Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

A. Problem und Ziel

Suizidalität ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Jährlich beenden mehr als 10.000 Menschen in Deutschland ihr Leben durch einen Suizid. Dies entspricht etwa einem Anteil von einem Prozent an den Sterbefällen. Hinzu kommt eine statistisch nicht erfasste Dunkelziffer. Es sterben damit in Deutschland jährlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und HIV zusammen. Die Zahl liegt seit über zehn Jahren relativ stabil um die 10.000 Fälle pro Jahr, zuletzt mit steigender Tendenz. So beendeten im Jahr 2024 10 372 Menschen ihr Leben durch einen Suizid. Das waren 0,7 % mehr Fälle als in 2023 und 7,1 % mehr als im Durchschnitt der letzten zehn Jahre. Der Anstieg der Suizide im Jahr 2024 ist vor allem auf eine Zunahme bei den Frauen zurückzuführen. Besonders hohe Suizidzahlen finden sich in der Altersgruppe über 55 Jahre. In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist zwar derzeit kein Anstieg zu beobachten, der Suizid ist in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen jedoch die häufigste Todesursache und führt zu einer hohen Zahl an verlorenen Lebensjahren. Zu den Suiziden kommt eine statistisch nicht genau erfasste Zahl an Suizidversuchen pro Jahr. Schätzungen gehen von mindestens 100 000 Suizidversuchen pro Jahr aus. Andere Studien weisen darauf hin, dass die Zahl der Suizidversuche noch höher sein könnte.

Suizide und Suizidversuche verursachen erhebliches Leid. Menschen mit Suizidgedanken durchleben zumeist eine langanhaltende Phase des Leidens und auch Familie und Freundinnen und Freunde sind direkt mitbetroffen. Kinder, Eltern, Verwandte, (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner sowie weitere An- und Zugehörige der verstorbenen Person erleben durch den Suizid eine zutiefst schmerzhafte Erfahrung.

Die Schätzungen, wie viele Menschen von Suiziden und Suizidversuchen betroffen sind, variieren zwischen von bis zu zehn Personen bis hin zu über hundert Mitbetroffenen je Fall. Nach aktuellen Studien ist nicht nur das private und berufliche Umfeld des betroffenen Menschen zu berücksichtigen, sondern beispielsweise auch Polizistinnen und Polizisten sowie das Personal der medizinischen Erstversorgung.

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. Dieser Erfolg zeigt, dass es einer differenzierten Identifikation relevanter Zielgruppen bedarf, um die Suizidrate weiter zu senken und vor allem der in den Jahren 2022 bis 2024 beobachteten Steigerung der Suizidrate entgegen zu wirken. Hierzu bedarf es eines zielgenaueren Ausbaus der Hilfestrukturen und einer Verbesserung der Vernetzung und Koordination vorhandener Hilfsangebote.

Das Angebot an Hilfestrukturen und Hilfsangeboten ist nicht flächendeckend. Es bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsdichte und -qualität im Bundesgebiet. Zum Teil fehlen auch passgenaue Angebote für Menschen mit besonderen Bedarfen. Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, 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 und sind in aller Regel einer effektiven medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung zugänglich. Nur wenn diese Erkrankungen in der Gesellschaft möglichst vorurteilsfrei wahrgenommen werden, werden sich Betroffene 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 Suizidassistenz zuvörderst 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 Gesetzentwurf sowie der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung wird den Forderungen aus dem Deutschen Bundestag Rechnung getragen.

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, auf den Ausbau des Hilfesystems zu einem möglichst flächendeckenden und verlässlichen Hilfesystem hinzuwirken. Die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden soll durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung gestärkt und verbessert werden. 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 trägt der Bund insbesondere dazu bei, dass das gesellschaftliche Bewusstsein für Suizidalität und ihre 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. 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 1 482 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von geschätzt 1 400 000 Euro.

Die jährlichen Mehrausgaben des Bundes fallen sukzessive ab dem Jahr 2027 und vollständig ab dem Jahr 2028 an.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von geschätzt 1 200 000 Euro für die Bundesfachstelle fallen ab dem Jahr 2027 sukzessive und bis zum Jahr 2029 vollständig an. Die einmaligen

Mehrkosten des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro fallen sukzessive ab dem Jahr 2036 an, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen. Die Kosten fallen vollständig bis zum Jahr 2038 an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist. Der entstehende Mehrbedarf an Sach- und Personalausgaben ist finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 auszugleichen.

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

D.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können infolge der Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention jährliche Mehrausgaben in Höhe eines unteren bis mittleren einstelligen Millionenbetrags entstehen, sofern die GKV solche Modellvorhaben durchführt.

Diese Mehrkosten fallen in den Jahren an, 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 kann ein einmaliger Aufwand von geschätzt 960 000 Euro entstehen. 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.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beruht nicht auf unionsrechtlichen Vorgaben. Er unterliegt der One in, one out-Regel.

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 und die Länder. Für die Verwaltung des Bundes erhöht sich der jährliche

Erfüllungsaufwand um 1 482 000 Euro, für die Länder erhöht er sich geringfügig. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 5 360 000 Euro. Davon entfallen rund 1 200 000 Euro auf den Bund und bei Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention 4 160 000 Euro auf die GKV sowie eine geringfügige Höhe auf die Länder.

Der jährliche Erfüllungsaufwand des Bundes fällt sukzessive im Jahr 2027 und vollständig ab dem Jahr 2029 an.

Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes in Höhe von geschätzt 1 200 000 Euro für die Bundesfachstelle fällt ab dem Jahr 2027 sukzessive und bis zum Jahr 2029 vollständig an. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Zustimmung zu der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro fällt im Jahr 2027 an.

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 ein als geringfügig zu betrachtender einmaliger und jährlicher Erfüllungsaufwand.

Weder der jährliche noch der einmalige Erfüllungsaufwand beruht auf unionsrechtlichen Vorgaben. Er unterliegt der One in, one out-Regel.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention

§ 4 Aufgaben der Bundesfachstelle

§ 5 Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle

§ 6 Geschäftsordnung des Fachbeirats

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

§ 8 Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

§ 9 Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

§ 10 Evaluierung

§ 1

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, betroffene Menschen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig und umfassend zu unterstützen, Suizidalität vorzubeugen und die Themen Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren.

§ 2

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 psychosoziale Beratungsstellen und Hilfeangebote, die durch die Länder eingerichtet oder betrieben oder von den Ländern beauftragt sind, die sich an Menschen in Krisen richten, die Suizidprävention zum Ziel haben und die Anforderungen des § 9 Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Keine Krisendienste sind Polizeien und Rettungsdienste.

§ 3

Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention

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

§ 4

Aufgaben der Bundesfachstelle

Die Bundesfachstelle hat die Aufgabe, zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention zu konzipieren und umzusetzen, indem sie insbesondere

1. unter Berücksichtigung bestehender Strukturen ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer insbesondere für Personen in Krisensituationen und diesen nahe stehenden Personen, die die Möglichkeit der unmittelbaren technischen Weiterleitung an regional verfügbare

Krisendienste bietet, entwickelt und den Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung fördert,

2. Handlungskonzepte zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln erstellt,

3. allgemeine und zielgruppenspezifische Informationen zum Thema Suizidprävention entwickelt und veröffentlicht,

4. die bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention untereinander bekannt macht, und fachlich zum Aufbau eines digitalen Verzeichnisses der bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention beiträgt,

5. die Zusammenarbeit der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention im Sinne der Vernetzung fördert,

6. die Länder und die weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der bedarfsgerechten Weiterentwicklung ihrer Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote einschließlich der Ausweitung auf weitere Zielgruppen fachlich berät,

7. den Ländern und den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention fachliche Informationen zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention bereit stellt und dazu Qualitätskriterien und -standards für diese Maßnahmen zur Unterstützung der Praxis entwickelt,

8. unter Einbeziehung der Berufsverbände und Kammern Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote zur Suizidprävention für Angehörige von Berufen, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind, entwickelt und deren Implementierung in die berufliche Praxis fördert,

9. sich an der kontinuierlichen Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention beteiligt, indem sie unter anderem zur Förderung der Forschung im Bereich der Suizidprävention und der Suizidalität beiträgt und den Wissenstransfer in die Praxis unterstützt,

10. eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbare Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität einschließlich differenzierter Erhebungen und Identifikation von insbesondere Risikogruppen, Methoden, Mitteln und Schwerpunktorten von Suiziden oder Suizidversuchen durchführt und ein diesbezügliches Konzept erarbeitet und dabei auch eine Empfehlung für eine bundeseinheitlich zu verwendende Todesbescheinigung zur direkten Erfassung der Todesursache entwickelt.

Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Nummern 1, 2 und 10 (Todesbescheinigung) hat die Bundesfachstelle die Beteiligung der Länder und der betroffenen Ressorts im erwünschten und notwendigen Umfang sicherzustellen. 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* veröffentlicht ist. Sie kann Dritte mit der Durchführung der genannten Aufgaben beauftragen oder fördern.

---

* Amtlicher Hinweis: Die Internetadresse lautet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf.

§ 5

Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle

(1)Die Bundesfachstelle kann bei der Erfüllung ihrer in § 4 Satz 1 genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat unter Berücksichtigung bestehender Strukturen der Suizidprävention unterstützt werden.

(2) 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 im Regelfall fünf Jahren.

(3) Als Mitglieder des Fachbeirats können insbesondere berufen werden:

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.

(4) Die Mitgliedschaft im Fachbeirat ist an die Person gebunden. Eine Wiederberufung ist nicht möglich.

