

Umgang mit suizidalen Krisen im psychiatrischen Alltag

BJÖRN VÜST

Wenn man sich vor Augen führt, dass in Deutschland pro Tag circa 28 Menschen durch einen Suizid sterben, dann wird klar, dass wir eine große Aufgabe zur Prävention vor uns haben (STATISTISCHES BUNDESAMT 2024). Das Thema hat eine hohe gesellschaftliche Relevanz, was die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und suizidalen Krisen betrifft. Dazu soll eine thematische Auseinandersetzung erfolgen mit Bezug auf die empirische Befundlage und Erfahrungen des Referenten im Krankenhausalltag aus eigener psychotherapeutischer Berufstätigkeit und Forschung im Bereich Suizidalität. Im Rahmen der AGEM-Tagung wurde vor allem die Frage nach der (A)symmetrie von Beziehungen im psychiatrischen Krankenhausalltag in den Blick genommen, die auch im Zusammenhang mit suizidalen Krisen relevant ist. Die folgenden Spannungsfelder sollen hierzu genauer beleuchtet werden: 1. Krankenhausalltag und Wissenschaft, 2. Professionen untereinander und 3. Professionen und Patient*innen. Der vorliegende Artikel stellt dabei eine Mischung aus empirischer Evidenz und Erfahrungsbericht aus dem klinischen Alltag dar – ein weiteres Spannungsfeld, das den Alltag in der Arbeit mit Patient*innen wiedergibt. Die vorgelegte Darstellung fußt auf wissenschaftlicher Evidenz. Sollte keine empirische Evidenz vorliegen oder verfügbar sein, wird die Erfahrung des Referenten und damit subjektive Evidenz berichtet. Zusätzlich werden die Ergebnisse einer Ad-Hoc-Befragung unter den Teilnehmer*innen der AGEM-Tagung vorgestellt – erhoben mit dem Programm Mentimeter (2025) –, die im Rahmen des Versuchs einer Synthese zwischen den Spannungsfeldern erfasst wurden.

Spannungsfeld: Krankenhausalltag und Wissenschaft

Der Alltag eines Krankenhauses ist durch Schnelligkeit gekennzeichnet. Sei es die Verweildauer der Patient*innen (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2025), der Wechsel des Personals (KARAGIANNIDIS *et al.* 2020; PILNY & RÖSEL 2021) oder die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Störungen, vor allem bei akuten Krisen wie Krampfanfällen oder Suizidalität. In letzteren Fällen sind schnelle Entscheidungen zu treffen, die über Leben und Tod entscheiden können. Eine schnelle Reaktion mit gezielter und wirksamer Intervention ist nötig, um den Krisenzustand schnell und effizient zu managen. Die Anwendung des passenden Interventionswissens und eine leitliniengerechte Versorgung erscheinen unter den Anforderungen einer akuten Krise erschwert. Vereinfacht gesagt: entweder das Wissen „sitzt“ und man handelt automatisiert schnell oder man verliert Patient*innen. Das Denken ist in solchen Fällen von Heuristiken bestimmt und greift auf Annahmen und Mythen zurück, die damit in Krisensituationen handlungsleitend werden. Heuristiken im Umgang mit Suizidalität sind vor dem Hintergrund der Vorhersagefähigkeit und korrekten professionellen Einschätzung, wer einen Suizidversuch unternehmen wird, deutlich zu hinterfragen und kritisch zu diskutieren. Die Einschätzung, dass Personen ein hohes Risiko hätten, sich erneut suizidieren zu wollen, vertraten laut einer Studie aus dem Jahr 2019 80 % der Befragten, auch wenn kein weiterer Versuch erfolgte (WOODFORD *et al.* 2019). Im Vergleich dazu waren 70 % der Personen, die erneut einen Suizidversuch unternahmen, zuvor als gering risikobehaftet klassifiziert worden (ebd.). Zudem konnten FRANKLIN *et al.* (2017) in ihrer Studie zeigen, dass sich die Vorhersagefähigkeit von Suizidversuchen in den letzten 50 Jahren, basierend auf einer ihrer

Metaanalysen, nicht wesentlich verbessert hat. Die Rate der richtigen Vorhersagen lag bei knapp 55 % und damit etwas über der Wahrscheinlichkeit eines Münzwurfs.

