

- Stellungnahme -

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vom 25. Juni 2026. Der DBfK begrüßt, dass die Suizidprävention mit dem vorliegenden Referentenentwurf als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesetzlich gestärkt werden soll. Die Errichtung einer Bundesfachstelle, die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Krisenrufnummer, qualitätsgesicherte Informationsangebote, eine verbesserte Datenlage und Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungen sind wichtige Schritte.

Der Handlungsbedarf ist erheblich. Im Jahr 2024 starben in Deutschland 10.372 Menschen durch Suizid. Die Zahl lag damit 7,1 Prozent über dem Durchschnitt der vorangegangenen zehn Jahre. Ältere Menschen sind in besonderem Maße betroffen; zugleich ist Suizid bei jungen Menschen eine der häufigsten Todesursachen (Destatis 2026).

Der Gesetzentwurf weist jedoch ein strukturelles Ungleichgewicht auf: Auf Bundesebene werden vor allem Information, Koordination, Konzeptentwicklung und Forschung geregelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die eine verbindliche Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherung, Versorgungseinrichtungen und weiteren gesellschaftlichen Akteur:innen erfordert (u.a. Lewitzka & Petzold, 2026; Deutscher Bundestag, 2025; DER, 2022). Die tatsächliche Sicherstellung der Krisenversorgung bleibt jedoch im Wesentlichen bei den Ländern und Kommunen und wird weder hinreichend verbindlich noch erkennbar auskömmlich finanziert. Eine bundesweit einheitliche Rufnummer und eine höhere Suizidpräventionskompetenz in der Bevölkerung entfalten nur dann Wirkung, wenn Menschen in einer Krise überall zeitnah qualifizierte, erreichbare und bei Bedarf aufsuchende Hilfe erhalten.

Pflegefachpersonen werden in der Begründung des Gesetzentwurfs zutreffend als wichtige sogenannte Gatekeeper benannt. Ihre Rolle geht jedoch über das Erkennen einer möglichen Suizidalität und das Weitervermitteln an andere Angebote hinaus. Pflegefachpersonen beraten und begleiten Menschen in Krisen, erfassen gesundheitliche und psychosoziale Risiken, gestalten den Pflegeprozess, koordinieren Versorgung und sichern Kontinuität. Diese Aufgaben müssen im Gesetz und in seiner Umsetzung systematisch berücksichtigt werden. Aus Sicht des DBfK sollte der Entwurf daher insbesondere in folgenden Punkten weiterentwickelt werden:

- verbindlicher und nachhaltig finanzierter Ausbau flächendeckender Krisendienste,
- qualifizierte multiprofessionelle Besetzung unter Einbeziehung von Pflegefachpersonen,
- ausdrückliche Berücksichtigung älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen,
- verbindliche pflegefachliche Vertretung im Fachbeirat,
- systematische Beteiligung der Pflegeberufsverbände und der Pflegewissenschaft,
- Einbeziehung pflegerischer Versorgungsstrukturen in die regionalen Hilfeketten,
- verbindlichere Ausgestaltung der Modellvorhaben nach § 64f SGB V,
- regelmäßige Berichterstattung und eine deutlich frühere Zwischenevaluation.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

1. Bundesfachstelle für Suizidprävention

Der DBfK unterstützt die Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention. Die bisherige Vielfalt regionaler Initiativen und Angebote benötigt eine verlässliche bundesweite Koordination. Die Bundesfachstelle kann dazu beitragen, vorhandenes Wissen zusammenzuführen, Qualitätsstandards zu entwickeln, Angebote sichtbar zu machen und den Wissenstransfer in die Praxis zu verbessern.

