten, sind die frühzeitige Identifikation von Risikofaktoren, maßgeschneiderte Interventionen sowie eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung vorhandener Evidenz. Nicht zuletzt sind evidenzbasierte Maßnahmen für die gesundheitspolitische Ausgestaltung relevant.

Bereits heute bestehen vielfache evidenzbasierte Maßnahmen der Suizidprävention. Darauf soll auch die Arbeit der Bundesfachstelle aufsetzen. Beispielsweise können Aufklärung über und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen nachweislich Suizide reduzieren. Gleiches gilt für den einfachen, niederschweligen Zugang zu einem Beratungs- und Versorgungssystem (über den Gesundheitssektor hinausgehend) oder die Begrenzung des Zugangs zu Suizidmethoden (zum Beispiel durch bauliche Maßnahmen).

Der Forschung kommt dabei eine zentrale Rolle zu, da sie die Grundlage für das Verständnis von Suizid und die Entwicklung wirksamer Präventionsstrategien bildet. Zudem trägt sie dazu bei, vorhandene Präventionsmaßnahmen kontinuierlich zu verbessern.

Es soll ausdrücklich auch der assistierte Suizid berücksichtigt werden. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat im Jahr 2020 festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst<sup>24)</sup>. Der Einfluss des assistierten Suizids auf die allgemeine Suizidrate ist komplex und hängt von verschiedenen Faktoren ab, einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen, der gesellschaftlichen Einstellungen und der Verfügbarkeit von medizinischer und psychologischer Unterstützung. Vorhandene wissenschaftliche Untersuchungen zum Einfluss des assistierten Suizids auf die allgemeine Suizidrate kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die Veränderung der Suizidrate durch den assistierten Suizid sehr stark vom spezifischen Kontext und den Bedingungen in den jeweiligen Ländern abhängt. Es bedarf daher weiterer Forschungsbemühungen und der Etablierung einer transparenten Datengrundlage bezüglich assistierter Suizide, um komplexe Zusammenhänge und Einflussfaktoren sowie längerfristige Auswirkungen auf die allgemeine Suizidrate besser zu verstehen.

Eine systematische Surveillance von Suizidversuchen kann zu einer Verbesserung der Datengrundlage über Suizide und zu einer evidenzbasierten Suizidprävention beitragen.

Die unter den Nummern 10 und 11 genannten geplanten Aufgaben der Bundesfachstelle sollen zu einer verbesserten Datenbasis über Suizidversuche und Suizide beitragen und für Auswertungen im Rahmen einer systemischer Surveillance zur Verfügung stehen. Ziel

---

<sup>24)</sup> BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, [https://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715.htm](https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.htm)

einer Surveillance ist es, frühzeitig Trends zu erfassen, die ein Handeln erfordern. Dafür kommen unterschiedliche Datenquellen zum Einsatz. An welcher Stelle die Surveillance aufgebaut wird, soll neben den inhaltlichen Aspekten ebenfalls Bestandteil der konzeptionellen Überlegungen der Bundesfachstelle sein.

Im ersten Schritt soll die Verbesserung und die Zusammenführung bestehender Datenquellen erfolgen – vor einer möglichen zusätzlichen Erfassung von neuen Daten und der Etablierung weiterer Meldepflichten. Ein Register könnte zwar weitere wichtige Erkenntnisse im Vergleich zum jetzigen Kenntnisstand liefern, würde jedoch neue Meldepflichten erfordern und bekanntermaßen Zeit und Aufwand kosten, die Qualität der Meldungen zu sichern. Der Aufbau der Register-Infrastruktur und die zusätzlichen Meldeaufwände würden einen zeitaufwändigen und kostenintensiven Aufbau bedeuten. Ergebnisse würden erst deutlich zeitverzögert zur Verfügung stehen. Wichtige potentielle bundesweite Datenquellen für die Surveillance, die durchaus schneller Erkenntnisse, Rückschlüsse und Handlungsempfehlungen generieren können, können bereits heute die Todesursachenstatistik oder Daten aus dem Krankenhausentgeltgesetz sein. Es sollte daher zunächst ein Dialog auf Arbeitsebene mit den zuständigen Behörden begonnen werden, um zu prüfen, wie beispielsweise Angaben auf Todesbescheinigungen ausgeweitet und besser nutzbar gemacht werden können.