Diese Studie zeigt ebenfalls, dass in der Forschung zur Vorhersage von Suiziden kaum mehrere Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden. Zudem ist anzumerken, dass wissenschaftliche Befunde schnell „altern“ (REISZ *et al.* 2022). Wenn wissenschaftliche Befunde entstehen und publiziert werden, müssen sie noch in die Praxis überführt werden. Eine gängige Praxis ist hier die Erstellung von Leitlinien. Sie enthalten im Idealfall eine breite Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien und haben eine Gültigkeit von fünf Jahren nach ihrer Veröffentlichung (RIEF *et al.* 2024). Die Anforderungen an eine solche Leitlinie sind entsprechend hoch. Eine Leitlinie zu Suizidalität existiert zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung für den Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht (AMWF 2021). Es lässt sich folgern, dass, wenn diese Leitlinien publiziert werden, die Evidenz, auf der sie beruhen, bereits länger besteht. Zudem müssen die dortigen Handlungsempfehlungen noch Einzug in die Praxis finden.

Zu allen drei Spannungsfeldern wurden auf der Tagung kurze Ad-Hoc-Befragungen per Mentimeter durchgeführt. Anwesende konnten sich per QR-Code zu der Befragung einloggen und mehrere Antworten eintragen. So ergeben sich pro Befragung mehr Angaben/Antworten als anwesende Personen. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, werden hier zu allen drei Spannungsfeldern nur die Antworten vorgestellt, die am häufigsten gegeben wurden. Die Frage nach einem Schlagwort zur Zusammenarbeit von Wissenschaft und Klinik wurde von 25 Personen mit insgesamt 41 Angaben frei beantwortet: Die häufigste Angabe (sechs Antworten) war „ausbaufähig“, sechs weitere bezeichneten die Zusammenarbeit als „notwendig“ und drei als „herausfordernd“. Zwei Befragte bekundeten einen „Bedarf“ zur Zusammenarbeit, zwei stellten eine „Ferne“ in der Zusammenarbeit fest und wiederum zwei Befragte nannten das Schlagwort „Theorie vs. Praxis“.

Best practice ist, unter der Perspektive der klinischen Anwendung von Wissen, die bereits oben

angesprochene Arbeit mit Leitlinien, um eine wissenschaftliche Fundierung der klinischen Arbeit zu gewährleisten (AWMF 2021). Sie umfassen die aktuellste Evidenz, die Fachgesellschaften und Expert*innen auf dem jeweiligen Gebiet zur Verfügung stehen. Sie werden auf Grundlage der gesammelten wissenschaftlichen Evidenz verfasst und gesichtet, und schließlich von entsprechenden Fachgruppen und -gremien für die Praxis bewertet. Damit bieten Leitlinien die bestmögliche Vereinbarung von Krankenhausalltag und Wissenschaft. Eine weitere, praxisnähere Möglichkeit ist die Nutzung aktueller Manuale. Wenngleich sich hier erneut die Problematik der Aktualität der Befunde zeigt. Pragmatisch und nah an wissenschaftlichen Ergebnissen sind Journal Clubs, die aktuelle Befunde in die Klinik bringen. Es sei angemerkt, dass die Qualität der vorgestellten Studien meist nicht kontrolliert wird und häufig nur Einzelergebnisse vorgestellt werden, die ggf. nicht oder nur begrenzt alltagsrelevant sind. Eine Synthese in diesem Spannungsfeld kann nur annäherungsweise realisiert werden.

