

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten René Springer, Hannes Gnauck, Thomas Dietz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/980 –**

Psychische Erkrankungen von Bundeswehrsoldaten

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Zahl der Bundeswehrsoldaten, die an einer einsatzbedingten psychischen Erkrankung leiden, steigt seit Jahren kontinuierlich an. Befanden sich zu Beginn der statistischen Erfassung im Jahr 2011 noch 389 erkrankte Soldaten in Behandlung (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/5734), waren es im Jahr 2021 bereits 1 191 (Schriftliche Frage 75 auf Bundestagsdrucksache 20/634). Die Zahl der einsatzbedingt psychisch erkrankten Soldaten hat sich in den letzten zehn Jahren demnach mehr als verdreifacht.

Im Ergebnis der zwischen 2009 und 2013 durchgeführten Prävalenzstudie der Bundeswehr wird der Anteil psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten, die sich als Rückkehrer aus dem ISAF (International Security Assistance Force)-Einsatz von 2010 bis 2011 ein Jahr nach Einsatzende nicht in Behandlung begeben hatten, auf rund 80 bis 90 Prozent geschätzt (Antwort zu Frage 2 auf Bundestagsdrucksache 19/7993). Schon vor dem Einsatz bestehende psychische Erkrankungen sind nach der durchgeführten Prävalenzstudie ein deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung während des Einsatzes (ebd. Antwort zu Frage 7 auf Bundestagsdrucksache 19/7993). Der Anteil der Soldaten, der bereits mit einer manifestierten, aber nicht erkannten psychischen Störung in den Einsatz geht, wird in der Studie auf etwa 20 Prozent geschätzt (ebd. Antwort zu Frage 6 auf Bundestagsdrucksache 19/7993).

Wie die Bundesregierung mitteilt, wird die Anzahl psychisch erkrankter Soldaten ohne Einsatzbezug nicht erfasst (Schriftliche Frage 75 auf Bundestagsdrucksache 20/634). Dies darf nach Auffassung der Fragesteller zumindest in Bezug auf die Bundeswehrkrankenhäuser bezweifelt werden. So ist den Qualitätsberichten der Bundeswehrkrankenhäuser zu entnehmen, dass die jeweiligen Hauptdiagnosen nach ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)-Code und die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nach OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)-Code systematisch und strukturiert erfasst werden (siehe u. a. Bundeswehrkrankenhaus Berlin: https://berlin.bwkrankenhaus.de/fileadmin/user_upload/261101583-01-2010-pdf.pdf, Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz: https://www.ktq.de/fileadmin/Q_Berichte/GeQB_1831.pdf sowie

Psychotraumazentrum der Bundeswehr: <https://www.bundeswehr.de/resource/blob/109368/d6195ce9a544497a2b31e1f94f0bb581/06-download-studie-zur-wehrpsychiatrie-fuer-eine-armee-im-einsatz-data.pdf>, S. 13 f.).

1. Aus welchen Gründen wird die Anzahl der psychisch erkrankten Soldaten ohne Einsatzbezug nicht erfasst (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
2. Werden seitens der Bundeswehr flächendeckend ICD-Codes verwendet, um beispielsweise medizinische Diagnosen zu strukturieren und einheitlich zu erfassen?
Wenn nein, warum nicht?
3. Werden ICD-Codes von der Bundeswehr ausgewertet, um beispielsweise die truppenärztliche Versorgung zu verbessern?
Wenn ja, von welchen Stellen?
Wenn nein, warum nicht?
4. Werden ärztliche Diagnosen bzw. Hauptdiagnosen seitens der Truppenärzte mittels ICD-Codes erfasst?
Wenn nein, warum nicht?
5. Werden ärztliche Diagnosen bzw. Hauptdiagnosen seitens der Truppenärzte in elektronischer bzw. digitaler Form erfasst?
Wenn nein, warum nicht, und wie werden sie stattdessen erfasst?
6. Werden die von den Truppenärzten an den einzelnen Standorten festgestellten Diagnosen bzw. Hauptdiagnosen gemeldet?
Wenn ja, in welcher Form, in welchem zeitlichen Intervall, und an welche Stellen?
7. Ist eine Auswertung der ICD-Codes hinsichtlich psychischer Erkrankungen grundsätzlich möglich?
Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 1 bis 7 werden zusammen beantwortet.

Die Wehrmedizinische Dokumentation wird gemäß den Vorgaben der ärztlichen Berufsordnung durchgeführt. Sie erfolgt maßgeblich papiergestützt.