§ 6

Geschäftsordnung des Fachbeirats

(1) Die Bundesfachstelle erstellt eine Geschäftsordnung für den Fachbeirat, die insbesondere verpflichtende Regelungen zur Arbeitsweise des Fachbeirates trifft; dazu gehören insbesondere Regelungen zur Geschäftsführung, zum Vorsitz, zur Vorbereitung und Durchführung von Sitzungen, zur Beschlussfassung, zur Unabhängigkeit, zur Ehrenamtlichkeit und zur Verschwiegenheitspflicht, zum Umgang mit Pflichtverletzungen der Mitglieder sowie zu externen Sachverständigen. Die Geschäftsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(2) Beschlüsse zur Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien sind schriftlich 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 Aufgaben nach § 7 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 Aufgaben nach § 7 übertragen wurden, durchgeführt.

(3) Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung oder von Behörden des Bundes sowie jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der relevanten Ministerkonferenzen der Länder können beratend an den Sitzungen des Fachbeirats teilnehmen.

§ 7

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

Die Bundesfachstelle kann die Erfüllung der in § 4 Nummer 1 bis 10 genannten Aufgaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit vollständig oder teilweise übertragen. Der Fachbeirat unterstützt diese Behörde bei der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben.

§ 8

Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Bundesfachstelle kann bei der Wahrnehmung ihrer in § 4 genannten Aufgaben durch eine oder mehrere Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit unterstützt werden.

§ 9

Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder

(1) Die Länder wirken auf die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschwelligen, fachlichen und bedarfsgerechten Krisendiensten durch Vernetzung und Ausbau der bestehenden Angebote hin. An die Einrichtung der Krisendienste sind folgende Mindestanforderungen zu stellen:

1. ständige Erreichbarkeit von sachkundigen Personen;

2. Gewährleistung einer Hilfe vor Ort;

3. Einbindung bestehender Strukturen;

4. Festlegung erforderlicher Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden;

5. Berücksichtigung der Bedarfe besonders vulnerabler Gruppen;

6. Gewährleistung einer Vermittlung in weiterführende Angebote.

(2) Die Länder führen eine Analyse zur Bestimmung des notwendigen Umfangs, des Aufbaus und der geografischen Verteilung der Krisendienste unter Einbeziehung der relevanten Akteure und bestehender Strukturen der Suizidprävention durch.

(3) Die Länder berichten der Bundesfachstelle jährlich, erstmals zum [einsetzen: zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes] zum Stand der Entwicklung und des Ausbaus der Krisendienste.

§ 10

Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen dieses Gesetzes sowie der Erfüllung der in § 4 Satz 1 genannten Aufgaben der Bundesfachstelle auf den Erfolg der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2038. 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 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 64e wird folgender § 64f eingefügt:

„§ 64f

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 Regelversorgung – insbesondere der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Notfallversorgung – mit Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisendienste und der Suizidprävention, wobei die Vernetzung insbesondere dem Ziel des Auf- und Ausbaus von regionalen Krisendiensten im Sinne einer Beratungs- und Hilfekette für Menschen in akuten Krisensituationen dient, und wobei bestehende Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung genutzt werden sollen, 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, der Angebote des ÖGD wie auch der sozialpsychiatrischen Dienste.

(2) Es soll angestrebt werden, in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand durchzuführen; 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

Suizidalität ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Jährlich beenden mehr als 10 000 Menschen in Deutschland ihr Leben durch einen Suizid. Dies entspricht etwa einem Anteil von einem Prozent an den Sterbefällen. Hinzu kommt eine statistisch nicht erfasste Dunkelziffer. Es sterben damit in Deutschland jährlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und HIV zusammen. Die Zahl liegt seit über zehn Jahren relativ stabil um die 10.000 Fälle pro Jahr, zuletzt mit steigender Tendenz. So beendeten im Jahr 2024 10 372 Menschen ihr Leben durch einen Suizid. Das waren 0,7 % mehr Fälle als in 2023 und 7,1 % mehr als im Durchschnitt der letzten zehn Jahre. Der Anstieg der Suizide im Jahr 2024 ist vor allem auf eine Zunahme der Suizide bei Frauen zurückzuführen. Besonders hohe Suizidzahlen finden sich in der Altersgruppe über 55 Jahre. In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist zwar derzeit kein Anstieg zu beobachten, der Suizid ist in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen jedoch die häufigste Todesursache und führt zu einer hohen Zahl an verlorenen Lebensjahren. Zu den Suiziden kommt eine statistisch nicht genau erfasste Zahl an Suizidversuchen pro Jahr. Schätzungen gehen von mindestens 100 000 Suizidversuchen pro Jahr aus. Andere Studien weisen darauf hin, dass die Zahl der Suizidversuche noch höher sein könnte.

Suizide und Suizidversuche verursachen erhebliches Leid. Menschen mit Suizidgedanken durchleben zumeist eine langanhaltende Phase des Leidens, und auch Familie und Freundinnen und Freunde sind direkt mitbetroffen. Kinder, Eltern, Verwandte, (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner sowie weitere An- und Zugehörige der verstorbenen Person erleben durch den Suizid eine zutiefst schmerzhafte Erfahrung.

Die Schätzungen, wie viele Menschen von Suiziden und Suizidversuchen betroffen sind, variieren zwischen von bis zu zehn Personen bis hin zu über hundert Mitbetroffenen je Fall. Nach aktuellen Studien ist nicht nur das private und berufliche Umfeld des betroffenen Menschen zu berücksichtigen, sondern beispielsweise auch Polizistinnen und Polizisten sowie das Personal der medizinischen Erstversorgung.

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 Gesetzentwurf 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. Dieser Erfolg zeigt, dass es einer differenzierten Identifikation relevanter Zielgruppen bedarf, um die Suizidrate weiter zu senken und vor allem der in den Jahren 2022 bis 2024 beobachteten leichten Steigerung der Suizidrate entgegen zu wirken. Hierzu bedarf es eines zielgenaueren Ausbaus der Hilfestrukturen und eines verbesserten untereinander

Bekanntmachens vorhandener Hilfsangebote zwischen Bund, Ländern und den weiteren Akteuren.

Das Angebot an Hilfestrukturen und Hilfsangeboten ist nicht flächendeckend. Es bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsdichte und -qualität im Bundesgebiet. Nicht alle Länder verfügen über flächendeckende Krisendienste. Zum Teil fehlen auch passgenaue Angebote für Menschen mit besonderen Bedarfen.

Der Gesetzentwurf 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 Suizidassistenz zuvörderst 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 Gesetzentwurf und der Umsetzung der Ziele der Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung 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 niedrigschwelligen Suizidprävention, der Seelsorgeorganisationen und Krisenhilfen 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 insbesondere auch 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 vernetzt, unterstützt und weiterentwickelt 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 und sind in aller Regel einer effektiven medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung zugänglich. Nur wenn diese Erkrankungen in der Gesellschaft möglichst vorurteilsfrei wahrgenommen werden, werden sich Betroffene 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 Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen als auch hochbetagte, zumeist multimorbide Menschen ein. Für sie besteht Suizidprävention in einer einfühlsamen und individuell angepassten Herangehensweise, die darauf abzielt, die Lebensqualität zu verbessern, medizinische und pflegerische Bedarfe wie beispielsweise Schmerztherapie zu erfüllen und gleichzeitig die Würde und Autonomie der Personen zu respektieren. Die Zielsetzung dieses Gesetzes wird insoweit auch unterstützt durch die Hospiz- und Palliativversorgung. In Deutschland besteht ein gut ausgebautes und breites Netz an Angeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung. Die verschiedenen Angebote greifen ineinander und bieten eine den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen entsprechende Versorgung und Begleitung. Insbesondere das in einem großen parteiübergreifenden Konsens beschlossene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat die Weichen dafür gestellt, dass die Hospiz- und Palliativversorgung in allen Bereichen deutlich ausgebaut wurde.

Vernetzung und Kooperation zwischen verschiedenen Professionen sowie zwischen professionellen und ehrenamtlichen Hilfen sind deutlich gefördert worden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig auszubauen und zu verbessern. Auf den Ausbau des Hilfesystems zu einem möglichst flächendeckenden und verlässlichen Hilfesystem soll hingewirkt werden. Die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden soll durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung sowie möglichst durch Maßnahmen der Methodenrestriktion gestärkt und verbessert werden. 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 Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach § 3 mit den in § 4 SuizidPrävG-E benannten Aufgaben:

  - die Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer unter Einbeziehung der Länder,

  - die Entwicklung von Handlungskonzepten zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln,

  - 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,

  - die wechselseitige Information zu den bestehenden und sich neu entwickelnden Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, und die Förderung ihrer Zusammenarbeit,

  - 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 Entwicklung eines Konzepts unter Einbeziehung der Länder zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote,

  - die fachliche Beratung der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention,

  - die Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Suizidprävention zur Fort- und Weiterbildung für Angehörige von Berufen, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind, und Förderung der Implementierung in die berufliche Praxis,

  - die Forschung im Bereich der Suizidprävention und der Suizidalität,

- eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbare Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität (Surveillance) und

- die Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Bundesfachstelle, § 5 SuizidPrävG-E,

- die Obliegenheit der Länder, auf einen flächendeckenden, bedarfsgerechten Ausbau der Krisendienste hinzuwirken, § 9 SuizidPrävG-E,

- die Evaluation des SuizidPrävG sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, § 10 SuizidPrävG-E, und

- die Einführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention, § 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.

Als Alternative käme allenfalls die Beibehaltung der bisherigen Rechtslage in Betracht. Allerdings würden dann die genannten Ziele unter A nicht erreicht werden. Von einer Zielverwirklichung durch gleichgerichtete Landesgesetze in angemessener Zeit kann nicht ausgegangen werden.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Artikel 1 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 von Belastungen im Zusammenhang mit sozialen oder personalen Faktoren wie

Lebensalter, familiäre und berufliche Situation, Kultur, Religion, Wohnsituation, LGBTQIA+-Zugehörigkeit oder in besonders herausfordernden Lebenssituationen erfolgen.[1)] Eine solche von Belastungen gekennzeichnete Bedarfslage liegt auch bei Menschen vor, die mit Suizidalität, sei es im beruflichen oder im privaten Kontext, zum Beispiel als Angehörige oder im Freundeskreis, konfrontiert werden. 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.