Besonders zu begrüßen sind die vorgesehenen Aufgaben zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Informationen, zur Qualitätssicherung, zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Verbesserung der Datenlage. Die Bundesfachstelle sollte nicht nur allgemeine Informationen verbreiten, sondern gezielt die Suizidpräventionskompetenz – die sogenannte „suicide literacy“ – in der Bevölkerung fördern. Dazu gehören Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren, das Erkennen möglicher Warnsignale, ein angemessener Umgang mit Äußerungen von Lebensmüdigkeit und Suizidgedanken sowie Kenntnisse über erreichbare Hilfen.

Die Informationen müssen fachlich fundiert, barrierefrei, mehrsprachig und für unterschiedliche Lebenssituationen aufbereitet werden. Sie müssen Menschen mit Suizidgedanken ebenso erreichen wie An- und Zugehörige, pflegende Angehörige, Hinterbliebene und beruflich Helfende.

Die zeitliche Befristung der Bundesfachstelle auf 15 Jahre überzeugt nicht. Suizidprävention ist keine vorübergehende Projektaufgabe. Die Stelle sollte grundsätzlich dauerhaft angelegt und ihre Arbeit regelmäßig evaluiert werden. Eine Evaluation erst bis Ende 2038 reicht zur laufenden Steuerung nicht aus.

2. Ältere und pflegebedürftige Menschen ausdrücklich berücksichtigen

Der DBfK begrüßt, dass das Gesetz Menschen aller Altersgruppen einbezieht und die Begründung ältere Menschen als wichtige Zielgruppe benennt. Im Gesetzestext selbst bleiben ältere und pflegebedürftige Menschen jedoch weitgehend unsichtbar.

Pflegebedürftigkeit, chronische Erkrankungen, Schmerzen, der Verlust körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten, soziale Isolation, Einsamkeit und die Sorge, anderen zur Last zu fallen, können Lebensmüdigkeit und Suizidalität begünstigen. Die Grenzen zwischen Lebensmüdigkeit, dem Wunsch nach einem Ende belastender Lebensumstände und akuter Suizidalität sind nicht immer eindeutig. Umso wichtiger sind eine sensible pflegfachliche Wahrnehmung, Gesprächsführung, Risikoabschätzung und der Zugang zu geeigneten Hilfen.

Untersuchungen des Zentrums für Qualität in der Pflege zeigen, dass pflegende Angehörige nicht selten mit Äußerungen von Lebensmüdigkeit oder Suizidalität konfrontiert sind und sich ein erheblicher Teil für den Umgang damit nicht ausreichend informiert fühlt (ZQP 2023).

Der DBfK regt deshalb an, ältere und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige ausdrücklich als Zielgruppen der Bundesfachstelle und der regionalen Krisendienste zu benennen. Informations-, Beratungs- und Hilfeangebote müssen auch Menschen erreichen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, digitale Angebote nicht nutzen können oder in Pflegeeinrichtungen leben. Dazu gehören telefonische, persönliche und aufsuchende Angebote.

3. Pflegefachpersonen als eigenständig handelnde Akteur:innen

Pflegefachpersonen haben in vielen Versorgungsbereichen den engsten und kontinuierlichsten Kontakt zu Patient:innen, Bewohner:innen und Klient:innen. Dies gilt für psychiatrische Einrichtungen ebenso wie für Krankenhäuser, Notaufnahmen, die ambulante und stationäre Langzeitpflege, die häusliche Krankenpflege, die Palliativversorgung und gemeindenahe Angebote.

Sie nehmen Veränderungen des Verhaltens und des psychischen Befindens wahr, führen Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, erfassen Risiken, planen pflegerische Interventionen und

koordinieren weiterführende Hilfen. Pflegefachpersonen dürfen deshalb nicht lediglich als „Gatekeeper“ verstanden werden, deren Aufgabe mit dem Erkennen und Weitervermitteln endet. Notwendig ist vielmehr eine eigenständige pflegefachliche Rolle innerhalb der Präventions-, Beratungs- und Hilfeketten. Dazu gehören insbesondere:

- pflegefachliche Einschätzung von Risiken und Unterstützungsbedarfen,
- Information, Beratung und Krisenbegleitung,
- Mitwirkung an und Durchführung von Kriseninterventionen,
- aufsuchende Unterstützung,
- Koordination und Sicherung der Versorgungskontinuität,
- Begleitung nach einem Suizidversuch oder psychiatrischen Krankenhausaufenthalt,
- Beratung und Unterstützung von An- und Zugehörigen.

