

DBfK Nordwest e.V. · Bödekerstraße 56 · 30161 Hannover

An

Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

– per E-Mail –

DBfK Nordwest e.V.Geschäftsstelle
Bödekerstraße 56
30161 HannoverRegionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad SchwartauRegionalvertretung West
Beethovenstraße 32
45128 EssenZentral erreichbar
T +49 511 696844-0
F +49 511 696844-299nordwest@dbfk.de
www.dbfk.deDatum
30.04.2024Seite
1 / 1**Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in
Schleswig-Holstein
Bericht der Landesregierung – Drucksache 20/1771**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der schriftlichen Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags zum oben genannten Bericht der Landesregierung Stellung zu nehmen.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist der größte Berufsverband in Deutschland für Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen. Zu unseren Aktivitäten gehört die Mitwirkung bei der politischen Willensbildung, die Beratung unserer Mitglieder in allen beruflichen Belangen, die Weiterentwicklung der Pflege und die Fort- und Weiterbildung für beruflich Pflegenden.

Wir möchten insbesondere auf den Berichtsteil „4.1 Hilfestrukturen für suizidgefährdete Menschen“ eingehen, da Suizidalität einerseits eng mit psychischen und psychiatrischen Erkrankungen assoziiert ist und andererseits ältere pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige davon nicht selten betroffen sind (ZQP 2021) und Pflegefachpersonen hier eine zentrale Rolle in der Suizidprävention einnehmen und noch mehr einnehmen sollten.

Unsere ausführliche Stellungnahme finden Sie anliegend.

Mit freundlichen Grüßen

Swantje Seismann-Petersen

Stellvertretende Vorsitzende des DBfK Nordwest e. V.

Stellungnahme des DBfK Nordwest e. V.

zum Bericht der Landesregierung zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein

Zusammenfassende Eingabe

Als DBfK Nordwest gehen wir insbesondere auf den Berichtsteil „4.1 Hilfestrukturen für suizidgefährdete Menschen“ ein, da Suizidalität einerseits eng mit psychischen und psychiatrischen Erkrankungen assoziiert ist und andererseits ältere pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige davon nicht selten betroffen sind (ZQP 2021). Pflegefachpersonen nehmen hier eine zentrale Rolle in der Suizidprävention ein und sollten diese künftig noch stärker einnehmen. Zudem sind beruflich Pflegende selbst als Zielgruppe für entsprechende präventive Angebote in den Blick zu nehmen.

Suizidalität ist ein gesellschaftliches Tabuthema. Unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren wirken auf eine mögliche Suizidalität. Maßnahmen zur Prävention müssen daher an verschiedenen Stellen ansetzen (ZQP 2021).

Bewertung der vorhandenen Hilfestruktur in Schleswig-Holstein

Die flächendeckende, professionelle psychotherapeutische Versorgung spielt eine zentrale Rolle bei der Suizidprävention. Ausreichend und niedrigschwellige Hilfestrukturen für suizidgefährdete Menschen sind essentiell. Nach unseren Informationen ist die Suche nach einem Therapieplatz mit erheblichen Hürden und langen Wartezeiten verbunden. Während ein Sprechstunden-Termin für eine Erstberatung über die Termin-Servicestelle innerhalb von zwei Wochen realisiert werden kann, haben viele Therapeut:innen dann Wartezeiten von drei bis sechs Monaten. So müssen Patient:innen bei der Suche nach einem Therapieplatz und Unterstützung häufig zunächst unzählige frustrierende Telefonate führen. Der damit erschwerte Zugang zu therapeutischen Angeboten ist gerade für Menschen mit Depressionen, die als Hauptursache für Suizide bekannt ist, eine z.T. unüberwindbare Hürde. Unabhängig davon, dass Suizidprävention viel früher ansetzen muss und nicht erst, wenn der Leidensdruck und gleichzeitig der Wunsch nach Hilfe durch die Betroffenen hoch genug sind, weist der Bericht darauf hin, dass die Zahl der kassenzugelassenen Psychotherapeut:innen seit 2013 kontinuierlich erhöht worden sei. Es fällt allerdings auf, dass die Zahl, der in Schleswig-Holstein tätigen kassenzugelassenen Psychotherapeut:innen je 100.000 Einwohner fast 20 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Darüber hinaus ist es für die Bewertung der Versorgungssituation elementar, in welchem zeitlichen Umfang die Psychotherapeut:innen tätig sind. Aus der Erhöhung der Anzahl der zugelassenen

