



**Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatriische Pflege e.V.**

An das Bundesministerium für Gesundheit,
11055 Berlin

Ulm, zum 12.07.2026

z.Hd.: Dr. Raphaela Wagner
Referat 323
Psychische und neurologische
Krankheiten

Dr. Dorothea Sauter
Präsidentin
d.sauter@dfpp.de

Per Mail an 323-SuizidPraevG@bmg.bund.de

Dr. Jacqueline Rixe
Vize-Präsidentin
j.rixe@dfpp.de

Stellungnahme der DFPP zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Jacob Helbeck
Vize-Präsident
j.helbeck@dfpp.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

Beiräte:
Dr. Michael Mayer
m.mayer@dfpp.de
Erika Lautenschlager
e.lautenschlager@dfpp.de
Robert Zappe
r.zappe@dfpp.de

die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege begrüßt, dass mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit die Suizidprävention gesetzlich gestärkt und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anerkannt werden soll. Suizidalität betrifft Menschen in existenziellen Krisen, ihre An- und Zugehörigen sowie professionell Helfende in vielen Bereichen der Versorgung.

Postanschrift
Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatriische Pflege e.V.
c/o Uwe Genge
Eichenhang 49
89075 Ulm

Der Entwurf greift wichtige Anliegen auf: die Einrichtung einer Bundesfachstelle, die Perspektive einer bundesweit einheitlichen Krisenrufnummer, den Ausbau und die bessere Vernetzung von Krisendiensten, die Verbesserung der Datenlage, Methodenrestriktion, Qualitätsentwicklung, Forschung sowie Fort- und Weiterbildungsangebote. Diese Ansätze sind aus Sicht der DFPP ausdrücklich zu unterstützen. Damit diese Strukturen in der Versorgungspraxis wirksam werden, sollten sie jedoch verbindlicher, versorgungsnäher und unter systematischem Einbezug der Pflege und ihrer fachlichen Expertise weiterentwickelt werden.

Bankverbindung
Sparkasse Ulm
BLZ 63050000
Konto 21188994

Pflegefachpersonen begegnen Menschen in suizidalen Krisen in zahlreichen Versorgungsbereichen: stationär, teilstationär, ambulant, aufsuchend, in der Langzeitpflege, in Notaufnahmen sowie an Übergängen zwischen unterschiedlichen Hilfesystemen. Häufig sind sie frühe, kontinuierliche oder besonders nah verfügbare Ansprechpersonen. Sie übernehmen intensive Begleitung, hochfrequente Kontakte, aufsuchende Unterstützung, 1:1-Begleitung, Beziehungsgestaltung, Alltagsstabilisierung und Übergangssicherung. Diese Aufgaben sind kein ergänzender Beitrag, sondern entsprechen dem

IBAN:
DE94 6305 0000 0021 1889 94
BIC:
SOLADES1ULM

AG Köln
VR 17301

zentralen Handlungsauftrag der Pflegeprofession. Die (psychiatrische) Pflege verbindet Beziehungsgestaltung, Sorge, Schutz und Sicherheit mit Therapieunterstützung, Befähigung, Recovery-Orientierung und Alltagsnähe. Sie bezieht das soziale Umfeld ein, nimmt bio-psycho-soziale Belastungen wahr und ist besonders häufig in hochvulnerablen Situationen präsent. Damit trägt Pflege wesentlich dazu bei, suizidgefährdete Menschen im Lebensalltag zu erreichen, therapeutische Strategien in Alltagshandeln zu übersetzen und präventive Maßnahmen wirksam zu unterstützen.

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf die Regelungen, zu denen die DFPP aus pflegefachlicher Perspektive Änderungs- und Ergänzungsbedarf sieht.

Zu § 3 SuizidPrävG-E: Bundesfachstelle langfristig absichern

Die geplante Bundesfachstelle für Suizidprävention ist ein wichtiger und notwendiger Schritt. Sie kann dazu beitragen, bestehende Strukturen sichtbar zu machen, Akteur:innen zu vernetzen, Qualitätsstandards zu entwickeln und den Wissenstransfer in die Praxis zu fördern.