Truppenärztinnen und Truppenärzte verwenden hierbei die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM).

Eine strukturierte Auswertung aller papiergestützten Gesundheitsakten ist mit den gegebenen personellen Ressourcen nicht leistbar.

Die Software-Lösung IT-Unterstützung Regionale Sanitätseinrichtungen (IT-Ustg RegSan-Einr) befindet sich derzeit in der Einführung. Sie stellt eine Anfangsbefähigung zur digitalen Unterstützung des Behandlungs- und Begutachtungsprozesses dar und bietet aktuell keine Möglichkeit einer Auswertung z. B. hinsichtlich gestellter Diagnosen. In der ersten Ausbaustufe wird die IT-Unterstützung in den Bereichen Erfassung von Anamnese, Befund, Diagnose, Laborwerten sowie Verwaltung von Dokumenten und Bildmaterial wie beispielsweise Röntgen- und Ultraschallaufnahmen ausgebaut bzw. ergänzt werden. Dieses Projekt zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr reiht sich in eine Vielzahl anderer in den Planungsprozess eingebrachter

Vorhaben zur Ausstattung der Bundeswehr ein. Die Zeitlinie bis zur vollständigen Realisierung hängt von der Verfügbarkeit freier Ressourcen ab.

Im Rahmen der truppenärztlichen Gesundheitsberichterstattung, die monatlich erfolgt, findet eine Auswertung der zur Befreiung von allen Dienstverrichtungen führenden Ursachen anhand von Krankenkarten statt.

Krankenkarten werden immer dann durch die Truppenärztinnen und Truppenärzte erstellt, wenn militärische Angehörige der Bundeswehr über den aktuellen Tag hinaus aus gesundheitlichen Gründen vom Dienst befreit werden. Hierbei ist jedoch zwingend zu beachten, dass je nach Diagnose regelhaft Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben, die jedoch nicht zu einer Krankschreibung geführt haben müssen. Zeitgleich kann es durch sich ändernde Diagnosen, Erkrankungen an weiteren oder komorbiden Störungen aus dem identischen Formenkreis und wiederholte Krankschreibungen zu längs- und querschnittlichen Additionseffekten kommen.

Krankenkarten stellen daher keine verlässliche Grundlage zur Bestimmung einer Punktprävalenz (Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt) dar.

Eine strukturierte Auswertung von Gesundheitsdaten auch im Sinne eines Qualitätsmanagements aus Routinedaten sowie einer Versorgungsforschung wird erst dann möglich sein, wenn die digitalen Techniken hierfür vollumfänglich verfügbar sind (z. B. Einspeisung der Daten in ein „Business Warehouse“ wie bei den zivilen Kostenträgern oder dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Zu diesem Zweck werden ein sog. Health Information Management System (HIMS) und ein Health Evaluation Reporting and Analysing System (HERAS) – ebenfalls im Rahmen der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr projektiert – eingeführt werden.

Im Gegensatz zur zuvor dargestellten Erfassung von Diagnosen werden ein-satzassoziierte psychiatrische Behandlungen in Einrichtungen der Bundeswehr gesondert und in höherem Detaillierungsgrad durch das Psychotraumazentrum der Bundeswehr erfasst, das 2008 auf Beschluss des Deutschen Bundestages aufgestellt wurde und Ausdruck der umfangreichen Veränderungen der Wehrpsychiatrie im Verlauf der letzten 20 Jahre ist.

8. Wie häufig wurden in den Bundeswehrkrankenhäusern in den Jahren 2010 bis 2021 bei Soldatinnen und Soldaten folgende ICD-Codes als Hauptdiagnose vergeben:
 - a) F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,
 - b) F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,
 - c) F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen,
 - d) F30–F39 Affektive Störungen,
 - e) F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,
 - f) F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren,
 - g) F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und
 - h) F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen?

9. Wie hoch war in den Bundeswehrkrankenhäusern in den Jahren 2010 bis 2021 jeweils der Anteil der Hauptdiagnosen im Kapitel V (ICD-Codebereich F00–F99, Psychische und Verhaltensstörungen) an allen Hauptdiagnosen (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Die Fragen 8 und 9 werden zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung ist nach sorgfältiger Abwägung des parlamentarischen Informationsanspruchs des Deutschen Bundestages mit dem Wohl des Bundes (Staatswohl), das durch Bekanntwerden geheimhaltungsbedürftiger Informationen gefährdet werden könnte, der Auffassung, dass eine Beantwortung zu den Frage 8 und 9 in offener Form nicht erfolgen kann. Die erbetenen Auskünfte sind geheimhaltungsbedürftig, weil sie sicherheitsrelevante Angaben enthalten, deren Bekanntwerden für die Interessen der Bundesrepublik Deutschland nachteilig sein könnte. Insofern muss ausnahmsweise das Fragerecht der Abgeordneten gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse der Bundesregierung zurückstehen.