Therapeut:innen kann nicht per se geschlussfolgert werden, dass in diesem Maß mehr Therapietermine zur Verfügung stünden. Somit wäre es hilfreich, wenn die Kassenärztliche Vereinigung (KV) regelmäßig den Tätigkeitsumfang der Psychotherapeut:innen ermitteln würde.

Was uns darüber hinaus sehr verwundert, ist, dass unter Punkt „4.1 Hilfestrukturen für suizidgefährdete Menschen“ mit keinem Wort auf die psychiatrische häusliche Krankenpflege eingegangen wird. Bereits 2005 hat der Gemeinsame Bundeszusammenschluss (G-BA) die psychiatrische häusliche Krankenpflege in die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien (HKP-RL) aufgenommen. Seitdem haben Versicherte einen Rechtsanspruch darauf. In Schleswig-Holstein gibt es – im Gegensatz zu anderen Bundesländern – keinen einzigen Anbieter für die psychiatrische häusliche Krankenpflege. Die Erwähnung dieses Missstandes im Landesbericht wäre geboten gewesen. Der Landtag sollte darüber in Kenntnis gesetzt werden, um zu entscheiden, ob und wie er darauf reagieren möchte, dass in Schleswig-Holstein Versicherte nicht die Möglichkeit haben, ihren Rechtsanspruch auf psychiatrische häusliche Krankenpflege wahrzunehmen und dass somit dieses gesetzlich verankertes Hilfeangebot im Bereich der Suizidprävention fehlt.

(Weitere) fehlende Hilfestrukturen für ältere und pflegebedürftige Menschen in Schleswig-Holstein

Der demografische Trend der Alterung der Gesellschaft ist auch in Schleswig-Holstein erkennbar. Laut Statistik lag im Jahr 2022 die Anzahl an Personen, die älter als 64 Jahre waren, bei rund 693.000, was nahezu einem Viertel der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins entsprach (Statista 2024a). Bis 2030 wird dieser Anteil schon bei mehr als 30 Prozent liegen. Und mehr als jede dritte Person in dieser Altersgruppe ist alleinstehend und somit potenziell von Einsamkeit und damit von einem wesentlichen Risikofaktor für Suizidalität betroffen.

Mit zunehmendem Alter steigt zudem die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen, Multimorbidität sowie für eine Abnahme der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit mitsamt den daraus oftmals folgenden Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung. Hieraus können mit fortschreitendem Alter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit resultieren. Die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensweise können hierdurch stark eingeschränkt sein – mit hohen Belastungen für die betroffenen Personen, ihre Familien und Angehörigen sowie für die Gesellschaft im Ganzen.

Familiale Strukturen im sozialräumlichen Umfeld nehmen insgesamt ab. Dies gilt für urbane als auch ländliche Räume gleichermaßen. Hieraus ergibt sich eine zunehmende komplexe Vulnerabilität, vor allem – aber nicht ausschließlich – in den älteren Bevölkerungsgruppen.

Herausforderungen einer alternden Bevölkerung in Schleswig-Holstein sind also nicht allein die Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Insbesondere im Alter nimmt die Anzahl an Ein-Personen-Haushalten zu (Destatis 2021). Dies führt häufig zu einer Vereinsamung im Alter, bei zeitgleicher Zunahme eines Pflegerisikos. Damit steigen auch die Suizidraten im höheren Lebensalter stark an, insbesondere bei Männern (RKI 2015). Die Steigerung der Suizidraten bei älteren Menschen zeigt sich bereits eindrücklich in den Jahresvergleichen mit 2012 und 2022 (Statista 2024b).