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

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 und Schließung 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.

In dem hier relevanten, besonders sensiblen Bereich des Schutzes der körperlichen Unversehrtheit besteht ein durchgreifender Mangel an Gleichwertigkeit im Bundesgebiet. Zwischen den Ländern bestehen Unterschiede bei den Suizidraten[2)], sowie zwischen den von den Ländern und Kommunen aktuell zur Verfügung gestellten Unterstützungsangeboten. Zwar stehen bereits vielfältige Angebote zur Beratung und Unterstützung von Menschen in akuten Krisensituationen bereit, jedoch stehen diese nicht in allen Ländern in gleichem Maße und nicht flächendeckend zur Verfügung. Einige Unterstützungsangebote sind nur zwischen 8 und 20 Uhr erreichbar, andere sind 24-Stunden pro Tag verfügbar. Teilweise werden auch mobile Einsatzteams vorgesehen, die eine Hilfe vor Ort gewährleisten können.

[1)] vgl. z.B. Schneider et. al. in: Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven, Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP) 2021, S. 174).

[2)] Vgl. Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de/gbe/i?i=630:55509 [letzter Zugriff: 12. Dezember 2024).

Besonders hervorzuheben sind insoweit die gesetzlich verankerten Krisendienste in Bayern und Berlin, die an 24 Stunden pro Tag an jedem Tag des Jahres erreichbar sind. Thüringen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen streben den Auf- und Ausbau von Krisendiensten an. In den meisten Ländern bestehen hingegen Grundstrukturen einer Versorgung insbesondere über Sozialpsychiatrische Dienste während der Sprechstundenzeiten, teilweise auch regionale Krisenhilfen sowie Telefon- oder Online-Beratung. Ansonsten wird im Krisenfall auf die medizinische Regelversorgung, Rettungsdienst und Polizei-Notruf zurückgegriffen. Die Hilfeketten sind in diesen Fallgestaltungen bei weitem noch nicht geschlossen.

Die oben genannten Angebote für Menschen in Krisensituationen unterscheiden sich nicht nur in ihrem örtlichen und zeitlichen Umfang, sondern auch erheblich in ihrem Angebot. Einige Länder bieten Beratungen in verschiedenen Sprachen und für Menschen mit besonderen Bedarfen an. Teilweise umfassen die Beratungs- und Hilfsangebote neben telefonischen Beratungen zum Beispiel auch Chatangebote, was besonders für einen barrierefreien Zugang wichtig ist, andere jedoch nicht. Eine landesweite Suizidpräventionsstrategie haben nur Berlin, Bayern, Thüringen und Sachsen.

Daraus ergeben sich in den Ländern erhebliche, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigende Auseinanderentwicklungen in verschiedenen Regionen.

Dementsprechend sind bundesgesetzliche Regelungen zur Schaffung einheitlicher Lebensbedingungen erforderlich. Mit diesen Regelungen können an 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 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, bedarf es der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Form bundeseinheitlicher Regelungen.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen, Artikel 2, hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

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 unvertretbare 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 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 1 482 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von rund 1 400 000 Euro. Der entstehende Mehrbedarf an Sach- und Personalausgaben ist finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 auszugleichen.

Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können infolge der Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention jährliche Mehrausgaben in Höhe eines unteren bis mittleren einstelligen Millionenbetrags entstehen, sofern die GKV solche Modellvorhaben durchführt. Diese Mehrkosten fallen in den Jahren an, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf vereinbart oder durchgeführt werden.

Die durch den Gesetzentwurf verursachten Mehrkosten für den Bund sowie, bei Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention, auch für die GKV ergeben sich vor allem aus folgenden Maßnahmen:

- der Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 3 mit den in § 4 SuizidPrävG-E benannten Aufgaben, darunter
  - die Entwicklung eines Konzeptes nach § 4 Nummer 1 SuizidPrävG-E zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer und die fachliche Beratung nach § 4 Nummer 6 SuizidPrävG der Länder und der weiteren Akteure zur Weiterentwicklung ihrer Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote,
- der Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Bundesfachstelle, § 5 SuizidPrävG-E,
- die Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit, § 5 Absatz 2 SuizidPrävG-E, die Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit, § 6 Absatz 1 SuizidPrävG-E,
- die Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 7 und 8 SuizidPrävG-E,

- der Evaluation des SuizidPrävG sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, § 10 SuizidPrävG-E, und

- gegebenenfalls die Einführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention, § 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 1 482 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von rund 1 400 000 Euro.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[3)]	Einmalige Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[4)]
3.1.1	Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des BMG; §§ 3 und 4 SuizidPrävG-E	1 482	1 200
3.1.2	Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat sowie eine Behörde im Geschäftsbereich des BMG; §§ 5, 7 und 8 SuizidPrävG-E	0	0
3.1.3	Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder, § 5 Absatz 2 SuizidPrävG-E	0,035	0
3.1.4	Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit; § 6 Absatz 2 SuizidPrävG-E	0	1
3.1.5	Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, § 10 SuizidPrävG-E	0	200
Mehrkosten (in Tsd. Euro)		1 482	1 401

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

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von 1 200 000 Euro für die Bundesfachstelle werden ab dem Jahr 2027 sukzessive und bis zum Jahr 2029 vollständig anfallen. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro fallen im Jahr 2027 an. Für den Aufbau der Website und des digitalen Verzeichnisses fallen die einmaligen Mehrkosten sukzessive ab dem Jahr 2027 und bis zum Jahr 2029 vollständig an. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro fallen sukzessive ab dem Jahr 2036 an, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen. Diese einmaligen Mehrkosten fallen ab dem Jahr 2038 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 Haushaltspositionen dargestellt.

Vorgabe 3.1.1: Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 4 SuizidPrävG-E

[3)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.
[4)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

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				390	1 092
Änderung des jährlichen Mehraufwands (in Tsd. Euro)				1 482	

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			1 200 000		1 200
Änderung der einmaligen Mehrkosten (in Tsd. Euro)				1 200	

Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit wird eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet. Die Bundesfachstelle berücksichtigt bei ihrer Arbeit die Aufgaben gemäß § 4 Satz 1 SuizidPrävG-E und die Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention der Nationalen Suizidpräventionsstrategie.

Geschätzt entstehen für die Bundesfachstelle einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 200 000 Euro. Diese setzen sich zusammen aus den geschätzten Kosten zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie im Rahmen der Entwicklung eines Konzepts zur Einführung einer Krisenrufnummer nach § 4 Nummer 1 SuizidPrävG-E (500 000 Euro), zum Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 4 Nummer 3, 4, 5 und 6 SuizidPrävG-E und des digitalen Verzeichnisses mit Hilfsangeboten nach § 4 Nummer 4 SuizidPrävG-E (700 000 Euro).

Insgesamt ist mit jährlichen Mehrkosten in Höhe von 1 482 000 Euro für den Betrieb der Bundesfachstelle zu rechnen. Davon entfallen 390 000 Euro auf Personalkosten (3 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des höheren Dienstes, bewertet gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands (Stand Februar 2026) mit 108 160 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 324 480 Euro pro Jahr; eine Stelle/Mitarbeiterkapazitäten des gehobenen Dienstes (gD), bewertet mit 64 640 Euro pro Stelle und Jahr) und 1 092 000 Euro auf Sachausgaben für laufende Kosten für das Pflegen der Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 4 Nummer 3, 7 und 8 SuizidPrävG-E (50 000 Euro) und für das digitale Verzeichnis mit Hilfsangeboten nach § 4 Nummer 4 SuizidPrävG-E (100 000 Euro), Kosten für Tagungen, Vernetzungstreffen und Kongresse nach § 4 Nummer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 SuizidPrävG-E (200 000 Euro), Aufwendungen für entsprechende (Dienst-)Reisen, auch des Fachbeirats (7 000 Euro), Kosten für Forschung und Aufklärung einschließlich Sekundärdatenabfragen nach § 4 Nummer 1, 2, 3, 6, 7, 9 und 10 SuizidPrävG-E (700 000 Euro) und die Vergabe von weiteren Aufträgen zur Hinzuziehung von Sachverständigen oder zur Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien nach § 4 Satz 4 SuizidPrävG-E (35 000 Euro).

Sofern die Aufgaben der Bundesfachstelle nach § 4 Nummer 1 bis 10 auf eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden, entstehen dadurch keine zusätzlichen Haushaltsausgaben, die über die bereits aufgeführten Haushaltsausgaben hinausgehen.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes wird sich die Bundesfachstelle zunächst aufbauen, den Fachbeirat einrichten und die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Es ist davon auszugehen, dass die Erfüllung der umfangreichen gesetzlichen Aufgaben im Wesentlichen erst ab dem Jahr 2027 sukzessive beginnen wird. Die jährlichen

Mehrkosten für die Bundesfachstelle fallen daher erst ab dem Jahr 2027 sukzessive und ab dem Jahr 2029 vollständig an. Im Rahmen der Evaluierung nach § 10 SuizidPrävG-E bis zum 31. Dezember 2038 wird zu prüfen sein, in welchem Umfang die Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle ab dem Jahr 2042 dauerhaft fortzuführen ist.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von 1 200 000 Euro fallen ab dem Jahr 2027 sukzessive und bis 2029 vollständig an.

Vorgabe 3.1.2: Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat sowie eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 6, 7 und 8 SuizidPrävG-E

Die Bundesfachstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer in § 4 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat nach § 5 SuizidPrävG-E unterstützt. Sie kann zudem durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 7, 8 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. Des 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 § 5 Absatz 2 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 §§ 7, 8 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 des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit, §§ 5 Absatz 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	67,60	0	0,035	0

Änderung der Mehrkosten (in Tsd. Euro)	0,035

Die Berufung der Mitglieder des Fachbeirats kann in der Regel alle fünf Jahre erfolgen. 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“, 3 Minuten für Standardaktivität 8 „Daten übermitteln oder veröffentlichen“).