Auf die als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestufte Anlage wird verwiesen.*

10. Wie häufig wurden von den Truppenärzten an den Bundeswehrstandorten in den Jahren 2010 bis 2021 bei Soldatinnen und Soldaten folgende ICD-Codes als Hauptdiagnose vergeben:
 - a) F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,
 - b) F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,
 - c) F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen,
 - d) F30–F39 Affektive Störungen,
 - e) F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,
 - f) F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren,
 - g) F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und
 - h) F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen?
11. Wie hoch war in den Jahren 2010 bis 2021 der Anteil der von den Truppenärzten festgestellten Diagnosen bzw. Hauptdiagnosen im Kapitel V (ICD-Codebereich F00–F99, Psychische und Verhaltensstörungen) an allen Hauptdiagnosen (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Die Fragen 10 und 11 werden zusammen beantwortet.

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

12. Wie viele stationäre Behandlungen bzw. Therapien wurden in den Jahren 2011 bis 2021 jeweils durch bundeswehreigene Psychologen, Psychiater bzw. Psychotherapeuten durchgeführt?

Es wird darauf hingewiesen, dass die genannten Zahlen keinerlei Rückschlüsse auf Fallzahlen zulassen, da hier nur die reine Anzahl der stationären Aufenthalte unterschiedlichster Dauer in Bezug auf das gesamte Patientenkollektiv, nicht

* Das Bundesministerium der Verteidigung hat die Antwort als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestuft. Die Antwort ist im Parlamentssekretariat des Deutschen Bundestages hinterlegt und kann dort von Berechtigten eingesehen werden.

aber die absolute Anzahl behandelter Patienten (mögliche stationäre Mehrfachaufnahmen) erfasst wird.

Die Daten werden auf Grund des Systemwechsels der Krankenhausinformationssysteme für die Jahre ab 2014 angegeben.

Systemverbund Bundeswehrkrankenhäuser (BwKrhs)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Stationäre Behandlungen	1 776	1 786	1 597	1 450	1 378	1 351	1 099	1 225

13. Wie viele ambulante Behandlungen bzw. Therapien wurden in den Jahren 2011 bis 2021 jeweils durch bundeswehreigene Psychologen, Psychiater bzw. Psychotherapeuten durchgeführt?

Es wird darauf hingewiesen, dass die genannten Zahlen keinerlei Rückschlüsse auf Fallzahlen zulassen, da hier die Gesamtzahl der einzelnen Arzt-Patienten-Kontakte in Bezug auf das gesamte Patientenkollektiv, nicht aber die Gesamtpatientenzahl (Sitzungen pro Patient) erfasst wird.

Systemverbund BwKrhs	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ambulante Behandlungen	17 516	19 258	19 573	19 722	20 320	18 953	15 420	15 110	16 142	21 082	20 873

14. Wie viele stationäre Behandlungen bzw. Therapien wurden in den Jahren 2011 bis 2021 an Angehörigen der Bundeswehr jeweils durch zivile Einrichtungen bzw. Psychologen, Psychiater bzw. Psychotherapeuten durchgeführt?

Die Antwort ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die genannten Zahlen keinerlei Rückschlüsse auf Fallzahlen zulassen, da hier nur die reine Anzahl der stationären Aufenthalte unterschiedlichster Art und Dauer, nicht aber die absolute Anzahl behandelter Patienten (mögliche stationäre Mehrfachaufnahmen) erfasst wird.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
stationär	1 010	1 121	1 113	1 298	1 364	1 301	1 320	1 199	1 488	1 380	1 530

15. Wie viele ambulante Behandlungen bzw. Therapien wurden in den Jahren 2011 bis 2021 an Angehörigen der Bundeswehr jeweils durch zivile Einrichtungen bzw. Psychologen, Psychiater bzw. Psychotherapeuten übernommen?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 51 der Kleinen Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/5734 sowie auf die Schriftliche Frage 82 auf Bundestagsdrucksache 19/26065 wird verwiesen. Die nachfolgende Tabelle ergänzt die Jahre 2020 und 2021.