Spannungsfeld: Professionen untereinander

Der folgende Abschnitt fasst im Wesentlichen die Aufgaben und Möglichkeiten einzelner Berufsgruppen im psychiatrischen Klinikalltag zusammen. Eine wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Zusammenarbeit und Wechselwirkungen einzelner Berufsgruppen im Klinikalltag, insbesondere in Situationen, in denen es um Suizidalität geht, ist schwer zu ermitteln. Hierzu müssten langfristige und gezielte Beobachtungen vorgenommen werden. Die ethische Vertretbarkeit solcher Beobachtungen und deren Auswertung erscheint aus Sicht des Verfassers fraglich, wenn man die subjektive Notlage und den Bedarf an Sicherheit und Schutz auf Seiten suizidaler Personen berücksichtigt. In deutschen Kliniken, die Gegenstand des vorliegenden Artikels sind, fehlen nach dem aktuellen Kenntnisstand des Verfassers Befunde zum Thema Suizidalität.

Ärzt*innen tragen aufgrund ihrer Approbation meist die rechtliche Verantwortung für die Umsetzung medizinisch-psychotherapeutischer Maß-

nahmen. Ihre Behandlungsmöglichkeiten umfassen Medikamente, andere bio-medizinische Methoden und Psychotherapie. Sie sind aufgrund ihrer fachlichen Möglichkeiten und ihrer rechtlichen Verantwortung die ersten und oft einzigen Ansprechpartner*innen bei einer suizidalen Krise. Sie leiten Verfahren gemäß dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) ein und ordnen Maßnahmen an, nach denen sich die anderen Berufsgruppen in der Klinik zu richten haben. Sie werden, verkürzt ausgedrückt, als „Kopf“ des Teams betrachtet.

Die Pflege hat meist den direktesten Patient*innenkontakt. Sie hat die Möglichkeiten (strukturell und personell), eine engmaschige Betreuung/Überwachung zu leisten, wenn eine akute suizidale Krise besteht (sogenannte 1:1-Betreuung und Meldebögen). Diese Betreuung ist jedoch bedingt durch einen zunehmenden Personalmangel gegebenenfalls zu fordernd und wird, sollte sich dieser Trend so fortsetzen, in dieser Form nicht mehr zu gewährleisten sein (PFLEGEBERUFKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019). Die Nähe zu den Patient*innen ermöglicht viele Gespräche, was Gelegenheit gibt, im unmittelbaren Kontakt viele Informationen zu sammeln. Diese sind dann jedoch mit dem Team zu teilen.

Das Aufgabenfeld der klinischen Sozialarbeit ist das 2007 eingeführte Entlassmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V). Dabei wird ein Teil der Nachsorge bereits unmittelbar bei der Aufnahme mitgeplant. Die soziale Absicherung und der Einbezug weiterer Versorger, z.B. Maßnahmen zum ambulanten betreuten Wohnen, werden beantragt und organisiert. Damit wird die Sicherung vieler wichtiger Bausteine der Lebensgrundlage der Patient*innen adressiert.

Die Aufgabe der Psychotherapie, ob ärztlich oder psychologisch, ist in den Leitlinien Nationale Versorgungsleitlinie – Unipolare Depression [S3] (SCHNEIDER, HÄRTER & SCHORR 2017), Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen [S3] (PFENNIG *et al.* 2012) Schizophrenie [S3] (GAEBEL, HASAN & FALKAI 2019a), Notfallpsychiatrie [S2k] (PAJONK, MESSER & BERZEWSKI 2019b), Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [S3] (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE 2018) und Persönlich-

keitsstörungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung) [S2] (DGPPN 2015) beschrieben. Indiziert sind Kognitive Verhaltenstherapie, Problemlösetherapie und psychodynamische Kurzzeittherapie, wobei in jedem Fall Risikofaktoren identifiziert und gemonitort werden müssen. Maßnahmen zur Prävention von weiteren suizidalen Krisen müssen ermittelt und eingeübt werden. Darüber hinaus werden Notfallinterventionen eingesetzt, um suizidale Krisen zu „unterbrechen“ und Hinweise an die entsprechenden Kolleg*innen gegeben, Nachsorge und Kontaktangebote zu ermöglichen bzw. zu regeln. Der Einbezug der Familie, die Umsetzung von Kompetenztrainings sowie die Behandlung der zugrunde liegenden Störung sind explizit Aufgaben der Intervention.