In die regionalen Hilfeketten müssen insbesondere psychiatrische häusliche Krankenpflege, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Palliativ- und Hospizangebote sowie kommunale Gesundheits- und Primärversorgungsstrukturen einbezogen werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist bereits Bestandteil der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie und muss als vorhandenes Versorgungsangebot systematisch berücksichtigt werden (G-BA 2025).

Auch Community Health Nurses können in gemeindenahen Strukturen einen wichtigen Beitrag leisten. Sie können gefährdete Menschen frühzeitig erreichen, gesundheitliche und soziale Bedarfe zusammenführen und den Zugang zu weiterführender Unterstützung koordinieren (DBfK 2019).

4. Fort- und Weiterbildung und „suicide literacy“

Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesfachstelle nach § 4 Nummer 8 Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote entwickeln und dabei Berufsverbände und Kammern einbeziehen soll. Pflegefachpersonen werden in der Begründung zutreffend als relevante Berufsgruppe genannt. Eine systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass bei Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe Wissenslücken hinsichtlich der Erkennung und Einschätzung von Suizid- und Selbstverletzungsrisiken bestehen. Empfohlen werden deshalb wiederkehrende, berufsbezogen ausgestaltete Schulungen (Dillon et al. 2020).

Die Empfehlungen müssen die unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfelder berücksichtigen. Pflegefachpersonen in der Psychiatrie benötigen teilweise andere Kompetenzen als Pflegefachpersonen in Notaufnahmen, in der Langzeitpflege, in der ambulanten Versorgung oder in der Palliativversorgung. Die Rahmenempfehlungen sollten sich an wissenschaftlich begründeten Mindeststandards für Gatekeeper-Schulungen orientieren. Dazu gehören insbesondere die Vermittlung von Wissen, das Erkennen möglicher Risiken, kommunikative Kompetenzen und die Fähigkeit, geeignete Hilfen einzuleiten (Hawgood et al. 2021). Gleichwohl braucht es einen gemeinsamen Kompetenzrahmen. Dieser sollte mindestens umfassen:

- Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren, Einstellungen und Haltungen, gerade mit Blick auf Entstigmatisierung (siehe auch Noyon et al., 2026)
- Erkennen und Ansprechen möglicher Suizidalität,
- fachgerechte Einschätzung der Dringlichkeit,
- Gesprächsführung mit Betroffenen und An- und Zugehörigen,
- Einleitung geeigneter Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen,
- Kenntnis regionaler Versorgungsangebote,
- rechtliche, ethische und berufsrechtliche Grundlagen,
- Zusammenarbeit in multiprofessionellen Hilfeketten,
- Selbstfürsorge, Reflexion und Supervision.

Ein allgemeines E-Learning-Angebot kann hierfür ein Einstieg sein, reicht jedoch nicht aus. Erforderlich sind auch fallbezogene Übungen, praktische Trainings, Reflexionsformate und Supervision. Fort- und Weiterbildung müssen finanziert und als Arbeitszeit anerkannt werden. Anderenfalls werden Verantwortung und Haftungsrisiken auf einzelne Beschäftigte verlagert, ohne ihnen die notwendigen Ressourcen bereitzustellen.

Der DBfK, pflegewissenschaftliche Einrichtungen und Expert:innen aus der psychiatrischen Pflege, Akutpflege, Langzeitpflege und gemeindenahen Versorgung sind an der Entwicklung der Rahmenempfehlungen verbindlich zu beteiligen.

