



## Faktenblatt 121

# Projektübergreifende Evaluation Suizidpräventionsprojekte, 2021–2025

AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande, SERO

### Abstract

Die übergeordnete Evaluation der PGV-Suizidpräventionsprojekte AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande und SERO verglich Ansätze, Erfolgsfaktoren, Hindernisse sowie Wirksamkeit. Alle Projekte bauten auf bewährten Massnahmen auf, passten diese an oder ergänzten sie durch neue Tools. Zentrale Elemente waren die Aufarbeitung der suizidalen Krise, das Erkennen individueller Warnsignale sowie die Entwicklung und Anwendung persönlicher Bewältigungsstrategien und Hilfsmittel. Nicht alle Projekte erreichten diese Ziele gleichermaßen, jedoch war der Bedarf bei Betroffenen und Angehörigen nach wirksamen Interventionen vorhanden. Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen wurden geschult und vernetzt. Essenziell war die interprofessionelle Zusammenarbeit, die auf Vertrauen, Informationsaustausch und klarer Rollenverteilung basierte. Flexible, auf die Zielgruppe abgestimmte Formate bei den Interventionen und niederschwellige Zugänge zu den Therapien erwiesen sich als besonders wirksam. Bei einer Weiterführung der Suizidpräventionsmassnahmen müsste der Fokus verstärkt auf die Nutzung von Synergien durch konkrete Absprachen und explizite Zusammenarbeit zwischen den Projekten gelegt werden.

### 1 Suizidpräventionsprojekte: AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande, SERO

Suizide waren 2021 für 6,4% aller verlorenen Lebensjahre in der Schweiz verantwortlich (Mack et al., 2024). Gemeinsam mit anderen Akteur\*innen entwickelte der Bund den Aktionsplan Suizidprävention, der 2016 verabschiedet wurde (BAG et al., 2016). Ziel des Plans ist es, suizidale Handlungen, insbesondere während Belastungskrisen oder im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, nachhaltig zu reduzieren. Im Zuge der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie) richtete Gesundheitsförderung Schweiz eine Pro-

jektförderung zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ein (BAG, 2016; Schneider et al., 2021). Die Stiftung unterstützte gezielt Projekte in den Handlungsfeldern nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit. Das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut (Swiss

### Inhaltsverzeichnis

1	Suizidpräventionsprojekte: AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande, SERO	1
2	Ausgewählte Ergebnisse	3
3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	7
4	Evaluationsdesign und Vorgehensweise	9
5	Literaturverzeichnis	9

TPH) führte in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Soziale Arbeit Freiburg (HETS-FR/HES-SO) das Mandat zur Evaluation von vier PGV-Suizidpräventionsprojekten im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz aus. Die Projekte (AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande und SERO) hatten das gemeinsame Ziel, Suizide und Suizidversuche zu reduzieren und das Selbstmanagement von Betroffenen und teilweise auch von Angehörigen/Bezugspersonen zu verbessern. Sie fokussierten auf die schwierige Übergangsphase zwischen der Entlassung aus der stationären Behandlung (stationäres Setting) und der ambulanten Behandlung nach der Rückkehr in die gewohnte Umgebung (ambulantes Setting), wobei in allen Projekten die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden sollte.

Erstmalig wurde eine projektübergreifende Evaluation durchgeführt, welche Ansätze, Erfolgsfaktoren und Hindernisse sowie Wirksamkeit und Zielerreichung der einzelnen Projekte analysierte und verglich, um Massnahmen zu verbessern und die Gestaltung zukünftiger Projekte zu optimieren. Das vorliegende Faktenblatt gibt einen Überblick über zentrale Resultate und Folgerungen aus der übergeordneten Evaluation.

