Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

A. Problem und Ziel

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

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

Weitere Herausforderungen für die Suizidprävention stellen die gesellschaftlichen und politischen Debatten zum assistierten Suizid dar. Laut Bundesverfassungsgericht (Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020– 2 BvR 2347/15) umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Es umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Ein strafbewehrtes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe, das die Möglichkeit einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang verengt, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt, steht nicht mit dem Grundgesetz in Einklang.

Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für eine effektive Suizidprävention nachhaltig abzusichern. Auch müssen das Stigma und die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen, weiter bekämpft werden. Diese Erkrankungen können alle treffen, sind jedoch in aller Regel einer effektiven medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung zugänglich. Nur wenn diese Erkrankungen in der Gesellschaft dementsprechend wahrgenommen werden, werden sich Betroffene nicht scheuen, frühzeitig Hilfe zu suchen, die ansonsten den Suizid als einzigen Ausweg aus ihrer Not und Verzweiflung sehen. 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 für ein Suizidpräventionsgesetz (SuizidPrävG-E) werden verschiedene Impulse zur Stärkung der Suizidprävention aufgegriffen und die Anstrengungen des Bundes zur Unterstützung von Menschen in Krisensituationen und zur Suizidprävention fortgesetzt. Der Deutsche Bundestag sprach sich in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 im Kontext der Diskussion um mögliche Regelungen zur Sterbehilfe zuvorderst für eine weitere Stärkung der Suizidprävention aus und nahm hierzu einen Entschließungsantrag „Suizidprävention stärken“ (BT-Drs. 20/7630) mit den Stimmen nahezu aller Abgeordneter des Deutschen Bundestages an. Mit dem Gesetzentwurf wird den Forderungen aus dem Bundestag Rechnung getragen.

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung zu stärken und zu verbessern. Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen sollen möglichst verhindert werden. Dazu sind Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige frühzeitig und umfassend zu unterstützen, einem suizidalen Verlangen ist vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren. Mit dem Entwurf eines Suizidpräventionsgesetzes kann der Bund insbesondere dazu beitragen, dass das gesellschaftliche Bewusstsein für Suizid und seine Vermeidbarkeit wächst. Als Grundstein für die effektive Weiterentwicklung der Suizidprävention beinhaltet der Gesetzentwurf die Etablierung einer nachhaltigen Koordinierung, die sowohl die horizontale (auf Bundesebene) als auch die vertikale (vom Bund über die Länder bis in die Kommunen reichende) Vernetzung aller Akteure und Maßnahmen der Suizidprävention umfasst. Auf dieser Grundlage soll die Suizidprävention gemeinsam mit Ländern und Kommunen weiterentwickelt werden.

Die notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit erfolgt durch die Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die sich an Maßnahmen der Suizidprävention freiwillig oder aufgrund rechtlicher Vorgaben beteiligen.

Alle Maßnahmen dieses Gesetz sind wesentliche Kernelemente einer Hilfekette zur Vermeidung von Suizidalität und Suiziden im Sinne eines bundesweiten Suizidpräventionsdienstes.

Die auf Bundesebene vorgesehenen Maßnahmen der Suizidprävention mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erfolgen unter Beibehaltung der Verantwortlichkeiten und Finanzierungskompetenzen zwischen dem Bund und den Ländern.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

D.1 Bund, Länder und Gemeinden

Insgesamt entstehen dem Bund infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von geschätzt 3 657 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von geschätzt 1 501 000 Euro.

Die jährlichen Mehrausgaben des Bundes bauen sich sukzessive ab dem Jahr 2026 auf und kommen ab dem Jahr 2027 vollständig zum Tragen.

Die jährlichen und einmaligen Mehraufwände des Bundes sollen finanziell im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro für die nationale Koordinierungsstelle werden sich ab dem Jahr 2026 sukzessive aufbauen und bis 2028 vollständig verteilen. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro werden im Jahr 2025 anfallen. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro bauen sich sukzessive ab dem Jahr 2032 auf, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen. Diese kommen ab dem Jahr 2034 vollständig zum Tragen, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Den Ländern und Gemeinden entstehen infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von geschätzt 2 270 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von geschätzt 3 328 000 Euro.

Die jährlichen Mehrausgaben der Länder und Gemeinden bauen sich sukzessive ab dem Jahr 2025 auf und werden vollständig ab dem Jahr 2027 zum Tragen kommen.

Die einmaligen Mehrkosten der Länder werden sich ab dem Jahr 2025 sukzessive aufbauen und bis 2027 verteilen.

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

D.2 Gesetzliche Krankenversicherung

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

Diese einmaligen Mehrkosten verteilen sich auf die Jahre 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich auf die Jahre 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

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

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung betrifft die Verwaltungen des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Für die Verwaltung ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt 5 927 000 Euro. Davon entfallen 3 657 000 Euro auf den Bund und 2 270 000 Euro auf die Länder.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt 8 989 000 Euro. Davon entfallen 1 501 000 Euro auf den Bund und 3 328 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV daran beläuft sich auf geschätzt 4 160 000 Euro.

Der jährliche Erfüllungsaufwand des Bundes baut sich jeweils sukzessive ab dem Jahr 2026 auf und kommt ab dem Jahr 2027 vollständig zum Tragen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro für die nationale Koordinierungsstelle wird sich ab dem Jahr 2026 sukzessive aufbauen und bis 2028 vollständig verteilen. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro wird im Jahr 2025 anfallen. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro baut sich sukzessive ab dem Jahr 2032 auf, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen und kommt ab dem Jahr 2034 vollständig zum Tragen, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Die jährlichen und einmaligen Mehraufwände des Bundes sollen finanziell im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Der jährliche Erfüllungsaufwand der Länder und Gemeinden baut sich sukzessive ab dem Jahr 2025 auf und wird vollständig ab dem Jahr 2027 zum Tragen kommen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand der Länder wird sich ab dem Jahr 2025 sukzessive aufbauen und bis 2027 verteilen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV verteilt sich auf die Jahre 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

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

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates 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

Abschnitt 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich

§ 2 Begriffsbestimmungen

Abschnitt 2
Maßnahmen der Suizidprävention

§ 3 Suizidprävention durch Information und Aufklärung

§ 4 Zugang zu Krisendiensten

§ 5 Kenntnis einer Suizidgefahr durch bestimmte Geheimnisträger

§ 6 Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention und Zusammenarbeit in den Ländern

§ 7 Zusammenarbeit zur Suizidprävention mit den Ländern

Abschnitt 3

Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention

Unterabschnitt 1

Errichtung und Aufgaben

§ 8 Errichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention

§ 9 Aufgaben

Unterabschnitt 2

Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat

§ 10 Einrichtung eines Fachbeirats bei der Koordinierungsstelle; Aufgaben

§ 11 Mitgliedschaft

§ 12 Vorsitz und Vertretung

§ 13 Sitzungen; Reisekosten

§ 14 Sachverständige; Gutachten

§ 15 Geschäftsordnung

Unterabschnitt 3

Weitere Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle

§ 16 Übertragung von Aufgaben der Koordinierungsstelle auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

§ 17 Unterstützung durch eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

§ 18 Unterstützung durch die Länder

Abschnitt 4

Forschung

§ 19 Forschung

Abschnitt 5

Schlussvorschriften

§ 20 Berichtspflicht

§ 21 Evaluierung

Anlage Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention

Abschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich

(1) Ziel des Gesetzes ist es, die Prävention von Suizidversuchen und Suiziden durch Maßnahmen der Information, Aufklärung, Forschung und Unterstützung zu stärken und zu verbessern. Suizidversuche und Suizide von Menschen aller Altersgruppen sollen möglichst verhindert werden. Dazu sind Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige frühzeitig und umfassend zu unterstützen, einem suizidalen Verlangen ist vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren (Suizidprävention). Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit erfolgt durch die Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die sich an Maßnahmen der Suizidprävention freiwillig oder aufgrund rechtlicher Vorgaben beteiligen.

(2) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben bleibt durch dieses Gesetz unberührt. Alle Maßnahmen erfolgen mit der Maßgabe, dass das Rechtsgut Leben nicht gegen den freien Willen der betroffenen Person zu schützen ist. Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige werden insbesondere dahingehend unterstützt, ihre Selbstbestimmungsfähigkeit zu bewahren oder wiederherzustellen, um eine nicht von einem freien Willen getragene Umsetzung des Sterbewunsches zu verhindern und eine autonome und umfassend informierte Entscheidungsfindung von Sterbewilligen im Sinne von § 2 Absatz 2 sicherzustellen.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Suizidgedanken sind im Sinne dieses Gesetzes Menschen aller Altersgruppen, die sich mit dem Gedanken befassen, ihrem Leben durch Selbsttötung ein Ende zu setzen, ohne dass sie bereits eine vom freien Willen getragene feste Entscheidung diesbezüglich getroffen haben.

(2) Sterbewillige sind im Sinne dieses Gesetzes volljährige Menschen, die eine von freiem Willen getragene feste Entscheidung getroffen haben, dass sie ihrem Leben durch Selbsttötung ein Ende setzen wollen. Eine freie Willensbildung in diesem Sinne setzt sowohl Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung der getroffenen Entscheidung als auch das Vermögen voraus, nach den gewonnenen Einsichten zu handeln. Letzteres ist nicht der Fall, wenn es an der Fähigkeit mangelt, sich von etwaigen Einflussnahmen Dritter abzugrenzen. Eine freie Willensbildung kann insbesondere durch die Umstände ausgeschlossen sein, die in den §§ 104, 105 und § 2229 Absatz 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches beschrieben sind.

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

(4) Unter den weiteren Akteuren im Bereich der Suizidprävention im Sinne dieses Gesetzes sind insbesondere alle Einrichtungen und Verbände zur Förderung und Entwicklung

der Suizidprävention und, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen, die Angehörigen- und Betroffenenverbände sowie Vertreterinnen oder Vertreter der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen, zu verstehen.

(5) Krisendienste sind im Sinne dieses Gesetzes geeignete Angebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, um Menschen mit akuten Krisen, in schwierigen Lebenslagen, mit Sorgen oder Nöten zu beraten und die der Suizidprävention unmittelbar dienen. Dazu gehören nicht die Polizei oder die Rettungsdienste.

Abschnitt 2

Maßnahmen der Suizidprävention

§ 3

Suizidprävention durch Information und Aufklärung

Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über Suizidalität und die Möglichkeiten zu deren Verhütung sind eine öffentliche Aufgabe. Dazu gehört, über die Möglichkeiten der allgemeinen und individuellen Suizidprävention sowie über entsprechende Beratungs- und Versorgungsangebote zu informieren, um ein Bewusstsein für das Thema psychische Gesundheit und Suizidalität zu fördern. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Informations- und Aufklärungsangeboten sollen die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen insbesondere informieren über

1. die lokalen und regionalen Krisendienste,

2. Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung und Beratungsmöglichkeiten zu deren Inanspruchnahme und

3. Leistungen und Zugangswege der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung.

§ 4

Zugang zu Krisendiensten

Die Inanspruchnahme von Krisendiensten durch Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige sollte je nach Bedarf barrierefrei, anonym und vertraulich ermöglicht werden.

§ 5

Kenntnis einer Suizidgefahr durch bestimmte Geheimnisträger

Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Hebammen oder Entbindungspflegern, Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitätern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder das Führen der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert sowie deren berufsmäßige Gehilfen,

2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern, sowie Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in Beratungsstellen, die jeweils von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt sind,

4. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder Lehrerinnen oder Lehrern an allgemeinbildenden Schulen, Berufsfachschulen und Hochschulen unabhängig von der Trägerschaft

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte bekannt, dass die Gefahr für einen Suizid offensichtlich besteht, so sollen sie die betreffende Person auf die Inanspruchnahme von Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder oder der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, sofern ihnen diese bekannt sind, hinweisen, oder die entsprechenden Angebote selbst in Anspruch nehmen, um die Situation und geeignete Maßnahme zu erörtern und gegebenenfalls auch zu ergreifen, damit die betreffende Person geeignete Unterstützung erhält.

§ 6

Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention und Zusammenarbeit in den Ländern

(1) In den Ländern sollen Strukturen der Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention (Netzwerke) aufgebaut oder weiterentwickelt werden, um sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Maßnahmen zur Suizidprävention aufeinander abzustimmen. Auf vorhandenen Strukturen soll aufgebaut werden.

(2) In die Netzwerke sollen die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen wie auch die wesentlichen weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention auf Landesebene einbezogen werden.

§ 7

Zusammenarbeit zur Suizidprävention mit den Ländern

Das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder können auf Grund von Vereinbarungen im Bereich der Suizidprävention nach diesem Gesetz zusammenwirken.

Abschnitt 3

Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention

Unterabschnitt 1

Errichtung und Aufgaben

§ 8

Errichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention

Im Bundesministerium für Gesundheit wird eine Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention (Koordinierungsstelle) eingerichtet.

§ 9

Aufgaben

Die Koordinierungsstelle hat im Rahmen der hierfür verfügbaren Haushaltsmittel unter Berücksichtigung der in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention und deren Umsetzbarkeit insbesondere die Aufgabe, zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention zu konzipieren, umzusetzen sowie die verantwortlichen Akteure bei der Umsetzung fachlich zu unterstützen und dafür,

1. allgemeine und zielgruppenspezifische Informationen zum Thema Suizidprävention zu entwickeln und zu veröffentlichen,

2. die bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention miteinander zu vernetzen und bekannt zu machen,

3. die Zusammenarbeit der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention zu koordinieren und zu fördern, einschließlich der fachlichen Unterstützung beim Aufbau und der Weiterentwicklung der Netzwerke nach § 6 Absatz 1 und beim Aufbau oder der Aufrechterhaltung der Krisendienste,

4. die Länder und die weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der Weiterentwicklung der Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote einschließlich der Ausweitung auf weitere Zielgruppen fachlich zu unterstützen,

5. ein digitales Verzeichnis mit den bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten aufzubauen und dieses mit allgemeinen und zielgruppenspezifischen Informationen zur Suizidprävention barrierefrei in leicht verständlicher und interaktiver Form im Internet zu veröffentlichen und fortlaufend auf Grundlage aktueller Erkenntnisse und Daten zu aktualisieren,

6. die Länder und die weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, insbesondere die Krisendienste der Länder fachlich bei der Qualitätssicherung von Suizidpräventionsmaßnahmen zu unterstützen und dazu Qualitätskriterien und -standards zur Unterstützung der Praxis in Form von Arbeitshilfen zu entwickeln und barrierefrei in leicht

verständlicher Form im Internet zu veröffentlichen und fortlaufend auf Grundlage aktueller Erkenntnisse und Daten zu aktualisieren,

7. gemeinsam mit den Ländern ein Konzept zu erstellen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln,

8. gemeinsam mit den Ländern

   a) ein Konzept bis zum 30. Juni 2026 zu entwickeln zum Aufbau und Betrieb einer zentralen und unentgeltlichen Rufnummer mit der bundesweit einheitlichen Rufnummer „113“ für Menschen mit Suizidgedanken, Sterbewillige, Personen in Krisensituationen, Angehörige, nahestehende Personen, Hinterbliebene, professionelle Bezugspersonen und Medienschaffende mit der Möglichkeit der unmittelbaren technischer Weiterleitung an bereits regional verfügbare Krisendienste sowie der Vernetzung der Rufnummer des Krisendienstes mit dem Gesundheitsleitsystem gemäß § 133a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

   b) ein fachliches Konzept zu entwickeln zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender telefonischer und Online-Beratungsangebote zum Umgang mit Suizidalität und zu Hilfsangeboten für Personen in Krisensituationen, Angehörige, nahestehende Personen, Hinterbliebene, professionelle Bezugspersonen und Medienschaffende gemeinsam mit den Betreibern,

9. Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention für Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsberufe zu entwickeln und deren Implementierung in die Praxis zu befördern,

10. zur kontinuierlichen Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Suizidprävention, Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid zu übernehmen und den Wissenstransfer in die Praxis zu befördern,

11. zur Entwicklung und Umsetzung einer dauerhaften und qualitativ hochwertigen systematischen Beobachtung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung zu Suizidalität (Surveillance), einschließlich differenzierter Erhebungen und Identifikation von insbesondere Risikogruppen, Methoden, Mitteln und Schwerpunktorten (Hotspots), bestehende Datenquellen im Rahmen einer Gesamtschau auszuwerten und dabei auch eine Empfehlung und ein Muster für eine bundeseinheitlich zu verwendende Todesbescheinigung zur direkten Erfassung der Todesursache zu entwickeln, um neben dem Grundleiden auch Komorbiditäten zu erfassen, die zu einem Suizid geführt haben können, einschließlich der Erfassung von assistierten Suiziden und

12. auf Grundlage der Ergebnisse der Surveillance eine Bedarfsanalyse für ein Suizidregister durchzuführen und bei Bedarf ein Konzept für eine Suizidregisterstelle zu erarbeiten mit dem Ziel der dauerhaften Einführung einer geeigneten, qualitätsgesicherten und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbaren Surveillance.

Unterabschnitt 2

Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat

§ 10

Einrichtung eines Fachbeirats bei der Koordinierungsstelle; Aufgaben

(1) Die Koordinierungsstelle wird bei der Wahrnehmung und Erledigung ihrer in § 9 genannten Aufgaben durch einen bei der Koordinierungsstelle einzurichtenden Fachbeirat unterstützt. Er wird vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils für die Dauer von fünf Jahren eingesetzt.

(2) Die Koordinierungsstelle und der Fachbeirat stimmen sich im Hinblick auf die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung ab.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die administrativen Aufgaben des Fachbeirats; es kann diese Aufgabe, unter der Wahrnehmung der Fachaufsicht, auch auf eine andere geeignete öffentliche Einrichtung vollständig oder teilweise übertragen.

(4) Die Einrichtung des Fachbeirats ist auf zwei Einsetzungszeiträume und damit auf insgesamt zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der konstituierenden Sitzung des Fachbeirats im ersten Einsetzungszeitraums begrenzt.

§ 11

Mitgliedschaft

(1) Der Fachbeirat besteht aus bis zu elf Mitgliedern. Die Mitglieder des Fachbeirats sind ehrenamtlich tätig. Die Berufung der Mitglieder erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Ländern. Für die Ausübung der ehrenamtlichen Tätigkeit und die Verschwiegenheitspflicht gelten die §§ 83 und 84 des Verwaltungsverfahrensgesetzes.

(2) Mitglieder des Fachbeirats sind Vertreterinnen oder Vertreter von Verbänden, die die Interessen von Gruppen zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention wahrnehmen und die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen, Vertreterinnen oder Vertreter der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen, Vertreterinnen und Vertreter von Polizei und Rettungsdiensten sowie Vertreterinnen oder Vertreter von Angehörigen- und Betroffenenverbänden.

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

(4) Die Mitgliedschaft endet mit der Beendigung des jeweiligen Einsetzungszeitraumes des Fachbeirats. Ein Mitglied kann schriftlich oder elektronisch mit einer Frist von drei Monaten dem Bundesministerium für Gesundheit gegenüber sein Ausscheiden erklären. Die Wiederberufung ist zulässig.

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

(6) Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so kann ein neues Mitglied bis zur Beendigung des jeweiligen Einsetzungszeitraumes berufen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hört den Fachbeirat an, bevor es ein neues Mitglied beruft.

§ 12

Vorsitz und Vertretung

(1) Die Mitglieder des Fachbeirats wählen aus ihrer Mitte ein Mitglied, das den Vorsitz übernimmt, und ein Mitglied, das die Vertretung des Vorsitzes übernimmt. Der Fachbeirat ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder geladen und mindestens dreiviertel aller Mitglieder anwesend sind. § 92 Absatz 1 und 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes gilt entsprechend.