Wichtige Ressourcen im höheren Lebensalter sind zielgruppengerechte Angebote zu Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung sowie eine Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Um Suizidprävention und generell Gesundheitsförderung im Kontext einer guten Primärversorgung gestalten zu können, braucht es entsprechende Angebote für Menschen aller Altersgruppen, insbesondere aber für Menschen ab 60 Jahren. Zudem sollten insbesondere auch Menschen mit Anspruch auf Leistungen des SGB XI einbezogen und mitgedacht werden. Ihr Anspruch auf Pflegeberatung deckt in keiner Weise die Bedarfe in der primären Gesundheitsversorgung und damit der Suizidprävention ab, da Pflegeberatungen nach SGB XI häufig auch von sozialrechtlich ausgebildeten Personen ohne jegliche pflegfachliche Expertise durchgeführt werden.

Eine flächendeckend einheitliche, generalisierbare Lösung, wird es für Schleswig-Holstein nicht geben. Denn das Land steht bezüglich der primären Gesundheitsversorgung und damit auch pflegerischer Handlungsfelder, wie der Suizidprävention, vor uneinheitlichen Herausforderungen: Diese stellen sich in ländlichen und eher strukturschwachen Gebieten anders dar als in den bevölkerungsreichen städtischen Regionen.

Für eine zukunftsfähige Primärversorgung braucht es generell und dringend eine Neujustierung der Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Gesundheitsprofessionen. Dabei geht es um die Erweiterung speziell pflegerischer Verantwortung zur Sicherstellung einer bedarfs- und kompetenzgerechteren Gesundheitsversorgung (DBfK 2021). Internationale Studien zeigen, dass die Erbringung von Leistungen der Primärversorgung durch Pflegefachpersonen anstelle von Ärzt:innen nicht zu einer wirtschaftlichen Mehrbelastung der jeweiligen Systeme führt. Ganz im Gegenteil zeigen sich vergleichbare oder sogar bessere Gesundheitsergebnisse und größere Zufriedenheitswerte der versorgten Menschen (Laurant et al. 2018). Pflegefachpersonen können eine entscheidende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung übernehmen und im Sinne neuer Versorgungslösungen müssen sie es auch. Community Health Nurses (CHN) sind langfristig der Schlüssel zur Sicherung der künftigen Primärversorgung. CHN sind Pflegeexpert:innen mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau, die als autonome Leistungserbringer:innen mit definiertem Zuständigkeitsbereich die primäre Gesundheitsversorgung definierter Gruppen sicherstellen. Dabei bündeln sie die Leistungserbringung und sind für eine Basisversorgung zuständig. Neben Aufgaben in der direkten Patientenversorgung (z.B. Routineversorgung bei chronischen Erkrankungen), halten sie die Fäden in der Hand und steuern die Primärversorgung (u.a. Burgi/Igl 2021; DBfK 2021; 2019a; Agnes-Karll-Gesellschaft 2018).

Kommunale Gesundheitszentren bzw. Primärversorgungszentren sind ein wesentlicher Einsatzort für die Community Health Nurses (CHN). Der Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung liegt derzeit immer noch auf der Akutbehandlung. Es fehlen sektorenübergreifende und gut erreichbare niedrighwellige Versorgungsstrukturen für Menschen mit komplexen Problemlagen, z.B. wegen chronischer Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit und/oder psychisch-sozialer Ausnahmesituationen. Lokale Primärversorgungszentren unter Mitwirkung oder Leitung von Pflegefachpersonen sind ein wichtiger Baustein für eine entwickelte Primärversorgung, die gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen umfasst und die – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine

3

multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an die Menschen bringt (Burgi/Igl 2021; Robert Bosch Stiftung 2021). Diese Zentren bieten auch Alternativen zu Krankenhäusern, die geschlossen werden könnten bzw. müssen.