5. Fachbeirat verbindlich einrichten und Pflege beteiligen

Der Fachbeirat nach § 5 ist für die fachliche Qualität und Praxisnähe der Arbeit der Bundesfachstelle von zentraler Bedeutung. Seine Einrichtung darf deshalb nicht lediglich im Ermessen der Bundesfachstelle stehen. Aus der Kann-Regelung sollte eine verbindliche Regelung werden. Die vorgesehene Zusammensetzung bildet die Breite der an der Suizidprävention beteiligten Professionen und Versorgungsbereiche nicht ausreichend ab. Während Polizei und Rettungsdienste ausdrücklich genannt werden, fehlen Pflegefachpersonen, weitere Gesundheitsberufe und ihre Berufsorganisationen.

Der DBfK regt daher an, § 5 Absatz 3 um Vertreter:innen der Gesundheitsfachberufe und ihrer Berufsorganisationen zu ergänzen. Eine pflegfachliche und pflegewissenschaftliche Vertretung muss verbindlich vorgesehen werden. Auch die Perspektiven älterer und pflegebedürftiger Menschen, pflegender Angehöriger und der Langzeitpflege müssen im Fachbeirat abgebildet sein.

Die Begrenzung auf höchstens elf Mitglieder sollte überprüft werden, wenn dadurch eine angemessene multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammensetzung verhindert wird.

6. Krisendienste verbindlich und nachhaltig absichern

Die Regelungen des § 9 bilden die zentrale Schwachstelle des Entwurfs. Zwar werden wichtige Mindestanforderungen formuliert: ständige Erreichbarkeit, Hilfe vor Ort, Einbindung bestehender Strukturen, Berücksichtigung vulnerabler Gruppen und Vermittlung in weiterführende Angebote. Die Länder sollen auf die Entwicklung entsprechender Krisendienste jedoch lediglich „hinwirken“. Damit bleibt offen, wann, in welchem Umfang und mit welcher Finanzierung flächendeckende Krisendienste tatsächlich zur Verfügung stehen werden. Dies steht im Widerspruch zu den im Gesetzentwurf formulierten Anforderungen. Eine jederzeit erreichbare Beratung, mobile Einsätze und die Weitervermittlung in qualifizierte Hilfen lassen sich nicht mit einem lediglich geringfügigen zusätzlichen Aufwand der Länder und Kommunen realisieren.

Die bundesweit einheitliche Krisenrufnummer setzt eine funktionierende regionale Infrastruktur voraus. Eine Rufnummer, die in Regionen ohne erreichbaren Krisendienst oder ohne aufsuchende Hilfe weiterleitet, kann Erwartungen wecken, die das Versorgungssystem nicht erfüllt. Der DBfK regt deshalb Ergänzungen an:

- verbindliche Entwicklungsziele und Fristen für den flächendeckenden Ausbau,
- eine nachhaltige Finanzierungsvereinbarung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherung,
- transparente Bedarfsanalysen und jährliche Berichte,
- definierte Anforderungen an Personal, Qualifikationsmix und Erreichbarkeit,
- verbindliche Schnittstellen zur gesundheitlichen Regelversorgung,
- barrierefreie und aufsuchende Angebote.

Ehrenamtlich Tätige leisten einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention. Sie können jedoch fachlich qualifiziertes Personal in der Einschätzung akuter Suizidalität und in der Krisenintervention nicht ersetzen. Krisendienste benötigen multiprofessionelle Teams, zu denen insbesondere entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen gehören müssen.