(2) Der Vorsitz endet spätestens mit der Mitgliedschaft des Mitglieds, das das Amt innehat. Gleiches gilt für die Vertretung des Vorsitzes. Der Rücktritt von dem Vorsitz oder von der Vertretung des Vorsitzes ist zulässig. In diesem Fall ist Absatz 1 anzuwenden.

§ 13

Sitzungen; Reisekosten

(1) Die Beratungen des Fachbeirats sind nicht öffentlich.

(2) Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung oder ihrer Geschäftsbereichsbehörden sowie jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, der Bauministerkonferenz und der Innenministerkonferenz der Länder können beratend an den Sitzungen des Fachbeirats teilnehmen.

(3) Die ehrenamtlichen Mitglieder haben Anspruch auf Erstattung ihrer notwendigen Auslagen. Die Erstattung von Reisekosten und sonstigen Abfindungen für Mitglieder richtet sich nach den Richtlinien für die Abfindung der Mitglieder von Beiräten, Ausschüssen, Kommissionen und ähnlichen Einrichtungen im Bereich des Bundes (GMBl. 2002, S. 92) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 14

Sachverständige; Gutachten

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

(2) Der Beschluss bedarf einer schriftlichen Begründung aus der sich die tragenden Erwägungen sowie die fachliche Notwendigkeit ergeben. Er bedarf der Zustimmung der Koordinierungsstelle. Die Koordinierungsstelle prüft, ob Haushaltsmittel verfügbar sind und, ob Rechtsgründe entgegenstehen. Für die Umsetzung des Beschlusses ist die Koordinierungsstelle zuständig.

(3) Für die Sachverständigen gelten die Pflichten zur Verschwiegenheit nach § 11 Absatz 1 Satz 4 entsprechend. Zum Schutz vor Interessenkonflikten und zur Vermeidung der Besorgnis der Befangenheit sind die §§ 20 und 21 des Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend anzuwenden. Hierauf sind Sachverständige vor Beginn ihrer Tätigkeit für den Fachbeirat in geeigneter Form hinzuweisen.

§ 15

Geschäftsordnung

(1) Der Fachbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung der Koordinierungsstelle bedarf. Änderungen bedürfen ebenfalls der Zustimmung der Koordinierungsstelle.

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

(3) Der Fachbeirat kann sich in jedem weiteren Einsetzungszeitraum eine neue Geschäftsordnung nach Maßgabe des Absatzes 1 geben. Die vorherige Geschäftsordnung bleibt bis zu dem Zeitpunkt in Kraft, ab dem die Koordinierungsstelle der neuen Geschäftsordnung zustimmt.

Unterabschnitt 3

Weitere Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle

§ 16

Übertragung von Aufgaben der Koordinierungsstelle auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Koordinierungsstelle kann die Wahrnehmung und Erledigung der ihr nach § 9 Nummer 1, 2, 4, 8, 9 oder 11 obliegenden Aufgaben jeweils auch auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der dort verfügbaren Haushaltsmittel zur Suizidprävention vollständig oder teilweise übertragen. Die Koordinierungsstelle nimmt insoweit die Fachaufsicht wahr. Der Fachbeirat nach § 10 unterstützt auch diese Behörde.

§ 17

Unterstützung durch eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Koordinierungsstelle kann bei der Wahrnehmung ihrer in § 9 obliegenden Aufgaben durch eine oder mehrere geeignete Behörden im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der dort verfügbaren Haushaltsmittel zur Suizidprävention unterstützt werden.

§ 18

Unterstützung durch die Länder

Die Koordinierungsstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 9, die der Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit von auf regionaler und kommunaler Ebene bestehender Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote dienen, durch die Länder unterstützt.

Abschnitt 4

Forschung

§ 19

Forschung

Die Koordinierungsstelle übernimmt nach § 9 Nummer 10 Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid, um gefährdete Zielgruppen genauer bestimmen zu können, um bestehende Wissensdefizite über die Entstehung von Suizidalität und bezüglich wirksamer Präventionsmöglichkeiten zu beheben und wissenschaftlich fundiert suizidpräventive Angebote zu entwickeln oder weiterzuentwickeln und diese zu evaluieren. Die Koordinierungsstelle kann dazu externe Dienstleister beauftragen. Die Forschung wird auf der Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierendem Forschungsprogramm durchgeführt.

Abschnitt 5

Schlussvorschriften

§ 20

Berichtspflicht

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag alle drei Jahre über die Arbeit der Koordinierungsstelle nach § 8, erstmals bis zum 30. Juni 2028.

§ 21

Evaluierung

Die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Koordinierungsstelle nach § 9 sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverstands rechtlich, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren.

Anlage

(zu § 9)

Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention

1.	Kommunikation
1.1	Verbreiten von Informationen für (Fach-)Öffentlichkeit
	- Aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Veröffentlichung von Presseinformationen, um das Bewusstsein für Suizidprävention zu erhöhen. - Erstellen von Newslettern und Periodika - Erstellen von wissenschaftlichen Artikeln zur Suizidprävention, Teilnahme an Tagungen, Präsentation auf Tagungen und Kongressen - Betreuung von Fachpublikationen
1.2	Einrichtung und Pflege einer zentralen Webseite:
	- Erstellung und Pflege einer benutzerfreundlichen Webseite mit zielgruppenspezifischen Informationsangeboten für Personen in Krisensituationen, Angehörige, Fachkräfte und Medienschaffende
1.3	Konzeption, Implementierung und Evaluation einer nationalen Aufklärungs- und Informationsstrategie
	- Planung und Durchführung einer bundesweiten qualitätsgesicherten Informationskampagne im Rahmen eines Informations- und Beratungsangebotes zur Reduzierung der Tabuisierung des Themas Sterben und Tod und zur Sensibilisierung für Hilfsangebote bei Suizidgedanken - Entwicklung einer Koordinations- und Kooperationsstruktur zur Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer evidenzbasierten Aufklärungs - und Kommunikationsstrategie
1.4	Weiterentwicklung der Medien-Leitfäden
	- Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren zur Aktualisierung und Bewerbung der vorliegenden Medien-Leitfäden für eine verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizide
2.	Ausgestaltung der Suizidpräventionsstrategie
	- Gemeinsame Entwicklung und kontinuierliche Weiterentwicklung der bundesweiten Suizidpräventionsstrategie in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren und fachliche Unterstützung bei der Umsetzung
3.	Wissenschaftliche Begleitung und Qualitätssicherung:
3.1	Entwicklung von innovativen Maßnahmen:
	- Forschung und modellhafte Erprobung von innovativen Suizidpräventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung spezifischer Zielgruppen
3.2	Qualitätssicherung
	- Fachliche Unterstützung der Qualitätssicherung von Suizidpräventionsmaßnahmen - Entwicklung und Herausgabe von Qualitätskriterien und -standards zur Unterstützung der Praxis - Erstellen von Arbeitshilfen
3.3	Fort- und Weiterbildung:
	- Fachliche Unterstützung bei der Verankerung des Themas in Fort- und Weiterbildung relevanter Berufsgruppen - Modellhafte Entwicklung qualitätsgesicherter Fort- und Weiterbildungsangebote, einschließlich Train-the-Trainer-Angebote und Online-Schulungen - Fachliche Unterstützung bei der Entwicklung von Kriterien und Gütesiegeln für Fortbildungsangebote

3.4	Fachliche Unterstützung:
	- Bereitstellung von Supervisionsangeboten für Gatekeeper und Leitfäden für diese - Telefonische Beratung für Gatekeeper
3.5	Surveillance:
	- Entwicklung und Umsetzung einer dauerhaften und qualitativ hochwertigen Berichterstattung zu Suizidalität (zu Suiziden, Suizidversuchen, assistiertem Suizid), einschließlich differenzierter Erhebungen und Identifikation von Risikogruppen
4.	Vernetzung der Fachkräfte
4.1	Fachlicher Austausch:
	- Förderung des fachlichen Austauschs zwischen Forschung und Praxis sowie mit Bundesressorts, Ländern, Kommunen und Verbänden
4.2	Koordinierung des länderübergreifenden Austauschs:
	- Fachliche Unterstützung bei der Integration der Suizidpräventionsaktivitäten in die bestehenden Organisationsstrukturen der Länder
4.3	Weiterentwicklung der Netzwerkstruktur und nationale Zusammenarbeit:
	- Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren: ▪ Enge Zusammenarbeit mit anderen Bundesressorts, Ländern, Verbänden, Netzwerken, zivilgesellschaftlichen Organisationen und wissenschaftlichen Institutionen ▪ Fachliche Unterstützung der staatlichen und nichtstaatlichen Akteure beim Auf- und Ausbau von Kontaktstellen der Nationalen Suizidpräventionsstrategie ▪ Planung und Durchführung von Kongressen und Tagungen ▪ Zusammenarbeit im Rahmen des Nationalen Präventionsplans ▪ Fachlicher Austausch im Bereich der Forschung - Fachgremien: ▪ Übernahme der inhaltlichen Vorbereitung, Leitung und Geschäftsstellenfunktion eines Fachbeirats ▪ Teilnahme an Gremien zur Suizidprävention - Förderung der bundesweiten Vernetzung von Suizidpräventionsexperten und des fachlichen Austausches
5.	Beratung und Unterstützung
5.1	Vernetzung von Beratungsangeboten:
	- Entwicklung eines Konzepts zur Vernetzung bestehender Beratungsangebote (Telefon-, Onlineberatung, Chat- und Messenger-Angebote) gemeinsam mit den Anbietern und mit Ländern und Kommunen mit dem Ziel der Etablierung eines bundesweiten Krisendienstes rund um die Uhr (24/7) und fachliche Unterstützung der Anbieter wie auch der Länder und Kommunen bei der Umsetzung
5.2	Angehörigen- und Fachkräfteberatung:
	- Einrichtung von Beratungsdiensten für Angehörige, Fachkräfte und Ehrenamtliche, Medienschaffende (Telefonische und Onlineberatung), (keine Beratung für betroffene Menschen in Krisensituationen)
5.3	Vermittlung von Hilfesuchenden:
	- Entwicklung eines Konzepts zur Vermittlung von Hilfesuchenden zu lokalen Hilfeangeboten. (zum Beispiel mittels einer zentralen Rufnummer), Vernetzung der Angebote mit dem Gesundheitsleitsystem und fachliche Unterstützung der Länder und Kommunen bei der Umsetzung
5.4	Bereitstellen einer Wissensplattform:
	- Erstellung einer Datenbank für bundesweite und überregionale Hilfsangebote gemeinsam mit den Ländern (keine lokalen Angebote)

	- Fachliche Unterstützung der Länder bei deren Ergänzung und Pflege der Datenbank in Bezug auf regionale und lokale Angebote - Bereitstellen und inhaltliches Aufbereiten einer Wissensplattform zur wissenschaftlichen Fachdiskussion im Feld Suizidprävention - Identifikation von Best-Practice-Modellen in der Suizidprävention
6.	Berichte und Stellungnahmen:
6.1	Jährlicher Bericht:
	- Erstellung eines jährlichen Berichts über die Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie für den Deutschen Bundestag
6.2	Fachliche Stellungnahmen:
	- Erarbeitung von Stellungnahmen und Strategiepapieren für das Bundesministerium für Gesundheit
6.3	Vorschläge für Vorhaben zur Regelung und Koordinierung der Suizidprävention:
	- Beratung und Entwicklung von Vorschlägen für (gesetzliche) Entscheidungen und Regelungen auf Anfrage
6.4	Forschungsbasierte, fachliche Beratung:
	- Bereitstellung von fachlichen Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Suizidpräventionsforschung
7.	Dauerhafte Etablierung eines Netzwerks zur Suizidprävention
	- Etablierung eines Kooperationsmodells zwischen Koordinierungsstelle und Akteuren der Suizidprävention zur Umsetzung der Aufgaben der Koordinierungsstelle
8.	Wissenschaftliche Grundlagen
	- Prävalenz- und Versorgungsforschung - Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen der fachlichen Koordinierungsstelle - Effektivität und Nutzen der Angebote zur Suizidprävention - Kooperations- und Schnittstellenforschung - Expertisen und Sekundäranalysen - Weiterentwicklung der Forschung: Förderung und Etablierung von Forschung im Bereich Suizidalität

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 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 64e folgende Angabe eingefügt:

   „§ 64f Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention“.

2. In § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 werden nach dem Wort „behandeln“ die Wörter „sowie Suizidversuche und Suizide vermeiden“ eingefügt.

3. Nach § 64e wird folgender § 64f eingefügt:

„§ 64f

Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention

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

1. die Vernetzung von Angeboten der medizinischen Versorgung – insbesondere der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Notfallversorgung – mit regionalen Hilfs- und Beratungsangeboten im Bereich der Krisenhilfen und der Suizidprävention mit dem Ziel des Auf- und Ausbaus von regionalen psychiatrischen Krisendiensten im Sinne einer Beratungs- und Hilfekette für Menschen in akuten Krisensituationen; dabei sollen bestehende Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung genutzt werden oder

2. die Überführung von Menschen nach einem Suizidversuch in eine systematische und suizidpräventive Betreuung, insbesondere eine psychotherapeutische Krisenkurzintervention nach einem Suizidversuch unter Nutzung der bestehenden Strukturen und Angebote der medizinischen Versorgung.

(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 vereinbaren oder durchführen. In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt.

(3) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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

Suizid ist eine in den allermeisten Fällen vermeidbare Todesursache. 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 Bundesländern sowie zwischen Staaten. Zudem hat die Forschung gute Evidenz zur Wirksamkeit einzelner präventiver Ansätze zusammengetragen, die im Entwurf für Suizidpräventionsgesetz aufgegriffen werden.

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

Weitere Herausforderungen für die Suizidprävention stellen die gesellschaftlichen und politischen Debatten zum assistierten Suizid dar. Laut Bundesverfassungsgericht (Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020– 2 BvR 2347/15) umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Es umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Ein strafbewehrtes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe, das die Möglichkeit einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang verengt, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt, steht nicht mit dem Grundgesetz in Einklang.

Die Bundesregierung greift mit ihrem Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz verschiedene Impulse zur Stärkung der Suizidprävention auf und setzt damit in intensiver Form ihre

Anstrengungen zur Unterstützung von Menschen in Krisensituationen und zur Suizidprävention fort. Der Deutsche Bundestag sprach sich in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 im Kontext der Diskussion um mögliche Regelungen zur Sterbehilfe zuvorderst für eine weitere Stärkung der Suizidprävention aus und nahm hierzu eine Entschließung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drs. 20/7630) mit den Stimmen nahezu aller Abgeordneter des Deutschen Bundestages an. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird den Forderungen aus dem Bundestag Rechnung getragen.

Mit Entwicklung und Umsetzung des Entwurfs eines Suizidpräventionsgesetzes 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 Krisendienste, der Fachverbände sowie die Kompetenz und Sensibilität von sogenannten Gatekeepern, wie Pflegekräften, Rettungskräften und vielen anderen Angehörigen von Berufen, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind. Zu nennen sind außerdem die zahlreichen Strukturen und Aktivitäten der Länder und Kommunen. Zu diesem Engagement will und kann die Bundesregierung keine Doppelstrukturen oder Konkurrenz aufbauen, sondern die bestehenden Strukturen im Rahmen der föderalen Zuständigkeiten nutzen, darauf aufbauen, unterstützen und fördern.

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. Auch müssen das Stigma und die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen, weiter bekämpft werden. Diese Erkrankungen können alle treffen, sind jedoch in aller Regel einer effektiven medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung zugänglich. Nur wenn diese Erkrankungen in der Gesellschaft dementsprechend wahrgenommen werden, werden sich Betroffene nicht scheuen, frühzeitig Hilfe zu suchen, die ansonsten den Suizid als einzigen Ausweg aus ihrer Not und Verzweiflung sehen. 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 impliziert sowohl Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, als auch hochaltrige, zumeist multimorbide Menschen, deren Lebensende mittelbar bevorsteht. Für sie besteht Suizidprävention in einer einfühlsamen und individuell angepassten Herangehensweise, die darauf abzielt, die Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen zu lindern und gleichzeitig die Würde und Autonomie der Patientinnen und Patienten zu respektieren.

Als Grundstein für die effektive Weiterentwicklung der Suizidprävention beinhaltet dieser Gesetzentwurf die Etablierung einer nachhaltigen Koordinierung, die sowohl die horizontale (auf Bundesebene) als auch die vertikale (vom Bund über die Länder bis in die Kommunen reichende) Vernetzung aller Akteure und Maßnahmen der Suizidprävention umfasst. Auf dieser Grundlage soll die Suizidprävention gemeinsam mit Ländern und Kommunen weiterentwickelt werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

Zusammenarbeit erfolgt durch die Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die sich an Maßnahmen der Suizidprävention freiwillig oder aufgrund rechtlicher Vorgaben beteiligen.

Alle Maßnahmen dieses Gesetz sind wesentliche Kernelemente einer Hilfekette zur Vermeidung von Suizidalität und Suiziden im Sinne eines bundesweiten Suizidpräventionsdienstes.

Der Gesetzentwurf beinhaltet im Wesentlichen:

- die Aufgabe der Information und Aufklärung der Allgemeinheit über Suizidalität und die Möglichkeiten zu deren Verhütung durch die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen, § 3 SuizidPrävG-E,

- die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten und anderen bestimmten Geheimnisträgern bei Kenntnis gewichtiger Anhaltspunkte einer Suizidgefahr weitere Maßnahmen einzuleiten, § 5 SuizidPrävG-E,

- die Aufforderung an die Länder zum Aufbau oder der Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention zur Zusammenarbeit in den Ländern, § 6 SuizidPrävG-E,

- die Möglichkeit von Bund und Ländern im Bereich der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf durch Verwaltungsvereinbarungen zusammen zu arbeiten, § 7 SuizidPrävG-E,

- die Errichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 8 mit den in § 9 SuizidPrävG-E, auch in Verbindung mit § 19 SuizidPrävG-E, mit folgenden zentralen Aufgaben:

    - Entwicklung und Veröffentlichung von qualitätsgesicherten Informationen für die Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit zu Suizidalität und über Hilfsangebote,

    - Aufbau eines digitalen Verzeichnisses über die bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote,

    - Fachliche Unterstützung bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention,

    - Koordinierung und Förderung der Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Suizidprävention und der Vernetzung der bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote,

    - Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Suizidprävention, zum Beispiel zur Methodenrestriktion gemeinsam mit den Ländern,

    - Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer gemeinsam mit den Ländern,

    - Entwicklung eines fachlichen Konzepts gemeinsam mit den Ländern zur Vernetzung, zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote,

    - Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Weiterbildung von Fachkräften und Beförderung der Implementierung in die Praxis,

  - Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid,

  - Entwicklung und Umsetzung einer dauerhaften systematischen Beobachtung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität (Surveillance) und

  - Durchführung einer Bedarfsanalyse für ein Suizidregister auf Grundlage der Ergebnisse der Surveillance und bei Bedarf Erstellung eines Konzepts zur Errichtung einer Suizidregisterstelle,

- die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung der Koordinierungsstelle, §§ 10 bis 15 SuizidPrävG-E,

- die Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 16, 17 SuizidPrävG-E,

- die Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Länder, § 18 SuizidPrävG-E,

- die regelmäßige Berichterstattung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag, § 20 SuizidPrävG-E,

- die Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E, und

- die Einführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, § 64f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch-Entwurf (SGB V-E).

Die auf Bundesebene vorgesehenen Maßnahmen der Suizidprävention mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erfolgen unter Beibehaltung der Verantwortlichkeiten und Finanzierungskompetenzen zwischen dem Bund und den Ländern.