Kritisch ist jedoch, dass die Bundesfachstelle zunächst auf 15 Jahre befristet angelegt ist. Suizidprävention ist keine befristete Projektaufgabe. Die Bundesfachstelle sollte daher langfristig angelegt und dauerhaft finanziell sowie strukturell abgesichert werden. Ihre Wirkung wird wesentlich davon abhängen, ob sie Forschung, Versorgungspraxis, Betroffenenperspektive und Berufsgruppen mit regelmäßigem Kontakt zu suizidalen Menschen zusammenführt.

Dabei sollte sichergestellt werden, dass die Bundesfachstelle pflegerische und insbesondere psychiatrisch-pflegerische Expertise systematisch einbezieht. Pflegefachpersonen sind in vielen Versorgungsbereichen regelmäßig mit suizidalen Krisen konfrontiert und können wichtige Perspektiven zu Prävention, Krisenintervention, Beziehungsgestaltung, Nachsorge und Übergangssicherung beitragen.

Zu § 4 Satz 1 Nummer 1 SuizidPrävG-E: Krisenrufnummer mit klarer Umsetzungsperspektive verbinden

Eine zentrale, kostenfreie und bundesweit einheitliche Krisenrufnummer kann für Menschen in suizidalen Krisen sowie für An- und Zugehörige einen wichtigen niedrigschwelligen Zugang schaffen. Positiv ist, dass der Entwurf die Entwicklung eines entsprechenden Konzepts vorsieht und die Weiterleitung an regional verfügbare Krisendienste mitdenkt.

Offen bleibt jedoch, wann und mit welcher Verbindlichkeit diese Rufnummer eingeführt werden soll. Aus Sicht der DFPP braucht es neben der Konzeptentwicklung eine klare Umsetzungsperspektive und einen nachvollziehbaren Zeitrahmen. Ihre Wirkung entfaltet eine solche Rufnummer nur, wenn sie mit erreichbaren, ausreichend qualifizierten und regional handlungsfähigen Krisendiensten verbunden ist. Hierbei können aus den Erfahrungen der Telefonseelsorge sowie regional verfügbarer Krisendienste und Krisenteams wichtige Erkenntnisse gezogen werden.

Zu § 4 Satz 1 Nummern 3, 7 und 8 SuizidPrävG-E: Qualitätsstandards und Fortbildung praxisnah entwickeln

Der Entwurf sieht vor, dass die Bundesfachstelle allgemeine und zielgruppenspezifische Informationen entwickelt, Qualitätskriterien und -standards bereitstellt sowie unter Einbeziehung von Berufsverbänden und Kammern Rahmenempfehlungen für Fort- und Weiterbildungsangebote erarbeitet. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen.

Aus Sicht der DFPP sollte in § 4 Satz 1 Nummer 8 ausdrücklich auf interdisziplinär und trialogisch ausgerichtete Fort- und Weiterbildungsangebote Bezug genommen werden. Solche Formate sind in Deutschland bislang nicht regelhaft etabliert. Gerade im Umgang mit Suizidalität ist der gemeinsame Austausch der beteiligten Berufsgruppen sowie die Einbeziehung von Menschen mit eigener Krisen- und Suizidalitätserfahrung sowie von An- und Zugehörigen jedoch ein wesentlicher Faktor für die Verbesserung der Versorgungspraxis. Suizidprävention braucht eine gemeinsame Sprache, abgestimmte Konzepte und klare Verantwortlichkeiten.

Damit Fort- und Weiterbildungsangebote wirksam werden, sollten sie über allgemeine Sensibilisierung hinausgehen und konkrete Handlungssicherheit fördern: im Erkennen suizidaler Dynamiken, in Gesprächsführung und Krisenintervention, in Sicherheitsplanung, Angehörigeneinbindung, Nachsorge, Postvention, rechtlichen Fragen, interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie im Selbstschutz und in der Selbstfürsorge der Helfenden. Für Pflegefachpersonen braucht es dabei settingspezifische Angebote, die zugleich die besondere Expertise psychiatrischer Pflege vertiefen. Praxisnahe Formate wie Fallarbeit, Simulationen, interdisziplinäre und trialogische Reflexion, Train-the-Trainer-Ansätze sowie die Beteiligung von Menschen mit eigener Krisen- und Suizidalitätserfahrung und von An- und Zugehörigen sollten ausdrücklich einbezogen werden.