Ein wichtiger Ansatz um eine bessere Datengrundlage zu erhalten ist die Erarbeitung eines bundeseinheitlichen Musters für Todesbescheinigungen. Da die Erfassung aktuell sehr unterschiedlich in den Ländern gehandhabt wird, die Angaben auf dem Totenschein jedoch umfassend in die Todesursachenstatistik eingehen, wird darin ein grundsätzlich geeignetes Element gesehen sowie viel Potenzial, die Datenerfassung zu verbessern und auszuweiten. Hierbei sollte auch der assistierte Suizid erfasst werden, zu dem aktuell eine sehr schlechte Datengrundlage vorliegt. Ein großer Vorteil der Erfassung über den Todesschein liegt darin, dass keine neuen Meldewege etabliert werden müssen und auf vorhandene und bereits sehr gut etablierte Strukturen zurückgegriffen werden kann. Neben der Erarbeitung eines Musters für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung, mit spezifischeren Angaben zu den Suizidumständen, kann auch die generelle bessere Handhabbarkeit von Todesbescheinigungen, beispielsweise in elektronischer Form als App, geprüft werden. Eine elektronische Bearbeitung verbessert und beschleunigt die Bearbeitung sowie die Les- und Auswertbarkeit.

Besonders wenig Wissen liegt über Suizidversuche vor. Epidemiologische Angaben beruhen fast ausschließlich auf Schätzungen und Hochrechnungen, das sogenannte Dunkelfeld ist hier besonders groß. Gleichzeitig ist bekannt, dass Menschen nach Suizidversuchen ein besonders hohes Risiko haben, erneut einen Suizidversuch zu unternehmen. Sie entsprechend zu identifizieren und in eine längerfristige, suizidpräventive Betreuung zu überführen kann von entscheidender Bedeutung sein. Um die gezielte Erreichbarkeit dieser Hochrisikogruppe zu verbessern, ist ein weiterer potentiell geeigneter Ansatz die Nutzung von gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) erhobenen Daten.

Nach § 28 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes führt das Statistische Bundesamt unter Verarbeitung der von der Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG übermittelten Daten jährlich eine Auswertung als Bundesstatistik auch zu den Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen durch. Dies umfasst Leistungsdaten zu den Haupt- und Nebendiagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V, in der jeweils gültigen, vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen, deutschen Fassung. Hierbei handelt es sich um die ICD-10 German Modification (ICD-10-GM), die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), einer medizinischen Klassifikationsliste der (WHO). Aktuell können aus diesen Daten keine Suizidversuche erfasst werden. Entgegen der Basisversion der ICD-10 der WHO findet in der deutschen Fassung im Hinblick auf eine absichtliche Selbstschädigung als Nebendiagnose keine Differenzierung zwischen einer

absichtlich selbst zugefügten Vergiftung, einer absichtlich selbst zugefügten Verletzung oder versuchten Selbsttötung (siehe Kode X84.-!) statt. Die Basisversion der IDC-10 der WHO ist insoweit differenzierter im Hinblick auf die Selbstschädigungshandlungen (siehe Kode X60 bis X84), so dass aus einer vorsätzlichen Selbstschädigungshandlung ein Selbsttötungsversuch abgeleitet werden kann, wie zum Beispiel bei einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken (Kode X70) oder einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung durch Ertrinken und Untergehen (Kode X71).

Im Rahmen der Datenauswertung könnte durch die Bundesfachstelle geprüft werden, ob und inwieweit ein Suizidversuch nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom BfArM im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung, ICD-10\_GM als Nebendiagnose in den nach § 21 Absatz 2 KHEntgG zu übermittelnden Daten bereits erfasst wird oder erfasst werden kann.

Menschen kommen nach Suizidversuchen häufig mit dem medizinischen Versorgungssystem im Krankenhaus in Kontakt. Durch eine Anpassung im KHEntgG könnte die Datenbasis von Suizidversuchen über eine systematische Erfassung verbessert werden. Auf dieser Grundlage können beispielsweise nähere Informationen über Methoden, Altersgruppe, Geschlecht oder Lebensumstände der Betroffenen erfasst werden, die wiederum die Entwicklung evidenzbasierter, suizidpräventiver Maßnahmen ermöglicht. Weiterhin sollte es das Ziel sein, ein Konzept für systematische Angebote und die Vermittlung der Betroffenen in weiterführende psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlung oder Betreuung zu erstellen. Diese systematischen Angebote sollten flächendeckend implementiert, regelmäßig evaluiert und allen Betroffenen nach Suizidversuchen zur Weiterbehandlung bereits bei der Erstversorgung nach Suizidversuch in der somatischen oder psychiatrischen Krankenhausabteilung angeboten werden.