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 Verankerung der Strukturen auf Bundesebene bedarf es einer bundesgesetzlichen Regelung. Damit wird auch einer Umsetzung der in Bundeskompetenz liegenden Ziele der Entschließung des Deutschen Bundestages „Suizidprävention stärken“ (BT-Drs. 20/7630) Rechnung getragen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Suizidprävention folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes (GG) (öffentliche Fürsorge). Als Ausdruck der staatlichen Verantwortung zum Schutz des Lebens ist es staatliche Aufgabe, Suizidversuche und Suizide möglichst zu verhindern, Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige frühzeitig zu unterstützen, suizidalen Verlangen vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren. Die Regelungen dieses Gesetzentwurfes enthalten insofern

eine Konkretisierung der staatlichen Schutzmaßnahmen zum Schutz des Lebens nach Artikel 2 Absatz 2 GG.

Der Begriff der „öffentlichen Fürsorge“ in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG ist nach ständiger Rechtsprechung und herrschender Lehre weit auszulegen. Er 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. Die Leistung muss in ihren wesentlichen Strukturelementen durch einen echten Fürsorgecharakter des Staates geprägt sein (BVerfGE 106, 62, 133). Zur öffentlichen Fürsorge gehören deshalb auch präventive Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt der Hilfe für Menschen mit Suizidgedanken und zur Intervention bei suizidalen Krisen.

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. 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 dieses Erfordernis gegeben.

Die Regelungen sind nach Artikel 72 Absatz 2 GG zur Wahrung der Rechtseinheit im Bundesgebiet erforderlich. Eine Gesetzesvielfalt auf Länderebene würde hier zu einer Rechtszersplitterung und zu erheblichen Rechtsunsicherheiten führen. Damit deutschlandweit jeder Mensch mit Suizidgedanken oder Sterbewillige die gleiche Chance hat, Hilfe zu erlangen, sofern er dies möchte, ist die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Form bundeseinheitlicher Regelungen geboten.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen 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. Erfolgt 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 Regelungendazu bei, die Indikatoren der DNS im Bereich des SDG 3 positiv zu beeinflussen – dies gilt insbesondere für die Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit von Frauen (Indikator 3.1.a) und insbesondere von Männern (Indikator 3.1.b), die von Suiziden stärker betroffen sind als Frauen.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Dem Bund entstehen infolge des Gesetzentwurfes insgesamt jährliche Mehrkosten in Höhe von 3 657 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 501 000 Euro. Die jährlichen und einmaligen Mehraufwände des Bundes sollen finanziell im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Den Ländern und Gemeinden entstehen infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von 2 270 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 3 328 000 Euro.

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

Die durch den Gesetzentwurf verursachten Mehrkosten für den Bund, die Länder und die Gemeinden wie auch die Gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich vor allem aus folgenden Maßnahmen:

- der Aufgabe der Information und Aufklärung der Allgemeinheit über Suizidalität und die Möglichkeiten zu deren Verhütung durch die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen (hier: via Website), § 3 SuizidPrävG-E,

- der Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten und anderen Geheimnisträgern bei Kenntnis gewichtiger Anhaltspunkte einer Suizidgefahr weitere Maßnahmen einzuleiten, § 5 SuizidPrävG-E,

- dem Aufbau und Weiterentwicklung Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E,

- der Errichtung einer Koordinierungsstelle zur Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit nach § 8 mit den in § 9 SuizidPrävG-E, auch in Verbindung mit § 19 SuizidPrävG-E, benannten Aufgaben und darunter

    - der Mitwirkung der Länder an Konzepten nach § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E zur Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer und zur Entwicklung eines fachlichen Konzepts gemeinsam zur Vernetzung, zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote,

- der Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung, § 10 SuizidPrävG-E und darunter

    - der Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit den Ländern; § 11 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E und

    - der Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit, § 15 Absatz 1 SuizidPrävG-E,

- der Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, § 17 SuizidPrävG-E,

- der Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Länder, § 18 SuizidPrävG-E,

- dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag; § 20 SuizidPrävG-E,

- der Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E, und

- der Einführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, § 64f SGB V-E.

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

3.1 Bund

Insgesamt entstehen dem Bund infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von 3 657 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 501 000 Euro.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[1)]	Einmalige Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[2)]
3.1.1	Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention beim BMG; §§ 8, 9, 19 und Anlage SuizidPrävG-E	3 657	1 300
3.1.2	Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat, eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des BMG; §§ 10 bis 17	0	0
3.1.3	Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit den Ländern; § 11 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E	0,035	0
3.1.4	Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das BMG; § 15 Absatz 1 SuizidPrävG-E	0	1
3.1.5	Bericht des BMG über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag; § 20 SuizidPrävG-E	0	0
3.1.6	Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E	0	200
Mehrkosten (in Tsd. Euro)		**3 657**	**1 501**

Die jährlichen Mehrausgaben des Bundes bauen sich jeweils sukzessive ab dem Jahr 2026 auf und kommen ab dem Jahr 2027 vollständig zum Tragen.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von 1 300 000 Euro für die nationale Koordinierungsstelle werden sich ab dem Jahr 2026 sukzessive aufbauen und bis zum Jahr 2028 vollständig verteilen. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro werden im Jahr 2025 anfallen. Die einmaligen Mehrkosten des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro bauen sich sukzessive ab dem Jahr 2032 auf, in dem die

[1)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.
[2)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen. Diese einmaligen Mehrkosten kommen ab dem Jahr 2034 vollständig zum Tragen, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

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

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

Vorgabe 3.1.1: Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention beim Bundesministerium für Gesundheit; §§ 8, 9, 19 und Anlage SuizidPrävG-E

Veränderung der jährlichen Mehrkosten des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1				1 065	2 592
Änderung des jährlichen Mehraufwands (in Tsd. Euro)				3 657	

Einmalige Mehrkosten des Bundes:

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

Im Bundesministerium für Gesundheit wird eine Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention (Koordinierungsstelle) eingerichtet. Die Koordinierungsstelle berücksichtigt bei ihrer Arbeit die Aufgaben gemäß § 9 SuizidPrävG-E und die in der Anlage zu diesem Gesetzentwurf aufgeführten Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention. Dabei obliegt der Koordinierungsstelle auch die Aufgabe der Forschung, die nach § 19 Satz 3 SuizidPrävG-E auf der Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierendem Forschungsprogramm durchgeführt wird.

Geschätzt entstehen für die Koordinierungsstelle einmalige Mehrkosten in Höhe von 1 300 000 Euro. Diese setzen sich zusammen aus den geschätzten Kosten zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie im Rahmen der Konzepterstellung zur Einführung einer Krisenrufnummer nach § 9 Nummer 8 Buchstabe a SuizidPrävG-E (500 000 Euro), zum Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 9 Nummer 2 und 5 SuizidPrävG-E (300 000 Euro) und insbesondere im Bereich Forschung und Aufklärung nach § 9 Nummer 1, 2, 5, 9, 10 und 11, § 19 und der Anlage des SuizidPrävG-E (500 000 Euro).

Insgesamt ist mit jährlichen Mehrkosten in Höhe von 3 657 000 Euro für den Betrieb der Koordinierungsstelle zu rechnen. Davon entfallen 1 065 000 Euro auf Personalkosten (6,5 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des höheren Dienstes, bewertet gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands mit 112 800 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 733 200 Euro pro Jahr; 3 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des gehobenen Dienstes, bewertet mit 74 400 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 223 200 Euro pro Jahr; und 2 Stellen/MAK des mittleren Dienstes, bewertet mit 54 080 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 108 160 Euro pro Jahr) und 2 592 000 Euro auf Sachausgaben

wie zum Beispiel laufende Kosten für das Pflegen der Website, Kosten für Tagungen und Kongresse und Kosten für weiterführende Forschung und Aufklärung.

Sofern die Aufgaben der Koordinierungsstelle nach § 9 Nummer 1, 2, 4, 8, 9 oder 11 auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden können, entsteht dadurch kein Erfüllungsaufwand, der über den bereits aufgeführten Erfüllungsaufwand hinausgeht.

Nach Inkrafttreten dieses Gesetzentwurfes wird sich die Koordinierungsstelle zunächst aufbauen, den Fachbeirat einrichten und die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Dabei stimmen sich die Koordinierungsstelle und der Fachbeirat im Hinblick auf die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung nach § 10 Absatz 2 SuizidPrävG-E ab. Es ist davon auszugehen, dass die Erledigung der umfangreichen gesetzlichen Aufgaben im Wesentlichen erst ab dem Jahr 2026 sukzessive beginnen wird. Die jährlichen Mehrkosten für die Koordinierungsstelle bauen sich daher erst ab dem Jahr 2026 auf und kommen ab dem Jahr 2027 vollständig zum Tragen. Im Rahmen der Evaluierung nach § 21 SuizidPrävG-E bis zum 31. Dezember 2033 wird zu prüfen sein, in welchem Umfang die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung der Koordinierungsstelle ab dem Jahr 2034 dauerhaft fortzuführen ist.

Die einmaligen Mehrkosten in Höhe von 1 300 000 Euro werden sich ab dem Jahr 2026 sukzessive aufbauen und bis 2028 vollständig verteilen.

Vorgabe 3.1.2: Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat, eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; §§ 10 bis 17 SuizidPrävG-E

Die Koordinierungsstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer in § 9 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben durch einen bei der Koordinierungsstelle einzurichtenden Fachbeirat nach den §§ 10 bis 15 SuizidPrävG-E unterstützt. Sie kann zudem durch eine geeignete Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 16, 17 SuizidPrävG-E unterstützt werden.

Der Fachbeirat berät und unterstützt die Koordinierungsstelle. Die Mitglieder des Fachbeirats sind ehrenamtlich tätig. Die Anzahl der Mitglieder des Fachbeirats soll 11 Personen betragen. Diese sind ehrenamtliche Mitglieder des Beirats. Die Mitglieder sind grundsätzlich während ihrer Freizeit aktiv, das heißt es ist keine Entsendung/Entlohnung durch die Organisation vorgesehen. Das Weitern 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) in der jeweils gültigen Fassung. Honorare werden nicht gezahlt. Es wird davon ausgegangen, dass eine Erstattung durch die Koordinierungsstelle nach § 10 Absatz 3 SuizidPrävG-E gezahlt wird und bereits in der Vorgabe zum Betrieb der Koordinierungsstelle enthalten ist. Aus diesem Grund werden diese Mehrkosten hier nicht gesondert ausgewiesen. Sofern die administrativen Aufgaben auf eine andere geeignete öffentliche Einrichtung vollständig oder teilweise übertragen werden, entstehen dadurch keine anderen Mehrkosten. In welcher Höhe sich die Mehrkosten verschieben ist davon abhängig, in welchem Umfang von dieser Möglichkeit tatsächlich Gebrauch gemacht wird. Eine Prognose ist hierzu nicht möglich.

Sofern die Koordinierungsstelle durch eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 16, 17 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.

Vorgabe 3.1.3: Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit den Ländern; § 11 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E

Veränderung der jährlichen Mehrkosten des Bundes:

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

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

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

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

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

Vorgabe 3.1.4: Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit; § 15 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	70,50	0	1	0
Einmalige Mehrkosten (in Tsd. Euro)				1	

Der Fachbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung 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 ergeben sich für die Vorgabe einmalige Mehrkosten in Höhe von rund 1 000 Euro (1 * 960/60 * 70,50), die im Jahr 2025 anfallen werden, wenn sich der Fachbeirat konstituiert und den Entwurf der Geschäftsordnung vorgelegt hat.

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

Vorgabe 3.1.5: Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag; § 20 SuizidPrävG-E

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

Vorgabe 3.1.6: Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E

Die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Koordinierungsstelle nach § 9 sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverstands rechtlich, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren.

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

3.2 Länder und Gemeinden

Insgesamt entstehen den Ländern und Gemeinden infolge des Gesetzentwurfes jährliche Mehrkosten in Höhe von 2 270 000 Euro und einmalige Mehrkosten in Höhe von 3 328 000 Euro.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[3)]	Einmalige Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[4)]
3.2.1	Suizidprävention durch Information und Aufklärung (hier: via Website); § 3 SuizidPrävG-E	188	3 277
3.2.2	Inanspruchnahme von Informationen über Angebote zur Suizidprävention durch bestimmte Geheimnisträger oder Hinweispflicht an suizidgefährdete Personen; § 5 SuizidPrävG-E	0	0
3.2.3	Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E	2 082	0
3.2.4	Mitwirkung der Länder an Konzepten; § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E	0	51
3.2.5	Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Länder; § 18 SuizidPrävG-E	0	0
Mehrkosten (in Tsd. Euro)		**2 270**	**3 328**

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

Die jährlichen Mehrausgaben der Länder und Gemeinden bauen sich sukzessive ab dem Jahr 2025 auf und werden vollständig ab dem Jahr 2027 zum Tragen kommen.

Die einmaligen Mehrkosten der Länder werden sich ab dem Jahr 2025 sukzessive aufbauen und bis 2027 verteilen.

Nach Inkrafttreten dieses Gesetzentwurfes werden die Länder und Gemeinden die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Es ist davon auszugehen, dass die Erledigung der gesetzlichen Aufgaben ab dem Jahr 2025 sukzessive beginnen wird und im Jahr 2027 die Kapazitäten und Strukturen zur Aufgabenwahrnehmung und -erledigung entsprechend vollständig aufgebaut sind.

Im Folgenden wird die Schätzung der Mehrkosten für die Länder und Gemeinden für die einzelnen Vorgaben dargestellt.

Vorgabe 3.2.1: Suizidprävention durch Information und Aufklärung (hier: via Website); § 3 SuizidPrävG-E

Veränderung der jährlichen Mehrkosten der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
417				188	
Änderung der jährlichen Mehrkosten (in Tsd. Euro)				188	

Einmalige Mehrkosten der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
417 (IT-Anpassung Website)	7 200	65,20	0	3 263	0
450 (Informationseinarbeitung Website)	43	43,80	0	14	0
Einmalige Mehrkosten (in Tsd. Euro)				3 277	

Gemäß § 3 SuizidPrävG-E sollen die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen über die bestehenden Möglichkeiten der Suizidprävention sowie über entsprechende Beratungs- und Versorgungsangebote informieren. Eine Vielzahl von Informationsangeboten besteht bereits heute. Für die Schätzung einbezogen wird die Verwaltung auf Landes- und Kreisebene einschließlich kreisfreier Städte. In Deutschland gibt es 294 Landkreise und 107 kreisfreie Städte (siehe Statistisches Bundesamt: Verwaltungsgliederung in Deutschland am 31.12.2019. Daten aus dem Gemeindeverzeichnis). Zudem werden 16 Landesbehörden berücksichtigt. Insgesamt handelt es sich um 417 Behörden auf Landesebene. Es wird davon ausgegangen, dass als Basisangebot eine Informationsseite mit Verlinkungen innerhalb einer zentralen Website von diesen Behörden betrieben wird. Hierzu wären vorhandene Websites zu modifizieren. In Anlehnung an die beim Statistischen Bundesamt vorhandenen Erfahrungswerte wird ein Zeitaufwand von 120 Stunden pro Fall für die einmalige Anpassung der bestehenden IT-Anwendungen angesetzt. Wird dieser Zeitaufwand mit Lohnkosten für den höheren Dienst der Verwaltungsebene Land bewertet (gleich 65,20

Euro je Stunde gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands), so betragen die einmaligen Kosten pro Fall rund 7 800 Euro, für alle 417 Landesbehörden geschätzt einmalig rund 3 263 000 Euro. Es ist davon auszugehen, dass die laufende, jährliche Aktualisierung der Websites hingegen vernachlässigbare Kosten verursacht; wird das auf Erfahrungswerte basierende vereinfachte Verfahren aus dem Leitfaden (Anhang 4, S. 61) ersatzweise für das Führen einer Datenbank oder eines Verzeichnisses mittlerer Komplexität für das Gesundheits- und Sozialwesen angewendet, so beträgt der jährliche Erfüllungsaufwand in Form von Personalkosten geschätzt insgesamt 188 000 Euro für die 417 Landesbehörden. Sachkosten sind in bereits mit der Pflege der vorhandenen, modifizierten Websites abgedeckt.

Es wird davon ausgegangen, dass zentrale Hintergrundinformationen zu den Einrichtungen und Stellen zur Suizidprävention ebenfalls auf den Websites der Behörden zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich wird angenommen, dass die Einrichtungen und Stellen aus fachlichem Eigeninteresse diese Angaben den Behörden, die die Websites einrichten, sowieso zur Verfügung stellen, so dass den Einrichtungen und Stellen hierdurch keine durch den Entwurf des Suizidpräventionsgesetzes bedingte zusätzliche Mehrkosten entstehen. Die einmaligen Kosten, die den Behörden entstehen, um die Informationen über bestehende Hilfsangebote auf den Websites einzupflegen, werden mit Hilfe der aus Erfahrungswerten generierten Zeitwerttabelle für Vorgaben der Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands geschätzt. Hierbei werden die Aktivitäten der Behörden zum Führen von (Vor-)gesprächen mit den Einrichtungen und Stellen der Suizidprävention (30 Minuten je Fall), zur formellen Prüfung und Sichtung der von den Einrichtungen und Stellen übermittelten Daten (5 Minuten je Fall) und zur inhaltlichen Prüfung und Datenerfassung für die Websites (8 Minuten je Fall) berücksichtigt. Der Zeitaufwand beträgt insgesamt somit 43 Minuten je Fall. Der Zeitaufwand wird mit den durchschnittlichen Lohnkosten der Verwaltungsebene Land bewertet (gleich 43,80 Euro je Stunde). Insgesamt gibt es derzeit rund 450 Angebote der Suizidprävention auf Landesebene (siehe IGES Institut, Berlin: Programme und Maßnahmen im Bereich der Suizidprävention. Ergebnisbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom 31.08.2023; gesonderter Anhang zu dem Ergebnisbericht), deren Informationen auf den Websites der Behörden eingestellt werden. Die einmaligen Mehrkosten betragen für die Behörden auf Landesebene daher geschätzt rund 14 000 Euro (gleich 450 x 43 Min./60 x 43,80 Euro), um die erforderlichen Informationen der bestehenden Einrichtungen und Stellen zur Suizidprävention zu sammeln und auf den Websites zu veröffentlichen. Die laufenden, jährlichen Mehrkosten in Verbindung mit der Aktualisierung der Angaben werden entsprechend niedriger ausfallen und sind in den oben ausgewiesenen Kosten von 188 000 Euro enthalten.

Der Umgang mit Krisen und deren Bewältigung ist von jeher den Ländern als originär eigene Zuständigkeit zuzurechnen. Es wird davon ausgegangen, dass für darüber hinausgehende Informations- und Aufklärungsmaßnahmen auf Angebote der Koordinierungsstelle zur Gesamtkoordination der Nationalen Suizidprävention des Bundes zurückgegriffen werden kann, ggf. erforderliche länderspezifische Anpassungen dürften einen vernachlässigbaren Aufwand verursachen.

Vorgabe 3.2.2: Inanspruchnahme von Informationen über Angebote zur Suizidprävention durch bestimmte Geheimnisträger oder Hinweispflicht an suizidgefährdete Personen; § 5 SuizidPrävG-E

Werden bestimmte Geheimnisträgern (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, anderen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, Berufspsychologinnen oder -psychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Lehrerinnen und Lehrer) in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte bekannt, dass die Gefahr für einen Suizid offensichtlich besteht, so sollen sie gemäß § 5 SuizidPrävG-E die

Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Suizidprävention in Anspruch nehmen oder die betreffende Person auf entsprechende Angebote hinweisen.

Jede der in § 5 SuizidPrävG-E genannten Berufsgruppen steht zu der suizidgefährdeten Person in einem Rechtsverhältnis, aus dem sich Pflichten gegenüber der gefährdeten Person ergeben können; daher wird bei einem Teil der Geheimnisträger bereits heute die Hinweis- und Beratungspflicht gegenüber dem suizidgefährdeten Menschen entsprechend enthalten sein. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass aus fachlichem Eigeninteresse der genannten Berufsgruppen diese Unterstützungsangebote sowieso wahrgenommen werden (sollten). Aufgrund der beabsichtigten Bündelung und Vernetzung dieser Angebote ist gegebenenfalls sogar von einer Entlastung für die genannten Berufsgruppen auszugehen, da sich die relevanten Informationen zukünftig einfacher und schneller finden lassen.