Zu § 4 Satz 1 Nummer 10 SuizidPrävG-E: Datenlage und Surveillance verbindlich weiterentwickeln

Die im Referentenentwurf vorgesehene Verbesserung der Datenlage ist ein wichtiger Schritt. Positiv ist insbesondere, dass die Bundesfachstelle eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige, qualitätsgesicherte Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität durchführen soll. Dabei sollen unter anderem Risikogruppen, Methoden, Mittel und Schwerpunkttore von Suiziden oder Suizidversuchen berücksichtigt werden. Auch die geplante Empfehlung für eine bundeseinheitliche Todesbescheinigung ist relevant.

Aus Sicht der DFPP sollte diese Analyse mit einer klaren Perspektive auf ein dauerhaftes, qualitätsgesichertes und datenschutzsensibles Surveillance-System verbunden werden. Dabei sollte geprüft werden, wie Suizide, Suizidversuche, Methoden, Mittel, regionale Schwerpunkttore und Hotspots verlässlich abgebildet werden können. Auch die Frage, ob und wie assistierte Suizide differenziert erfasst werden sollten, gehört aus Sicht der DFPP in diese fachliche Prüfung. Eine solche Datengrundlage ist notwendig, um Prävention regional, zielgruppenspezifisch und versorgungsnah gestalten zu können.

Das Datenmonitoring sollte nicht nur epidemiologische Merkmale erfassen, sondern auch die Versorgungsbedingungen berücksichtigen, unter denen suizidale Krisen entstehen oder sich zuspitzen. Dies ist unter anderem mit Blick auf Suizidalität im Alter relevant. Ältere, alleinlebende Männer mit funktionellen Einschränkungen, Pflege- und Unterstützungsbedarf oder prekären Lebenslagen gehören bei-

spielsweise zu den besonders gefährdeten Gruppen. Obwohl Risikofaktoren und Belastungskonstellationen in dieser Gruppe vielfach bekannt sind, werden diese Menschen von bestehenden Hilfesystemen häufig nicht ausreichend erreicht oder nicht bedarfsgerecht unterstützt. Deshalb sollte geprüft werden, welche Bedeutung Einsamkeit, eingeschränkte Teilhabe, Abhängigkeitserleben, Armut, ungedeckte Hilfebedarfe sowie Brüche zwischen den Versorgungs- und Unterstützungssystemen für suizidale Krisen haben. Auch die Reichweite und Grenzen bestehender Hilfen, einschließlich der Leistungen nach dem SGB XI, sollten dabei ausdrücklich in den Blick genommen werden.

Zu § 5 SuizidPrävG-E: Fachbeirat multiprofessionell und mit pflegefachlicher Expertise besetzen

Der Entwurf eröffnet die Beteiligung verschiedener Akteur:innen aus Praxis, Wissenschaft, Betroffenen- und Angehörigenverbänden sowie Polizei und Rettungsdienst. Dies ist grundsätzlich sinnvoll. Wie einleitend dargestellt, begegnen Pflegefachpersonen suizidalen Menschen in zahlreichen Versorgungsbereichen und bringen eine eigenständige fachliche Perspektive auf Prävention, Krisenintervention, Beziehungsgestaltung, Nachsorge und Übergangsbegleitung ein.

Diese Perspektive sollte sich auch in der Zusammensetzung des Fachbeirats widerspiegeln. Aus Sicht der DFPP sollte im Fachbeirat daher zwingend pflegerische und insbesondere psychiatrisch-pflegerische Expertise vertreten sein. Andernfalls bliebe eine große Berufsgruppe unberücksichtigt, die regelmäßig im direkten Kontakt mit suizidalen Menschen steht und zentrale Aufgaben in Begleitung, Schutz, Krisenintervention und Versorgungskontinuität übernimmt.