Die Bundesfachstelle übernimmt Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid, um gefährdete Zielgruppen genauer bestimmen zu können, um bestehende Wissensdefizite über die Entstehung von Suizidalität und bezüglich wirksamer Präventionsmöglichkeiten zu beheben und wissenschaftlich fundiert suizidpräventive Angebote zu entwickeln oder weiterzuentwickeln und diese zu evaluieren. Die Bundesfachstelle kann dazu Dritte wie beispielsweise nachgeordnete Behörden oder wissenschaftliche Institutionen beauftragen bzw. Forschungsprojekte fördern. Die Forschung wird auf der Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierendem Forschungsprogramm durchgeführt.

Forschungsthemen, die beispielsweise aufgegriffen werden können:

- Rolle der sozialen Medien in der Suizidprävention: Soziale Medien haben ein großes Potential, Stimmungen, Gefühle und Verhaltensweisen von einzelnen Personen zu beeinflussen. Akteure können in den sozialen Medien nicht nur Themen setzen, sondern auch deren gesellschaftliche Wahrnehmung und Stellenwert deutlich mitbestimmen. Die Kommunikation in den sozialen Medien ist daher auch mit Blick auf Suizide und Suizidalität von Bedeutung und kann gesellschaftliche Vorstellungen von und Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und Erkrankten, aber auch zu Suizidalität und Suizidgefährdeten prägen. Es ist davon auszugehen, dass soziale Medien und Chatforen auch das Potential haben, das Risiko für Suizidalität negativ zu beeinflussen, zum Beispiel durch ausführliche persönliche und emotionale Schilderungen der Motive für einen möglichen Suizid wie auch von Gedanken über Methoden des Suizids. Dadurch besteht die Gefahr der Nachahmung durch Identifikation, sozialer Ansteckung und Herabsetzung der Hemmschwelle. Gleichzeitig bieten soziale Medien und Chatforen eine Chance zum anonymisierten Austausch über persönliche Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Ziel der Forschung könnte es sein, die Einflüsse der sozialen Medien auf die Suizidalität zielgruppenspezifisch näher zu untersuchen und wissenschaftlich fundiert Ansätze und Verhaltensvereinbarungen zu entwickeln, die einen sensiblen Umgang mit der Thematik



in sozialen Medien ermöglicht unter Vermeidung negativer Effekte. Ziel ist eine verantwortungsvolle Medien- und Öffentlichkeitsarbeit.

- Erfassung und Analyse der Komplexität von Suizidgedanken und -impulsen in ihrer Entstehung, Entwicklung und Intensität und der hierbei maßgeblichen sozialen, kulturellen, rechtlichen und personalen Einflussfaktoren, jeweils bezogen auf die unterschiedlichen Risikogruppen für Suizidalität: Um frühzeitig der Entstehung von Suizidalität entgegen wirken zu können, sind Erkenntnisse zu den maßgeblichen Einflussfaktoren auf die Entstehung und Realisierung von Suizidwünschen – bezogen auf relevante Zielgruppen – sinnvoll. Darauf aufbauend können qualitätsgesicherte Suizidpräventionsprogramme für besonders gefährdete Risikogruppen entwickelt werden.
- Erfassung und Analyse der Einflussfaktoren von Suizidgedanken und -impulsen im Zusammenhang mit assistierten Suiziden.
- Entwicklung eines Monitorings zu Suizidversuchen, Suiziden und assistierten Suiziden unter möglichst weitgehender Nutzung und Zusammenführung bereits erhobener Datensätze.

Forschungsansätze, die suizidpräventive Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen unterstützen, sind essenziell, um evidenzbasierte und effektive Interventionen zu entwickeln. Diese Ansätze können sich unter anderem darauf konzentrieren, Risikofaktoren zu identifizieren, präventive Strategien zu evaluieren und die Wirksamkeit von Interventionen in spezifischen Bevölkerungsgruppen zu testen. Bereits vorhandene Evidenz kann damit weiterentwickelt und überprüft werden, neue Risikogruppen möglicherweise identifiziert werden. Die Forschung kann auf der Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierenden Forschungsprogramms, das die Bundesfachstelle erstellt, durchgeführt werden.

## **Zu Nummer 12**

Register ermöglichen eine detaillierte Datenerfassung zu Umständen, Methoden und Hintergründen von Suizidversuchen oder Suiziden. Diese Daten sind entscheidend, um Muster oder Risikogruppen zu identifizieren und Suizidpräventionsmaßnahmen entwickeln zu können. Diese Suizidpräventionsmaßnahmen können dank der Erkenntnisse gezielt auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Gruppen zugeschnitten werden, Versorgungslücken identifizieren und die Öffentlichkeit für die Thematik sensibilisieren. Um Ursachen und Zusammenhänge von Suiziden besser zu verstehen, kann eine wissenschaftliche Verwendung und Aufarbeitung der Daten erfolgen. Ein bedeutsames Alleinstellungsmerkmal von Registern ist die Langfristigkeit der Erfassung. Damit können Entwicklungen und Trends über längere Zeiträume hinweg erfasst und Präventionsmaßnahmen kontinuierlich angepasst werden.