Vorgabe 3.2.3: Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E

Veränderung der jährlichen Mehrkosten der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
417	6 840 (= 1,5 x 4 560)	43,80		2 082	
Änderung der jährlichen Mehrkosten (in Tsd. Euro)				2 082	

In den Ländern sollen gemäß § 6 SuizidPrävG-E Netzwerkstrukturen für die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden und Akteure im Bereich der Suizidprävention aufgebaut oder weiterentwickelt werden.

Die Einrichtung von eigenen Koordinierungsstellen auf Landesebene, vergleichbar mit jener auf Bundesebene, ist nicht zwingend vorgesehen. Auch hier werden erneut die 294 Landkreise und 107 kreisfreien Städte sowie 16 Landesbehörden für die Schätzung berücksichtigt, insgesamt also 417 Behörden auf Landesebene. Zudem wird angenommen, dass die in die Netzwerke einbezogenen wesentlichen Akteure im Bereich der Suizidprävention auf Landesebene aus fachlichem Eigeninteresse hier sowieso aktiv sind, so dass diesen keine durch den Entwurf des Suizidpräventionsgesetzes bedingten zusätzlichen Mehrkosten entstehen. Es wird hilfsweise davon ausgegangen, dass einmal im Quartal ein halbtägiges Vernetzungstreffen (mit einem Zeitaufwand je Treffen von 4 Stunden, insgesamt 16 Stunden für alle 4 Treffen) und einmal im Jahr eine eintägige Vernetzungskonferenz (mit einem Zeitaufwand von 8 Stunden) stattfindet. Deren Vor- und Nachbereitung erfordert geschätzt jeweils einen Arbeitstag für die vierteljährlichen Treffen (gleich 8 Stunden für ein Treffen und 32 Stunden für alle 4 Treffen) und 2,5 Arbeitstage für die jährlichen Konferenzen (gleich 20 Stunden). Insgesamt beträgt der jährliche Zeitaufwand geschätzt 76 Stunden. Organisiert werden diese Treffen in den 417 Landesbehörden mit einem durchschnittlichen Personaleinsatz von 1,5 Personen in unterschiedlichen Laufbahngruppen (mit durchschnittlichen Lohnkosten von 43,80 Euro je Stunde). Insgesamt belaufen sich die jährlichen Kosten für die Vernetzungstreffen und -konferenzen für die Landesbehörden auf geschätzt insgesamt rund 2 082 000 Euro (gleich 417 x 1,5 x 76 Std. x 43,80 Euro), also rund 5 000 Euro je Landesbehörde pro Jahr. Zudem können Reisekosten anfallen, wenn nicht Video-Konferenzsysteme eingesetzt werden.

Vorgabe 3.2.4: Mitwirkung der Länder an Konzepten; § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E

Einmalige Mehrkosten der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
16	2 940	65,20		51	
Einmalige Mehrkosten (in Tsd. Euro)				51	

Nach § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E ist es die Aufgabe der nationalen Koordinierungsstelle gemeinsam mit den Ländern Konzepte zur Suizidprävention zu erstellen. Entsprechend soll sowohl ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen und unentgeltlichen Krisendienst-Rufnummer mit der bundesweit einheitlichen Rufnummer „113“ und als auch ein fachliches Konzept zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender telefonischer und Online-Beratungsangebote zum Umgang mit Suizidalität erstellt werden. Auch ist mit den Ländern ein Konzept zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln zu erstellen.

Es ist davon auszugehen, dass auf bereits bestehenden Strukturen zwischen Bund und Länder aufgebaut werden kann. Beispielsweise existiert bereits die bei der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) eingerichtete AG Psychiatrie mit den Themen „Hilfen und Beratung bei psychischen Krisen“, inklusive der Thematik „Suizid oder Suizidprävention in Justizvollzugsanstalten“. Dies zur Folge kann angenommen werden, dass sich dieses Gremium auch aktiv in die Erstellung der Konzepte einbringen wird und daher voraussichtlich keine zusätzlichen Kapazitäten geschaffen werden müssen. Dennoch wird angenommen, dass zur Mitwirkung der Erstellung eines Konzeptes in jedem Bundesland geringe einmalige Mehrkosten entstehen. Für diesen ist gemäß Zeitwerttabelle der Verwaltung ein Zeitaufwand mit hoher Komplexität (StA9 Externe Sitzung 2 460 Minuten, StA11 Abschließende Informationen aufbereiten 480 Minuten) von 2 940 Minuten pro Fall anzusetzen.

Gemäß der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamts für die Verwaltung wird ein Lohnsatz von 65,20 Euro für den höheren Dienst auf Landesebene angesetzt.

Insgesamt ergeben sich für die Vorgabe einmalige Mehrkosten für die Länder in Höhe von rund 51 000 Euro.

Vorgabe 3.2.5: Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Länder; § 18 SuizidPrävG-E

Soweit die Länder die Koordinierungsstelle bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 9, die der Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit von auf regionaler und kommunaler Ebene bestehender Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote dienen, nach § 18 SuizidPrävG-E unterstützen, ist davon auszugehen, dass dies nur vernachlässigbare Mehrkosten verursachen dürfte und diese durch die Mehrkosten für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention nach § 6 SuizidPrävG-E bereits abgedeckt sind (siehe Vorgabe 3.2.3).

3.3 Gesetzliche Krankenversicherung

Insgesamt entstehen der GKV infolge des Gesetzentwurfes einmalige Mehrkosten in Höhe von 4 160 000 Euro. Diese einmaligen Mehrkosten verteilen sich auf die Jahre 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

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

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[5]	Einmalige Mehrausgaben (in Tsd. Euro)[6]
3.3	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E	0	4 160
Mehrkosten (in Tsd. Euro)			4 160
PKV (in Tsd. Euro)		0	960

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 SGB V können auch Maßnahmen der Suizidprävention sein, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben bis 2027 vereinbaren oder durchführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen.

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

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

Insgesamt ergeben sich für die Vorgabe auf Seiten der Gesetzlichen Krankenkassen einmalige Mehrkosten in Höhe von schätzungsweise 4,16 Millionen Euro (13 * 320 000 Euro). Diese einmaligen Mehrkosten verteilen sich nach § 64f Absatz 2 Satz 1 SGB V-E auf den Zeitraum 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

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

4. Erfüllungsaufwand

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

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

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

Für die Verwaltung ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt rund 5 927 000 Euro. Davon entfallen 3 657 000 Euro auf den Bund und 2 270 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt 8 989 000 Euro. Davon entfallen 1 501 000 Euro auf den Bund und 3 328 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV beläuft sich auf 4 160 000 Euro.

Die jährlichen und einmaligen Mehraufwände des Bundes sollen finanziell im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

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

- der Aufgabe der Information und Aufklärung der Allgemeinheit über Suizidalität und die Möglichkeiten zu deren Verhütung durch die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen (hier: via Website), § 3 SuizidPrävG-E,

- der Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten und anderen Geheimnisträgern bei Kenntnis gewichtiger Anhaltspunkte einer Suizidgefahr weitere Maßnahmen einzuleiten, § 5 SuizidPrävG-E,

- dem Aufbau und Weiterentwicklung Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E,

- der Errichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention im Bundesministerium für Gesundheit nach § 8 mit den in § 9 SuizidPrävG-E, auch in Verbindung mit § 19 SuizidPrävG-E, benannten Aufgaben und darunter

  - der Mitwirkung der Länder an Konzepten nach § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E zur Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau und Betrieb einer bundesweit einheitlichen Krisendienst-Rufnummer gemeinsam und zur Entwicklung eines fachlichen Konzepts gemeinsam zur Vernetzung, zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote,

- der Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Einrichtung eines Fachbeirats zur fachlichen Beratung, § 10 SuizidPrävG-E und darunter

  - der Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit den Ländern; § 11 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E,

  - der Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit, § 15 Absatz 1 SuizidPrävG-E,

- der Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, §§ 16, 17 SuizidPrävG-E,

- der Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch die Länder, § 18 SuizidPrävG-E,

- dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag; § 20 SuizidPrävG-E,

- der Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E, und

- der Einführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, § 64f SGB V-E.

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

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger nach Vorgaben

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

4.2 Erfüllungsaufwand der Wirtschaft nach Vorgaben

Das Konzept zur Erhöhung der Transparenz über den Umstellungsaufwand für die Wirtschaft sowie zu dessen wirksamer und verhältnismäßiger Begrenzung wurde durch die Bestimmung der Erfüllungsaufwandskategorien angewandt.

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

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

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[7)]	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[8)]
4.2.1	Inanspruchnahme von Informationen über Angebote zur Suizidprävention durch bestimmte Geheimnisträger oder Hinweispflicht an suizidgefährdete Personen; § 5 SuizidPrävG-E	0	0
4.2.2	Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E	0	0
4.2.3	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 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

Vorgabe 4.2.1: Inanspruchnahme von Informationen über Angebote zur Suizidprävention durch bestimmte Geheimnisträger oder Hinweispflicht an suizidgefährdete Personen; § 5 SuizidPrävG-E

Werden bestimmte Geheimnisträgern (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Notfallsanitäterinnen und -sanitätern, anderen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, Berufspsychologinnen oder -psychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Lehrerinnen und Lehrer) in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte bekannt, dass die Gefahr für einen Suizid offensichtlich besteht, so sollen sie gemäß § 5 SuizidPrävG-E die Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Suizidprävention in Anspruch nehmen oder die betreffende Person auf entsprechende Angebote hinweisen.

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

Methodisch bedingt gehören zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte zum Normadressaten Wirtschaft. Jede der in § 5 SuizidPrävG-E genannten Berufsgruppen steht zu der suizidgefährdeten Person in einem Rechtsverhältnis, aus dem sich Pflichten gegenüber der gefährdeten Person ergeben können; daher wird bei einem Teil der Geheimnisträger bereits heute die Hinweis- und Beratungspflicht gegenüber dem suizidgefährdeten Menschen entsprechend enthalten sein. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass aus fachlichem Eigeninteresse der genannten Berufsgruppen diese Unterstützungsangebote sowieso wahrgenommen werden (sollten). Aufgrund der beabsichtigten Bündelung und Vernetzung dieser Angebote ist gegebenenfalls sogar von einer Entlastung für die genannten Berufsgruppen auszugehen, da sich die relevanten Informationen zukünftig einfacher und schneller finden lassen.

Vorgabe 4.2.2: Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E

In den Ländern sollen gemäß § 6 SuizidPrävG-E Netzwerkstrukturen für die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden und Akteure im Bereich der Suizidprävention aufgebaut oder weiterentwickelt werden. Es wird angenommen, dass die in die Netzwerke einbezogenen wesentlichen Akteure im Bereich der Suizidprävention, die methodisch dem Normadressaten Wirtschaft zugeordnet werden (zum Beispiel Krankenhäuser, Arztpraxen, ambulante Pflegedienste, Interessenverbände, Beratungseinrichtungen auf Vereinsbasis ohne staatliche Finanzierung) aus fachlichem Eigeninteresse hier ohnehin aktiv sind, so dass diesen kein durch den Entwurf des Suizidpräventionsgesetzes bedingter zusätzlicher Aufwand entsteht.

Vorgabe 4.2.3: Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E

Einmaliger Erfüllungsaufwand:

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

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 SGB V können auch Maßnahmen der Suizidprävention sein, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben bis 2027 vereinbaren oder durchführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen.

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

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

wird eine durchschnittliche Laufzeit von 4 Jahren angenommen. Somit ergeben sich geschätzt 320 000 Euro pro Fall.

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe auf Seiten der privaten Krankenkassen (Wirtschaft) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise 960 000 Euro (3 * 320 000 Euro). Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich nach § 64f Absatz 2 Satz 1 SGB V-E auf den Zeitraum 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

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

4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung nach Vorgaben

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung betrifft die Verwaltungen des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Für die Verwaltung ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt 5 927 000 Euro. Davon entfallen 3 657 000 Euro auf den Bund und 2 270 000 Euro auf die Länder.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt 8 989 000 Euro. Davon entfallen 1 501 000 Euro auf den Bund und 3 328 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV daran beläuft sich auf 4 160 000 Euro.

Vorgabe	Paragraph; Bezeichnung der Vorgabe	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[9)]	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)[10)]
4.3.1	Suizidprävention durch Information und Aufklärung (hier: via Website); § 3 SuizidPrävG-E	188	3 277
4.3.2	Inanspruchnahme von Informationen über Angebote zur Suizidprävention durch bestimmte Geheimnisträger oder Hinweispflicht an suizidgefährdete Personen; § 5 SuizidPrävG-E	0	0
4.3.3	Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E	2 082	0
4.3.4	Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention beim BMG; §§ 8, 9, 19 und Anlage SuizidPrävG-E*	3 657	1 300
4.3.5	Mitwirkung der Länder an Konzepten; § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E	0	51
4.3.6	Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat, eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des BMG und die Länder; §§ 10 bis 18	0	0
4.3.7	Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit den Ländern; § 11 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E*	0,035	0
4.3.8	Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das BMG; § 15 Absatz 1 SuizidPrävG-E*	0	1

[9)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.
[10)] Bei den ausgewiesenen Beträgen kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

4.3.9	Bericht des BMG über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag; § 20 SuizidPrävG-E	0	0
4.3.10	Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E	0	200
4.3.11	Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention; § 64f SGB V-E*	0	4 160
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)		**5 927**	**8 989**
davon Bund*		3 657	1 501
davon Länder und Kommunen (in Tsd. Euro)		2 270	3 328
davon GKV (in Tsd. Euro)		0	4 160

Der jährliche Erfüllungsaufwand des Bundes baut sich jeweils sukzessive ab dem Jahr 2026 auf und kommt ab dem Jahr 2027 vollständig zum Tragen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro für die nationale Koordinierungsstelle wird sich ab dem Jahr 2026 sukzessive aufbauen und bis zum Jahr 2028 verteilen. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats in Höhe von rund 1 000 Euro wird im Jahr 2025 anfallen. Der einmalige Erfüllungsaufwand des Bundes für die Evaluation des Gesetzentwurfes in Höhe von geschätzt 200 000 Euro baut sich sukzessive ab dem Jahr 2032 auf, in dem die Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstands beginnen und kommt ab dem Jahr 2034 vollständig zum Tragen, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Der jährliche Erfüllungsaufwand der Länder und Gemeinden baut sich sukzessive ab dem Jahr 2025 auf und wird vollständig ab dem Jahr 2027 zum Tragen kommen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand der Länder wird sich ab dem Jahr 2025 sukzessive aufbauen und bis zum Jahr 2027 vollständig verteilen.

Nach Inkrafttreten dieses Gesetzentwurfes werden die Länder und Gemeinden die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Es ist davon auszugehen, dass die Erledigung der gesetzlichen Aufgaben ab dem Jahr 2025 sukzessive beginnen wird und im Jahr 2027 die Kapazitäten und Strukturen zur Aufgabenwahrnehmung und -erledigung entsprechend vollständig aufgebaut sind.

Der einmalige Erfüllungsaufwand der GKV verteilt sich auf die Jahre 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach diesem Gesetzentwurf spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

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: Suizidprävention durch Information und Aufklärung (hier: via Website); § 3 SuizidPrävG-E

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
417				188	
Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)				188	

Einmaliger Erfüllungsaufwand der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
417 (IT-Anpassung Website)	7 200	65,20	0	3 263	0
450 (Informationseinarbeitung Website)	43	43,80	0	14	0
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				3 277	

Gemäß § 3 SuizidPrävG-E sollen die nach Landesrecht zuständigen Behörden und Stellen über die bestehenden Möglichkeiten der Suizidprävention sowie über entsprechende Beratungs- und Versorgungsangebote informieren. Eine Vielzahl von Informationsangeboten besteht bereits heute. Für die Schätzung einbezogen wird die Verwaltung auf Landes- und Kreisebene einschließlich kreisfreier Städte. In Deutschland gibt es 294 Landkreise und 107 kreisfreie Städte (siehe Statistisches Bundesamt: Verwaltungsgliederung in Deutschland am 31.12.2019. Daten aus dem Gemeindeverzeichnis). Zudem werden 16 Landesbehörden berücksichtigt. Insgesamt handelt es sich um 417 Behörden auf Landesebene. Es wird davon ausgegangen, dass als Basisangebot eine Informationsseite mit Verlinkungen innerhalb einer zentralen Website von diesen Behörden betrieben wird. Hierzu wären vorhandene Websites zu modifizieren. In Anlehnung an die beim Statistischen Bundesamt vorhandenen Erfahrungswerte wird ein Zeitaufwand von 120 Stunden pro Fall für die einmalige Anpassung der bestehenden IT-Anwendungen angesetzt. Wird dieser Zeitaufwand mit Lohnkosten für den höheren Dienst der Verwaltungsebene Land bewertet (gleich 65,20 Euro je Stunde gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands), so betragen die einmaligen Kosten pro Fall rund 7 800 Euro, für alle 417 Landesbehörden geschätzt einmalig rund 3 263 000 Euro. Es ist davon auszugehen, dass die laufende, jährliche Aktualisierung der Websites hingegen vernachlässigbare Kosten verursacht; wird das auf Erfahrungswerte basierende vereinfachte Verfahren aus dem Leitfaden (Anhang 4, S. 61) ersatzweise für das Führen einer Datenbank oder eines Verzeichnisses mittlerer Komplexität für das Gesundheits- und Sozialwesen angewendet, so beträgt der jährliche Erfüllungsaufwand in Form von Personalkosten geschätzt insgesamt 188 000 Euro für die 417 Landesbehörden. Sachkosten sind in bereits mit der Pflege der vorhandenen, modifizierten Websites abgedeckt.

Es wird davon ausgegangen, dass zentrale Hintergrundinformationen zu den Einrichtungen und Stellen zur Suizidprävention ebenfalls auf den Websites der Behörden zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich wird angenommen, dass die Einrichtungen und Stellen aus fachlichem Eigeninteresse diese Angaben den Behörden, die die Websites einrichten, sowieso zur Verfügung stellen, so dass den Einrichtungen und Stellen hierdurch kein durch den Entwurf des Suizidpräventionsgesetzes bedingter zusätzlicher Aufwand entsteht. Der einmalige Aufwand, der den Behörden entsteht, um die Informationen über bestehende Hilfsangebote auf den Websites einzupflegen, wird mit Hilfe der aus Erfahrungswerten generierten Zeitwerttabelle für Vorgaben der Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung und

Darstellung des Erfüllungsaufwands geschätzt. Hierbei werden die Aktivitäten der Behörden zum Führen von (Vor-)gesprächen mit den Einrichtungen und Stellen der Suizidprävention (30 Minuten je Fall), zur formellen Prüfung und Sichtung der von den Einrichtungen und Stellen übermittelten Daten (5 Minuten je Fall) und zur inhaltlichen Prüfung und Datenerfassung für die Websites (8 Minuten je Fall) berücksichtigt. Der Zeitaufwand beträgt insgesamt somit 43 Minuten je Fall. Der Zeitaufwand wird mit den durchschnittlichen Lohnkosten der Verwaltungsebene Land bewertet (gleich 43,80 Euro je Stunde). Insgesamt gibt es derzeit rund 450 Angebote der Suizidprävention auf Landesebene (siehe IGES Institut, Berlin: Programme und Maßnahmen im Bereich der Suizidprävention. Ergebnisbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom 31.08.2023; gesonderter Anhang zu dem Ergebnisbericht), deren Informationen auf den Websites der Behörden eingestellt werden. Der einmalige Aufwand beträgt für die Behörden auf Landesebene daher geschätzt rund 14 000 Euro (gleich 450 x 43 Min./60 x 43,80 Euro), um die erforderlichen Informationen der bestehenden Einrichtungen und Stellen zur Suizidprävention zu sammeln und auf den Websites zu veröffentlichen. Die laufenden, jährlichen Aufwände in Verbindung mit der Aktualisierung der Angaben werden entsprechend niedriger ausfallen und sind in den oben ausgewiesenen Kosten von geschätzt 188 000 Euro enthalten.