Darüber hinaus sollten Menschen mit eigener Krisen- und Suizidalitätserfahrung sowie An- und Zugehörige in den Fachbeirat und in weitere Beteiligungsformate einbezogen werden. Ihre Perspektive ist wesentlich, wenn Hilfen niedrigschwellig, würdevoll, erreichbar und alltagsnah gestaltet werden sollen.

Zu § 9 SuizidPrävG-E: Krisendienste fachlich rahmen und regionale Umsetzung absichern

Der Entwurf sieht vor, dass die Länder auf flächendeckende, niedrigschwellige, fachliche und bedarfsgerechte Krisendienste hinwirken. Die DFPP begrüßt die Etablierung von Krisendiensten ausdrücklich, sie adressieren eine große Versorgungslücke in Deutschland. Als Mindestanforderungen werden unter anderem ständige Erreichbarkeit sachkundiger Personen, Hilfe vor Ort, Einbindung bestehender Strukturen, Zusammenarbeit mit örtlichen Behörden, Berücksichtigung vulnerabler Gruppen und Vermittlung in weiterführende Angebote genannt. Diese Anforderungen gehen in die richtige Richtung.

Zugleich bleibt offen, wie aus diesem Rahmen tatsächlich verlässlich bestehende und finanziell abgesicherte Krisendienste in allen Ländern entstehen. Die konkrete Ausgestaltung wird wesentlich auf Landesebene erfolgen müssen. Gerade deshalb braucht es bundesweit abgestimmte Qualitätskriterien, die den Ländern Orientierung geben und regionale Unterschiede nicht weiter verfestigen.

Diese Qualitätskriterien sollten insbesondere Erreichbarkeit, Qualifikationen, multiprofessionelle Zusammensetzung, mobile Krisenintervention, (psychiatrisch-) pflegerische Expertise, Dokumentation, Übergabewege und Kooperation mit bestehenden Versorgungsstrukturen umfassen. Die Bundesfach-

stelle sollte beauftragt werden, diese Kriterien gemeinsam mit Ländern, Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Betroffenen- und Angehörigenvertretungen sowie weiteren relevanten Akteur:innen zu entwickeln.

Die im Entwurf genannte Hilfe vor Ort sollte ausdrücklich als aufsuchende, lebensweltorientierte und multiprofessionelle Krisenhilfe verstanden werden. Für viele Menschen in Krisen ist entscheidend, ob Hilfe sie in ihrer tatsächlichen Lebenswelt erreicht. Die (psychiatrische) Pflege ist hierfür eine zentrale Akteurin, etwa durch Hausbesuche, hochfrequente Kontakte, Beziehungskontinuität, Krisenintervention und Unterstützung Betroffener im Alltag.

Auch Übergänge sollten als eigener suizidpräventiver Qualitätsbereich berücksichtigt werden: nach Entlassung aus stationärer Behandlung, nach Vorstellung in der Notaufnahme, nach einem Suizidversuch, beim Wechsel zwischen stationärer, teilstationärer, ambulanter und gemeindepsychiatrischer Versorgung oder beim Übergang in Eingliederungshilfe, Pflegeeinrichtungen oder hausärztliche Versorgung. Hier braucht es verbindliche Übergaben, zeitnahe Anschlusskontakte, Krisen- und Sicherheitspläne, klare Verantwortlichkeiten und niedrigschwellige Wiederkontaktmöglichkeiten. Die Brüche in der Versorgungskontinuität gelten als weitere große Versorgungslücke in Deutschland, dies kann gerade für Menschen in Suizidalen Krisen verheerend sein. International sind oft Pflegefachpersonen mit Koordinierungsaufgaben betraut, insbesondere Community Health Nurses. Daher ist wichtig die Pflege auch als mögliche Akteurin mitzudenken.

Zu § 10 SuizidPrävG-E: Evaluation versorgungsnah und pflegebezogen ausrichten

Die vorgesehene Evaluation des Gesetzes und der Arbeit der Bundesfachstelle ist zu begrüßen. Sie sollte neben strukturellen Effekten auch versorgungsnah und pflegebezogene Kriterien berücksichtigen.