Gemäß der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamts für die Verwaltung wird ein Lohnsatz von 67,60 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 * 67,60 hD Bund / 5 Jahre = 35 Euro).

Vorgabe 3.1.4: Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit; § 6 Absatz 1 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	67,60	0	1	0
Einmalige Mehrkosten (in Tsd. Euro)				1	

Die Bundesfachstelle erstellt eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf.

Analog zu einer vergleichbaren Vorgabe zur Zustimmung 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 * 67,60), die im Jahr 2027 anfallen werden, wenn sich der Fachbeirat konstituiert und die Bundesfachstelle den Entwurf der Geschäftsordnung vorgelegt hat.

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

Vorgabe 3.1.5: Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Bundesfachstelle, § 10 SuizidPrävG-E

Die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Bundesfachstelle nach § 4 SuizidPrävG-E, einschließlich der Arbeit des Fachbeirats, sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und bis zum 31. Dezember 2038 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 2036, in dem Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen, sukzessive anfallen. Sie fallen ab dem Jahr 2038 vollständig an, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

3.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Vorgabe, dass angestrebt werden soll, ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach § 64f SGB V-E (Artikel 2) in jedem Land durchzuführen, können bei Durchführung mit diesem Gesetzentwurf für die GKV schätzungsweise jährliche Mehrausgaben in Höhe eines unteren bis mittleren einstelligen Millionenbetrags entstehen. Diese Mehrausgaben fallen in den Jahren an, 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	Einmalige Mehrausgaben
3.2	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E	unterer bis mittlerer einstelliger Millionenbetrag	
Mehrkosten		unterer bis mittlerer einstelliger Millionenbetrag	
Private Krankenversicherung (PKV)		mittlerer sechsstelliger Eurobetrag bis niedriger einstelliger Millionenbetrag	

4. Erfüllungsaufwand

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

Für die Wirtschaft ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand nicht. Insgesamt kann ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft von geschätzt 960 000 Euro entstehen. Der einmalige Erfüllungsaufwand betrifft ausschließlich die PKV.

Für die Verwaltungen des Bundes ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt 1 482 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand auf Bundesebene beträgt geschätzt 5 361 000 Euro. Davon entfallen 1 201 000 Euro auf den Bund und bei Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention 4 160 000 Euro auf die GKV.

Für die Verwaltungen der Länder ändert sich sowohl der einmalige als auch der jährliche Erfüllungsaufwand geringfügig. Der durch den Gesetzentwurf verursachte Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und für die Verwaltung ergibt sich vor allem aus folgenden Maßnahmen:

- der Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 3 mit den in § 4 SuizidPrävG-E benannten Aufgaben und darunter

  - die Entwicklung eines Konzepts nach § 4 Nummer 1 und 6 SuizidPrävG-E zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer 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, § 5 SuizidPrävG-E und darunter

  - der Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder, § 5 Absatz 2 SuizidPrävG-E,

  - die Zustimmung zur Geschäftsordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit, § 6 Absatz 1 SuizidPrävG-E,

- der Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 7, 8 SuizidPrävG-E,

- gegebenenfalls 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

Für die Wirtschaft ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand nicht. Insgesamt kann ein einmaliger Aufwand von geschätzt 960 000 Euro entstehen.

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

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[5)]	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[6)]
4.2.1	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: Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E

Einmaliger Erfüllungsaufwand:

[5)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.
[6)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

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 anstreben, in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben zu vereinbaren oder durchzuführen. 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 möglicher 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 bei der Durchführung der Modellvorhaben 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 und die Länder.

Für die Verwaltung des Bundes ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt 1 482 000 Euro, für die Länder erhöht er sich geringfügig.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 5 360 000 Euro. Davon entfallen rund 1 200 000 Euro auf den Bund und bei Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention 4 160 000 Euro auf die GKV sowie Erfüllungsaufwand in geringfügiger Höhe auf die Länder.

Der jährliche Erfüllungsaufwand des Bundes fällt jeweils sukzessive ab dem Jahr 2027 und ab dem Jahr 2029 vollständig an.

Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes in Höhe von geschätzt 1200 000 Euro für die Bundesfachstelle fällt ab dem Jahr 2027 sukzessive und bis 2029 vollständig an. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit in Höhe von rund 1 000 Euro wird im Jahr 2027 anfallen.

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 ein geringfügiger jährlicher und einmaliger Erfüllungsaufwand.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[7)]	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[8)]
4.3.1	Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des BMG; §§ 3 und 4 SuizidPrävG-E	1 482	1 200
4.3.2	Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat sowie eine Behörde im Geschäftsbereich des BMG; §§ 5, 7 und 8 SuizidPrävG-E	0	0
4.3.3	Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen; § 5 Absatz 2 SuizidPrävG-E*	0,035	0
4.3.4	Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit; § 6 Absatz 1 SuizidPrävG-E*	0	1
4.3.5	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E*	0	4 160
4.3.6	Analyse zum Umfang und Aufbau vom Krisendienst (Neu) § 9 SuizidprävG-E Absatz 2	0	geringfügig
4.3.7	Bericht zum Krisendienst (Neu); § 9 SuizidprävG-E Absatz 3	geringfügig	
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)		1 482	5 361
davon Bund*		1 482	1 201
davon gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (in Tsd. Euro)		0	4 160
davon auf Landesebene (inklusive Kommunen)		Geringfügig	geringfügig

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 im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 3 und 4 SuizidPrävG-E

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands des Bundes:

7) Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.
8) Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

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				390	1 092
Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)				1 482	

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			1 200 000		1 200
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				1 200	

Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit wird eine Bundesfachstelle für Suizidprävention (Bundesfachstelle) eingerichtet. Die Bundesfachstelle berücksichtigt bei ihrer Arbeit die Aufgaben gemäß § 4 SuizidPrävG-E und die Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention der Nationalen Suizidpräventionsstrategie.

Geschätzt entsteht der Bundesfachstelle ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 1200 000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus den geschätzten Kosten zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie im Rahmen der Entwicklung eines Konzepts zur Einführung einer Krisenrufnummer nach § 4 Nummer 1 SuizidPrävG-E (500 000 Euro), zum Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 4 Nummer 3, 4 und 8 SuizidPrävG-E und des digitalen Verzeichnisses mit Hilfsangeboten nach § 4 Nummer 6 SuizidPrävG-E (700 000 Euro).

Insgesamt ist mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand geschätzt in Höhe von 1 482 000 Euro für den Betrieb der Bundesfachstelle zu rechnen. Davon entfallen 390 000 Euro auf Personalkosten (3 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des höheren Dienstes, bewertet gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands (Stand Februar 2026) mit 108 160 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 324 480 Euro pro Jahr; eine Stelle/Mitarbeiterkapazitäten des gehobenen Dienstes (gD), bewertet mit 64 640 Euro pro Stelle und Jahr) und 1 092 000 Euro auf Sachausgaben für laufende Kosten für das Pflegen der Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 4 Nummer 3, 7 und 8 SuizidPrävG-E (50 000 Euro) und für das digitale Verzeichnis mit Hilfsangeboten nach § 4 Nummer 4 SuizidPrävG-E (100 000 Euro), Kosten für Tagungen, Vernetzungstreffen und Kongresse nach § 4 Nummer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 SuizidPrävG-E (200 000 Euro), Aufwendungen für entsprechende (Dienst-)Reisen, auch des Fachbeirats (7 000 Euro), Kosten für Forschung und Aufklärung einschließlich Sekundärdatenabfragen nach § 4 Nummer 1, 2, 3, 6, 7, 9 und 10 SuizidPrävG-E (700 000 Euro) und die Vergabe von weiteren Aufträgen zur Hinzuziehung von Sachverständigen oder zur Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien nach § 4 Satz 4 SuizidPrävG-E (35 000 Euro).

Sofern die Aufgaben der Bundesfachstelle nach § 4 Nummer 1 bis 10 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. Es ist davon auszugehen, dass die Erfüllung der umfangreichen gesetzlichen Aufgaben im Wesentlichen erst ab dem Jahr 2027 sukzessive beginnen wird. Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Bundesfachstelle fällt daher erst ab dem Jahr 2027 sukzessive

und ab dem Jahr 2029 vollständig an. Im Rahmen der Evaluierung nach § 10 SuizidPrävG-E bis zum 31. Dezember 2038 wird zu prüfen sein, in welchem Umfang die Erfüllung der Aufgaben der Bundesfachstelle ab dem Jahr 2042 dauerhaft fortzuführen ist.

Der einmalige Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 1200 000 Euro fällt ab dem Jahr 2027 sukzessive und bis zum Jahr 2029 vollständig an.

Vorgabe 4.3.2: Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle durch einen Fachbeirat, eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 5, 7 und 8 SuizidPrävG-E

Die Bundesfachstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer in § 4 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben durch einen bei der Bundesfachstelle einzurichtenden Fachbeirat nach § 5 SuizidPrävG-E unterstützt. Sie kann zudem durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 7 und 8 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 nicht übersteigen. 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 § 5 Absatz 2 SuizidPrävG-E gezahlt wird und bereits in der Vorgabe zum Betrieb der Bundesfachstelle enthalten ist. Daher wird kein weiterer Erfüllungsaufwand ausgewiesen.

Sofern die Bundesfachstelle durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 7 und 8 SuizidPrävG-E unterstützt wird, 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; § 5 Absatz 1 und 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	67,60	0	0,035	0

Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)	0,035

Die Berufung der Mitglieder des Fachbeirats kann in der Regel alle fünf Jahre erfolgen. 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", 3 Minuten für Standardaktivität 8 „Daten übermitteln oder veröffentlichen").

Gemäß der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamts für die Verwaltung wird ein Lohnsatz von 67,60 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 * 67,60 hD Bund / 5 Jahre = 35 Euro).

Vorgabe 4.3.4: Zustimmung zur Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit; § 6 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	67,60	0	1	0
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				1	

Die Bundesfachstelle gibt dem Fachbeirat eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums 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 * 67,60), der im Jahr 2027 anfallen wird, wenn sich der Fachbeirat konstituiert und die Bundesfachstelle den Entwurf der Geschäftsordnung dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt haben wird.