Im Rahmen der Umfrage machten 30 Personen insgesamt 60 Angaben zu ihren Wünschen bezüglich der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen bei suizidalen Krisen: „Empathie“ und „Kooperation“ erhielten jeweils sechs Stimmen. Eine „Gute Kommunikation“ wurde fünf Mal genannt. „Wertschätzung“ erhielt vier Nennungen und „Aufrichtigkeit“, „Austausch“, „Vertrauen“ und „Kommunikation“ jeweils drei.

Der Schlüssel zur Synthese ist in diesem Spannungsfeld die Kooperation der Berufsgruppen. Die Aufgaben bei der Arbeit mit Patient*innen in suizidalen Krisen sind sehr unterschiedlich und durch verschiedene Möglichkeiten und Limitationen gekennzeichnet. Das Ziel in der multiprofessionellen Arbeit sollte es sein, die einzelnen Informationen verfügbar zu machen, Aufgaben zu teilen und ineinander greifen zu lassen. Wichtig ist auch eine gute gemeinsame Dokumentation. Diese ist nach § 630 BGB (Patientenrechtegesetz) einerseits verpflichtend und ergibt andererseits aufgrund der unterschiedlichen Wissensstände und Aufgaben der Berufsgruppen Sinn, um jederzeit auf die Informationen der anderen Professionen zugreifen zu können.

Ein deutlicher psychosozialer Vorteil ist die geteilte Verantwortung. Die subjektive Sicherheit, nicht allein mit der Krise zu sein, ist nicht nur für die Betroffenen wichtig, sondern auch für Personen in den jeweiligen Professionen (TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016; VÜST & MEISENZAHN 2022).

Spannungsfeld: Professionen und Patient*innen

Aus Sicht des medizinischen und pflegerischen Personals liegt eine professionelle Distanz zum empfundenen Leid der Patient*innen vor. Sie ergibt sich einerseits aus der Professionalisierung (Aus- und Weiterbildung, Selbsterfahrung und Supervision) und andererseits aus der Tätigkeit selbst (Behandlung einer psychischen Störung, Berufsordnung mit Abstinenzforderung in medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen). Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine Verringerung der Empathie über die Zeit der Tätigkeit (SPOHRS *et al.* 2020). Die Distanz im Sinne der emotionalen Nähe und Einfühlung kann also auch durch die Dauer der Tätigkeit bedingt sein. Damit kann sich innerhalb der professionellen Teams ein weiteres Spannungsfeld ergeben: das der menschlichen Nähe vs. der professionellen Haltung (zur therapeutischen Haltung siehe TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016 und VÜST & MEISENZAHN 2022). Entsprechende Maßnahmen zur Distanzierung – wenn der Fall einem nahe geht und man ihn „mit nach Hause nimmt“ – sind dann ebenso mitzudenken wie die Förderung von Verständnis und Empathie, wenn der Denkansatz „nur ein weiterer Suizid-Fall“ dominiert und mangelnde Empathie und Verständnis für die Patient*innen zum Ausdruck kommen.

Der professionellen Distanz steht die große subjektive Not der betroffenen Personen gegenüber. Das Erleben in suizidalen Krisen ist u.a. gekennzeichnet von Hoffnungslosigkeit (BROWN, BECK, STEER & GRISHAM 2000; PETTORRUSO *et al.* 2020), den Eindruck, nicht dazuzugehören und anderen eine Last zu sein (JOINER 2005; VAN ORDEN *et al.* 2010). Patient*innen fühlen sich mitunter vom Leben in die Knie gezwungen und gefangen in einer ausweglosen Situation (O'CONNOR 2011). Subjektiv besteht der Eindruck, in einer sehr verzweifelten Lage zu sein, keine Unterstützung zu erhalten und nicht handlungsfähig zu sein. Letzteres wird indirekt untermauert durch Studien, die zeigen, dass Personen in suizidalen Krisen nur über eingeschränkte soziale Kompetenzen verfügen (GINER *et al.* 2016). Zu bedenken ist zudem, dass Betroffene sich aus verschiedenen Gründen an unterschiedliche Professionen wenden

(Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Möglichkeiten) (AHMEDANI *et al.* 2019; MICHELMORE & HINDLEY 2012). Eine direkte und angemessene Hilfe zu erhalten ist aufgrund der eingeschränkten Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen erschwert. Zudem sprechen sie zunächst mit Personen (z.B. Angehörigen, Freunden, Kolleg*innen, Lehrer*innen), die nicht unmittelbar psychiatrisch erfahren sind und damit gegebenenfalls nicht so auf die Krise reagieren, wie es für die Betroffenen am hilfreichsten ist.

Bei der Spontanbefragung im Rahmen der Konferenz gaben 28 Personen insgesamt 56 Antworten auf die Frage „Was braucht eine gute Beziehung zu suizidalen Patient*innen?“. Mit 15 Nennungen lag „Vertrauen“ ganz vorn, gefolgt von „Empathie“ mit neun Nennungen.

Die Synthese in diesem Spannungsfeld kann eine gute therapeutische Beziehung, von der alle Berufsgruppen profitieren, bieten. Für das Fachpersonal ist es neben ihrem eigenen Rollenverständnis wichtig, sich bewusst zu machen, dass primär eine Begegnung mit einem Menschen stattfindet (LÖFFLER-STASTKA & STEINMAIR 2021; TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016; VÜST & MEISENZAHN 2022). Sollte es für professionelle Personen nicht (mehr) möglich sein, sich empathisch einzufühlen, stehen Förderungsmöglichkeiten in Form von Empathie-Trainings zur Verfügung (KELM, WOMER, WALTER & FEUDTNER 2014). Auch die Nutzung von Inter- und Supervision – und damit ein anderer Blick auf den Fall – ist zu ermöglichen und in Anspruch zu nehmen (VÜST & MEISENZAHN 2022).

Schlussfolgerung und Ausblick

Ziel dieses Aufsatzes war es, die drei Spannungsfelder, die die Tagung zum Gegenstand hatte, in Bezug auf die Arbeit mit Menschen in suizidalen Krisen zu reflektieren. Die Versorgung suizidaler Patient*innen stellt im Krankenhausalltag eine große Herausforderung dar: von der Risikoeinschätzung und der Herstellung von Sicherheit über die Durchführung von Interventionen in akuter Gefährdung bis hin zur Prävention weiterer

Krisen. Unter Berücksichtigung verschiedener Asymmetrien, die sich in der Versorgung dieser vulnerablen Gruppe ergeben, erscheinen drei Punkte wesentlich, um eine gute Versorgung zu ermöglichen: 1. Wenn man bedenkt, dass Krankenhausalltag und Wissenschaft über unterschiedliche aktuelle Befunde zur Versorgung von suizidalen Patient*innen verfügen, erscheint die Synthese in den Leitlinien, wie dies bereits erfolgt, ein guter Kompromiss und ermöglicht einen gemeinsamen Referenzrahmen. Gleiches gilt für die Erstellung und Anwendung entsprechender Behandlungsmanuale. 2. Die unterschiedlichen und zum Teil asymmetrischen Perspektiven, Kontaktmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten können die Arbeit mit Patient*innen erschweren. Eine gemeinsame Dokumentation schafft Augenhöhe und gegenseitige Transparenz. 3. Das potenzielle Gefälle in der Behandlung akut gefährdeter Personen (z.B. durch Einweisungen gegen ihren Willen oder die Führung eines Meldebogens) auf der einen und die mögliche Distanz der Behandler*innen auf der anderen Seite – sei diese durch die Profession und/oder eine veränderte emotionale Verarbeitung bedingt – können durch die Förderung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung adressiert werden. Sie stellt einen nachweislich wirksamen Faktor der Psychotherapie dar und spielt vor allem in suizidalen Krisen eine wichtige Rolle (TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016; VÜST & MEISENZAHN 2022).