Jahr	Behandlungszahl
2020	9 723
2021	8 734

16. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesamtzahl der psychisch erkrankten Soldaten in den Jahren 2011 bis 2021 jeweils entwickelt, und auf welche Kennzahlen und Daten stützt sich die Bundesregierung dabei?

Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Bundeswehr hat in den Jahren 2009 bis 2013 eine aufwändige epidemiologische Feldstudie durchgeführt, bei der die Gesamtzahl der psychischen Erkrankungen im Sinne der 12-Monats-Prävalenz nach hochwertigen wissenschaftlichen Standards untersucht und auch publiziert wurde. Diese lag bei einem einsatzintensiven Kontingent bei 21,4 Prozent, bei einer Kontrollgruppe ohne Einsatz bei 22,5 Prozent aller Soldaten. Im Vordergrund standen Angsterkrankungen und Depressionen. Die posttraumatische Belastungsstörung hatte einen deutlich geringeren Stellenwert. Gleichzeitig wurde eine Analyse von Risikofaktoren durchgeführt, bei der frühere psychische Erkrankungen und Kampfhandlungen im Vordergrund standen.

Da diese Werte in der Größenordnung anderer vergleichbarer westlicher Armeen lagen, wurde in den Folgejahren darauf verzichtet, Wiederholungsuntersuchungen oder Kohortenstudien durchzuführen. Eine Bezugnahme auf Studien anderer Streitkräfte ist nach hiesiger Einschätzung wissenschaftlich vertretbar.

Von größerer Bedeutung als absolute Prävalenz-Zahlenwerte ist h. E. die Inanspruchnahme psychosozialer Dienstleistungen durch Soldaten, da davon direkt die Versorgungsplanung abhängt. Hier führt das Psychotraumazentrum der Bundeswehr seit 2010 eine Statistik aus dem fachärztlichen Versorgungssegment mit monatlich gesammelten Meldungen, die einen kontinuierlichen Anstieg einsatzassoziierter psychischer Erkrankungen sowie auch an erbrachten Behandlungseinheiten nachweist, bei einem näherungsweise konstanten Wert von ca. 200 Neuerkrankungen jährlich.

Diese Entwicklung macht deutlich, dass sich offenbar in der Bundeswehr zunehmend mehr Soldaten motivieren lassen, mit bestehender psychischer Problematik eine Behandlung aufzunehmen und dokumentiert somit eine fortschreitende Ent-Stigmatisierung. Daher ist der Anstieg der Behandlungszahlen zu begrüßen: mit fachgerechter psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie lassen sich Chronifizierungen wirksam verhindern, die sich beispielsweise in Suchterkrankungen oder Suizidalität äußern würden.

Die damit verbundene Herausforderung liegt in der Anpassung der Behandlungskapazitäten der Bundeswehrkrankenhäuser und fachärztlichen Untersuchungsstellen. Hier wurde seitens Kommando Sanitätsdienst ein erhöhter Personalbedarf anerkannt, die tatsächliche Umsetzung der Forderungen hängt allerdings auch von der Verfügbarkeit von Haushaltsmitteln ab.

17. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass schon vor dem Einsatz bestehende psychische Erkrankungen ein deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung während des Einsatzes darstellt (siehe in der Vorbemerkung der Fragesteller angeführte Prävalenzstudie)?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 7 auf Bundestagsdrucksache 19/7993 wird verwiesen. Schon vor dem Einsatz bestehende psychische Erkrankungen sind demnach nach der durchgeführten Prävalenzstudie ein deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung während des Einsatzes, der allerdings nicht quantifiziert werden kann.

18. Hat der Beauftragte des Bundesministeriums der Verteidigung für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte (Beauftragter PTBS) nach den Berichten 2011 und 2013 bis heute weitere Berichte erstellt?
19. Wie häufig hat der Beauftragte PTBS in Jahren 2014 bis 2022 die Leitung des Ministeriums jeweils im persönlichen Vortrag unterrichtet?
Wann fanden die persönlichen Vorträge jeweils statt (siehe Antwort zu Frage 56 auf Bundestagsdrucksache 19/7993)?

Die Fragen 18 und 19 werden gemeinsam beantwortet.

Der Beauftr. PTBS unterliegt keiner Berichtspflicht. Ihm obliegt die Beratung und Information der Leitung des Ministeriums zu den ihm übertragenen Themenfeldern. Er hat dazu ein unmittelbares Vortragsrecht, welches er anlassbezogen wahrnimmt. Eine Übersicht darüber wird nicht nachgehalten.