7. Modellvorhaben nach § 64f SGB V

Der DBfK begrüßt die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Vernetzung der medizinischen Regelversorgung mit Krisendiensten und zur systematischen Nachsorge nach einem Suizidversuch durchzuführen. Gerade die Übergänge zwischen Krankenhaus, ambulanter Behandlung, pflegerischer Versorgung und psychosozialen Hilfen sind für die Prävention weiterer Krisen von hoher Bedeutung. Die Regelung bleibt jedoch zu unverbindlich. Die Krankenkassen können Modellvorhaben

vereinbaren; auch mindestens ein Modellvorhaben je Land soll lediglich angestrebt werden. Damit besteht die Gefahr einer regional uneinheitlichen Umsetzung. Die Modellvorhaben sollten:

- in jedem Land verbindlich durchgeführt oder länderübergreifend sichergestellt werden,
- Pflegefachpersonen und Pflegeberufsorganisationen bereits bei der Konzeption beteiligen,
- pflegegeleitete und aufsuchende Ansätze ermöglichen,
- psychiatrische häusliche Krankenpflege und Community Health Nursing einbeziehen,
- Schnittstellen zum SGB XI und zur Langzeitpflege berücksichtigen,
- die Nachsorge und das Entlassmanagement verbindlich ausgestalten,
- nach einheitlichen Kriterien wissenschaftlich evaluiert werden,
- bei nachgewiesener Wirksamkeit zeitnah in die Regelversorgung überführt werden.

Die Modellvorhaben dürfen nicht dazu dienen, bestehende Versorgungspflichten oder die Finanzierung notwendiger Krisendienste zu ersetzen.

8. Forschung, Surveillance und Evaluation

Eine bessere Datengrundlage zu Suiziden und insbesondere zu Suizidversuchen ist notwendig. Der DBfK unterstützt deshalb die vorgesehene Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse. Bei der Entwicklung der Datengrundlagen sollten neben Alter, Geschlecht, Region und Suizidmethode auch Pflegebedürftigkeit, Wohn- und Versorgungsform, vorausgegangene Krankenhausaufenthalte, Übergänge zwischen Versorgungsbereichen und berufliche Belastungskontexte berücksichtigt werden, soweit dies datenschutzkonform möglich ist. Nur so lassen sich spezifische Risiken und Versorgungslücken älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie beruflich Pflegenden angemessen untersuchen.

Pflegewissenschaftliche Expertise muss in die Entwicklung der Erhebungsinstrumente, Forschungsfragen und Evaluationskriterien einbezogen werden. Die Wirksamkeit des Gesetzes darf nicht nur an der Zahl veröffentlichter Informationen, eingerichteter Verzeichnisse oder durchgeführter Veranstaltungen gemessen werden. Entscheidend sind unter anderem:

- tatsächliche Erreichbarkeit qualifizierter Hilfen,
- Warte- und Vermittlungszeiten,
- regionale Versorgungsgerechtigkeit,
- Kontinuität nach Krisen und Suizidversuchen,
- Erreichung vulnerabler Gruppen,
- langfristige Entwicklung von Suizidversuchen und Suiziden.

Neben der Evaluation bis Ende 2038 ist spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten eine unabhängige Zwischenevaluation vorzusehen.

9. Beruflich Pflegende als Zielgruppe der Prävention

Beruflich Pflegende sind nicht nur Akteur:innen der Suizidprävention, sondern müssen auch selbst als Zielgruppe präventiver Angebote berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung zeigen, dass Beschäftigte in Pflegeberufen überdurchschnittlich hohen körperlichen und psychischen Arbeitsanforderungen ausgesetzt sind und entsprechend häufig gesundheitliche Beschwerden berichten (Lück und Melzer 2020).

Erforderlich sind niedrigschwellige, vertrauliche und auf Wunsch anonyme Beratungs- und Unterstützungsangebote, die unabhängig vom jeweiligen Arbeitgeber erreichbar sind. Die Verantwortung darf nicht allein den einzelnen Beschäftigten oder den Arbeitgebern überlassen werden. Die Bundesfachstelle sollte beruflich Pflegende und andere besonders belastete Berufsgruppen bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Informationen, Beratungsangebote und Forschungsprogramme ausdrücklich berücksichtigen.