Unter Berücksichtigung der Ad-Hoc-Befragungen bleiben einige Wünsche zu formulieren, die an die Wissenschaft als auch Praxis heranzutragen sind:

1. Die Asymmetrie zwischen Klinikalltag und Wissenschaft wird zwar als „notwendig“, aber auch als „ausbaufähig“ und „herausfordernd“ eingeschätzt. Wie bereits oben erwähnt, sind Leitlinien und Manuale die etablierte Schnittstelle zwischen beiden „Playern“. Aufgrund der Problematik, dass wissenschaftliche Ergebnisse schnell altern und damit die Realität mit alten Befunden nicht adäquat abgebildet werden kann, könnten zum Beispiel Projekte wie Guide2Guide verfolgt werden (PFENNIG *et al.* 2023). Hierbei handelt es

sich um „living guidelines“, also Leitlinien, die beständig und regelmäßig überarbeitet werden und auf aktuellen Ergebnissen basieren.

2. Für die Zusammenarbeit der Professionen, unter anderem der Pflege, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen, wurden „Empathie und Kooperation“, „Gute Kommunikation“ und „Wertschätzung“ genannt. Hier kann über eine gezielte Koordination (z.B. ethische Fallbesprechungen und multiprofessionelle Fokus-Team-Sitzungen mit Ausrichtung auf suizidale Patient*innen) nachgedacht werden. Eine Professionalisierung der Team-Besprechungen in Bezug auf suizidale Krisen kann über eine gemeinsame Sprache, inhaltliche und störungsspezifische Kenntnisse und Interventionsformen (aller Professionen) erfolgen. Ziel sollte eine gemeinsam entwickelte Strategie sein, die dann von den unterschiedlichen Professionen ausgeführt wird.

3. „Vertrauen“ und „Empathie“ sind die Faktoren, die zur therapeutischen Beziehung genannt wurden. Die Stärkung der therapeutischen Beziehung ist zentral. Aufgrund des krisenhaften Charakters suizidalen Erlebens und Verhaltens wird hier der Fokus ausschließlich auf die Professionen zu legen sein, um die Asymmetrie zu minimieren. Die Förderung einer therapeutischen Haltung, welche Nähe, Vertrauen und Empathie ermöglicht und dabei dennoch ausreichend professionelle Distanz wahren kann, stellt ein wesentliches Spannungsfeld dar. Hier können Supervision und Selbsterfahrung die Akteure jeder Profession unterstützen. Auch hier kann Suizidalität in den Fokus gerückt werden. Es ermöglicht allen beteiligten Professionen eine gemeinsame Sprache und Perspektive auf die Betroffenen und Verständnis für die Ansichten und Erfahrungen der anderen Berufsgruppen.