Mit dem 2021 verabschiedeten Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sahen wir als DBfK bei der Übertragung heilkundlicher Aufgaben einen kleinen Schritt in diese Richtung: Denn es sollte – wenn auch mit Modellvorhaben in jedem Bundesland und einem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – etwas mehr Autonomie in der häuslichen Krankenpflege zugelassen werden. Aus unserer Sicht gilt es jedoch, für hochqualifizierte Pflegefachpersonen rahmenrechtlich die Freiräume zu gewähren, die sie aus Sicht verschiedener Gutachten (u.a. SVR 2007) schon lange haben sollten, um ihre vorhandene Kompetenz effektiv einsetzen zu können – auch im Bereich der Suizidprävention – und sie im Sinne der Substitution bzw. im Rahmen der Poolkompetenzen (Tätigkeiten, die durch mehrere Berufsgruppen übernommen werden können) autonom handeln zu lassen.

Pflegefachpersonen sind dafür prädestiniert, Verantwortung für die Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung zu übernehmen, u.a. durch Information, Schulung und Beratung. In Abstimmung mit den Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Menschen müssen Pflegefachpersonen auf dem Boden einer juristischen Normierung das Recht haben, eigenständig über die weitere Versorgung zu entscheiden. Pflegefachpersonen brauchen zudem ein verbrieftes Mitspracherecht bei Therapie-Entscheidungen. Auf der Basis expliziter Spezialisierungen (z.B. Community Health Nurses) müssen Pflegefachpersonen entsprechende Handlungsautonomie bekommen (DBfK 2021). Die Modellvorhaben gemäß GVWG liegen mittlerweile in allen Bundesländern auf Eis. Denn in dem im Dezember 2023 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Eckpunktepapier für ein Pflegekompetenzgesetz ist eine Festschreibung und Erweiterung entsprechender pflegerischer Befugnisse vorgesehen. Diese positive Entwicklung auf Bundesebene sollte in Schleswig-Holstein dafür genutzt werden, die Primärversorgung, zu der auch die Einsamkeitsprävention und -therapie sowie die Suizidprävention zählen, grundsätzlich neu zu denken. Schleswig-Holstein kann hier fortschrittlich agieren und die Chance für die Etablierung von Community Health Nursing nutzen.

Darüber hinaus wichtig: Notwendiges Wissen und Fähigkeiten in Fort- und Weiterbildungen vermitteln

Damit Pflegefachpersonen bei gefährdeten und suizidalen Menschen präventiv und unterstützend tätig sein können, brauchen sie die entsprechende Kompetenz („suicide literacy“), d.h. das entsprechende Wissen über Anzeichen, Gründe, Risiken und entsprechende Maßnahmen; dies gilt sowohl für Pflegefachpersonen in psychiatrischen Einrichtungen als auch für beruflich Pflegenden in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung sowie im akutstationären Setting, z.B. Notaufnahmen. Es muss – als Voraussetzung dafür, dass Versorgungsstrukturen überhaupt „bedient werden können“, auch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (lebenslanges Lernen) und auch Austausch-/Reflektionsmöglichkeiten (Supervision) für Pflegefachpersonen geben, davon ausgehend, dass diese mit Patient:innen bzw. Bewohner:innen und Klient:innen den engsten und häufigsten Kontakt haben.

Beruflich Pflegende als Zielgruppe für Suizidprävention in den Blick nehmen

Pflegefachpersonen sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung u.a. aufgrund der Arbeitsbedingungen eher von Burnout und Depressionen (u.a. BAuA 2020; Drupp/Meyer 2020; Kliner et al 2017; statista 2021; TK 2019) und damit den Hauptrisikofaktoren für Suizidalität betroffen. Auch hier wäre es geboten, im Rahmen der Gestaltung von Angebotsstrukturen ein besonderes Augenmerk auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen zu legen. Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Angebote durch Arbeitgeber sind dabei eine Möglichkeit. Die Verantwortung für das Wohlergehen der Berufsgruppe sollte aber auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen und deshalb nicht allein Arbeitgeber adressieren. Der DBfK hatte während der Corona-Pandemie in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer das Angebot „[Psych4Nurses](#)“ ins Leben gerufen. Wir würden es überaus begrüßen, wenn ein solches Angebot vom Land Schleswig-Holstein dauerhaft kostenlos zur Verfügung gestellt werden kann.