Auch wenn der Aufbau eines Suizidregisters sehr zeit- und kostenintensiv ist und hohe Ansprüche an die Qualität der gemeldeten Daten erfordert, ist es eine der umfassendsten Möglichkeiten der Erkenntnisgewinnung. Der Aufbau eines Suizidregisters kann in einem ersten Schritt durch die Bundesfachstelle konzeptionell entwickelt und begleitet werden. Die Erfahrung mit anderen Registern zeigt, dass häufig mehrjährige Planungsschritte einzukalkulieren sind und hohe Kosten mit dem Aufbau verbunden sind. Aufbauend auf vorhandenen Meldewegen könnten eine weiterführende Registerstruktur und neue Meldepflichten entwickelt sowie miteinander vernetzt werden.

## **Zu § 6 (Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle; Aufgaben)**

Die Vorschrift regelt die Einrichtung eines Fachbeirats.

Der Fachbeirat unterstützt die Bundesfachstelle in fachlichen Fragen der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 5 Satz 1.

Die Bundesfachstelle und der Fachbeirat stimmen sich im Hinblick auf die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben ab. Dies umfasst insbesondere eine abgestimmte Priorisierung der jeweiligen Aufgaben und der zeitlichen Horizonte für ihre Erledigung.

Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die administrativen Aufgaben für den Fachbeirat. Dies umfasst zum Beispiel die Abrechnung der Reisekosten, die Einladung zu Sitzungen oder die Durchführung von Beschlüssen zur Hinzuziehung von Sachverständigen oder der Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien nach § 10 Absatz 2 Satz 4 SuizidPrävG-E. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diese Aufgabe, unter der Wahrnehmung der Fachaufsicht, auch auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit vollständig oder teilweise übertragen. Dies kann beispielsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder das Robert Koch-Institut (RKI) sein, dies vorbehaltlich der in den Behörden jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für den Bereich der Suizidprävention.

Die Einrichtung des Fachbeirats ist auf einen Zeitraum von insgesamt zehn Jahren begrenzt. Die Frist beginnt mit der konstituierenden Sitzung des Fachbeirats des ersten Einsetzungszeitraums, also dem Zeitpunkt, zu dem sich die Mitglieder erstmals zu einer Sitzung einfinden. Es obliegt dem Gesetzgeber bei Bedarf und nach der Evaluierung nach § 15, über eine Verlängerung zu entscheiden. Sollte eine Verlängerung oder Verstetigung nicht beschlossen werden, so wird der Fachbeirat nicht neu eingesetzt.

#### **Zu § 7 (Mitgliedschaft im Fachbeirat)**

Die Vorschrift regelt die Modalitäten der Mitgliedschaft in der Fachkommission.

##### **Zu Absatz 1**

Das Gremium soll aus Gründen der Arbeitsfähigkeit die Zahl von elf Mitgliedern nicht überschreiten, kann jedoch weniger Mitglieder haben, zum Beispiel, wenn ein Mitglied vorzeitig ausscheidet und eine Nachbesetzung nicht erfolgt. Die Länder werden in das Berufungsverfahren dadurch einbezogen, dass die Berufung der Mitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Ländern zu erfolgen hat. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und die Länder können insoweit Vorschläge machen oder Einwände gegen Besetzungsvorschläge vorbringen; ein Einvernehmen ist nicht vorgesehen. Die Mitglieder werden jeweils für die Dauer von fünf Jahren berufen.

Die Mitgliedschaft erfolgt ehrenamtlich und somit ohne Vergütung.

Für die Ausübung der ehrenamtlichen Tätigkeit und die Verschwiegenheitspflicht gelten die §§ 83 und 84 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) entsprechend.

##### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt die Zusammensetzung des Fachbeirats. Kriterium für die Auswahl ist die jeweilige fachliche Expertise für die bestehenden Aufgaben der Bundesfachstelle, die Mitglieder in den Fachbeirat einbringen können. Vorgaben, in welchem Verhältnis die Vertreterinnen und Vertreter bestimmter Gruppen zueinander zu besetzen sind, bestehen nicht.

Der Fachbeirat soll sich aus Vertreterinnen oder Vertretern von Einrichtungen und Verbänden zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention, Vertreterinnen oder Vertretern von Einrichtungen und Verbänden, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention befassen, Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft, die sich mit den

medizinischen, psychischen oder sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen, Vertreterinnen oder Vertretern von Verbänden von Betroffenen und Verbänden von Angehörigen von Betroffenen sowie Vertreterinnen oder Vertretern von Polizeien und Rettungsdiensten zusammensetzen.