20. Wurde die modular aufgebaute Maßnahme PAUSE (Psychologische Ausgleichs- und Stärkungselemente) nach der durchgeführten Pilotstudie im Jahr 2017 in den Regelbetrieb überführt (siehe Antwort zu Frage 58 auf Bundestagsdrucksache 19/7993)?
Wenn nein, aus welchen Gründen, und wenn ja, wann, und in welcher Form?

Die Maßnahme PAUSE wurde nicht in den Regelbetrieb überführt. Elemente von PAUSE wurden allerdings in Präventivkuren durchgeführt.

21. Wurde das psychodiagnostische Verfahren zur Erfassung der psychischen Fitness in der Bundeswehr inzwischen fest etabliert (siehe Antwort zu Frage 58 auf Bundestagsdrucksache 19/7993)?
Wenn nein, aus welchen Gründen, und wenn ja, wie, und in welcher Form?

Die Erfassung der Psychischen Fitness ist im Jahr 2021 ministeriell angewiesen worden. Die Durchführung der Erfassung findet ausschließlich auf freiwilliger Basis durch Psychologinnen und Psychologen statt und ist sowohl im Einzel- als auch im Gruppenverfahren möglich.

22. Gibt es vonseiten der Bundeswehr Überlegungen oder Planungen, psychodiagnostische Verfahren bereits vor Beginn eines Auslandseinsatzes einzusetzen bzw. zu etablieren, um einsatzbedingte psychische Erkrankungen und etwaige spätere Chronifizierungen zu reduzieren?
Wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 16 auf Bundestagsdrucksache 19/19628 wird verwiesen.

Aus fachlich-psychiatrischer Perspektive ist ein breites Screening aller Soldatinnen und Soldaten nur begrenzt zielführend, um psychische Erkrankungen vor Auslandseinsätzen zu erkennen. Es würde in keiner Relation zwischen Aufwand und Nutzen stehen. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass ein Soldat, der in einem Auslandseinsatz eingesetzt werden möchte, Testungen tendenziell in seinem Sinne beeinflussen wird, wodurch ein entsprechendes Ergebnis nur eine sehr unscharfe Aussage erwarten lässt.

Sinnvoller erscheint eine gute fachliche Ausbildung von Truppenärzten, Angehörigen des Psychosozialen Netzwerks (PSN) und von Vorgesetzten, um Anzeichen möglicher psychischer Erkrankungen im Dienstalltag zu erkennen und die Betroffenen anzusprechen, um sie im Bedarfsfall einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abklärung und ggf. Therapie zuzuführen. Dieser Ansatz spiegelt sich u. a. im Curriculum Allgemeinmedizin wider und wird durch den regelmäßigen Austausch zwischen Truppenarzt und PSN regional gefördert.

23. Wie haben sich in den Jahren 2011 bis 2022 die Zahl der Suizide sowie die Zahl der Suizid- bzw. Selbsttötungsversuche in der Bundeswehr jeweils entwickelt?

Das Psychotraumazentrum am Bundeswehrkrankenhaus Berlin und das Institut für Präventivmedizin der Bundeswehr haben ein gesondertes Suizidregister eingerichtet, um entsprechende Todesfälle zu analysieren und wissenschaftlich nach z. B. Risikofaktoren auszuwerten.

Teil der Auswertungen sind dabei auch staatsanwaltschaftliche Ermittlungsergebnisse. Diese bedingen, dass sich im zeitlichen Verlauf stets Änderungen der Zahlen eines jeden Jahres ergeben können (beispielsweise vermeintlicher Unfall, der sich bei staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen als Suizid herausstellt oder umgekehrt).

Darüber hinaus ist zwingend zu berücksichtigen, dass das Suizidregister ausschließlich aktive Soldaten, jedoch keine Zivilangestellten oder Beamten erfasst, es sei denn, diese befinden sich als Reservisten im Auslandseinsatz.

Die Jahre 2021 und 2022 befinden sich noch in der Auswertung.

„Todesfälle in der Bundeswehr durch Suizid“		
		Gesamt
Jahr	2011	15
	2012	22
	2013	17
	2014	27
	2015	28
	2016	15
	2017	13
	2018	21
	2019	23
	2020	9
Gesamt		190

Bei der nachfolgend genannten Anzahl der Suizidversuche handelt es sich um die dienstlich oder medizinisch bekannt gewordenen Ereignisse, die seitens des Suizidregisters erfasst wurden.