Der Umgang mit Krisen und deren Bewältigung ist von jeher den Ländern als originär eigene Zuständigkeit zuzurechnen. Es wird davon ausgegangen, dass für darüber hinausgehende Informations- und Aufklärungsmaßnahmen auf Angebote der Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention zurückgegriffen werden kann, ggf. erforderliche länderspezifische Anpassungen dürften einen vernachlässigbaren Aufwand verursachen.

Vorgabe 4.3.2: Inanspruchnahme von Informationen über Angebote zur Suizidprävention durch bestimmte Geheimnisträger oder Hinweispflicht an suizidgefährdete Personen; § 5 SuizidPrävG-E

Werden bestimmte Geheimnisträgern (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Notfallsanitäterinnen und -sanitätern, anderen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, Berufspsychologinnen oder -psychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Lehrerinnen und Lehrer) in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte bekannt, dass die Gefahr für einen Suizid offensichtlich besteht, so sollen sie gemäß § 5 SuizidPrävG-E die Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Suizidprävention in Anspruch nehmen oder die betreffende Person auf entsprechende Angebote hinweisen.

Jede der in § 5 SuizidPrävG-E genannten Berufsgruppen steht zu der suizidgefährdeten Person in einem Rechtsverhältnis, aus dem sich Pflichten gegenüber der gefährdeten Person ergeben können; daher wird bei einem Teil der Geheimnisträger bereits heute die Hinweis- und Beratungspflicht gegenüber dem suizidgefährdeten Menschen entsprechend enthalten sein. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass aus fachlichem Eigeninteresse der genannten Berufsgruppen diese Unterstützungsangebote sowieso wahrgenommen werden (sollten). Aufgrund der beabsichtigten Bündelung und Vernetzung dieser Angebote ist gegebenenfalls sogar von einer Entlastung für die genannten Berufsgruppen auszugehen, da sich die relevanten Informationen zukünftig einfacher und schneller finden lassen.

Vorgabe 4.3.3: Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention; § 6 SuizidPrävG-E

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
417	6 840 (= 1,5 x 4 560)	43,80		2 082	
Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)				2 082	

In den Ländern sollen gemäß § 6 SuizidPrävG-E Netzwerkstrukturen für die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden und Akteure im Bereich der Suizidprävention aufgebaut oder weiterentwickelt werden.

Die Einrichtung von eigenen Koordinierungsstellen auf Landesebene, vergleichbar mit jener auf Bundesebene, ist nicht zwingend vorgesehen. Auch hier werden erneut die 294 Landkreise und 107 kreisfreien Städte sowie 16 Landesbehörden für die Schätzung berücksichtigt, insgesamt also 417 Behörden auf Landesebene. Zudem wird angenommen, dass die in die Netzwerke einbezogenen wesentlichen Akteure im Bereich der Suizidprävention auf Landesebene aus fachlichem Eigeninteresse hier sowieso aktiv sind, so dass diesen kein durch den Entwurf des Suizidpräventionsgesetzes bedingter zusätzlicher Aufwand entsteht. Es wird hilfsweise davon ausgegangen, dass einmal im Quartal ein halbtägiges Vernetzungstreffen (mit einem Zeitaufwand je Treffen von 4 Stunden, insgesamt 16 Stunden für alle 4 Treffen) und einmal im Jahr eine eintägige Vernetzungskonferenz (mit einem Zeitaufwand von 8 Stunden) stattfindet. Deren Vor- und Nachbereitung erfordert geschätzt jeweils ein Arbeitstag für die vierteljährlichen Treffen (gleich 8 Stunden für ein Treffen und 32 Stunden für alle 4 Treffen) und 2,5 Arbeitstage für die jährlichen Konferenzen (gleich 20 Stunden). Insgesamt beträgt der jährliche Zeitaufwand geschätzt 76 Stunden. Organisiert werden diese Treffen in den 417 Landesbehörden mit einem durchschnittlichen Personaleinsatz von 1,5 Personen in unterschiedlichen Laufbahngruppen (mit durchschnittlichen Lohnkosten von 43,80 Euro je Stunde). Insgesamt belaufen sich die jährlichen Kosten für die Vernetzungstreffen und -konferenzen für die Landesbehörden auf geschätzt insgesamt rund 2 082 000 Euro (gleich 417 x 1,5 x 76 Std. x 43,80 Euro), also rund 5 000 Euro je Landesbehörde pro Jahr. Zudem können Reisekosten anfallen, wenn nicht Video-Konferenzsysteme eingesetzt werden.

Vorgabe 4.3.4: Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention beim Bundesministerium für Gesundheit; §§ 8, 9, 19 und Anlage SuizidPrävG-E

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands des Bundes:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
1				1 065	2 592
Änderung des Erfüllungsaufwands (in Tsd. Euro)				3 657	

Einmaliger Erfüllungsaufwand des Bundes:

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

Im Bundesministerium für Gesundheit wird eine Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention (Koordinierungsstelle) eingerichtet. Die Koordinierungsstelle berücksichtigt bei ihrer Arbeit die Aufgaben gemäß § 9 SuizidPrävG-E und die in der Anlage zu diesem

Gesetzentwurf aufgeführten Empfehlungen für Maßnahmen zur Suizidprävention. Dabei obliegt der Koordinierungsstelle auch die Aufgabe der Forschung, die nach § 19 Satz 3 SuizidPrävG-E auf der Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierendem Forschungsprogramm durchgeführt wird.

Geschätzt entsteht der Koordinierungsstelle einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 1 300 000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus den geschätzten Kosten zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie im Rahmen der Konzepterstellung zur Einführung einer Krisenrufnummer nach § 9 Nummer 8 Buchstabe a SuizidPrävG-E (500 000 Euro), zum Aufbau einer Website zur Verbreitung und Aufbereitung der Informationen nach § 9 Nummer 2 und 5 SuizidPrävG-E (300 000 Euro) und für weitere einmalige Kosten insbesondere im Bereich Forschung und Aufklärung nach § 9 Nummer 1, 2, 5, 9, 10 und 11, § 19 und der Anlage des SuizidPrävG-E (500 000 Euro).

Insgesamt ist mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 3 657 000 Euro für den Betrieb der Koordinierungsstelle zu rechnen. Davon entfallen 1 065 000 Euro auf Personalkosten (6,5 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des höheren Dienstes, bewertet gemäß der Lohnkostentabelle Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands mit 112 800 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 733 200 Euro pro Jahr; 3 Stellen/Mitarbeiterkapazitäten des gehobenen Dienstes, bewertet mit 74 400 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 223 200 Euro pro Jahr; und 2 Stellen/MAK des mittleren Dienstes, bewertet mit 54 080 Euro pro Stelle und Jahr, insgesamt 108 160 Euro pro Jahr) und 2 592 000 Euro auf Sachausgaben wie zum Beispiel laufende Kosten für das Pflegen der Website, Kosten für Tagungen und Kongresse und Kosten für weiterführende Forschung und Aufklärung.

Sofern die Aufgaben der Koordinierungsstelle nach § 9 Nummer 1, 2, 4, 8, 9 oder 11 auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden können, entsteht dadurch kein Erfüllungsaufwand, der über den bereits aufgeführten Erfüllungsaufwand hinausgeht.

Nach Inkrafttreten dieses Gesetzentwurfes wird sich die Koordinierungsstelle zunächst aufbauen, den Fachbeirat einrichten und die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten. Dabei stimmen sich die Koordinierungsstelle und der Fachbeirat im Hinblick auf die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung nach § 10 Absatz 2 SuizidPrävG-E ab. Es ist davon auszugehen, dass die Erledigung der umfangreichen gesetzlichen Aufgaben im Wesentlichen erst ab dem Jahr 2026 sukzessive beginnen wird. Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Koordinierungsstelle baut sich daher erst ab dem Jahr 2026 auf und kommt ab dem Jahr 2027 vollständig zum Tragen. Im Rahmen der Evaluierung nach § 21 SuizidPrävG-E bis zum 31. Dezember 2033 wird zu prüfen sein, in welchem Umfang die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung der Koordinierungsstelle ab dem Jahr 2034 dauerhaft fortzuführen ist.

Der einmalige Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 1 300 000 Euro wird sich ab dem Jahr 2026 sukzessive aufbauen und bis zum Jahr 2028 vollständig verteilen.

Vorgabe 4.3.5: Mitwirkung der Länder an Konzepten; § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E

Einmaliger Erfüllungsaufwand der Länder:

Fallzahl	Zeitaufwand pro Fall (in Minuten)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Sachkosten pro Fall (in Euro)	Personalkosten (in Tsd. Euro)	Sachkosten (in Tsd. Euro)
16	2 940	65,20		51	
Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro)				51	

Nach § 9 Nummer 7 und 8 SuizidPrävG-E ist es die Aufgabe der nationalen Koordinierungsstelle gemeinsam mit den Ländern Konzepte zur Suizidprävention zu erstellen. Entsprechend soll sowohl ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen und unentgeltlichen Krisendienst-Rufnummer mit der bundesweit einheitlichen Notrufnummer „113“ und als auch ein fachliches Konzept zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender telefonischer und Online-Beratungsangebote zum Umgang mit Suizidalität erstellt werden. Auch ist mit den Ländern ein Konzept zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln zu erstellen.

Es ist davon auszugehen, dass auf bereits bestehenden Strukturen zwischen Bund und Länder aufgebaut werden kann. Beispielsweise existiert bereits die bei der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) eingerichtete AG Psychiatrie mit den Themen „Hilfen und Beratung bei psychischen Krisen“, inklusive der Thematik „Suizid oder Suizidprävention in Justizvollzugsanstalten“. Dies zur Folge kann angenommen werden, dass sich dieses Gremium auch aktiv in die Erstellung der Konzepte einbringen wird und daher voraussichtlich keine zusätzlichen Kapazitäten geschaffen werden müssen. Dennoch wird angenommen, dass zur Mitwirkung der Erstellung eines Konzeptes in jedem Bundesland ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht. Für diesen ist gemäß Zeitwerttabelle der Verwaltung ein Zeitaufwand mit hoher Komplexität (StA9 Externe Sitzung 2 460 Minuten, StA11 Abschließende Informationen aufbereiten 480 Minuten) von 2 940 Minuten pro Fall anzusetzen.

Gemäß der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamts für die Verwaltung wird ein Lohnsatz von 65,20 Euro für den höheren Dienst auf Landesebene angesetzt.

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Länder in Höhe von geschätzt 51 000 Euro.

Vorgabe 4.3.6: Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat, eine Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und die Länder; §§ 10 bis 18 SuizidPrävG-E

Die Koordinierungsstelle wird bei der Wahrnehmung ihrer in § 9 SuizidPrävG-E genannten Aufgaben durch einen bei der Koordinierungsstelle einzurichtenden Fachbeirat nach den §§ 10 bis 15 SuizidPrävG-E unterstützt. Sie kann zudem durch eine geeignete Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 16, 17 SuizidPrävG-E oder durch die Länder nach § 18 SuizidPrävG-E unterstützt werden.

Der Fachbeirat berät und unterstützt die Koordinierungsstelle bei ihren Aufgaben. Die Mitglieder des Fachbeirats sind ehrenamtlich tätig. Die Anzahl der Mitglieder des Fachbeirats soll 11 Personen betragen. Diese sind ehrenamtliche Mitglieder des Beirats. Die Mitglieder sind grundsätzlich während ihrer Freizeit aktiv, das heißt es ist keine Entsendung/Entlohnung durch die Organisation vorgesehen. Das Weitern 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) in der jeweils gültigen Fassung. Honorare werden nicht gezahlt. Es wird davon ausgegangen, dass eine Erstattung durch die Koordinierungsstelle nach § 10 Absatz 3 SuizidPrävG-E gezahlt wird und bereits in der Vorgabe zum Betrieb der Koordinierungsstelle enthalten ist. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle kein weiterer Erfüllungsaufwand ausgewiesen. Sofern die administrativen Aufgaben bezüglich des Fachbeirats auf eine andere geeignete öffentliche Einrichtung vollständig oder teilweise übertragen werden, entsteht dadurch kein anderer Erfüllungsaufwand. In welcher Höhe sich der Erfüllungsaufwand verschiebt ist davon

abhängig, in welchem Umfang von dieser Möglichkeit tatsächlich Gebrauch gemacht wird. Eine Prognose ist hierzu nicht möglich.

Sofern die Koordinierungsstelle durch eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 16, 17 SuizidPrävG-E unterstützt werden kann, entsteht dadurch kein Erfüllungsaufwand, der über den bereits aufgeführten Erfüllungsaufwand hinausgeht (siehe Vorgabe 4.3.4). 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.

Soweit die Länder die Koordinierungsstelle bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 9, die der Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit von auf regionaler und kommunaler Ebene bestehender Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote dienen, nach § 18 SuizidPrävG-E unterstützen, ist davon auszugehen, dass dies nur einen vernachlässigbaren Aufwand verursachen dürfte und durch den Erfüllungsaufwand für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention nach § 6 SuizidPrävG-E bereits abgedeckt ist (siehe Vorgabe 4.3.3).

Vorgabe 4.3.7: Berufung der ehrenamtlichen Mitglieder im Benehmen mit den Ländern; § 11 Absatz 1 Satz 2 SuizidPrävG-E

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands des Bundes:

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

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

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

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

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

Vorgabe 4.3.8: Genehmigung der Geschäftsordnung des Fachbeirats durch das Bundesministerium für Gesundheit; § 15 Absatz 1 SuizidPrävG-E

Einmaliger Erfüllungsaufwand des Bundes:

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

Der Fachbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung 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 * 70,50), der im Jahr 2025 anfallen wird, wenn sich der Fachbeirat konstituiert und den Entwurf der Geschäftsordnung vorgelegt hat.

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

Vorgabe 4.3.9: Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Arbeit der Koordinierungsstelle an den Deutschen Bundestag; § 20 SuizidPrävG-E

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

Vorgabe 4.3.10: Evaluation des Suizidpräventionsgesetzes sowie der Maßnahmen der Koordinierungsstelle, § 21 SuizidPrävG-E

Einmaliger Erfüllungsaufwand des Bundes:

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

Die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Koordinierungsstelle nach § 9 sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverstands rechtlich, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren.

Es wird schätzungsweise davon ausgegangen, dass für die Evaluation ein einmaliger Erfüllungsaufwand für den Bund in Höhe von 200 000 Euro anfällt. Diese Kosten werden sich

voraussichtlich ab dem Jahr 2032, in dem Vorarbeiten zur Ausschreibung des externen Sachverstand beginnen, sukzessive aufbauen. Dieser einmalige Erfüllungsaufwand kommt ab dem Jahr 2034 vollständig zum Tragen, wenn die Evaluation abgeschlossen ist.

Vorgabe 4.3.11: 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 4.2.3 entsteht für die Vorgabe auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen (Verwaltung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 4 160 000 Euro (13 * 320 000 Euro), siehe auch unter 3.3.

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 SGB V können auch Maßnahmen der Suizidprävention sein, die die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen sowie das Verständnis für Suizidalität fördern. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen in jedem Land mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben bis 2027 vereinbaren oder durchführen. Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich daran beteiligen.

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

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

Insgesamt ergibt sich für die Vorgabe auf Seiten der Gesetzlichen Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise 4 160 000 Euro (13 * 320 000 Euro). Dieser einmalige Erfüllungsaufwand verteilt sich nach § 64f Absatz 2 Satz 1 SGB V-E auf den Zeitraum 2025 bis 2027, in denen die Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention spätestens vereinbart oder durchgeführt werden sollen.

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

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

Der Gesetzentwurf hat keine direkte Auswirkung auf die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Deutschland. In gleichstellungspolitischer Hinsicht ist der Gesetzentwurf neutral. Besondere demografische Auswirkungen sind nicht zu erwarten.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Koordinierungsstelle wird bei ihrer Arbeit durch einen Fachbeirat unterstützt, dessen Einsatz nach § 10 Absatz 4 in Artikel 1 zunächst auf zehn Jahre befristet ist.

Nach § 21 in Artikel 1 sind die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Koordinierungsstelle nach § 9 in Artikel 1 vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverstands rechtlich, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren. Dies umfasst auch die Frage nach einer etwaigen Verlängerung oder Verstetigung des Fachbeirats.

Die Modellvorhaben nach § 64f SGB V-E in Artikel 2 sind entsprechend der Regelungen in § 63 Absatz 5 Satz 1 SGB V im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gemäß § 65 SGB im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen. Nach der Auswertung der Modellvorhaben ist über die Übertragung in die Regelversorgung zu entscheiden.

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

B. Besonderer Teil

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

Zu Abschnitt 1 (Allgemeine Vorschriften)

Zu § 1 (Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich)

Die Vorschrift bestimmt das Ziel wie auch den Anwendungsbereich dieses Gesetzentwurfes und verweist zugleich auf das Spannungsverhältnis zwischen dem staatlichen Schutz des Lebens und der Selbstbestimmungsfähigkeit des Einzelnen über sein Leben.

Zu Absatz 1

Suizidprävention in Sinne dieses Gesetzentwurfes bezeichnet die Aufgabe, Suizidversuche und Suizide möglichst zu verhindern, Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige frühzeitig zu unterstützen, suizidalen Verlangen vorzubeugen sowie das Thema Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren. Es sollen solche Lebenslagen vermieden werden, in denen sich Menschen genötigt fühlen, einer zumindest subjektiv als unerträglich erlebten Lebenssituation durch Suizid ein Ende zu setzen oder dies versuchen. Die Suizidprävention umfasst

vielfältige Interventionen und Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure auf Bundes- und auf Landesebene auf unterschiedlichen Handlungsebenen. Die Adressaten dieses Gesetzes sind Menschen aller Altersgruppen, die Suizidgedanken hegen oder sterbewillig sind.

Präventionsmaßnahmen können dabei zwischen allgemeiner und zielgruppenspezifischer Prävention unterschieden werden.

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

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

Zu Absatz 2

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG)) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren (vgl. BVerfGE 153, 182, 2. Leitsatz). Gleiches gilt für den Fall, Heilbehandlungen abzulehnen, selbst wenn sie medizinisch angezeigt sind. Selbst bei lebenswichtigen ärztlichen Maßnahmen schützt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eine Entschließung, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheint. Das Grundgesetz garantiert dem Individuum das Recht, in Bezug auf die eigene Person aus medizinischer Sicht Unvernünftiges zu tun und sachlich Gebotenes zu unterlassen. Jeder einwilligungsfähige Kranke hat es danach in der Hand, eine lebensrettende Behandlung zu untersagen und so über das eigene Leben zu verfügen (vgl. BGH Urteil vom 03.07.2019, Az. 5 StR 132/18, Rn. 305). Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, bei der Suizidprävention dieses Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Schutz des Lebens zu achten. In Absatz 2 wird deutlich gemacht, dass die in Wahrnehmung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben getroffene Entscheidung des Einzelnen, sein Leben zu beenden, von Staat und Gesellschaft auch zu respektieren ist. Allein auf der Grundlage der individuellen Situation sowie der persönlichen Einstellungen und Wertoptionen der Betroffenen ist zu beurteilen, ob und inwieweit Hilfsangebote geeignet sind, eine zum Suizid motivierende Belastung abzuwenden bzw. zu vermindern.

Wird die Entscheidung, sich selbst zu töten, nicht freien Willens und bei vollem Verständnis der Umstände getroffen, verpflichtet Artikel 2 Absatz 1 Satz 1 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) die staatlichen Behörden, die Selbsttötung zu verhindern. Das in Artikel 2 Absatz 1 Satz 1 EMRK garantierte Recht auf Leben verpflichtet die Staaten, vulnerable Personen – auch gegen selbstgefährdende Handlungen – zu schützen und ein Verfahren zu etablieren, welches sicherstellt, dass die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, tatsächlich dem freien Willen des Betroffenen entspricht (siehe BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn 305).