### **Zu Absatz 3**

Die Mitglieder des Fachbeirats werden nicht als Vertreter von Verbänden oder Institutionen berufen, sondern als natürliche Personen. Dementsprechend ist auch eine Vertretung nicht zulässig. Umgekehrt steht eine Mitgliedschaft in einem Verband oder die Zugehörigkeit zu einer Institution einer Berufung auch nicht entgegen.

### **Zu Absatz 4**

Die Berufung eines jeden Mitglieds endet regelmäßig mit dem Ende des Einsetzungszeitraumes des Fachbeirats gemäß Absatz 1 Satz 2 als solchem. Davor kann jedes Mitglied des Fachbeirats mit einer Frist von einem Monat die Beendigung der Mitgliedschaft im Fachbeirat erklären. Eine Wiederberufung ist zulässig. Gleichwohl wird auf eine kontinuierliche personelle Erneuerung des Fachbeirats zu achten sein.

### **Zu Absatz 5**

Die Vorschrift regelt Konsequenzen aus Pflichtverletzungen beziehungsweise Verstößen gegen relevante Normen (dies können auch strafrechtliche Verstöße sein) durch Mitglieder des Fachbeirats. Nach dem Ermessen des Bundesministeriums für Gesundheit kann dies zur Abberufung des Mitglieds führen.

### **Zu Absatz 6**

Um die Arbeitsfähigkeit des Gremiums zu gewährleisten kann bei einem vorzeitigen Ausscheiden eines Mitglieds ein neues Mitglied nachberufen werden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der Fachbeirat weniger als elf Mitglieder haben kann.

### **Zu § 8 (Vorsitz und Vertretung des Vorsitzes des Fachbeirats)**

Die Aufgaben des Vorsitzes werden durch die Geschäftsordnung nach § 11 näher definiert. Die Wiederwahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters der oder des Vorsitzenden ist zulässig. § 92 Absatz 1 und 2 VwVfG findet entsprechend Anwendung und regelt die Wahl. Für die Beschlussfähigkeit der Wahl des Vorsitzes und der Vertretung gilt, dass alle Mitglieder für die Sitzung, in der die jeweilige Wahl durchgeführt werden soll, geladen und mindestens drei Viertel aller Mitglieder anwesend sein müssen.

### **Zu § 9 (Sitzungen des Fachbeirats)**

Um vertrauliche Beratungen in der Fachkommission sicherzustellen, sind die Sitzungen nicht öffentlich. Die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung oder von Behörden des Bundes sind nicht begrenzt und orientieren sich am Kriterium der Erforderlichkeit.

Ebenfalls beratend teilnehmen können jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, der Jugend- und Familienministerkonferenz, der Bauministerkonferenz und der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder.

Die ehrenamtlichen Mitglieder haben Anspruch auf Erstattung ihrer notwendigen Auslagen. Die Erstattung von Reisekosten und sonstigen Abfindungen für Mitglieder richtet sich nach

den Richtlinien für die Abfindung der Mitglieder von Beiräten, Ausschüssen, Kommissionen und ähnlichen Einrichtungen im Bereich des Bundes (GMBI. 2002, S. 92) in der jeweils geltenden Fassung.

### **Zu § 10 (Sachverständige; Gutachten)**

Sachverständige, die hinzugezogen werden, werden dadurch nicht Mitglied des Fachbeirats. Die Entscheidung über die Hinzuziehung oder Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien ist schriftlich zu dokumentieren und zu begründen. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur Umsetzung der Beschlüsse hat die Bundesfachstelle oder die Behörde, der die administrativen Aufgaben nach § 6 Absatz 3 übertragen wurden, insbesondere auch die Einhaltung der haushaltsrechtlichen Vorgaben zu überprüfen. Die Zustimmung ist zu versagen, wenn die notwendigen Haushaltsmittel nicht zur Verfügung stehen oder wenn Rechtsgründe entgegenstehen. Außerdem müssen hinzugezogene Sachverständige und in Auftrag gegebene Gutachten der Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz dienen. Zudem muss eine Beauftragung in konkreten Einzelfall erforderlich sein, darf also nicht in gleicher Weise vom Fachbeirat selbst erbringbar sein.

Für die Sachverständigen gelten die Pflichten nach § 83 Absatz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes und § 84 des Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend. Hierauf weisen die Bundesfachstelle oder die Behörde, der die administrativen Aufgaben nach § 6 Absatz 3 übertragen wurden, Sachverständige vor Beginn ihrer Tätigkeit für den Fachbeirat in geeigneter Form hin.