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

Vorgabe 4.3.5: 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 4.2.1 kann bei Durchführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention 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) entstehen.

Durch die Vorgabe, dass angestrebt werden soll, ein Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach § 64f SGB V-E (Artikel 2) in jedem Land durchzuführen, kann bei Durchführung durch die in diesem Gesetzentwurf angelegte Möglichkeit ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung entstehen. Insgesamt kann der GKV infolge des Gesetzentwurfes ein einmaliger Mehraufwand in Höhe von 4 160 000 Euro entstehen. 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 anstreben, in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben zu vereinbaren oder durchzuführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen. Zur Berechnung 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 möglicher 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 bei der Durchführung der Modellvorhaben zu nicht bezifferbaren Einsparungen kommen. Die Höhe ist davon abhängig, in welchem Umfang diese Möglichkeit genutzt wird. Hierzu liegen keine Prognosen vor.

Ferner stehen dem Erfüllungsaufwand bei Durchführung von Modellvorhaben mögliche mittel- bis langfristig realisierbare Einsparungen in nicht exakt näher quantifizierbarer Höhe gegenüber. Durch eine aufgrund der Durchführung von Modellvorhaben verbesserte Vernetzung und Versorgung können perspektivisch Synergien bei der Versorgung besser

genutzt, mögliche Fehlversorgung abgebaut und gegebenenfalls Suizidversuche vermieden werden. Dadurch könnten eventuell aufgrund von Suizidversuchen anfallende Folgekosten für die Behandlung und Betreuung von Betroffenen sowie ggf. Angehörigen perspektivisch verringert oder vermieden werden.

Vorgabe 4.3.6: Analyse zum Umfang und Aufbau vom Krisendienst; § 9 Absatz 2 SuizidprävG-E

Einmaliger Erfüllungsaufwand der Länder: geringfügig

Die Länder führen einmalig nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Analyse zur Bestimmung des Umfangs und Aufbau und der geografischen Verteilung der Krisendienste durch.

Die Analyse ist von jedem Bundesland einmalig durchzuführen. Es wird, auf Grundlage von Angaben des BMG, angenommen, dass die Länder bereits einen Überblick über die Versorgungssituation von Menschen in suizidalen Krisen und die hieraus erwachsenden Bedarfe haben. Dementsprechend müsse die Analyse nicht von Beginn neu aufgesetzt werden. Es wird angenommen, dass ein Zeitaufwand von 1 bis 10 Arbeitstagen für die Erstellung der Analyse benötigt wird.

Aufgrund der geringen Fallzahl von 16 und dem Zeitaufwand von 1 bis10 Arbeitstagen ist der einmalige Erfüllungsaufwand als geringfügig einzuschätzen.

Vorgabe 4.3.7: Bericht zum Krisendienst; § 9 Absatz 3 SuizidprävG-E

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Länder: geringfügig

Die Länder müssen jährlich, erstmals zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes der Bundesfachstelle zum Stand der Entwicklung und des Ausbaus der Krisendienste berichten.

Der Bericht an die Bundesfachstelle ist von jedem Bundesland zu erbringen.

Der Ausgangsbericht basiert auf den Ergebnissen der Analyse aus § 9 Absatz 2 SuizidprävG-E. Die benötigten Informationen liegen dem Land dementsprechend bereits vor. Zur Ausgestaltung des Berichts macht das Gesetz keine initialen Vorgaben. Es wird dementsprechend ein Zeitaufwand von 1 bis 3 Arbeitstagen geschätzt.

Aufgrund der geringen Fallzahl von 16 und dem Zeitaufwand von 1 bis 3 Arbeitstagen ist die Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Länder als geringfügig einzuschätzen.

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 Errichtung der Bundesfachstelle ist zunächst auf fünfzehn Jahre befristet.

Nach § 10 SuizidPrävG-E in Artikel 1 sind die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Bundesfachstelle nach § 4 SuizidPrävG-E in Artikel 1 vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2038 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, erfolgreich umgesetzt wurden. 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 Arbeit des Fachbeirats befassen. Die Einrichtung des Fachbeirats ist zunächst als „Kann"-Regelung angelegt. Es obliegt daher dem Gesetzgeber, über 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, sowie der Grad der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und der Aufgaben der Geschäftsstelle. Im Zuge der Evaluierung soll festgestellt werden, ob die Aufgaben der Bundesfachstelle zur Stärkung der Suizidprävention erfüllt sind und welche Rolle die Bundesfachstelle für die anstehenden Aufgaben der Weiterentwicklung der Suizidprävention spielen sollte. Wichtige potenzielle 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 V 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.

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 und definiert den Begriff der Suizidprävention legal.

Suizidprävention im Sinne dieses Gesetzes bezeichnet die Aufgabe, Suizidversuche und Suizide möglichst zu verhindern, betroffene Menschen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig zu unterstützen, Suizidalität vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren. Das Gesetz zielt sowohl auf eine Intensivierung der bestehenden Maßnahmen zur Suizidprävention als auch auf eine qualitative und quantitative Fortentwicklung dieser Maßnahmen. 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 Suizidalität vorzubeugen. 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.

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 auf dem Weg zur akuten Suizidalität umfasst, nämlich erste Gedanken, die sich mit der Beendigung des eigenen Lebens oder einem möglichen suizidalen Handeln befassen, konkretere Ideen, wie auch weiter ausgeformte Suizidabsichten und Handlungen. Ferner werden Menschen umfasst, die einen Suizid 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. Die Aufzählung ist daher nicht abschließend.

Absatz 4 bestimmt den Begriff der Krisendienste näher. Aufgrund unterschiedlicher Strukturen in den Ländern sind die auf dem Gebiet der Suizidprävention unter den Begriff Krisendienste zu fassenden Angebote unterschiedlich aufgebaut. Mit dieser Definition von Krisendiensten werden psychosoziale Beratungsstellen und Hilfeangebote erfasst, die durch die Länder eingerichtet sind, von diesen betrieben werden oder von den Ländern beauftragt sind. Durch den Verweis auf § 9 Absatz 1 Satz 2 werden qualitative Anforderungen an das Bestehen von Krisendiensten gestellt. Sie sind abzugrenzen von Angeboten weiterer Akteure, zum Beispiel ehrenamtlichen Vereinen, die häufig unter dem Begriff der Krisenhilfen adressiert werden. Polizeien und Rettungsdienste sind ausdrücklich nicht als Krisendienste im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen.

Zu § 3 (Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention)

Als Grundstein für die effektive Weiterentwicklung der Suizidprävention beinhaltet dieses Gesetz die Etablierung einer zentralen Bundesfachstelle für Suizidprävention. Die Einrichtung der Bundesfachstelle ist mit diesem Gesetz zunächst auf einen Zeitraum von insgesamt fünfzehn Jahren ab dem Zeitpunkt ihrer Errichtung befristet. Bundesfachstelle und Fachbeirat sind damit zunächst grundsätzlich im zeitlichen Gleichlauf von 15 Jahren vorgesehen.

Die Aufgabe der Bundesfachstelle beschränkt sich auf die fachliche Begleitung und fachliche Information der Akteure der Suizidprävention; eine regelnde Einflussnahme der Bundesfachstelle auf die Länder ist nicht beabsichtigt. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Ziel der Bundesfachstelle soll es sein, die Sichtbarkeit der Suizidprävention zu stärken und dazu beizutragen, neue Erkenntnisse zu gewinnen, die die evidenzbasierte Suizidprävention in Deutschland wesentlich verbessern Die Stelle spielt damit eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und der Entschließung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drucksache 20/7630) insbesondere für den Zuständigkeitsbereich des Bundes. 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 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“[9)] als Empfehlung festgehalten, dass bei der Vielzahl der regionalen, niederschwelligen 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, es 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, zum Beispiel aus Österreich[10], 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. Sie dienen als Knotenpunkt für die Überwachung und Implementierung von unterschiedlichsten Maßnahmen.

Eine europäische Taskforce zur Suizidprävention empfahl in ihrem Fachartikel „Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper“[11)], dass evidenzbasierte, suizidpräventive Maßnahmen im Vordergrund der Handlungen stehen 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[12)] 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“ [13)].

Der Deutsche Ethikrat sieht zudem die Institutionen der „Makroebene“ in der Verantwortung, notwendige Rahmenbedingungen zu schaffen, Akteure der anderen Ebenen (Mikro-

---

9) www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf (letzter Zugriff: 13. März 2026).

10 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.); Suizid und Suizidprävention in Österreich, Bericht 2025, 2025

11) 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.

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

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

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 Notwendigkeit auf. Auch in der Debatte über die rechtliche Regelung der Suizidassistenz wird die Notwendigkeit der zusätzlichen Stärkung und Absicherung der Suizidprävention aufgezeigt.

Die Publikation „Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries"[14)] der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2021 enthält eine Übersicht über die wichtigsten Aufgaben der Suizidprävention. Auch hier werden die multisektorale Zusammenarbeit und Vernetzung als bedeutsames Element verstanden. Weitere Elemente, die zukünftig den Aufgabenbereich der Bundesfachstelle umfassen sollen, wie u.a. die Steigerung der Aufmerksamkeit für Suizidprävention, Monitoring und Bewertung der Suizidalität und Fort- und Weiterbildung von Akteuren werden in der WHO-Publikation genannt und als äußerst relevant für das Gelingen der Suizidprävention eingestuft.

Zu § 4 (Aufgaben der Bundesfachstelle)

§ 4 definiert die Aufgaben der Bundesfachstelle. Die Erledigung der Aufgaben durch die Bundesfachstelle steht unter dem Vorbehalt ausreichender Haushaltsmittel. Der Aufgabenkatalog des Satzes 1 ist nicht abschließend. Die in Satz 1 beispielhaft aufgeführten Aufgaben der Bundesfachstelle greifen explizit Handlungsansätze auf, bei denen die Zuständigkeit vorrangig beim Bund liegt.