Dazu gehören Handlungssicherheit, Qualifikation, Beziehungskontinuität, Nachsorgequalität, Arbeitsbedingungen, Belastungserleben, Supervision, Nachbesprechungskultur und die Wirkung pflegefachlicher Interventionen in stationären, ambulanten und aufsuchenden Settings. Nur so lässt sich beurteilen, ob die vorgesehenen Strukturen tatsächlich in der Versorgungspraxis ankommen und die Arbeit mit suizidalen Menschen verbessern.

Zu Artikel 2, § 64f SGB V-E: Modellvorhaben multiprofessionell anlegen und Verstetigung mitdenken

Die Einführung von Modellvorhaben im SGB V ist grundsätzlich sinnvoll. Der Entwurf greift wichtige Versorgungsfragen auf, insbesondere die Vernetzung psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung, der Notfallversorgung, der Krisendienste, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sozialpsychiatrischer Dienste sowie die systematische Betreuung nach einem Suizidversuch.

Die im Entwurf genannte psychotherapeutische Krisenkurzintervention ist ein wichtiger Baustein. Sie sollte jedoch eingebettet sein in multiprofessionelle Anschlussstrukturen mit zeitnahen Kontaktangeboten, Sicherheitsplanungen, Angehörigeneinbindung, Alltagsstabilisierung, Case Management und verbindlichem Übergangsmanagement. Viele psychotherapeutische Interventionen können durch verschiedene Berufsgruppen erbracht werden, daher muss die Konzipierung dieser Hilfen professionsübergreifend erfolgen. Pflegefachliche und aufsuchende Interventionen sollten in Modellvorhaben ausdrücklich mitgedacht werden.

Damit Modellvorhaben nicht isoliert bleiben, sollte bereits in der Planung eine Perspektive auf Verstetigung und Überführung erfolgreicher Ansätze in die Regelversorgung mitgedacht werden. Dabei sollten neben psychotherapeutischen Interventionen auch pflegefachliche, aufsuchende, koordinierende, sozialpsychiatrische und gemeindepsychiatrische Modelle berücksichtigt werden.

Fazit

Der Referentenentwurf setzt wichtige strukturelle Grundlagen für eine stärkere nationale Suizidprävention. Damit diese in der Versorgungspraxis wirksam werden, sollten sie verbindlicher, versorgungsnäher und dauerhaft tragfähig gestaltet werden. Zentral sind aus Sicht der DFPP eine klare Umsetzungsperspektive für die Krisenrufnummer, bundesweit abgestimmte Qualitätskriterien für Krisendienste, eine nachhaltige Daten- und Evaluationsstruktur, die Verstetigung erfolgreicher Modellvorhaben, praxisnahe Fortbildungsangebote und der systematische Einbezug von Pflegefachpersonen und insbesondere psychiatrischer Pflegepersonen.

Suizidprävention gelingt dort, wo Menschen in Krisen nicht nur informiert oder weitervermittelt werden, sondern verlässlich Beziehung, Begleitung, Erreichbarkeit, Alltagsnähe und fachlich qualifizierte Unterstützung erfahren. Diese Aspekte entsprechen dem zentralen Handlungsauftrag der Pflegeprofession. Pflegefachpersonen übernehmen in vielen Versorgungsbereichen Verantwortung für Einschätzung, Begleitung, Schutz, Beziehungsgestaltung, Alltagsstabilisierung, Nachsorge und Übergangssicherung. Die (psychiatrische) Pflege bringt hierfür besondere Expertise in Krisenintervention, engmaschiger Begleitung, aufsuchender Versorgung, Unterstützung im Lebensalltag sowie in der Sicherung von Versorgungskontinuität ein. Diese Expertise muss in den vorgesehenen Strukturen sichtbar, wirksam und zeitgemäß verankert werden.



Dr. Dorothea Sauter
Präsidentin

(gez.)
Dr. Jacqueline Rixe
Stellv. Präsidentin

(gez.)
Jacob Helbeck
Stellv. Präsident

(gez.)
Erika Lautenschlager
Beirätin

(gez.)
Dr. Michael Mayer
Beirat



Robert Zappe
Beirat