### **Zu § 11 (Geschäftsordnung des Fachbeirats)**

Die Vorschrift regelt die Verpflichtung des Fachbeirats, sich eine Geschäftsordnung zu geben, um nach Maßgabe dieses Gesetzes seine Arbeitsweise selbstständig zu regeln. Beispielsweise können Regelungen zur Einberufung und Vorbereitung der Sitzungen, zur Protokollführung und zu den Voraussetzungen der Beschlussfassung (zum Beispiel einfache oder qualifizierte Mehrheit) getroffen werden.

Auch können verschiedene Mitglieder des Fachbeirats zur Erfüllung bestimmter Aufgaben in Arbeitseinheiten eingeteilt werden.

Die Geschäftsordnung und deren Änderungen bedürfen der Zustimmung der Bundesfachstelle. Der Entwurf der Geschäftsordnung sollte so rechtzeitig der Bundesfachstelle vorgelegt werden, dass der Fachbeirat auf dieser Grundlage seine Arbeit aufnehmen kann. Der Fachbeirat wird insoweit durch die Bundesfachstelle unterstützt.

### **Zu § 12 (Übertragung von Aufgaben der Bundesfachstelle auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit)**

Zur Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle kann die Erfüllung von bestimmten in § 5 Satz 1 Nummer 1 bis 11 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben jeweils ganz oder teilweise auch auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden. Dies kann zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder das Robert Koch-Institut (RKI) sein, dies vorbehaltlich der in den Behörden jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für den Bereich der Suizidprävention. In Fall der Übertragung von Aufgaben nimmt die Bundesfachstelle im Umfang der jeweiligen Übertragung die Fachaufsicht wahr.

Dies betrifft nicht die Bedarfsanalyse für ein Suizidregister einschließlich der möglichen Erstellung eines Konzepts für ein solches (§ 5 Satz 1 Nummer 12 SuizidPrävG-E).

Sofern die Bundesfachstelle die Erfüllung ihrer Aufgaben auf eine andere Behörde vollständig oder teilweise übertragen hat, unterstützt der Fachbeirat insoweit auch diese bei der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben.

### **Zu § 13 (Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit)**

Sofern eine vollständige oder teilweise Aufgabenübertragung nach § 12 nicht in Betracht kommt, kann die Bundesfachstelle bei der Wahrnehmung ihrer nach § 5 genannten Aufgaben zumindest durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, wie zum Beispiel durch die BZgA, punktuell und bei konkreten Fragestellungen unterstützt werden. Dies erfolgt vorbehaltlich der in den Behörden für den Bereich der Suizidprävention jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

### **Zu § 14 (Berichtspflicht)**

Diese Vorschrift sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag im Abstand von jeweils drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2028, über die Arbeit der Bundesfachstelle und des Fachbeirats berichtet. Damit wird eine in der Entschließung des Deutschen Bundestages „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630) aufgenommene Forderung aus dem parlamentarischen Raum nach regelmäßiger Berichterstattung an den Deutschen Bundestag Rechnung getragen. Der Zeitraum der Berichterstattung wird so gewählt, dass auf der Basis des Berichtes eine regelmäßige Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen und damit eine Anpassung auch der Schwerpunktsetzung ermöglicht wird, um die Ziele möglichst effektiv umzusetzen, gleichzeitig jedoch die administrative Belastung durch den damit verbundenen Bürokratieaufwand zur Berichterstellung in einem handhabbaren Rahmen gehalten wird.

### **Zu § 15 (Evaluierung)**

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen dieses Gesetz sowie der Erfüllung der in § 5 genannten Aufgaben der Bundesfachstelle auf den Erfolg der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2033. Das Bundesministerium für Gesundheit kann externe Dritten mit der Durchführung der Evaluation beauftragen.

Gegenstand der Evaluierung soll sein, ob die mit diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden stärken und verbessern. Im Rahmen der Evaluierung ist unter anderem auch zu prüfen, in welchem Umfang die Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle dauerhaft fortzuführen ist. Die Evaluierung wird sich ebenfalls mit der Einrichtung des Fachbeirats befassen. Die Einrichtung des Fachbeirats ist nach § 6 Absatz 4 auf zehn Jahre begrenzt. Es obliegt daher dem Gesetzgeber, über eine Verlängerung oder Verstärkung auf Grundlage der Evaluierung zu entscheiden. Kriterien und Indikatoren der Zielerreichung sind eine Verringerung der Zahlen von Suizidversuchen und Suiziden im Hinblick auf Suizidmethoden und -mittel. Wichtige potentielle Datenquellen, aus der sich für die Evaluierung Erkenntnisse, Rückschlüsse und Handlungsempfehlungen ergeben können, sind die Todesursachenstatistik oder Daten aus dem Krankenhausentgeltgesetz. Die vorgesehene systematische Surveillance von Suizidversuchen und Suiziden wird ebenfalls eine evidenzbasierte Datenlage für die Evaluation darstellen. Gegebenenfalls weitere erforderliche Daten können beim Statistischen Bundesamt und den zuständigen Behörden der Länder abgefragt werden.