Schlussfolgerung

Der Referentenentwurf schafft wichtige Voraussetzungen für eine stärkere nationale Suizidprävention. Er wird seinem Anspruch jedoch nur gerecht, wenn die vorgesehenen Strukturen für Information, Koordination und Wissensvermittlung mit verbindlichen und erreichbaren Versorgungsangeboten verbunden werden.

Pflegefachpersonen begegnen Menschen mit Lebensmüdigkeit und Suizidalität in nahezu allen Versorgungsbereichen. Sie müssen deshalb an der Entwicklung der nationalen Strategie, an den Aufgaben der Bundesfachstelle, im Fachbeirat, in den Krisendiensten und in den Modellvorhaben verbindlich beteiligt werden. Zugleich brauchen sie Qualifizierung, Handlungssicherheit, Supervision und verlässliche Kooperationsstrukturen.

Suizidprävention darf nicht an Zuständigkeitsgrenzen zwischen Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherung und Versorgungssektoren scheitern. Notwendig ist eine gemeinsame Verantwortung für flächendeckende, qualitätsgesicherte und nachhaltig finanzierte Hilfen. Nur dann werden Aufklärung und eine bundesweite Krisenrufnummer zu einem tatsächlichen Zugang zu Schutz, Begleitung und Versorgung.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Lewitzka U, Petzold C (2026). Sterbehilfe international und die Debatte in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 69: 255–266. (<https://doi.org/10.1007/s00103-02604189-8>)

Deutscher Bundestag (2025). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. (<https://dserver.bundestag.de/btd/20/149/2014987.pdf>)

DER (Deutscher Ethikrat) (2022). Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. (<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid-kurzfassung.pdf>)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Suizide in Deutschland. Ergebnisse der Todesursachenstatistik für das Jahr 2024. (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>)

Eggert, S.; Haeger, M.; Teubner, C.; Sperling, U.; Drinkmann, A.; Lindner, R.; Kessler, E.-M.; Schneider, B. (2023): Lebensendlichkeit, Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Kontext von Pflegebedürftigkeit – Eine Befragung pflegender Angehöriger. Zentrum für Qualität in der Pflege und Nationales Suizidpräventionsprogramm. (DOI <https://doi.org/10.71059/MAPJ3700>)

Clua-García, R.; Casanova-Garrigós, G.; Moreno-Poyato, A. R. (2021): Suicide Care from the Nursing Perspective: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. Journal of Advanced Nursing, 77(7), 2995–3007. (DOI <https://doi.org/10.1111/jan.14789>)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2025): Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege – Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL). (<https://www.g-ba.de/richtlinien/11/>)

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung/Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2019): Community Health Nursing in Deutschland. (<https://www.dbfk.de/media/docs/CHN/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>)

Dillon, C. B.; Saab, M. M.; Meehan, E.; Goodwin, M. J.; Murphy, M.; Heffernan, M. S.; Greaney, S.; Kilty, C.; Horgan, A. (2020): Staff Awareness of Suicide and Self-Harm Risk in Healthcare Settings: A Mixed-Methods Systematic Review. Journal of Affective Disorders, 276, 898–906. (DOI <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.113>)

Hawgood, J.; Woodward, A.; Quinnett, P.; De Leo, D. (2021): Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency. Crisis, 43, 516–522. (DOI <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000794>)

Lück, M.; Melzer, M. (2020): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege – Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. BIBB/BAuA-Faktenblatt 31. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (DOI <https://doi.org/10.21934/baua:fakten20200108>)

Noyon, A., Riedel, A. & Heidenreich, T. (2026). Als Pflegefachperson eine professionelle Haltung in der Begegnung mit suizidgefährdeten Personen einnehmen, reflektieren und bewahren. In: A. Riedel, T. Heidenreich, K. Klotz, P. M. Haug (Hrsg.). Suizidprävention in der Pflege. Verantwortung und Rolle der Pflegefachpersonen. (<https://doi.org/10.1007/978-3-662-72796-6>)

Berlin, 28.07.2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