Zu Nummer 1

Menschen in psychosozialen Krisen brauchen einen einfachen, schnellen und niederschwelligen Zugang zu ersten Hilfsangeboten. Ein wichtiges Kernelement kann hierbei eine zentrale Krisenrufnummer sein, die über eine einheitliche Rufnummer erste Telefonberatung bietet wie auch - bei akutem Bedarf - die Weitervermittlung in weiterführende regionale Hilfsangebote. Eine bundeseinheitliche Telefonnummer ist eine wesentliche Forderung des Antrags „Suizidprävention stärken", BT-Drucksache 20/7630, des Deutschen Bundestags. Anonymität und ein einfacher, niederschwelliger Zugang (einfache Nummer) erhöhen dabei die Akzeptanz. Auch das aktive Bewerben dieser Rufnummer führt zu einem höheren Benutzergrad. Wird die Krisenrufnummer darüber hinaus mit Online-Chat oder Nachrichtenfunktion ausgestattet, können unterschiedliche Zielgruppen besser erreicht werden.

In den Ländern bestehen heterogene Strukturen zur Unterstützung von Menschen in Krisensituationen. Es bestehen vielfältige Telefon- und Online-Beratungsangebote für Personen in Krisensituationen. Sie umfassen sowohl allgemeine Beratungsangebote in Lebenskrisen (wie zum Beispiel das Angebot der TelefonSeelsorge®) als auch zielgruppenspezifische Beratungsangebote (zum Beispiel für Kinder und Jugendliche, für alte Menschen, für suchtkranke Menschen, für Angehörige von Berufsgruppen mit besonderen Belastungen) oder zielgruppenspezifische Ansprechwege (über Social Media, Chat- oder Messenger-Dienste). Eine bundeseinheitliche Krisenrufnummer bietet die Möglichkeit, flächendeckende Erreichbarkeiten in allen Regionen herzustellen und bestehende Strukturen zu bündeln.

Wichtige Aufgabe der Bundesfachstelle soll daher die Erstellung eines Konzeptes zum Aufbau und Betrieb einer barrierefreien, unentgeltlichen und bundesweit einheitlichen Rufnummer sein. Um diese Aufgabe vorzubereiten, hat das Bundesministerium für Gesundheit im

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

März 2026 die Durchführung eines Stakeholderprozesses und einer Konzepterstellung beauftragt.

Eine zentrale Krisenrufnummer, die durchgängig erreichbar ist, stellt gerade durch ihre leichte Erreichbarkeit eine niederschwellige und anonyme Unterstützung in Krisensituationen dar und kann dazu beitragen, die Zahl der Suizide reduzieren. Wichtige Voraussetzung dafür ist die Weiterleitung in vorhandene regionale Hilfsangebote. Dort kann eine Weitervermittlung der Betroffenen unter Kenntnis der regionalen Verfügbarkeiten und Strukturen und gegebenenfalls auch eine aufsuchende Unterstützung in Krisen stattfinden. Es ist Aufgabe der Bundesfachstelle, angesichts der Heterogenität der bestehenden Strukturen und der Komplexität der Aufgabe unter Berücksichtigung des beauftragten Stakeholderprozesses die künftige Struktur einer bundesweiten Krisenrufnummer zu erarbeiten. Neben der fachlichen konzeptionellen Ausarbeitung sollte zudem auch die technische Umsetzung, gemeinsam mit den Betreibern, geprüft und vorangebracht werden. Bei der Konzeptentwicklung sind Betroffenen- und Angehörigenverbände sowie weitere Stakeholder (zum Beispiel Telefon-Seelsorge®) einschließlich der Länder zu berücksichtigen.

Der Konzepterstellung soll eine Machbarkeitsstudie zur Einführung einer Krisenrufnummer auf Grundlage des Konzepts folgen, um die Realisierbarkeit des Konzeptes unter den gegebenen Rahmenbedingungen verlässlich zu erproben bevor die rechtlichen und technischen Voraussetzungen festgelegt werden können.

Die regionale Weiterleitung der Anrufe setzt zunächst voraus, dass die technischen Bedingungen geschaffen werden. Eine größere Hürde besteht darin, dass Krisendienste und andere unmittelbare Hilfsangebote nicht in allen den Regionen flächendeckend zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund ist eine Einbeziehung der Stakeholder und eine Erprobung eines tragfähigen Konzeptes erforderlich. Diese stellt eine Grundbedingung dar, um den Anrufenden weiterführende Hilfe zukommen zu lassen. Die Etablierung einer bundesweit einheitlichen Krisenrufnummer ist ohne entsprechende Strukturen in den Versorgungsregionen nach aktueller Einschätzung nicht zielführend und nachhaltig. Daher soll es den Ländern obliegen, auf die Entwicklung eines flächendeckenden Netzes an Krisendiensten mit einem bedarfsgerechten Beratungs-, Hilfe- und Einsatzangebot hinzuwirken, siehe § 9.

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.

Die Strukturen der Krisenrufnummer sowie der zugehörigen regionalen Strukturen sollen kontinuierlich weiterentwickelt und bedarfsgerecht auf weitere Zielgruppen ausgeweitet werden. Dazu kann ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen den Akteuren beitragen. Ein mögliches Instrument kann ein Erfahrungsaustausch über sogenannte Roundtable-Dialoge sein.

Zu Nummer 2

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. Der häufig starken 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.

Beispielsweise zielen bauliche Maßnahmen der Methodenrestriktion bei bedarfsgerechter Ausführung auf eine sinnvolle Absicherung von Brücken, hohen Gebäuden, Bahnhöfen oder Schienennetzen ab, insbesondere im Bereich von sogenannten „Hotspots“. Gerade bei dem Bau oder der Renovierung von Kliniken oder Einrichtungen des Justizvollzugs sollte das vorhandene Wissen zur baulichen Methodenrestriktion Berücksichtigung finden.

An sogenannten „Hotspots“ kommt es wiederkehrend zu Suizidversuchen und Suiziden. Es konnte gezeigt werden, dass es bei Absicherung dieser „Hotspots“ häufig nicht zu Ausweichhandlungen kommt, die suizidale Person ihr Vorhaben abbricht und sich im besten Falle Hilfe und Unterstützung sucht. Hier ist es von entscheidender Bedeutung, diese „Hotspots“ frühzeitig zu identifizieren und notwendige Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen. Wie diese Identifizierung am besten gelingt, um entsprechende Maßnahmen abzuleiten, soll ebenfalls Bestandteil der Konzeptentwicklung durch die Bundesfachstelle sein. In einem zweiten Schritt ist aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und der vielfältigen Ansatzmöglichkeiten (gesetzlich und untergesetzlich) eine enge Zusammenarbeit mit den betroffenen Ressorts der Bundesregierung und den Ländern für das Voranbringen einer datengeleiteten und effektiven Methodenrestriktion, die den individuellen Gegebenheiten der unterschiedlichen Regionen Rechnung tragen muss, erforderlich.

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[15]. 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.

Zu Nummer 3

Die Evidenzlage zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen in der Suizidprävention zeigt, dass maßgeschneiderte Interventionen für spezifische demografische Gruppen effektiver sein können als universelle Ansätze. Die 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. In den letzten Jahren war ein Anstieg bei weiblichen Personen zu verzeichnen. Gleichwohl bedarf es auch der besonderen Berücksichtigung der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, innerhalb derer der Suizid die häufigste 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.

---

[15]) www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/suizidpraevention-in-deutschland-abschlussbericht.html

Auch die Erstellung einer bundesweiten zentralen Website mit vertieften Informationen zur Suizidprävention für suizidale Personen, deren Angehörige sowie für Fachkräfte kann zukünftig ein wichtiger Beitrag der Bundesfachstelle zur Suizidprävention sein.

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 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[16)]. Mit der Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit[17)] ergreift die Bundesregierung gegenwärtig bereits eine Vielzahl von Maßnahmen zur Aufklärung über und Linderung von Einsamkeit.

Die Informationsangebote der Bundesfachstelle, die für die Öffentlichkeit bestimmt sind, sollen den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung tragen, sollen barrierefrei und bei Bedarf in leichter Sprache verfügbar sein.

Zu Nummer 4

In Deutschland steht ein dichtes, wenngleich noch nicht geschlossenes 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 Beratungsangebote und anbietenden Institutionen und Akteure erarbeiten und unter diesen bekannt machen. Ein digitales Verzeichnis der bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention soll es Hilfesuchenden, Angehörigen und Freunden von Hilfesuchenden als auch im Bereich der Suizidprävention tätigem Fachpersonal ermöglichen, sich schnell und aufwandsarm einen Überblick über die bestehenden Informations- und Hilfeangebote zu verschaffen. Denn eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zu Hilfen in Krisensituationen ist, dass die bestehenden Hilfeangebote Hilfesuchenden bekannt sind und Hilfesuchende schnell für sich geeignete Hilfeangebote finden. Dies gilt für die gesamte Bevölkerung und in besonderem Maße für Menschen, die ein erhöhtes Risiko für suizidales Erleben und Verhalten haben, als auch für deren An- und Zugehörige.

Mit der Förderung des Verbundprojektes „Mapping Care and Needs: Bundesweites quantitatives und qualitatives Versorgungsmapping und zielgruppenspezifische Bedarfsanalyse für Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten“ (MAPS) im Rahmen der Ressortforschung hat das BMG bereits einen wichtigen Grundstein für diese Aufgabe der Bundesfachstelle gelegt.

Das Bekanntmachen der bestehenden Angebote und Akteure untereinander fördert zugleich den Austausch zu gemeinsamen Fragestellungen wie besonderer Problemlagen der

---

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

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

Qualitätssicherung und kann in der Praxis der Weitervermittlung von Betroffenen an die für sie passendsten Angebote beitragen.

Das Verzeichnis ist regelmäßig zu aktualisieren.