Person inmitten psychosozial verdichteter suizidaler Lebenssituationen ist eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und den situationsbedingt anspruchsvollen Anforderungen an eine freiverantwortliche Entscheidung Rechnung zu tragen.

Zu § 2 (Begriffsbestimmungen)

Dieser Gesetzentwurf verwendet diverse Begrifflichkeiten, die in § 2 zur Klarheit und zum Verständnis einheitlich definiert werden.

Zu Abschnitt 2 (Maßnahmen der Suizidprävention)

Zu § 3 (Suizidprävention durch Information und Aufklärung)

Suizidprävention setzt vor allem auf Instrumente der Vorbeugung und Aufklärung. Sie ist eine öffentliche Aufgabe. Diese beschreibt die Aufgabe aller verantwortlichen Behörden und Stellen über Suizidalität und die Möglichkeiten deren Verhütung zu informieren, zum Beispiel durch Hinweise auf verfügbare Beratungs- und Hilfsangebote für Menschen in Krisensituationen. Denn eine wesentliche Voraussetzung, um Menschen in Krisensituationen zu unterstützen und mit Hilfsangeboten zu erreichen ist, dass diese Beratungs- und Hilfeangebote Hilfesuchenden bekannt sind und dass die Zugangswege dazu aufgezeigt werden. Dies gilt für die gesamte Bevölkerung und in besonderem Maße für Personen, die ein erhöhtes Risiko für Suizidalität haben, sowie deren An- und Zugehörige und nahestehende Personen. In Deutschland steht ein dichtes Netz an niedrigschwelligen psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Verfügung, über die – mit ihren jeweiligen Zugangswegen – die breite Öffentlichkeit einfach zugänglich informiert werden sollte. Dazu zählen die bundesweit erreichbaren telefonischen und Online-Beratungsangebote wie auch Beratungs- und Unterstützungsangebote auf kommunaler und regionaler Ebene, wie zum Beispiel die sozialpsychiatrischen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Von besonders hoher Bedeutung sind insbesondere auch die Krisendienste der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, die Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung wie auch die Leistungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Der Vorschrift liegt die Intention zugrunde, dass besonders gefährdete Zielgruppen und Menschen in sich anbahnenden Krisensituationen wie auch Personen in ihrem unmittelbaren Umfeld frühzeitig mit Informationen zu Beratungs- und Hilfeangeboten erreicht werden, bevor es zu akuten Krisensituationen kommt.

Zu Nummer 1

Regionale und lokale Krisendienste stellen dort, wo sie zur Verfügung stehen, zentrale psychosoziale Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in akuten psychischen Krisensituationen dar und sind wesentliche Kernelemente einer Hilfekette zur Vermeidung von Suizidalität und Suiziden. Informationen über diese Angebote sollten niederschwellig und leicht auffindbar für die breite Öffentlichkeit insbesondere in den entsprechenden Regionen zur Verfügung gestellt werden.

Zu Nummer 2

Informationen zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung können Ängste, die in Zusammenhang mit schwerer Krankheit, Sterben und Tod auftreten, mildern und vermitteln, dass ein umfangreiches Netz an Hilfen, Begleitung und Versorgung zur Verfügung steht. Die bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung greifen ineinander und zielen darauf ab, eine den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen entsprechende Versorgung und Begleitung zu ermöglichen – sei es zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz. Es gilt, auch über nach Landesrecht zuständige Stellen und Behörden, Informationen zu Leistungen und Zugangswegen zu den Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung für eine breite Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Auch dies ist ein Beitrag zur Suizidprävention.

Zu Nummer 3

Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidale Gedanken und Suizide. Die bestehenden Angebote der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen bieten umfassende Möglichkeiten zur Behandlung und Unterstützung bei psychischen Erkrankungen, auf die gezielt und mit Informationen über die Zugangswege hingewiesen werden soll. Ziel ist es, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen – wie zum Beispiel mit Depressionen – dazu motiviert werden sollen, sich bei Bedarf frühzeitig in medizinische Versorgung zu begeben. Durch therapeutische Unterstützung ist es sehr häufig möglich, die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich zu verbessern und der Entwicklung von krisenhaften Situationen entgegen zu wirken. Diese Informationen über Leistungen und Zugangswege der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sollen sich nicht nur an Betroffene, sondern auch an nahestehende Personen im Umfeld richten, damit diese Betroffene hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote unterstützen können.

Zu den Angeboten zählen die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen entsprechend der Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch im Bereich der ambulanten, stationären wie auch der teilstationären Versorgung. Besondere Bedeutung insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf haben auch gesetzlich verankerte Maßnahmen wie zum Beispiel die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), die eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung durch ärztlich geleitete, multiprofessionelle Teams im privaten Lebensumfeld der Patienten ermöglicht und somit zur Verbesserung der Versorgungssituation schwer psychisch Erkrankter und damit auch zur Suizidprävention beiträgt. Mit der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL), die am 18. Dezember 2021 in Kraft getreten ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein weiteres Angebot geschaffen, um schwer psychisch erkrankte Menschen durch die Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligter, besser, schnell und bedarfsgerecht zu helfen. Kernelement der Richtlinie ist die Bildung von Netzverbünden. Sie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und zielt auf eine verbesserte Erfüllung der spezifischen Behandlungsbedarfe dieser Patientengruppe ab.

Zu § 4 (Zugang zu Krisendiensten)

Das Vorhandensein von Krisendiensten allein reicht nicht aus. Der Zugang zu diesen Diensten muss ebenfalls sichergestellt sein. Die Vorschrift richtet sich daher an die Betreiber solcher Dienste, die sicherstellen müssen, dass die Inanspruchnahme dieser je nach Bedarf barrierefrei, anonym und vertraulich möglich sein sollte.

Zu § 5 (Kenntnis einer Suizidgefahr durch bestimmte Geheimnisträger)

Ziel der Vorschrift ist es, dass die in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen insbesondere aus den Gesundheitsberufen und aus den Sozial- und Lehrberufen, die beruflich in engem Kontakt mit einer Person mit hohem Suizidrisiko stehen, diese bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Suizidgefahr auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen oder die Angebote selbst in Anspruch nehmen sollen, um die richtigen weiteren Schritte der gefährdeten Person in das Hilfesystem anzubahnen. Die Vorschrift stellt einen weiteren wichtigen Baustein im Rahmen der Suizidprävention dar. Durch die Regelung wird eine Verbesserung der Prävention von Suizidversuchen oder Suiziden angestrebt, indem beim Bekanntwerden von einer Suizidgefahr, Menschen mit Suizidgedanken und Sterbewillige unterstützt werden und das Thema Suizid und Suizidalität enttabuisiert wird.

Die Vorschrift ist angelehnt an § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Anders als bei § 4 KKG handelt es sich vorliegend nicht um eine Befugnisnorm zur Ausnahme von der Schweigepflicht in § 203 des Strafgesetzbuches (StGB). Eine Weitergabe von Informationen zur betroffenen Person an Dritte ist nicht vorgesehen und eine datenschutzrechtliche Erlaubnis auch nicht geregelt. Der Anwendungsbereich umfasst bestimmte, von § 203 StGB erfasste Berufsgeheimnisträger, die von ihrer beruflichen Tätigkeit her in unmittelbaren Kontakt zu Personen mit hohem Suizidrisiko stehen oder stehen können und von ihrer Ausbildung her zur Erörterung der Problemlagen mit der betroffenen Person befähigt sind, also in erster Linie Ärztinnen und Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, einschließlich berufsmäßiger Gehilfen, Berufspsychologinnen und -psychologen, Beraterinnen und Berater für Ehe-, Familien-, Erziehungs- und Suchtfragen sowie für Jugendberater, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Lehrkräfte. Mit Strafe bedroht ist nach dieser Vorschrift die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen. Durch diese Schweigepflicht besteht ein besonders Vertrauensverhältnis zu der Person mit Suizidgedanken und damit häufig eine bessere Erreichbarkeit mit Informationen über Hilfeangebote. Aus diesem Grund sind etwa auch Lehrerinnen und Lehrer erfasst, obwohl sie der Schweigepflicht des § 203 StGB nicht unterliegen.

Die Anhaltspunkte für eine Suizidgefahr müssen so offensichtlich sein, dass sie sich jedem ohne Weiteres erschließen. Dabei ist unbedeutend, ob der bekannt gewordene Wunsch nach einem Suizid lediglich Ausdruck einer depressiven Augenblicksstimmung entspringt oder der Entschluss noch nicht von innerer Festigkeit oder Zielstrebigkeit getragen ist. Eine Nachforschungspflicht im Hinblick darauf, ob die Person suizidgefährdet ist, ist mit dieser Vorschrift nicht verbunden.

Mit Blick auf die Formulierung „sollen“ ist vorliegend eine Verpflichtung für den Regelfall vorgesehen. Eine Ausnahme davon, also die Möglichkeit nicht im Sinne der Regelung tätig werden zu müssen, ist denkbar, wenn beispielsweise bereits aufgrund vorrangiger Normen anderweitig eine Handlungspflicht besteht oder die Person bereits Unterstützung erhält, oder ein Tätigwerden einen Suizidversuch befördern könnte. So kann ein Tätigwerden entbehrlich sein, wenn bereits bei einer Kindeswohlgefährdung Maßnahmen nach § 4 KKG oder nach § 8a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) erfolgen. In diesen Fällen ist ein nochmaliges Erörtern oder ist ein Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen nicht förderlich beziehungsweise nicht erforderlich.

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

Entscheidend ist, dass die gewichtigen Anhaltspunkte für eine Suizidgefahr in Ausübung der beruflichen Tätigkeit bekannt werden, andernfalls wird die Verpflichtung der Regelung nicht ausgelöst.

Das Erfordernis für diese Regelung ergibt sich daraus, dass sich aus dem Strafrecht keine entsprechenden Handlungspflichten für die genannten Personen ergeben, wenn die Gefahr eines Suizides bekannt wird.

Der Suizid ist nicht strafbar**.** Zwar ist davon auszugehen, dass eine Hausärztin oder ein Hausarzt, die oder der jahrelang eine Patientin oder einen Patienten behandelt, sich

aufgrund des damit einhergehenden Vertrauensverhältnisses grundsätzlich in einer besonderen Schutzposition für Leib und Leben dieser Patientinnen und Patienten befindet. Diese Pflichtenstellung endet jedoch bei einem freiverantwortlich getragenen Entschluss zu einem Suizid.

Das Strafgesetzbuch kennt auch keine Strafbarkeit der Suizidbeihilfe. Rettungspflichten durch den Suizidhelfer bestehen ebenfalls nicht. Dies gilt auch hinsichtlich einer etwaigen Garantenstellung aus vorangegangenem Tun, zum Beispiel durch das Beschaffen des Mittels zur Verwirklichung des Suizids. Auch ist eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c Absatz 1 StGB) zu verneinen. Sofern anzunehmen ist, dass die Situation einer Selbsttötung auch im Falle ihrer Freiverantwortlichkeit einen Unglücksfall im Sinne von § 323c Absatz 1 StGB darstellt, der für jedermann in den Grenzen des Erforderlichen und Zumutbaren eine auf die Vornahme von Rettungshandlungen gerichtete Hilfspflicht begründet, wäre eine dem freiverantwortlichen Suizidentschluss zuwiderlaufende Hilfeleistung nicht zumutbar.

Für die Abgrenzung einer straflosen Beihilfe zur Selbsttötung von der täterschaftlichen Tötung eines anderen ist maßgeblich, wer in Vollzug des Gesamtplans die Herrschaft über das zum Tode führende Geschehen ausübt (vgl. Urteil vom 03.07.2019, Az. 5 StR 132/18, Rn. 304). Anders wäre es, wenn die Selbsttötungshandlung nach den Grundsätzen der mittelbaren Täterschaft zugerechnet werden könnte und ein freiverantwortlicher Selbsttötungsentschluss aufgrund eines Wissens- oder Verantwortlichkeitsdefizits nicht gebildet werden konnte, er auf Zwang, Drohung oder Täuschung beruht oder, wenn er einer bloßen depressiven Augenblicksstimmung entspringt, mithin nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen ist.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wenn man mit einem Suizidwunsch konfrontiert wird, wie man selbst damit umgeht und wie man der betroffenen Personen Unterstützung anbieten kann. Diesem Ziel dient die Regelung.

Zu Nummer 1

Diese Vorschrift bezieht sich insbesondere auf Ärztinnen und Ärzte, Hebammen oder Entbindungspfleger, Pflegefachpersonen oder Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Berufsmäßig tätige Gehilfen oder Personen sind ebenfalls erfasst. Nicht erfasst sind Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind – zum Beispiel Praktikantinnen und Praktikanten oder Auszubildende. Da Heilpraktiker keine entsprechende Ausbildung absolvieren müssen, gilt die Vorschrift für diese Personengruppe nicht.

Gerade Ärztinnen und Ärzte und andere Akteure aus dem Gesundheitswesen sind zentrale Ansprechpartner und wegweisende Vertrauenspersonen für Menschen in Krisensituationen und können vermehrt im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Hinweise auf akute Krisensituationen ihrer Patientin oder ihres Patienten erhalten. Ihr Wissen und ihre Kenntnisse bezüglich der Erkennung von Suizidalität und Hilfebedarf wie auch zu Hilfestrukturen und -angeboten einerseits und ihr vertrauensvoller Zugang und Umgang mit Personen in Krisensituationen andererseits sind wichtige Elemente einer funktionierenden Hilfekette. Ihnen kommt daher bei der Suizidprävention eine Schlüsselrolle zu. Sie sollen bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für einen Suizid die betreffende Person selbst mit hoher Sensibilität über bestehende Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der Länder oder weiterer Akteure im Bereich der Suizidprävention informieren oder diese Angebote selbst in Anspruch nehmen, um die richtigen weiteren Schritte einzuleiten, damit die betreffende Person Unterstützung erhält.

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

Zu Nummer 4

Ebenfalls erfasst sind Mitglieder oder Beauftragte einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, da sie oftmals im Rahmen ihrer Berufsausübung Kenntnis über sich anbahnende kritische Situation bei einzelnen Personen erlangen können und als Vertrauenspersonen eine wichtige Rollen zur Suizidpräventionen einnehmen, indem sie über Hilfeangeboten informieren. Auch hier ist nicht entscheidend, welche Ausbildung oder welches Studium die Personen absolviert haben, sondern allein die Tatsache, ob sie zu den Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle gehören.

Zu Nummer 5

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

Zu § 6 (Netzwerkstrukturen in der Suizidprävention und Zusammenarbeit in den Ländern)

Zu Absatz 1

Die Prävention von Suizid stellt eine komplexe Herausforderung dar, und erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und koordinierte Netzwerkstrukturen. Diese Regelung schafft die Voraussetzung, die Entwicklung und Stärkung solcher Netzwerkstrukturen in den Ländern zu fördern. Das Ziel ist die Erhöhung der Effektivität der Suizidprävention in Deutschland. Der Aufbau und die Weiterentwicklung dieser Netzwerkstrukturen mündet ein in die Koordinierungsstelle nach § 8, deren Aufgabe es nach § 9 Nummer 3 ist, die Zusammenarbeit der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention zu koordinieren und zu fördern. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass bereits Netzwerkstrukturen in den Ländern bestehen. Damit nicht verbunden ist eine Pflicht, auch in den Ländern jeweils zentrale Stellen wie eine Landeskoordinierungsstelle einzurichten, auch wenn dies insoweit wünschenswert wäre.

Aktuelle Daten zeigen, dass trotz vielfältiger Präventionsmaßnahmen die Suizidraten in Deutschland weiterhin auf einem hohen Niveau sind und eine bedeutende gesellschaftliche und gesundheitliche Herausforderung darstellen. Eine der zentralen Erkenntnisse des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) ist die Notwendigkeit einer verbesserten Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren in der Suizidprävention. Die Fragmentierung von Maßnahmen sowie mangelnde Kommunikation und Koordination führen zu Lücken in der Versorgung und Unterstützung suizidgefährdeter Personen.

Die Netzwerkstrukturen, die bisher zur Suizidprävention bestehen, sind in ihrer derzeitigen Form oft dezentralisiert und unzureichend miteinander verknüpft. Dies führt zu einer ineffektiven Nutzung vorhandener Ressourcen und einem mangelnden Zugang zu geeigneten Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist die Etablierung und Förderung von Netzwerkstrukturen notwendig, die eine bessere Koordinierung der Suizidprävention ermöglichen. Der Deutsche Ethikrat erkennt ebenfalls an, dass für den nachhaltigen Erfolg der unterschiedlichen Präventionsstrategien, eine hinreichende Vernetzung der verschiedenen Akteure notwendig ist (siehe Stellungnahme vom 22.07.2022, Rn 36)[11)].

Die Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren auf Landesebene, wie Einrichtungen und Verbände im Bereich der Suizidprävention, Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und Behörden (vgl. § 2 Absatz 4), soll ausgebaut werden, um die Zusammenarbeit und den Austausch von Informationen zu verbessern und zu fördern. Durch den Auf- und Ausbau neuer Netzwerkstrukturen sollen bestehende Strukturen verknüpft und neue Netzwerke etabliert werden, die eine nahtlose Versorgung und Unterstützung suizidgefährdeter Personen gewährleisten. Durch die verbesserte Netzwerkbildung soll die Effektivität von Präventionsmaßnahmen erhöht, ihre Reichweite und Inanspruchnahme durch Betroffene erweitert und somit eine bundesweit flächendeckende Netzwerkstruktur aufgebaut werden.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen kann zu einer verbesserten Koordination und Zusammenarbeit in der Suizidprävention führen. Durch die Stärkung der Netzwerkstrukturen können suizidale Krisen Betroffener früher erkannt und effektiver behandelt werden, was zu einer Reduktion der Suizidrate in Deutschland beitragen kann.

Zu Absatz 2

Um die in Absatz 1 genannten Strukturen auf- und auszubauen, sollen die wesentlichen Akteure im Bereich der Suizidprävention auf Landesebene einbezogen werden, um eine ausreichende Vernetzung zu gewährleisten und effektive Strukturen aufzubauen. Der Einbezug der wesentlichen Akteure garantiert eine bestmögliche Vernetzung und Effektivität neuer Netzwerkstrukturen.

Zu § 7 (Zusammenarbeit zur Suizidprävention mit den Ländern)

Hierbei handelt es sich um eine Generalklausel für weiteren Maßnahmen der Suizidprävention, die nicht ausdrücklich in Abschnitt 2 und 3 genannt sind. Die Maßnahmen der Suizidprävention sind nicht beschränkt auf die in diesem Gesetzentwurf genannten, so dass darüber hinaus auch weitere Maßnahmen zwischen Bund und Ländern vereinbart werden können.

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

Zu Abschnitt 3 (Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention)

Zu Unterabschnitt 1 (Errichtung und Aufgaben)

Zu § 8 (Errichtung einer Nationalen Koordinierungsstelle zur Suizidprävention)

Von entscheidender Bedeutung ist, dass Suizidprävention stets eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und bleibt. Eine wesentliche Herausforderung liegt darin, dass zentrale Aufgaben der Suizidprävention in primärer Verantwortung der Länder und Kommunen und somit außerhalb der Handlungskompetenz des Bundes liegen.

Als Grundstein für die effektive Weiterentwicklung der Suizidprävention beinhaltet dieser Gesetzentwurf die Etablierung einer zentralen Koordinierungsstelle, die sowohl die horizontale (auf Bundesebene) als auch die vertikale (vom Bund über die Länder bis in die Kommunen reichende) Vernetzung von Akteuren und Maßnahmen der Suizidprävention umfasst. Auf dieser Grundlage soll die Suizidprävention in einem zweiten Schritt gemeinsam mit Ländern und Kommunen weiter ausgebaut werden.