## **Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Zu Nummer 1**

Zwischen psychischen Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie und Suizidalität bestehen enge Zusammenhänge. Personen mit schweren psychischen Erkrankungen haben häufig ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidalität. Dies gilt gemäß den Darstellungen des Berichtes „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ (Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V., August 2021) insbesondere für Personen mit affektiven Störungen (unipolare Depressionen und bipolare Störungen), Alkoholabhängigkeit oder anderen Suchterkrankungen und für Personen mit Schizophrenie. Zur Beratung, Behandlung und Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen stehen vielfältige Angebote bereit, die wirkungsvoll zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Lebensqualität Betroffener und damit auch zur Verringerung der Suizidalität beitragen können. Dazu gehört das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem mit seinen vielfältigen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangeboten wie auch eine Vielzahl psychosozialer Angebote der Länder und Gemeinden vor Ort.

Vor diesem Hintergrund verdient auch die Prävention von depressiven Erkrankungen und damit auch von Suizidversuchen und Suiziden besondere Aufmerksamkeit. So sollte insbesondere im Zusammenhang mit den Leistungen der Krankenkassen zur Förderung der psychischen Gesundheit in Lebenswelten und in Betrieben die Suizidalität als Symptom depressiver Erkrankungen stets mitberücksichtigt werden. Mit dieser Vorschrift wird daher geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V auch das Teilziel „2.2 Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt“ des bereits verankerten Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ausdrücklich berücksichtigt.

### **Zu Nummer 2**

Mit dem neuen § 64f können die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen auch über die Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention entsprechend der Vorgaben schließen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung sind unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen und zu fördern.

Soweit in § 64f nichts Abweichendes geregelt ist, finden die allgemeinen Grundsätze nach den §§ 63 und 64. in Bezug auf die Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben Anwendung. Dies schließt auch eine Evaluation ein.

## **Zu § 64f (Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention)**

### **Zu Absatz 1**

Modellvorhaben nach § 64f können nach Absatz 1 gemeinsam von den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbart werden. Auch einzelne Krankenkassen können Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen.

In Nummern 1 und 2 wird beispielhaft aufgeführt, welche Ausrichtungen die modellhaften Erprobungen suizidpräventive Maßnahmen unter dem neu eingeführten § 64f haben können. Mit dieser neuen Rechtsgrundlage wird die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen gefördert, das Verständnis für das komplexe Phänomen Suizidalität verbessert und die besonderen Bedarfe von Menschen in suizidalen Krisen Rechnung getragen, die aktuell

nicht ausreichend bekannt sind oder ungenügend berücksichtigt werden. Die Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben soll die Versorgung von Menschen in suizidalen Krisen verbessern und die Suizidprävention stärken. Die Modellprojekte können einen Beitrag zu einer evidenzbasierten Suizidprävention leisten. Um die Wirksamkeit der Projekte nachzuweisen, soll eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation erfolgen. Dabei können unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen nach Suizidversuchen, mit Suizidgedanken oder in akuten Krisen zum Einsatz kommen, um der Komplexität des Themas gerecht zu werden. Hierzu werden im neuen § 64f die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen.

### **Zu Nummer 1**

Auf die Bedeutung der Vernetzung von Angeboten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sowie der Hilfs- und Beratungsangebote in Krisensituationen wurde bereits umfassend eingegangen wie auch auf die große Vielfalt der Angebote. Problematisch ist weiterhin die noch unzureichende Vernetzung und fehlende flächendeckende Versorgung deutschlandweit, rund um die Uhr, im Krisenfall. Einzelne Länder (zum Beispiel Bayern oder Berlin) verfügen bereits über einen gut vernetzten und flächendeckenden Krisendienst. Auch für die Einrichtung einer zentralen Krisenrufnummer ist das Vorhandensein einer flächendeckenden Krisenversorgung für die regionale Weiterleitung und gegebenenfalls auch für den Einsatz aufsuchender Intervention unverzichtbar. Aus diesem Grund wird es wünschenswert, den Ausbau der regionalen psychiatrischen Krisendienste modellhaft zu erproben. Dabei kann und soll auf die vorhandenen und etablierten Strukturen aufgebaut werden. Hier sind die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)<sup>25)</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Aufbau von Netzverbänden für die Versorgung schwer psychisch Erkrankter zu nennen oder bereits modelhaft erprobte Versorgungsstrukturen im Rahmen einer Förderung durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ebenso soll bei den Modellprojekten explizit auf die Vernetzung mit Strukturen der Notfallversorgung, also den Notaufnahmen der Krankenhäuser bzw. Integrierten Notfallzentren, den Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Rettungsdiensten und den zugehörigen Leitstellen im Gesundheitsleitsystem geachtet werden.

Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention können gemäß § 63 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V auch dann durchgeführt werden, soweit sie auf die Suizidprävention in spezifischen gesellschaftlichen Gruppen abzielen. Eine derartige gesellschaftliche Gruppe kann sich beispielsweise nach den in § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes aufgeführten Merkmalen, der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe, besonderen biographischen Erfahrungen oder anderen Merkmalen definieren.

### **Zu Nummer 2**

Der stärkste Risikofaktor für einen Suizidversuch ist ein vorangegangener Suizidversuch. Personen, die aufgrund von suizidalem Erleben und Verhalten stationär aufgenommen wurden, haben nach Entlassung aus stationärer Behandlung ein erhöhtes Risiko durch einen Suizid zu versterben. Studien zeigen zudem, dass ein Großteil der Betroffenen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung keine weiterführende ambulante Behandlung in Anspruch nimmt. Eine umfangreiche Meta-Analyse von Chung et al.<sup>26)</sup> zeigt eine Suizidrate von 2 078 pro 100 000 Personen/Jahr in den ersten drei Monaten nach Klinikentlassung bei Patientinnen und Patienten, die mit Suizidgedanken oder suizidalem Verhalten

---

<sup>25)</sup> <https://www.g-ba.de/richtlinien/126/>, Fassung vom 2. September 2021.

<sup>26)</sup> Chung D, Ryan C, Hadzi-Pavlovic D et al. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017; 74: 694–702. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.

aufgenommen wurden. Die Zahl liegt damit weit über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Der Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt kommt in der Suizidprävention daher eine zentrale Bedeutung zu.

Werden Betroffene nach einem Suizidversuch oder in einer akuten suizidalen Krise in eine Klinik gebracht, ist es unverzichtbar, den Betroffenen das Angebot einer weiterführenden suizidpräventiven Betreuung nach Entlassung anzubieten. Bisher gibt es zu einer suizidpräventiven Nachbetreuung kein einheitliches, evidenzbasiertes Vorgehen. Es wird daher angeregt, durch Modellvorhaben eine solche Nachsorge im Sinne einer kontinuierlichen Behandlungskette an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu erarbeiten und zu erproben, damit zukünftig ein einheitliches, evidenzbasiertes Vorgehen nach Suizidversuchen etabliert werden kann. Auch hierbei sollte auf bereits vorhandene und etablierte Strukturen zurückgegriffen werden.

Übergänge und Wechsel im Behandlungssetting stellen zudem kritische Momente in der Behandlungskontinuität dar. Das im Jahr 2018 in das SGB V eingeführte Entlassmanagement versucht, die Übergänge mit unterschiedlichen Maßnahmen reibungsloser zu gestalten und könnte als Ansatz modellhafter Erprobungen genutzt werden. Auch die geschlechtsspezifische Dimension könnte mit einbezogen werden. Männer nehmen beispielsweise seltener ambulante Psychotherapie in Anspruch, haben aber statistisch gleichzeitig ein höheres Suizidrisiko. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Auch die langsame Ablösung von der stationären Behandlung unter Nutzung teilstationärer Angebote, aufsuchender Behandlung oder die enge Zusammenarbeit mit ambulanten Therapeutinnen und Therapeuten, beispielsweise über einen Netzverbund der KSVPsych-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses, sind sinnvolle Ergänzungen und sollten in die Projektideen miteinbezogen werden. Ziel sollte es ein, auf vorhandene Strukturen aufzubauen und Synergien zu nutzen.

#### **Zu Absatz 2**

In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.

Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. Durch Modellvorhaben kann eine bestehende Versorgungsverpflichtung nicht abbedungen werden, zum Beispiel hat eine durch die Krankenhausplanung des Landes vorgegebene regionale Versorgungsverpflichtung weiterhin Bestand.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 räumt auch den privaten Krankenversicherungsunternehmen die Möglichkeit ein, an derartigen Modellen mitzuwirken. Im Hinblick auf die Ergebnisnutzung derartiger Modelle und deren Überführung in die Regelversorgung besteht ein besonderes Interesse, eine Vielzahl von Versicherungsunternehmen zu beteiligen. Von daher ist auch die Teilnahme der privaten Krankenversicherungsunternehmen anzustreben.

#### **Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)**

Die Regelungen dieses Gesetzes sollen am Tag nach der Verkündung in Kraft treten.