Zu Nummer 5

Die Bundesfachstelle soll die Zusammenarbeit der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention begleiten und im Sinne der Vernetzung fördern. Eine regelnde Einflussnahme durch den Bund ist nicht vorgesehen.

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine Vielzahl an Akteuren trägt zur Suizidprävention bei. Die Förderung der Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Suizidprävention stellt vor diesem Hintergrund eine wichtige Aufgabe der Bundesfachstelle dar. Die Aufgabe der Bundesfachstelle beschränkt sich auf die Begleitung und fachliche Information der Länder und der weiteren Akteure mit dem Ziel der weiteren Vernetzung.

Zu Nummer 6

Die Bundesfachstelle soll zudem die professionellen Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der bedarfsgerechten Weiterentwicklung ihrer an die Öffentlichkeit gerichteten Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote einschließlich der Ausweitung auf weitere Zielgruppen fachlich beraten, so dass die Angebote möglichst adressatengerecht und niederschwellig zur Verfügung stehen und hohe Akzeptanz finden. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis. Das in der Begründung zu Nummer 4 beschriebene Projekt MAPS wird hierzu wichtige Erkenntnisse liefern können.

Zu Nummer 7

Aufgabe der Bundesfachstelle soll es auch sein, den Akteuren im Bereich der Suizidprävention 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, zum Beispiel in Form von Arbeitshilfen zur Unterstützung der praktischen Arbeit vor Ort, deren Veröffentlichung und deren Aktualisierung auf Grundlage aktueller Erkenntnisse und Daten.

Zu Nummer 8

Für die Suizidprävention ist es von entscheidender Bedeutung, dass Angehörige von Berufen, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen, sich anbahnende Krisensituationen und Suizidalität bei betroffenen Personen möglichst frühzeitig erkennen, ernst nehmen und weitere Schritte zur Unterstützung einleiten. Die Nationale Suizidpräventionsstrategie empfiehlt daher, dass Angehörige von Berufen, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen, durch passgenaue Fort- und Weiterbildungsangebote noch stärker sensibilisiert und im Umgang mit gefährdeten Personen geschult werden sollen, um sicherzustellen beziehungsweise sie in die Lage zu versetzen, adäquat zu reagieren und Betroffene über weitergehende Hilfs- oder Therapieangebote informieren zu können. Qualitätsgesicherte und bundeseinheitliche Fort- und Weiterbildungsangebote tragen dazu bei, die hierfür erforderlichen Kompetenzen für eine suizidpräventive Beratung oder Krisenintervention zu vermitteln. 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 von Berufen, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind, 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 ebenso wie relevante Berufsverbände auch bei der Implementierung in die Praxis unterstützen.

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.

Mit den im Rahmen der Forschungsförderung unterstützten Verbundprojekt „SuiLearning - Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines E-Learning Programms “Grundkurs Suizidprävention im Gesundheitswesen“ legt das BMG bereits wichtige Grundpfeiler für diese Aufgaben der Bundesfachstelle. Die bisherigen Lernprogramme zur Suizidprävention wurden für definierte Berufsgruppen, aber nicht für alle aktiven Gruppen des Gesundheitswesens, die in Kontakt mit suizidalen Menschen kommen können, entwickelt. Um möglichst viele Berufsangehörige für das Thema zu sensibilisieren und zu schulen, ist es sinnvoll, ein Programm für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu erstellen. Ziel des Projektes ist es, ein Online-basiertes E-Learning Programm für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu entwickeln. Dazu zählen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeitende, Apothekerinnen und Apotheker, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Seelsorgende, Beraterinnen und Berater, Psychologinnen und Psychologen und weitere Berufe.

Weiterer Erkenntnisgewinn ist aus den vom BMG geförderten Projekten „Anfragen nach Suizidassistenz älterer Menschen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege – pflegeprofessioneller Umgang und Suizidprävention“ (ATTENTION), und „Partizipative Entwicklung eines Leitfadens zur Suizidprävention in der Gemeindepsychiatrie“ (SuiLeit) zu erwarten.

Zu Nummer 9

Forschung zur Suizidprävention und zur Suizidalität kommt eine zentrale Rolle zu. Sie bildet die Grundlage für das Verständnis von Suizid und die Entwicklung wirksamer Präventionsstrategien. Forschungsansätze, die suizidpräventive Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen unterstützen, sind essenziell, um evidenzbasierte und effektive Interventionen zu entwickeln oder bestehende Maßnahmen qualitätsgesichert und evidenzbasiert weiter zu entwickeln. Diese Ansätze können sich beispielsweise darauf konzentrieren, Risikofaktoren und Risikogruppen zu identifizieren, präventive Strategien zu evaluieren und die Wirksamkeit von Interventionen in spezifischen Bevölkerungsgruppen aufzuzeigen. Bereits vorhandene Evidenz kann damit weiterentwickelt und überprüft werden, neue Risikogruppen möglicherweise identifiziert und spezifisch adressiert werden. Evidenzbasierte Maßnahmen, deren suizidpräventive Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, können größtmögliche Effekte in der Suizidprävention erzielen und sind daher vorrangig fort zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund soll es Aufgabe der Bundesfachstelle sein, sich an der kontinuierlichen Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention zur Forschung im Bereich der Suizidprävention und der Suizidalität zu beteiligen, in dem sie unter anderem zur Förderung der Forschung im Bereich der Suizidprävention und der Suizidalität beiträgt und den Wissenstransfer in die Praxis unterstützt. Diese Aufgaben im Bereich der Forschung sind insbesondere auch erforderlich, um die weiteren Aufgaben der Bundesfachstelle – insbesondere die Entwicklung von fachlichen Konzepten und die fachliche Beratung – fachgerecht und in hoher Qualität auszuüben.

Die Bundesfachstelle unterstützt Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention und der Suizidalität, 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 beziehungsweise Forschungsprojekte fördern.

Zu Nummer 10

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

Eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbare Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zur Suizidalität ermöglicht 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 identifiziert und die Öffentlichkeit für die Thematik sensibilisiert werden.

Ziel 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.

Wichtige potenzielle bundesweite Datenquellen für die Surveillance, die Erkenntnisse, Rückschlüsse und Handlungsempfehlungen generieren können, sind die Todesursachenstatistik oder Daten aus dem Krankenhausentgeltgesetz. Im Dialog mit den zuständigen Behörden und den Ländern kann geprüft werden, wie beispielsweise Angaben auf Todesbescheinigungen ausgeweitet und besser nutzbar gemacht werden können.

Ein wichtiger Ansatz, um eine bessere Datengrundlage zu erhalten, kann die Erarbeitung eines bundeseinheitlichen Musters für Todesbescheinigungen sein. Die Angaben auf dem Totenschein gehen umfassend in die Todesursachenstatistik ein, und bergen daher hohes Potenzial, die Datenerfassung zu verbessern und auszuweiten. 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.

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 suizidpräventive Betreuung zu überführen, kann von entscheidender Bedeutung sein. Mit dem vom BMG geförderten Projekt „Systematische Erhebung von Suizidversuchen in Deutschland (SeSiD)[18]“ des Robert Koch-Institutes soll die systematische Erhebung von Suizidversuchen mit vier Datenquellen erprobt werden (über repräsentative Befragungsdaten der Bevölkerung aus dem RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“, aus Routinedaten des AKTIN-Notaufnahmeregisters zur Vorstellung in Notaufnahmen, aus Routinedaten der GKV sowie der Krankenhäuser und aus polizeilichen Daten der Kriminalstatistik). Um die gezielte Erreichbarkeit dieser Hochrisikogruppe zu

18 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/sesid

verbessern, kann auch die Nutzung von gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) erhobenen Daten ein potenziell geeigneter Ansatz sein, den es auszuloten gilt.

Die Bundesfachstelle kann zudem wichtige Aspekte einbringen, um die unter Verwendung von ICD-11[19] codierten Statistiken zukünftig zum Zwecke der Suizidprävention besser nutzbar zu machen.

Satz 2 bestimmt, dass die Bundesfachstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 die Beteiligung der Länder im erwünschten und notwendigen Umfang sicherzustellen hat. Gleiches gilt für die Aufgabe nach Satz 1 Nummer 10 zur Entwicklung einer Empfehlung für eine bundeseinheitlich zu entwickelnde Todesbescheinigung. Eine finanzielle Unterstützung der bestehenden Angebote verbleibt in Länderzuständigkeit. Die Aufgabe der Bundesfachstelle beschränkt sich auf die fachliche Begleitung und fachliche Information; eine regelnde Einflussnahme des Bundes auf die Länder ist nicht vorgesehen.

Satz 3 bestimmt, dass die Bundesfachstelle bei Erledigung der ihr zugewiesenen Aufgaben die Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention im Bereich der Vernetzung und Koordination (siehe 3. Handlungsfeld 3: Vernetzung und Koordination, S. 18) gemäß der von der Bundesregierung in Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelten Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung zu beachten hat.[20)] 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 Bundesfachstelle kann Dritte mit der Durchführung der genannten Aufgaben beauftragen oder fördern.

Zu § 5 (Einrichtung eines Fachbeirats bei der Bundesfachstelle)

Die Vorschrift regelt die Einrichtung eines Fachbeirats und die Modalitäten der Mitgliedschaft in diesem.

Zu Absatz 1

Die Bundesfachstelle kann in fachlichen Fragen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 4 Satz 1 durch einen Fachbeirat unterstützt werden. Es obliegt der Bundesfachstelle, Impulse zu den jeweiligen Aufgaben und den zeitlichen Horizonten für die Erledigung der Aufgaben zu geben. Schließlich obliegt es dem Gesetzgeber bei Bedarf und nach der Evaluierung nach § 10, über eine Fortführung des Fachbeirats zu entscheiden.

Zu Absatz 2

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 Mitglieder werden jeweils im Regelfall für die Dauer von fünf Jahren berufen.

Die Mitgliedschaft erfolgt ehrenamtlich und somit ohne Vergütung.

---

19 https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html

20) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf (letzter Zugriff: 12. Dezember 2024).