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

Die unter § 8 beispielhaft aufgeführten Aufgaben der Koordinierungsstelle greifen vor diesem Hintergrund explizit Handlungsansätze auf, bei denen die Zuständigkeit vorrangig im Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit liegt. Es gilt bei diesen Maßnahmen die Heterogenität der Risikogruppen und der Gesamtbevölkerung zu berücksichtigen.

Ziel der Koordinierungsstelle soll es sein, die Vernetzung sowie die Sichtbarkeit für die Suizidprävention zu stärken und neue Erkenntnisse zu gewinnen, die wesentlich zur Verbesserung einer evidenzbasierten Suizidprävention in Deutschland beitragen und im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit liegen. Die Stelle spielt damit eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und des Entschließung „Suizidprävention stärken“ (BT-Drs. 20/7630). Die gesetzliche Verankerung der Koordinierungsstelle soll zudem ausreichende Planungs- und Umsetzungssicherheit sowie Verbindlichkeit bieten. Über die genaue Ausrichtung und Ausgestaltung der Koordinierungsstelle sowie deren Aufgaben werden Akteure aus dem Bereich der Suizidprävention eng mit ein bezogen. Die Unterstützung und enge Zusammenarbeit mit der Suizidforschung ist ebenfalls unverzichtbar.

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. hat in dem mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und in Kooperation mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm Deutschland erstellten umfassenden Bericht „Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven“ (https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf) als Empfehlung festgehalten, dass bei der Vielzahl der regionalen, niederschwelligen Suizidpräventionsangebote der Länder, Kommunen und Gemeinden eine vernetzende, übergeordnete Stelle als dringend erforderlich eingeschätzt wird. Dadurch wird die aktive Zusammenarbeit in einer sehr heterogenen Versorgungslandschaft gefördert, Kräfte gebündelt und gemeinsame Aktivitäten angeregt. Es ist wichtig zu betonen, dass Doppelstrukturen vermieden werden und die Koordinierungsstelle keine Konkurrenz zu den etablierten Angeboten darstellen soll.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass zentrale Koordinierungsstellen erfolgreich sein können, wenn sie in eine nationale Strategie eingebettet sind, eine starke Vernetzung und Koordination zwischen verschiedenen Akteuren gewährleisten und kontinuierlich Daten zur Evaluierung und Verbesserung der Maßnahmen nutzen. Gut koordiniert und umfassend implementiert können diese nationalen und zentralen Koordinierungsstellen zu einer

signifikanten Reduktion von Suiziden beitragen. Sie dienen als Knotenpunkt für die Überwachung und Implementierung von unterschiedlichsten Maßnahmen.

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

Eine europäische Taskforce zur Suizidprävention empfahl in ihrem Fachartikel „Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper“[12)] , dass evidenzbasierte, suizidpräventive Maßnahmen im Vordergrund der Handlungen stehen sollten und jeder Staat eine evidenzbasierte Suizidpräventionsstrategie verabschieden sollte. Zudem empfahl die Taskforce in ihrem Artikel die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle.

Auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats vom 22. September 2022[13)] 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 inmitten psychosozial verdichteter suizidaler Lebenssituationen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und den situationsbedingt anspruchsvollen Anforderungen an eine freiverantwortliche Entscheidung Rechnung zu tragen“.

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

Die WHO-Publikation „Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries”[14)] von 2021 enthält eine Übersicht über die wichtigsten Aufgaben der Suizidprävention, die einen Konsens der internationalen Suizidforschung darstellt. Auch hier wird die multisektorale Zusammenarbeit und Vernetzung als bedeutsames Element verstanden. Weitere Elemente, die zukünftig den Aufgabenbereich der Koordinierungsstelle umfassen sollen, werden in der WHO-Publikation genannt und als äußerst relevant für das Gelingen der Suizidprävention eingestuft.

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

[12)] 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.
[13)] Deutscher Ethikrat, Stellungnahme (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Berlin, Deutschland (https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/).
[14)] https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629.

Zu § 9 (Aufgaben)

In der Anlage zum Gesetzentwurf werden Maßnahmen der Suizidprävention aufgeführt, deren Umsetzung von der zentralen Koordinierungsstelle übernommen werden können. Nachfolgend werden in der Begründung Einzelmaßnahmen näher beschrieben. Die Aufgabenwahrnehmung der Koordinierungsstelle erfolgt unter der Voraussetzung, dass im Haushalt hierfür entsprechende Mittel zur Verfügung stehen oder bereit gestellt wurden.

Zu Nummer 1

Die Evidenzlage zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen in der Suizidprävention zeigt, dass maßgeschneiderte Interventionen für spezifische demografische Gruppen effektiver sein können als universelle Ansätze. 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 heraus ein zielgenauerer Ausbau bestehender Hilfestrukturen erfolgen und die Vernetzung und Koordination der Hilfsangebote verbessert werden kann. Aus der Entwicklung der Suizidzahlen wird klar ersichtlich, dass ältere Männer mit Blick auf die geschlechts- und altersspezifische Verteilung eine zentrale Zielgruppe der Suizidprävention darstellen. Eine wesentliche Bedeutung dafür hat der geschlechtsspezifische Umgang von Männern mit persönlichen Krisen und nicht entdeckten (psychischen) Erkrankungen. Gleichwohl bedarf es aber auch der besonderen Berücksichtigung der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, innerhalb derer der Suizid die zweithäufigste Todesursache darstellt. Und schließlich empfiehlt sich insbesondere auch die Schaffung spezifischer Hilfsangebote für besondere Zielgruppen wie zum Beispiel Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen oder Menschen mit besonderen Diskriminierungserfahrungen, wie LSBTIQ* und rassifizierte Menschen.

Zu Nummer 2

Eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zu Hilfen in Krisensituationen ist, dass diese Hilfeangebote Hilfesuchenden bekannt sind. Dies gilt für die gesamte Bevölkerung und in besonderem Maße für Personen, die ein erhöhtes Risiko für Suizidalität haben und deren An- und Zugehörige. Ein gesellschaftliches Klima, in dem die Menschen offen über persönliche Krisen sowie psychosoziale Belastungen – zum Beispiel durch Einsamkeit oder über psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen – sprechen können, trägt ebenfalls zu einer Verminderung des Risikos für Suizidalität bei. Die Entstigmatisierung psychischer 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 (Deutscher Ethikrat 2022). Mit der Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit[15)] ergreift die Bundesregierung gegenwärtig bereits eine Vielzahl von Maßnahmen zur Aufklärung über und Linderung von Einsamkeit.

Auf der Bundesebene soll die Koordinierungsstelle dabei unterstützen, ein Überblick über die bestehenden Informations- und Hilfeangebote zu schaffen. Neben der Verbreitung von

15) https://www.bmfsfj.de/resource/blob/234584/9c0557454d1156026525fe67061e292e/2023-strategie-gegen-einsamkeit-data.pdf.

bestehendem Wissen ist auch die Erstellung einer bundesweiten zentrale Website zu vertieften Informationen zur Suizidprävention für betroffene Menschen, für An- und Zugehörige und für Fachkräfte durch die Koordinierungsstelle umzusetzen.

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

Zu Nummer 3

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine Vielzahl an Akteuren trägt zur Suizidprävention bei. Eine wesentliche Herausforderung liegt darin, dass zentrale Aufgaben der Suizidprävention in primärer Verantwortung der Länder und Kommunen liegen. Mit der Koordinierungsstelle soll auf Bundesebene eine überregionale Struktur geschaffen werden, die eine wichtige vernetzende Funktion suizidpräventiver Angebote übernimmt. Die Koordination der Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Suizidprävention stellt vor diesem Hintergrund eine zentrale Aufgabe der Koordinierungsstelle dar.

Zu Nummer 4 und Nummer 5

In Deutschland steht ein dichtes Netz an niedrigschwelligen psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Dazu zählen insbesondere Angebote auf kommunaler und regionaler Ebene, oftmals in Trägerschaft der Kommunen, der Kirchen und der Wohlfahrtsverbände. Daneben gibt es verschiedene bundesweit erreichbare telefonische und Online-Beratungsangebote. Ein weiteres wichtiges Element der psychosozialen Versorgung sind die sozialpsychiatrischen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Den Ländern kommt in diesen Aufgabenbereichen eine zentrale Rolle zu. Die Koordinierungsstelle soll ein Überblick über die vorhandenen bundesweiten Beratungsangebote und anbietenden Institutionen und Akteure erarbeiten und gemeinsam mit diesen erörtern, wie die bestehenden übergreifenden Beratungsangebote weiterentwickelt, miteinander vernetzt und abgestimmt werden können und wie diese bekannter zu machen sind, um den Zugang für betroffene Menschen und An- und Zugehörige zu erleichtern.

Zu Nummer 6

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

Zu Nummer 7

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

Methodenrestriktion beinhaltet einen begrenzten Zugang zu Mitteln oder Orten für Suizidversuche. Die häufig starke Ambivalenz von Suizidgedanken und die von

Momententscheidungen geprägte Suizidhandlung kann durch eine wirkungsvolle Methodenbegrenzung effektiv entgegengewirkt werden. In solchen oft kurzen Zeitfenstern, in denen eine Suizidhandlung durchgeführt oder die Suizidentscheidung getroffen wird, kann eine nicht-verfügbarkeit von Suizidmitteln eine entscheidende Rolle einnehmen.

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

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

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

Wie diese Identifizierung am besten gelingt und die Informationen zusammen laufen um entsprechende Maßnahmen abzuleiten, soll ebenfalls Bestandteil der Konzeptentwicklung durch die Koordinierungsstelle sein. Aufgrund der vielfältigen Ansatzmöglichkeiten (Baurecht, etc.) und der unterschiedlichen Zuständigkeiten für das Voranbringen einer datengeleitete und effektive Methodenrestriktion, die den individuellen Gegebenheiten der unterschiedlichen Regionen Rechnung tragen muss, ist eine enge Zusammenarbeit mit den betroffenen Bundesressorts, den Ländern und Kommunen sowie eine solide, konzeptionelle Vorarbeit durch die zentrale Koordinierungsstelle erforderlich.

Zu Nummer 8

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

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

Gesundheitsleitsystemen gemäß § 133a SGB V – der Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen der Länder mit der Notrufnummer 112 und den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 75 Absatz 1c SGB V – soll eine enge Vernetzung aufgebaut werden. Geprüft werden soll auch eine Berücksichtigung der zentralen Krisenrufnummer in der Notruf-Anwendung „nora – Notruf-App“ der Länder.

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

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

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

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

Untersuchungen zeigen zudem, dass Anonymität und ein einfacher, niederschwelliger Zugang (einfache Nummer) die Akzeptanz erhöht. Auch das aktive Bewerben dieser Hotlines führt zu einem höheren Benutzergrad. Werden sie darüber hinaus mit Online-Chat oder Nachrichtenfunktion ausgestattet, können unterschiedliche Zielgruppen besser erreicht werden.

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

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

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

Zu Nummer 9

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

Einheitliche Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention für Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsberufe können einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung liefern.

Die einheitlichen Rahmenempfehlungen sollen auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz entwickelt und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollen sie sich an bestehenden Arbeiten, Leitfäden oder Curricula orientieren und diese weiterentwickeln. Dabei können effektiv Synergien von den vielfältigen bestehenden Angeboten der Suizidprävention genutzt werden. Eine stärkere bundesweite Einheitlichkeit spart Ressourcen, da nicht alle Anbieter eigene Qualitätskriterien erarbeiten müssen, und führt damit zu einer Kosteneinsparung in nicht bezifferbarer Höhe, zu einer besseren Vergleichbarkeit und bietet die Grundlage für eine Datenerhebung, aus der letztlich wieder eine Möglichkeit der Evidenzgenerierung im Rahmen von Forschungsvorhaben resultieren kann.

Zudem können bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen für die Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Suizidprävention zu einer besseren Vergleichbarkeit von Abschlüssen und Zertifikaten beitragen und damit auch die Mobilität und Weiterentwicklung von Arbeitskräften fördern. Für Hilfesuchende verbessert sich die Transparenz und es wird eine bessere Kooperation und Vernetzung unter den Suizidpräventionsangeboten ermöglicht, beispielsweise durch Austausch von Wissen, Erfahrung und Best Practices.

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

Zu Nummer 10 und Nummer 11

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

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

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

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

Dabei soll ausdrücklich auch der assistierte Suizid berücksichtigt werden. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat im Jahr 2020 festgestellt, dass ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben bestehe und dieses grundrechtlich geschützt sei[16)]. Der Einfluss des assistierten Suizids auf die allgemeine Suizidrate ist komplex und hängt von verschiedenen Faktoren ab, einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen, der gesellschaftlichen Einstellungen und der Verfügbarkeit von medizinischer und psychologischer Unterstützung. Vorhandene wissenschaftliche Untersuchungen zum Einfluss des assistierten Suizids auf die allgemeine Suizidrate kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, so dass davon ausgegangen werden muss, dass es sehr stark vom spezifischen Kontext und den Bedingungen in den jeweiligen Ländern abhängt. Es bedarf daher weiterer Forschungsbemühungen und die Etablierung einer transparenten Datengrundlagen bezüglich assistierter Suizide, um komplexe Zusammenhänge und Einflussfaktoren sowie längerfristige Auswirkungen auf die allgemeine Suizidrate besser zu verstehen.

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

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

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

Ein wichtiger Ansatz wäre dabei die Erarbeitung eines bundeseinheitlichen Musters für Todesbescheinigungen. Da die Erfassung aktuell sehr unterschiedlich in den Bundesländern gehandhabt wird, die Angaben auf dem Totenschein jedoch umfassend in die Todesursachenstatistik eingehen, wird darin ein grundsätzlich geeignetes Element gesehen sowie viel Potenzial, die Datenerfassung zu verbessern und auszuweiten. Hierbei sollte auch der assistierte Suizid erfasst werden, zu dem aktuell eine sehr schlechte Datengrundlage vorliegt. Ein großer Vorteil der Erfassung über den Todesschein liegt darin, dass keine neuen Meldewege etabliert werden müssen und auf vorhandene und bereits sehr gut etablierte Strukturen zurückgegriffen werden kann. Neben der Erarbeitung eines Musters für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung, mit spezifischeren Angaben zu den Suizidumständen, kann auch die generelle bessere Handhabbarkeit von Todesbescheinigungen,

---

[16)] BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.htm.

beispielsweise in elektronischer Form als App, geprüft werden. Eine elektronische Bearbeitung verbessert und beschleunigt die Bearbeitung sowie die Les- und Auswertbarkeit.

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

Nach § 28 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) führt das Statistische Bundesamt unter Verarbeitung der von der Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG übermittelten Daten jährlich eine Auswertung als Bundesstatistik auch zu den Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen durch. Dies umfasst Leistungsdaten zu den Haupt- und Nebendiagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V, in der jeweils gültigen, vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen, deutschen Fassung. Hierbei handelt es sich um die ICD-10 German Modification (ICD-10-GM), die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), einer medizinischen Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Aktuell können aus diesen Daten keine Suizidversuche erfasst werden. Entgegen der Basisversion der ICD-10 der WHO findet in der deutschen Fassung im Hinblick auf eine absichtliche Selbstschädigung als Nebendiagnose keine Differenzierung zwischen einer absichtlich selbst zugefügten Vergiftung, Verletzung oder versuchten Selbsttötung (siehe Kode X84.-!) statt. Die Basisversion der WHO ist insoweit differenzierter im Hinblick auf die Selbstschädigungshandlungen (siehe Kode X60 bis X84), so dass aus einer vorsätzlichen Selbstschädigungshandlung ein Selbsttötungsversuch abgeleitet werden kann, wie zum Beispiel bei einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken (Kode X70) oder einer vorsätzlicher Selbstbeschädigung durch Ertrinken und Untergehen (Kode X71).

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

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

Zusammenfassend bietet eine gute Datengrundlage die unverzichtbare Basis für wissenschaftliche Evaluationen und einer evidenzbasierte Suizidprävention.

Zu Nummer 12

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

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

Sofern die Bedarfsanalyse den Bedarf für ein Suizidregister bestätigt, sind in einem nächsten Schritt die rechtlichen Grundlagen für eine Suizidregisterstelle unter Berücksichtigung des Konzepts zu schaffen. Dies umfasst insbesondere die entsprechenden Meldepflichten sowie eine Verordnungsermächtigung zur Regelung der Einrichtung einer Suizidregisterstelle, ihren Aufgaben, des Verfahrens zur Ermittlung, Erhebung und Zusammenführung von Daten zu Suizidalität, von Maßnahmen zur Einhaltung der Anforderungen an den Datenschutz und der Regelung ihrer Finanzierung. Die Suizidregisterstelle sollte mindestens folgende Sachverhalte erfassen: Suizidversuche und Suizide, Suizidmethoden und – mittel, Risikogruppen, Hotspots, assistierte Suizide und eine Aufbereitung von unterschiedlichen Ursachen, die zu einem Suizid oder einen Suizidversuch geführt haben. Unbenommen ist, dass die Verordnungsermächtigung der Zustimmung des Bundesrates bedürfen sollte und, dass beim Verfahren für die Übermittlung der Daten, einschließlich der erstmaligen und laufenden Übermittlung, das Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hergestellt wird.

Zu Unterabschnitt 2 (Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle durch einen Fachbeirat)

Zu § 10 (Einrichtung eines Fachbeirats bei der Koordinierungsstelle; Aufgaben)

Die Vorschrift regelt die Einrichtung eines Fachbeirats.

Der Fachbeirat berät und unterstützt die Koordinierungsstelle in fachlichen Fragen der Aufgabenwahrnehmung und -erledigung nach § 9. Er wird vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils für die Dauer von fünf Jahren eingesetzt.

Die Koordinierungsstelle und der Fachbeirat stimmen sich im Hinblick auf die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung ab, dies umfasst insbesondere eine Priorisierung der jeweiligen Aufgaben und der zeitlichen Horizonte für ihre Erledigung.

Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die administrativen Aufgaben für den Fachbeirat; es kann diese Aufgabe, unter der Wahrnehmung der Fachaufsicht, auch auf eine andere geeignete öffentliche Einrichtung vollständig oder teilweise übertragen. Dies umfasst zum Beispiel die Abrechnung der Reisekosten oder die Einladung zu Sitzungen.

Die Einrichtung des Fachbeirats ist auf zwei Einsetzungszeiträume und damit auf zehn Jahre begrenzt. Die Frist beginnt mit der konstituierenden Sitzung des Fachbeirats des ersten Einsetzungszeitraums, also dem Zeitpunkt, zu dem sich die Mitglieder erstmals zu einer Sitzungen einfinden. Es obliegt dem Gesetzgeber bei Bedarf und nach der Evaluierung nach § 22 über eine Verlängerung zu entscheiden.

Zu § 11 (Mitgliedschaft)

Die Vorschrift regelt die Modalitäten der Mitgliedschaft in der Fachkommission.

Zu Absatz 1

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

Die Mitgliedschaft erfolgt ehrenamtlich und somit ohne Vergütung.

Für die Ausübung der ehrenamtlichen Tätigkeit und die Verschwiegenheitspflicht gelten die §§ 83 und 84 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG). Die oder der ehrenamtlich Tätige hat seine Tätigkeit gewissenhaft und unparteiisch auszuüben und ist bei Übernahme der Aufgaben zur gewissenhaften und unparteiischen Tätigkeit und zur Verschwiegenheit besonders zu verpflichten, wobei diese Verpflichtung aktenkundig im Bundesministerium für Gesundheit zu machen ist.