Wir möchten zusammenfassend nachdrücklich darauf hinweisen, dass die ambulante Versorgungsstruktur im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen und insbesondere mit Blick auf die Suizidprävention in Schleswig-Holstein verbesserungsbedürftig ist und fordern deshalb:

- 1. die Anzahl an Psychotherapeut:innen mit KV-Zulassung dem Bedarf entsprechend zu erhöhen**
- 2. zeitnah die gesetzlich geforderte psychiatrische häusliche Krankenpflege als elementarer Baustein der Suizidprävention in Schleswig-Holstein zu etablieren**
- 3. die Hilfestrukturen für ältere und pflegebedürftige Menschen sowie deren An- und Zugehörige mit dem Konzept „Community Health Nursing“ mittel- und langfristig zu etablieren**
- 4. Fort- und Weiterbildungsangebote zu suicide literacy für Pflegefachpersonen auszubauen und deutlich mehr Angebote zur Supervision zu etablieren**
- 5. auch Pflegefachpersonen als Zielgruppe für Suizidprävention in den Blick zu nehmen.**

Wir stehen als DBfK Nordwest mit unserer Expertise zu diesen Punkten sehr gerne für einen vertieften und erweiterten Austausch zur Verfügung.

Bad Schwartau, 30.04.2024

Swantje Seismann-Petersen

Stellvertretende Vorsitzende

Patricia Drube

Referentin für Langzeitpflege

Quellen

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (Hrsg.) (2018): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Online unter <https://www.dbfk.de/media/docs/CHN/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf> (26.04.2024).
- BAuA, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2020): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege - Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BIBB/BAuA-Faktenblatt 31). Online unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.html> (29.04.2024).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2023): Vorläufige Eckpunkte zum Pflegekompetenzgesetz. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf (26.04.2024).
- Burgi, M.; Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Schriften zum Sozialrecht, Band 61. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. Online unter: https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748924319.pdf?download_full_pdf=1 (26.04.2024).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2021): Positionspapier: Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Weiterentwicklung-Primaerversorgung-2021-11.pdf> (26.04.2024).
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2021): Fast 6 Millionen ältere Menschen leben allein. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_N057_12411.html (26.04.2024).
- Drupp, M.; Meyer, M. (2020): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.) (2020): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, S. 23-46. Online unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_2 (29.04.2024).
- Kliner, K.; Rennert, D.; Richter, M. (Hrsg.) (2017): Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. Online unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2019/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf (29.04.2024).
- Laurant, M.; van der Biezen M.; Wijers N.; Watananirun K.; Kontopantelis E.; van Vught, A.J.A.H (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6367893/> (26.04.2024).
- RKI, Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Einzelkapitel: Wie gesund sind die älteren Menschen? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGID/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?blob=publicationFile (26.04.2024).
- Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Online über: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland> (26.04.2024).
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007 - Kurzfassung. Online unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/> (26.04.2024).
- Statista (2024a): Anzahl der Einwohner in Schleswig-Holstein nach Altersgruppen am 31. Dezember 2022. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1096114/umfrage/bevoelkerung-schleswig-holsteins-nach-altersgruppen/> (24.04.2024).
- Statista (2024b): Suizidrate in Deutschland nach Altersgruppe in den Jahren 2012 bis 2022. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318224/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-altersgruppe/> (19.04.2024).
- Statista (2021): Entwicklung des Krankenstands ausgewählter Gesundheitsberufe in Deutschland im Jahr 2019. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/491004/umfrage/krankenstand-ausgewaehlte-gesundheitsberufe-in-deutschland/> (29.04.2024).
- TK, Techniker Krankenkasse (2019): TK-Gesundheitsreport 2019. Themenschwerpunkt: Die Gesundheit der Menschen in Pflegeberufen. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Online unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf> (29.04.2024).
- ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (2021): Suizidprävention für pflegebedürftige Menschen stärken. Online unter: <https://www.zqp.de/presse/suizidpraevention-staerken/> (26.04.2024).