Zu Absatz 3

Absatz 3 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.

Der Fachbeirat kann 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. Die Listung ist nicht abschließend.

Vorgaben, in welchem Verhältnis die Vertreterinnen und Vertreter bestimmter Gruppen zueinander zu besetzen sind, bestehen nicht.

Unabhängig davon wird eine paritätische Vertretung von Frauen und Männern entsprechend der Vorgaben des Bundesgleichstellungsgesetzes angestrebt.

Zu Absatz 4

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. Eine Wiederberufung ist nicht möglich

Zu § 6 (Geschäftsordnung des Fachbeirats)

Absatz 1 enthält Vorgaben zur Geschäftsordnung. Diese werden in Absatz 2 durch Vorgaben zu Beschlüssen zur Einholung von Gutachten, Expertisen oder Studien konkretisiert. Die Geschäftsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Absatz 3 regelt konkretisierende Vorgaben zur Teilnahme von Behördenvertretern an den Sitzungen des Fachbeirates.

Zu § 7 (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 § 4 Satz 1 Nummer 1 bis 10 genannten Aufgaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils ganz oder teilweise auf eine Behörde oder mehrere Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden. Dies kann zum Beispiel das Bundesinstitut für Gesundheit (BIÖG) oder das Robert Koch-Institut (RKI) sein. Die Möglichkeit der unmittelbaren Übertragung von Aufgaben macht eine zentrale Bestimmung über das Bundesministerium für Gesundheit entbehrlich und ist damit ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung.

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 § 8 (Unterstützung durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit)

Sofern eine vollständige oder teilweise Aufgabenübertragung nach § 7 nicht in Betracht kommt, kann die Bundesfachstelle bei der Wahrnehmung ihrer nach § 4 genannten

Aufgaben durch eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, wie zum Beispiel durch das BIÖG, punktuell und bei konkreten Fragestellungen unterstützt werden.

Zu § 9 (Sicherstellung von Krisendiensten durch die Länder)

Zu Absatz 1

Es obliegt den Ländern, auf die Entwicklung eines flächendeckenden Netzes an Krisendiensten mit einem bedarfsgerechten Beratungs-, Hilfe- und Einsatzangebot hinzuwirken. Dieses Netz an Krisendiensten soll insbesondere suizidalen Personen ebenso wie allen Personen, die sich in psychischen Krisen befinden, einen unbürokratischen Zugang ermöglichen. An die Errichtung der Krisendienste sind die Anforderungen des Absatzes 1 Satz 2 zu richten. Das Netz soll bedarfsgerecht ausgerichtet sein und bereits bestehende Angebote berücksichtigen.

Die Schaffung ausreichender, flächendeckender und durchgängig erreichbarer Strukturen ist eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung einer bundesweiten Krisenrufnummer. Denn deren Umsetzung setzt voraus, dass Strukturen vorhanden sind, an die über die bundeseinheitliche Rufnummer auf die vor Ort benötigte Hilfestellung verschaltet werden kann.

An die Einrichtung der Krisendienste sind die Mindestanforderungen des Absatzes 1 Satz 2 zu richten. Darüber hinaus obliegt die Ausgestaltung der Krisendienste den Ländern.

Zu Nummer 1

Die Einrichtung von Krisendiensten setzt sachkundiges Personal und damit eine angemessene Personalausstattung voraus. Bei der Auswahl des sachkundigen Personals sind die Bedarfe der anfragenden Menschen und spezifische Bedarfe unterschiedlicher Personengruppen maßgeblich zu berücksichtigen. Zu den Aufgaben des Personals gehört zuvorderst die Beratung und Unterstützung der anfragenden Personen. Sachkundiges Personal soll ständig erreichbar sein, um tageszeitunabhängig ein Beratungs- und Unterstützungsangebot geben zu können. Es werden keine Vorgaben zur Art des Personaleinsatzes und zur besonderen beruflichen Qualifikation gemacht. Der Einsatz kann beispielsweise durch hauptamtliches Personal ebenso wie durch ehrenamtliches Personal oder durch Honorarkräfte erfolgen.

Zu Nummer 2

Die Krisendienste sollen auch eine Hilfe vor Ort gewährleisten. Zu denken ist insbesondere an mobile Einsatzteams, die sich bereits in verschiedenen Bundesländern in der Suizidprävention bewährt haben und eine konkrete Hilfestellung am Aufenthaltsort der suizidalen Person ermöglichen.

Zu Nummer 3

In den meisten Bundesländern bestehen bereits Strukturen der Krisenhilfe oder Krisendienste. Es ist wichtig, diese bestehenden Strukturen zu berücksichtigen und soweit möglich beim Ausbau zu integrieren.

Zu Nummer 4

Es bedarf der Festlegung der erforderlichen Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden.

Zu Nummer 5

Die besonderen Bedarfe von vulnerablen Gruppen sollen angemessen berücksichtigt werden. Die Bedarfe können sich nicht nur von Land zu Land, sondern bereits von Region zu Region stark unterscheiden. Es ist daher nicht vorgesehen, die Bedarfe zu spezifizieren. Vielmehr kommt den Ländern auch an dieser Stelle ein breiter Einschätzungs- und Ermessensspielraum zu.

Zu Nummer 6

Krisendienste stellen einen wichtigen, jedoch nicht abschließenden Baustein der Suizidprävention dar. Es ist wichtig, anfragenden Menschen über die akute Krisensituation hinaus weiterführende Angebote zu unterbreiten und sie möglichst in solche weiterführenden Angebote zu vermitteln. Dies können beispielsweise Sozialpsychiatrische Dienste sein, die wichtige Beratung und Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen bieten und so Krisensituationen oftmals frühzeitig entgegen wirken können, Angebote der medizinischen Versorgung im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich aber auch soziale Beratungs- und Hilfeangebote vor Ort.

Zu Absatz 2

Zur Ermittlung des Bedarfs führen die Länder eine Analyse zur Bestimmung des notwendigen Umfangs, des Aufbaus und der geografischen Verteilung der Krisendienste durch. Bei dieser Bedarfsanalyse sollen die Länder die im Bereich der Suizidprävention bereits bestehenden Angebote einbeziehen und einen Fokus auf etwaige besondere Bedarfe legen.

Zu Absatz 3

Die Länder berichten der Bundesfachstelle jährlich zum Stand der Entwicklung und des Ausbaus der Krisendienste.

Zu § 10 (Evaluierung)

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen dieses Gesetzes sowie der Erfüllung der in § 4 genannten Aufgaben der Bundesfachstelle im Hinblick auf den Erfolg der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz bis zum 31. Dezember 2038. Das Bundesministerium für Gesundheit kann externe Dritte 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. Es obliegt daher dem Gesetzgeber, über eine Verlängerung oder Verstetigung von Bundesfachstelle und Fachbeirat auf Grundlage der Evaluierung zu entscheiden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 den Vorgaben schließen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung können unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ermöglicht und gefördert werden. Modellvorhaben sind gut

etablierte Instrumente, die den Krankenkassen im Rahmen der geltenden Regularien nach § 63 SGB V bereits zur Verfügung stehen. Mit dem neuen §64f wird die Suizidprävention als Themengebiet für Modellvorhaben gesetzt. Zur Wahrung der bestehenden fachlichen und finanziellen Verantwortlichkeiten – die Krisendienste liegen primär in der Zuständigkeit der Länder – soll die Förderung suizidpräventiver Maßnahmen durch die Krankenkassen nach § 64f nicht die Unterhaltung der bestehenden Strukturen in den Fokus nehmen, sondern deren bessere Vernetzung und Weiterentwicklung.

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 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 suizidpräventiver 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 den besonderen Bedarfen 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.

Von entscheidender Bedeutung ist dabei auch die enge Vernetzung der Angebote der medizinischen Versorgung mit den Krisendiensten, um eine möglichst gute und lückenlose Beratungs- und Hilfekette zu ermöglichen. Aus diesem Grund ist es wünschenswert, die Vernetzung von Angeboten der medizinischen Versorgung mit Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisenhilfen und der Suizidprävention mit dem Ziel eines Ausbaus der regionalen 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)[21)] des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Aufbau von Netzverbünden für die Versorgung schwer psychisch Erkrankter zu nennen oder bereits modellhaft erprobte Versorgungsstrukturen im Rahmen einer Förderung durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Seit 2024 existiert außerdem eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses spezifisch über die Versorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (KJ-KSV-Psych-RL)[22] mit dem Fokus auf eine übergreifende Zusammenarbeit aller für die Versorgung im Einzelfall benötigter Gesundheitsberufe und Unterstützungssysteme. 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.

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.[23)] 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 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 den Zugang zu 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. Auch sollen Unterstützungs- und Hilfeangebote des ÖGD wie auch der sozialpsychiatrischen Dienste in diese Nachbetreuung einbezogen werden entsprechend des Unterstützungsbedarfs der oder des Betroffenen.

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 oder die Versorgung gemäß der KJ-KSVPsych-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses, sind sinnvolle

---

21) https://www.g-ba.de/richtlinien/126/, Fassung vom 2. September 2021.

22 https://www.g-ba.de/richtlinien/146/, Fassung vom 21. März 2024.

23) 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.

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 angestrebt werden, mindestens ein Modellvorhaben zu dem in Absatz 1 genannten Gegenstand durchzuführen; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Die Regelung sieht keine Verpflichtung der Krankenkassen oder ihrer Verbände vor, Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention durchzuführen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die Durchführung entsprechender Modellvorhaben auch im Interesse der Krankenkassen liegt. Durch entsprechende Modellvorhaben sollen gemäß § 63 Absatz 1 die Qualität sowie auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden. Durch die verbesserte Vernetzung von Angeboten der medizinischen Regelversorgung und die Vermittlung von Menschen in eine systematische suizidpräventive Betreuung können perspektivisch Synergien besser genutzt, mögliche Fehlversorgung abgebaut und mittel- bis langfristig Kosten eingespart 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.