Die oder der ehrenamtlich Tätige hat, auch nach Beendigung der ehrenamtlichen Tätigkeit, über die ihr oder ihm dabei bekannt gewordenen Angelegenheiten Verschwiegenheit zu wahren. Dies gilt nicht für Mitteilungen im dienstlichen Verkehr oder über Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen. Die oder der ehrenamtlich Tätige darf ohne Genehmigung über Angelegenheiten, über die er Verschwiegenheit zu wahren hat, weder vor Gericht noch außergerichtlich aussagen oder Erklärungen abgeben. Die Genehmigung, als Zeuge auszusagen, darf nur versagt werden, wenn die Aussage dem Wohl des Bundes oder eines Landes Nachteile bereiten oder die Erfüllung öffentlicher Aufgaben ernstlich gefährden oder erheblich erschweren würde. Ist die oder der ehrenamtlich Tätige Beteiligter in einem gerichtlichen Verfahren oder soll das Vorbringen der Wahrnehmung ihrer oder seiner berechtigten Interessen dienen, so darf die Genehmigung auch dann, wenn die Aussage dem Wohl des Bundes oder eines Landes Nachteile bereiten oder die Erfüllung öffentlicher Aufgaben ernstlich gefährden oder erheblich erschweren würde. nur versagt werden, wenn ein zwingendes öffentliches Interesse dies erfordert. Wird sie versagt, so ist dem ehrenamtlich Tätigen der Schutz zu gewähren, den die öffentlichen Interessen zulassen. Die Genehmigung erteilt das Bundesministerium für Gesundheit.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zusammensetzung des Fachbeirats.

Der Fachbeirat soll sich aus Vertreterinnen oder Vertreter von Verbänden, die die Interessen von Gruppen zur Förderung und Entwicklung der Suizidprävention wahrnehmen und die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen, Vertreterinnen oder Vertreter der Wissenschaft, die sich mit den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen von Suiziden beschäftigen, Vertreterinnen und Vertreter

von Polizei und Rettungsdienst sowie Vertreterinnen oder Vertreter von Angehörigen- und Betroffenenverbänden zusammensetzen.

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

Eine Wiederberufung ist zulässig. Auf eine feste zeitliche Begrenzung wurde verzichtet. Gleichwohl wird auf eine kontinuierliche personelle Erneuerung des Fachbeirats zu achten sein.

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

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

Zu § 12 (Vorsitz und Vertretung)

Die Aufgaben des Vorsitzes werden durch die Geschäftsordnung nach § 15 näher definiert. Die Wiederwahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters ist zulässig. § 92 Absatz 1 und 2 VwVfG findet entsprechend Anwendung und regelt die Wahl. Für die Beschlussfähigkeit der Wahl des Vorsitzes und der Vertretung gilt, dass alle Mitglieder geladen und mindestens dreiviertel aller Mitglieder anwesend sein müssen.

Gewählt wird, wenn kein Mitglied widerspricht, durch Zuruf oder Zeichen, sonst durch Stimmzettel. Auf Verlangen eines Mitglieds ist geheim zu wählen. Gewählt ist, wer von den abgegebenen Stimmen die meisten erhalten hat. Bei Stimmengleichheit entscheidet das von einem Wahlleiter zu ziehende Los.

Zu § 13 (Sitzungen; Reisekosten)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Um vertrauliche Beratungen in der Fachkommission sicherzustellen sind die Sitzungen nicht öffentlich. Die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung oder ihrer Geschäftsbereichsbehörden sind nicht begrenzt und orientieren sich am Kriterium der Erforderlichkeit.

Ebenfalls beratend teilnehmen können jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, der Bauministerkonferenz und der Innenministerkonferenz der Länder.

Zu Absatz 3

Für die Erstattung von Reisekosten und sonstigen Abfindungen wird auf die einheitlich für den Bereich des Bundes geltenden Richtlinien verwiesen.

Zu § 14 (Sachverständige; Gutachten)

Sachverständige, die hinzugezogen werden, werden dadurch nicht Mitglied des Fachbeirats. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur Umsetzung der Beschlüsse hat die Koordinierungsstelle insbesondere auch die Einhaltung der haushaltsrechtlichen Vorgaben zu überprüfen. Außerdem müssen Sachverständige und Gutachten der Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetzentwurf dienen. Zudem muss eine Beauftragung in konkreten Einzelfall erforderlich sein, darf also nicht in gleicher Weise vom Fachbeirat selbst zu erbringen sein.

Für die Sachverständigen gelten die Pflichten zur Verschwiegenheit nach § 11 Absatz 1 Satz 4 entsprechend. Zum Schutz vor Interessenkonflikten und zur Vermeidung der Besorgnis der Befangenheit sind die §§ 20 und 21 VwVfG entsprechend anzuwenden. Hierauf sind Sachverständige vor Beginn ihrer Tätigkeit für den Fachbeirat in geeigneter Form hinzuweisen.

Zu § 15 (Geschäftsordnung)

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

Auch können Aufgaben im Rahmen von Arbeitseinheiten aufgeteilt werden.

Die Geschäftsordnung bedarf der Zustimmung der Koordinierungsstelle. Der Entwurf der Geschäftsordnung sollte so rechtzeitig der Koordinierungsstelle vorgelegt werden, dass der Fachbeirat auf dieser Grundlage seine Arbeit aufnehmen kann. Der Fachbeirat wird insoweit durch die Koordinierungsstelle unterstützt.

Zu Unterabschnitt 3 (Weitere Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle)

Zu § 16 (Übertragung von Aufgaben der Koordinierungsstelle auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit)

Zur Unterstützung der Arbeit der Koordinierungsstelle kann die Wahrnehmung und Erledigung bestimmter ihr obliegender Aufgaben (§ 9 Nummer 1, 2, 4, 8, 9 oder 11) jeweils ganz oder teilweise auch auf eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit übertragen werden wie zum Beispiel auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder auf das Robert Koch-Institut (RKI), dies vorbehaltlich der in den Behörden jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für den Bereich der Suizidprävention. In Fall der Übertragung nimmt die Koordinierungsstelle die Fachaufsicht wahr.

Dies betrifft die Aufgaben zur Entwicklung und Veröffentlichung allgemeiner und zielgruppenspezifischer Informationen zum Thema Suizidprävention, die Vernetzung und Bekanntmachung bestehender Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote des Bundes, der

Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention, den Aufbau eines digitalen Verzeichnisses mit den bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten, die Konzepterstellung zum Aufbau und Betrieb einer zentralen und unentgeltlicher Krisendienst-Notrufnummer wie auch zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender telefonischer und Online-Beratungsangebote, die Entwicklung von Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsprogrammen zur Suizidprävention für die Gesundheitsfachberufe oder die Entwicklung und Umsetzung einer Surveillance im Bereich der Suizidalität.

Sofern die Koordinierungsstelle die Wahrnehmung und Erledigung ihrer Aufgaben auf eine andere geeignete Behörde vollständig oder teilweise übertragen hat, unterstützt der Fachbeirat insoweit auch diese.

Zu § 17 (Unterstützung durch eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit)

Sofern eine vollständige Aufgabenübertragung nach § 16 nicht in Betracht kommt, kann die Koordinierungsstelle bei der Wahrnehmung ihrer in § 9 obliegenden Aufgaben zumindest durch eine geeignete Behörde im nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit punktuell und bei konkreten Fragestellungen unterstützt werden wie zum Beispiel durch die BZgA. Dies erfolgt vorbehaltlich der in den Behörden jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für den Bereich der Suizidprävention.

Zu § 18 (Unterstützung durch die Länder)

Die Koordinierungsstelle hat diverse Aufgaben, die der Vernetzung , Koordination und Förderung der Zusammenarbeit dienen, dies auch bis in die regionale und kommunale Ebene hinein. Dafür bedarf die Koordinierungsstelle der Unterstützung der Länder.

Die Koordinierungsstelle wird daher bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 9, die der Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit von auf regionaler und kommunaler Ebene bestehender Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote dienen, durch die Länder dahingehend unterstützt, diese Aufgabe zu erfüllen. Die Unterstützung kann beispielsweise darin liegen, die bestehenden Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote im Bereich der Suizidprävention auf regionaler und kommunaler Ebene zu benennen.

Zu Abschnitt 4 (Forschung)

Zu § 19 (Forschung)

Die Koordinierungsstelle übernimmt Aufgaben der Forschung im Bereich der Suizidprävention, der Suizidalität und zum assistierten Suizid, um gefährdete Zielgruppen genauer bestimmen zu können, um bestehende Wissensdefizite über die Entstehung von Suizidalität und bezüglich wirksamer Präventionsmöglichkeiten zu beheben und wissenschaftlich fundiert suizidpräventive Angebote zu entwickeln oder weiterzuentwickeln und diese zu evaluieren. Die Koordinierungsstelle kann dazu externe Dienstleister beauftragen. Die Forschung wird auf der Grundlage eines regelmäßig zu aktualisierendem Forschungsprogramm durchgeführt.

Zu den Forschungsthemen, die beispielhaft aufgegriffen werden können, zählen:

- Rolle der sozialen Medien in der Suizidprävention: Soziale Medien haben ein großes Potential, Stimmungen, Gefühle und Verhaltensweisen von einzelnen Personen zu beeinflussen. Akteure können in den sozialen Medien nicht nur Themen setzen, sondern auch deren gesellschaftliche Wahrnehmung und Stellenwert deutlich mitbestimmen. Die Kommunikation in den sozialen Medien ist daher auch mit Blick auf Suizide und Suizidalität von Bedeutung und kann gesellschaftliche Vorstellungen

von und Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und Erkrankten, aber auch zu Suizidalität und Suizidgefährdeten prägen. Es ist davon auszugehen, dass soziale Medien und Chatforen auch das Potential haben, das Risiko für Suizidalität negativ zu beeinflussen, zum Beispiel durch ausführliche persönliche und emotionale Schilderungen der Motive für einen möglichen Suizid wie auch von Gedanken über Methoden des Suizids. Dadurch besteht die Gefahr der Nachahmung durch Identifikation, sozialer Ansteckung und Herabsetzung der Hemmschwelle. Gleichzeitig bieten soziale Medien und Chatforen eine Chance zum anonymisierten Austausch über persönliche Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Ziel der Forschung könnte es sein, die Einflüsse der sozialen Medien auf die Suizidalität zielgruppenspezifisch näher zu untersuchen und wissenschaftlich fundiert Ansätze und Verhaltensvereinbarungen zu entwickeln, die einen sensiblen Umgang mit der Thematik in sozialen Medien ermöglicht unter Vermeidung negativer Effekte. Ziel ist eine verantwortungsvolle Medien- und Öffentlichkeitsarbeit.

- Erfassung und Analyse der Komplexität von Suizidgedanken und -impulsen in ihrer Entstehung, Entwicklung und Intensität und der hierbei maßgeblichen sozialen, kulturellen, rechtlichen und personalen Einflussfaktoren, jeweils bezogen auf die unterschiedlichen Risikogruppen: Um frühzeitig der Entstehung von Suizidalität entgegen wirken zu können, sind Erkenntnisse zu den maßgeblichen Einflussfaktoren auf die Entstehung und Realisierung von Suizidwünschen – bezogen auf relevante Zielgruppen – sinnvoll. Darauf aufbauend können qualitätsgesicherte Suizidpräventionsprogramme für besonders gefährdete Risikogruppen entwickelt werden.

- Erfassung und Analyse der Einflussfaktoren von Suizidgedanken und -impulsen im Zusammenhang mit assistierten Suiziden.

- Entwicklung eines Monitorings zu Suizidversuchen, Suiziden und assistierten Suiziden unter möglichst weitgehender Nutzung und Zusammenführung bereits erhobener Datensätze.

Forschungsansätze, die suizidpräventive Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen unterstützen, sind essenziell, um evidenzbasierte und effektive Interventionen zu entwickeln. Diese Ansätze können sich unter anderem darauf konzentrieren, Risikofaktoren zu identifizieren, präventive Strategien zu evaluieren und die Wirksamkeit von Interventionen in spezifischen Bevölkerungsgruppen zu testen. Bereits vorhandene Evidenz kann damit weiterentwickelt und überprüft werden, neue Risikogruppen möglicherweise identifiziert werden.

Zu Abschnitt 5 (Schlussvorschriften)

Zu § 20 (Berichtspflicht)

Diese Vorschrift sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag alle drei Jahre über die Arbeit der Koordinierungsstelle nach § 7 berichtet, erstmals bis zum 30. Juni 2028. Damit wird eine in der Entschließung des Deutschen Bundestages „Suizidprävention stärken“ (BT-Drs. 20/7630) aufgenommene Forderung aus dem parlamentarischen Raum nach regelmäßiger Berichterstattung an den Deutschen Bundestag Rechnung getragen. Der Zeitraum der Berichterstattung wird so gewählt, dass auf der Basis des Berichtes eine regelmäßige Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen und damit eine Anpassung auch der Schwerpunktsetzung ermöglicht wird, um die Ziele möglichst effektiv umzusetzen, gleichzeitig jedoch die administrative Belastung durch den damit verbundenen Bürokratieaufwand zur Berichtserstellung in einem handhabbaren Rahmen gehalten wird.

Zu § 21 (Evaluierung)

Die Wirkungen dieses Gesetz sowie die Maßnahmen der Koordinierungsstelle nach § 9 sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverstands rechtlich, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend bis zum 31. Dezember 2033 zu evaluieren.

Im Rahmen der Evaluierung ist unter anderem zu prüfen, in welchem Umfang die Aufgabenwahrnehmung und -erledigung der Koordinierungsstelle dauerhaft fortzuführen ist. Die Evaluierung wird sich auch mit der Errichtung des Fachbeirats befassen. Die Einrichtung des Fachbeirats ist nach § 10 Absatz 4 auf zehn Jahre begrenzt. Es obliegt daher dem Gesetzgeber, über eine Verlängerung oder Verstetigung auf Grundlage der Evaluierung zu entscheiden.

Zu Anlage (Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention)

Die Bundesregierung hat in Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Nationale Suizidpräventionsstrategie entwickelt (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf). Sie legt hierin Maßnahmen und Empfehlungen in den wichtigen Handlungsfeldern Gesundheitskompetenz und Empowerment, psychosoziale Beratung und Unterstützung sowie Vernetzung und Koordination der Suizidprävention vor, in denen der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeit zur Stärkung der Suizidprävention beitragen beziehungsweise unterstützend tätig sein kann.

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Ihr Erfolg kann nur durch die Zusammenarbeit zahlreicher staatlicher und nicht-staatlicher Akteure auf allen föderalen Ebenen gewährleistet werden. Um die Zusammenarbeit in und die wissenschaftliche Fundierung der Suizidprävention zu sichern, empfiehlt die Strategie daher als erste zentrale grundlegende Maßnahme die Einrichtung einer nationalen Koordinierungsstelle. Die Nationale Suizidpräventionsstrategie enthält dabei bestimmte Empfehlungen für Maßnahmen der Suizidprävention im Bereich der Vernetzung und Koordination (siehe 3. Handlungsfeld 3: Vernetzung und Koordination, S. 18).

Mit der vorliegenden Anlage sollen diese Empfehlungen für Maßnahmen der Koordinierungsstelle auf Gesetzesrang gehoben werden, um ihrer Bedeutung für die Suizidprävention angemessen Rechnung zu tragen. Aus Gründen der Transparenz wird darauf hingewiesen, dass geringfügige redaktionelle Anpassungen aufgrund der Übernahme als Anlage zu diesem Gesetzentwurf erforderlich waren; inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zum neuen § 64f SGB V-E (Artikel 2 Nummer 3) ergänzt.

Zu Nummer 2

Zwischen Depression und Suizidalität bestehen enge Zusammenhänge. Personen mit schweren psychischen Erkrankungen haben häufig ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidalität. Dies gilt gemäß den Darstellungen des Berichtes „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ (Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V., August 2021) insbesondere für Personen mit affektiven Störungen (unipolare Depressionen und bipolare Störungen), Alkoholabhängigkeit oder anderen Suchterkrankungen und für

Personen mit Schizophrenie. Zur Beratung, Behandlung und Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen stehen vielfältige Angebote bereit, die wirkungsvoll zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Lebensqualität Betroffener und damit auch zur Verringerung der Suizidalität beitragen können. Dazu gehört das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem mit seinen vielfältigen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangeboten wie auch eine Vielzahl psychosozialer Angebote der Länder und Gemeinden vor Ort.

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

Zu Nummer 3

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

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

Zu § 64f (Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention)

Zu Absatz 1

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

In den Nummern 1 und 2 unter Absatz 1 wird beispielhaft aufgeführt, welche Ausrichtung die modellhafte Erprobung suizidpräventive Maßnahmen unter dem neu eingeführten § 64f haben können. Mit dieser neuen Rechtsgrundlage wird die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen gefördert, dass Verständnis für das komplexe Phänomen Suizidalität zu verbessern und die besonderen Bedarfe von Menschen in suizidalen Krisen Rechnung getragen, die bis heute nicht ausreichend bekannt 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 regionalen 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 Bundesländer (zum Beispiel Bayern oder Berlin) verfügen bereits über einen stark 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 aufsuchende Intervention unverzichtbar. Aus diesem Grund wird vorgesehen, den Ausbau der regionalen psychiatrischen Krisendienste modellhaft zu erproben. Dabei kann und muss auf die vorhandenen und etablierten Strukturen aufgebaut werden. Hier ist die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Aufbau von Netzverbünden für die Versorgung schwer psychisch Erkrankter zu nennen oder bereits modelhaft erprobte Versorgungsstrukturen im Rahmen einer Förderung durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ebenso soll bei den Modellprojekten explizit auf die Vernetzung mit Strukturen der Notfallversorgung, also den Notaufnahmen der Krankenhäuser bzw. Integrierten Notfallzentren, den Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Rettungsdiensten und den zugehörigen Leitstellen im Gesundheitsleitsystem geachtet werden.

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.[17)] zeigt eine Suizidrate von 2.078 pro 100.000 Personen/Jahr in den ersten 3 Monaten nach Klinikentlassung bei 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 das Angebot einer weiterführenden suizidpräventiven Betreuung nach Entlassung anzubieten. Leider gibt es zu einer suizidpräventiven Nachbetreuung bisher kein einheitliches, evidenzbasiertes Vorgehen. Es wird daher angeregt, durch Modellvorhaben eine solche Nachsorge im Sinne einer kontinuierlichen Behandlungskette an der Schnittstelle stationär - ambulant zu erarbeiten und zu erproben, damit zukünftig ein einheitliches, evidenzbasiertes Vorgehen nach Suizidversuchen etabliert werden kann. Auch hierbei sollte auf bereits vorhandene und etablierte Strukturen zurückgegriffen werden.

Übergänge und Wechsel im Behandlungssetting stellen zudem kritische Momente in der Behandlungskontinuität dar. Das 2018 eingeführte Entlassmanagement im SGB V versucht, die Übergänge mit unterschiedlichen Maßnahmen reibungsloser zu gestalten und könnte als Ansatz modellhafter Erprobungen genutzt werden. Und auch die geschlechtsspezifische Dimension könnte mit einbezogen werden. Männer nehmen beispielsweise

---

[17)] 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,.

weniger ambulante Psychotherapie in Anspruch, haben aber gleichzeitig ein höheres Suizidrisiko. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Auch die langsame Ablösung von der stationären Behandlung unter Nutzung teilstationärer Angebote, aufsuchender Behandlung (StäB) oder die enge Zusammenarbeit mit ambulanten Therapeutinnen und Therapeuten, beispielsweise über einen Netzverbund der KSVPsych-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses, sind sinnvolle Ergänzungen und sollten in die Projektideen miteinbezogen werden. Ziel sollte es ein, auf vorhandene Strukturen aufzubauen und Synergien zu nutzen.

Zu Absatz 2

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 vereinbaren oder durchführen. In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.

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

Zu Absatz 3

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

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die Regelungen dieses Gesetzentwurfes sollen am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Dies betrifft den Entwurf des Suizidpräventionsgesetzes als neues Stammgesetz (Artikel 1) sowie die Regelungen im SGB V-E (Artikel 2).