Das Suizidregister erfasst diese jedoch nur, wenn sie Dritten bekannt werden. Ein großer Teil der Suizidversuche wird aber von den Betroffenen nicht mit Dritten kommuniziert, so dass eine größere tatsächliche Zahl anzunehmen ist und z. B. Abweichungen zu den Zahlen der Meldungen zur inneren sozialen Lage der Bundeswehr entstehen.

Die Jahre 2021 und 2022 befinden sich noch in der Auswertung.

„Suizidversuche von Bundeswehrsoldaten“		
		Gesamt
Jahr	2011	35
	2012	42
	2013	41
	2014	31
	2015	29
	2016	37
	2017	40
	2018	40
	2019	13
	2020	52
Gesamt		360

24. Wie hat sich in den Jahren 2011 bis 2022 die Zahl der gefallenen und gestorbenen Bundeswehrsoldaten jeweils entwickelt (bitte Sportsoldaten getrennt ausweisen)?
25. Wie hat sich in den Jahren 2011 bis 2022 die Zahl der Soldaten entwickelt, die nicht in Ausübung ihres Dienstes (z. B. Unfälle in der Freizeit, Krankheit etc.) gestorben sind (bitte Sportsoldaten getrennt ausweisen)?

Die Fragen 24 und 25 werden zusammen beantwortet.

Die Zahlen können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Sportsoldaten können nicht gesondert ausgewiesen werden.

Jahr	Außerhalb des Dienstes verstorben	In Ausübung des Dienstes verstorben
2011	79	10
2012	77	3
2013	65	2
2014	70	1
2015	87	1
2016	55	1
2017	75	6
2018	67	6
2019	68	3
2020	73	10
2021	70	5

26. Wie hat sich in den Jahren 2011 bis 2022 die durchschnittliche Zahl der Krankschreibungen in der Bundeswehr jeweils entwickelt (bitte Sportsoldaten getrennt ausweisen)?
27. Wie hat sich in den Jahren 2011 bis 2022 die durchschnittliche Zahl der Krankheitstage in der Bundeswehr jeweils entwickelt (bitte Sportsoldaten getrennt ausweisen)?

Die Fragen 26 und 27 werden zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung ist nach sorgfältiger Abwägung des parlamentarischen Informationsanspruchs des Deutschen Bundestages mit dem Wohl des Bundes

(Staatswohl), das durch Bekanntwerden geheimhaltungsbedürftiger Informationen gefährdet werden könnte, der Auffassung, dass eine Beantwortung der Frage 26 und 27 in offener Form nicht erfolgen kann. Die erbetenen Auskünfte sind geheimhaltungsbedürftig, weil sie sicherheitsrelevante Angaben enthalten, deren Bekanntwerden für die Interessen der Bundesrepublik Deutschland nachteilig sein könnte. Insofern muss ausnahmsweise das Fragerecht der Abgeordneten gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse der Bundesregierung zurückstehen.

Auf die als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestufte Anlage wird verwiesen.*

28. Wie hat sich in den Monaten von Dezember 2020 bis Dezember 2021 die Zahl der Krankschreibungen in der Bundeswehr jeweils entwickelt (bitte Sportsoldaten getrennt ausweisen)?
29. Wie hat sich in den Monaten von Dezember 2020 bis Dezember 2021 die Zahl der Krankheitstage in der Bundeswehr jeweils entwickelt (bitte Sportsoldaten getrennt ausweisen)?

Die Fragen 28 und 29 werden zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung ist nach sorgfältiger Abwägung des parlamentarischen Informationsanspruchs des Deutschen Bundestages mit dem Wohl des Bundes (Staatswohl), das durch Bekanntwerden geheimhaltungsbedürftiger Informationen gefährdet werden könnte, der Auffassung, dass eine Beantwortung der Frage 28 und 29 in offener Form nicht erfolgen kann. Die erbetenen Auskünfte sind geheimhaltungsbedürftig, weil sie sicherheitsrelevante Angaben enthalten, deren Bekanntwerden für die Interessen der Bundesrepublik Deutschland nachteilig sein könnte. Insofern muss ausnahmsweise das Fragerecht der Abgeordneten gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse der Bundesregierung zurückstehen.

Auf die als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestufte Anlage wird verwiesen.*

* Das Bundesministerium der Verteidigung hat die Antwort als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestuft. Die Antwort ist im Parlamentssekretariat des Deutschen Bundestages hinterlegt und kann dort von Berechtigten eingesehen werden.