Literatur

- AHMEDANI, BRIAN K.; WESTPHAL, JOSLYN; AUTIO, KIRSTI; ELSISS, FARAH; PETERSON, EDWARD L.; BECK, ARNE; WAITZFELDER, BETH E.; ROSSOM, REBECCA C.; OWEN-SMITH, ASHLI A.; LYNCH, FRANCES; LU, CHRISTINE Y.; FRANK, CATHRINE; PRABHAKAR, DEEPAK; BRACISZEWSKI, JORDAN M.; MILLER-MATERO, LISA R.; YEH, HSUEH-HAN; HU, YONG; DOSHI, RIDDHI; WARING, STEPHEN C. & SIMON, GREGORY E. 2019. Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Preventive Medicine* 127. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.105796.
- AMWF 2021. *S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität. Leitlinien-Details*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028> [02.09.2025].
- BROWN, GREGORY K.; BECK, AARON T.; STEER, ROBERT A.; GRISHAM, JESSICA R. 2000. Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 3: 371–377. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371> [05.01.26].
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V (DGPPN) 2019a. *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- 2019b. *S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie*. Berlin & Heidelberg: Springer
- 2018. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020L_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf [25.11.2025].
- 2017. *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- 2015. *S2-Leitlinie Psychiatrie: Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Springer.
- FRANKLIN, JOSEPH C.; RIBEIRO, JESSICA D.; FOX, KATHRYN R.; BENTLEY, KATE H.; KLEIMAN, EVAN M.; HUANG, XIEYINING; MUSACCHIO, KATHERINE M.; JAROSZEWSKI, ADAM C.; CHANG, BERNARD P. & NOCK, MATTHEW K. 2017. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin* 143, 2: 187–232.
- GINER, LUCAS; JAUSSENT; ISABELLE; OLIÉ, EMILIE; BÉZIAT, SÉVERINE; GUILLAUME, SÉBASTIEN; BACA-GARCÍA, ENRIQUE & COURTET, PHILIPPE 2016. Violent and Serious Suicide Attempters: One Step Closer to Suicide? *Journal of Clinical Psychiatry* 77, 2: e244–e251.
- JOINER, THOMAS 2005. *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KARAGIANNIDIS, CHRISTIAN; JANSSENS, UWE; KRAKAU, MICHAEL; WINDISCH, WOLFRAM; WELTE, TOBIAS & BUSSE, REINHARD 2020. Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft. *Deutsches Ärzteblatt* 117, 4: 131–133.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2025. *Gesundheitsdaten. Patienten bleiben durchschnittlich 25 Tage in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen*. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17037.php#:~:text=Patienten%20bleiben%20durchschnittlich%2025%20Tage,durchschnittliche%20Verweildauer%2073%2C3%20Tage> [25.11.2025].
- KELM, ZAK; WOMER, JAMES; WALTER, JENNIFER K. & FEUDTNER, CHRIS 2014. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 14, 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219> [05.01.2026].
- LÖFFLER-STASTKA, HENRIETTE & STEINMAIR, DAGMAR 2021. Zusammenhänge zwischen Empathie, therapeutischer Haltung und Wirkeffizienz. *Neuropraxis* 24, 7: 1–5.
- MENTIMETER 2025. <https://www.mentimeter.com/de-DE> [02.09.2025].
- MICHELMORE, LISA & HINDLEY, PETER 2012. Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42, 5: 507–24.
- O'CONNOR, RORY C. 2011. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In O'CONNOR, RORY C.; PLATT, STEPHEN & GORDON, JACKI (eds) *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Bognor: John Wiley & Sons: 181–198.
- PETTORRUSO, MAURO; D'ANDREA, GIACOMO; MARTINOTTI, GIOVANNI; COCCIOLILLO, FABRIZIO; MIULI, ANDREA; DI MUZIO, ILENIA; COLLEVECCHIO, REBECCA; VERRASTRO, VALERIA; DE-GIORGIO, FABIO; JANIRI, LUIGI; DI GIANNANTONIO, MASSIMO; DI GIUDA, DANIELA & CAMARDESE, GIOVANNI 2020. Hopelessness, dissociative symptoms, and suicide risk in major depressive disorder: Clinical and biological correlates. *Brain Sciences* 10, 8: 519–530.
- PENNIG, ANDREA; BSCHOR, TOM; BAGHAI, THOMAS; BRÄUNIG, PETER; BRIEGER, PETER; FALKAI, PETER; GEISLER, DIETMAR; GIELEN, REINHARD; GIESLER, HORST; GRUBER, OLIVER; KOPP, INA; MEYER, THOMAS D.; MÖHRMANN, KARL HEINZ; MUCHE-BOROWSKI, CATHLEEN; PADBERG, FRANK; SCHERK, HARALD; STRECH, DANIEL & BAUER, MICHAEL 2012. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. *Der Nervenarzt* 83, 5: 568–586.
- SOLTMANN, BETTINA; RIEDEL-HELLER, STEFFI G.; GÜHNE, UTA; JESSEN, FRANK; BAUER, MICHAEL & SCHMITT, JOCHEN 2023. Challenges and current approaches in the development of psychiatric living guidelines in Germany. *Der Nervenarzt* 94, 7: 587–593.
- PFLIEGERUFKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019. *Pflegeberufen droht Überalterung. Wir steuern auf dramatischen Engpass zu*. <https://www.pflegeberufenkammer-sh.de/aktuelles/artikel/pflegeberufen-droht-ueberalterung-wir-steuern-auf-dramatischen-engpass-zu> [momentan nicht zugänglich].
- PILNY, ADAM & RÖSEL, FELIX 2021. Personalfluktuaton in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter

- wechselt den Job. *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten-Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag: 267–275.
- REISZ, NIKLAS; SERVEDIO, VITO D. P.; LORETO, VITTORIO; SCHUELLER, WILLIAM; FERREIRA, MÁRCIA R. & THURNER, STEFAN 2022. Loss of sustainability in scientific work. *Physics and Society* 24, 5: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2202.01505>.
- RIEF, WINFRIED; LINCOLN, TANIA; HAUZINGER, MARTIN; MARGRAF, JÜRGEN & TUSCHEN-CAFFIER, BRUNNA (eds) 2024. *Leitlinienorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- SPOHRS, JENNIFER; FISCHER, ANNA-SOPHIE; HÖNIG, KLAUS; GÜNDEL, HARALD & VON WIETERSHEIM, JÖRN 2020. Empathie in der ärztlichen Gesprächsführung ist lernbar! *MMW – Fortschritte der Medizin* 162, 3: 1–6.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2024). *Todesursachen. Suizide*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324> [02.09.2025].
- TEISMANN, TOBIAS; KOBAN, CHRISTOPH; ILLES, FRANCISKA & OERMANN, ANGELA 2016. *Psychotherapie suizidaler Patienten: Therapeutischer Umgang mit Suizidge-danken, Suizidversuchen und Suiziden*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- VAN ORDEN, KIMBERLY A.; WITTE, TRACY K.; CUKROWICZ, KELLY C.; BRAITHWAITE, SCOTT R.; SELBY, EDWARD A. & JOINER, THOMAS E. 2010. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review* 117, 2: 575–600.
- VÜST, BJÖRN & MEISENZAHN, EVA 2022. *Suizidale Krisen. Das Manual für Einzel- und Gruppensettings*. Stuttgart: Schattauer.
- WOODFORD, RACHEL; SPITAL, MATTHEW J.; MILNER, ALLISON; MCGILL, KATIE; KAPUR, NAVNEET; PIRKIS, JANE; MITCHELL, ALEX & CARTER, GREGORY 2019. Accuracy of clinician predictions of future self harm: a systematic review and meta analysis of predictive studies. *Suicide and Life Threatening Behavior* 49, 1: 23–40.
- Instrument zur Durchführung der Ad-Hoc-Umfrage
www.menti.com
www.mentimeter.com



Björn Vüst, B.A., M.Sc., ist Psychologischer Psychotherapeut (Fachkunde Verhaltenstherapie). Er studierte zunächst Pädagogik und Philosophie. Nach einem Jahr als Pädagoge und Lehrer studierte er Psychologie und absolvierte eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. In der LVR-Klinik Düsseldorf baute er mit seiner damaligen Oberärztin eine schematherapeutische Spezialstation auf. Nach der Approbation begann er eine Promotion zum Thema Suizidalität. Seine bisherige Forschung befasst sich mit Suizidalität, Schematherapie und der Wirkung von stationärer Psychotherapie. In der psychotherapeutischen Tätigkeit liegt der Fokus auf Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität unter der Anwendung von Schematherapie und Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) sowie Impact-Techniken.

Björn Vüst
 c/o Wendenburg & Kollegen
 Achenbachstraße 15
 40237 Düsseldorf
 e-mail: vuest@psychologen-duesseldorf.de