Während alle vier Projekte dieselben längerfristigen Ziele verfolgten, unterschieden sie sich zum Teil deutlich in ihren Zielgruppen und Massnahmen. Drei Projekte wendeten das «Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)» an, eine vali-

dierte Kurztherapie für Personen, die einen Suizidversuch hinter sich haben (Gysin-Maillart et al., 2016; Gysin-Maillart et al., 2020). Während ASSIP Suisse Romande die Methode in der Westschweiz einführte, hatte ASSIP flex das Ziel, Betroffenen die Therapie in einem einfach zugänglichen Umfeld anzubieten, zum Beispiel zuhause, um schwer erreichbare Personen besser als bis anhin zu versorgen. AdoASSIP bezog die Familie und das Helfernetz mit ein, adaptierte eine jugendspezifische App mit integriertem Notfallplan und Symptom-Monitoring und stellte die Nachsorge der jugendlichen Zielgruppe nach der Kerntherapie sicher. Das Projekt SERO setzte andere Schwerpunkte und wendete vier teilweise bereits validierte und teilweise neu entwickelte Massnahmen an, die einzeln oder als Gesamtpaket zur Anwendung kommen. AdoASSIP, ASSIP flex und SERO waren Teil des PGV-Förderbereichs III (Anträge der Akteure aufgrund von Ausschreibungen zu spezifischen Themen) mit einer maximalen Fördersumme von 1,5 Mio. CHF. ASSIP Suisse Romande gehörte in den PGV-Förderbereich IV (Anträge der Akteure zur Verbreitung bestehender Angebote) und hatte 400 000 CHF zur Verfügung. Die Diversität, die detaillierten Handlungsfelder und Resultate der vier Projekte sind in Einzelberichten dargestellt (Rajkumar, Castelli Dransart et al., 2025a, 2025b, 2025c; Rajkumar, Hollenstein et al., 2025). Wichtige Charakteristika der Projekte sind in [Tabelle 1](#) ausgelegt.

TABELLE 1

**Übersicht über die vier Suizidpräventionsprojekte**

	<b>Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten (AdoASSIP)</b>	<b>ASSIP flex</b>	<b>Diffusion de la méthode ASSIP en Suisse romande (ASSIP Suisse Romande)</b>	<b>Suizidprävention: Einheitlich Regional Organisiert (SERO)</b>
<b>Hauptantragsteller</b>	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)	Luzerner Psychiatrie
<b>Endzielgruppen</b>	Jugendliche und junge Erwachsene mit Suizidversuch und deren Angehörige	Erwachsene (18 Jahre und älter) mit Suizidversuch und ihr Umfeld	Erwachsene (18 Jahre und älter) mit Suizidversuch	Menschen in seelischem Notzustand (suizidal) und Angehörige
<b>Kantone</b>	Aargau, Appenzell-Ausserrhodan, Appenzell-Innerrhodan, Basel-Land, Basel-Stadt, Bern, Genf, Luzern, Nidwalden, Obwalden, St. Gallen, Thurgau, Waadt, Zürich (neu: Uri, Schwyz, Zug)	Bern und in zweiter Phase Neuenburg, Waadt, Zürich	Genf, Neuenburg, Waadt	Versorgungsgebiet der Luzerner Psychiatrie: Luzern, Obwalden, Nidwalden

## 2 Ausgewählte Ergebnisse

### 2.1 Bewährte Massnahmen wurden angepasst und neue Hilfsmittel entwickelt

Die Kombination aus validierten und neuen Massnahmen der Suizidprävention erhöhte die Erfolgchancen der Projekte und erweiterte deren Wirksamkeitspotenzial. Die vier Projekte bauten auf bewährten Massnahmen auf, die sie teilweise anpassten und mit neuen Hilfsmitteln ergänzten (Tabelle 2).

Verschiedene digitale Tools (Apps, Sicherheitsplan) wurden erweitert und neu entwickelt. ASSIP Suisse Romande bildete zusätzlich Pflegefachpersonen zu ASSIP-Therapeut\*innen aus und führte regelmässige Listening Sessions mit den Therapeut\*innen durch, die den Austausch und die Vernetzung förderten. Auch die Gruppensupervisionen bei AdoASSIP dienten diesem Zweck. SERO zeichnete sich durch das Angebot eines Massnahmenbündels bestehend aus PRISM-S, Sicherheitsplan und deren

digitaler Verwendung aus. Durch die Möglichkeit, einzelne Massnahmen flexibel kombinieren zu können, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass eine Massnahme angewendet wird.

### 2.2 Das Selbstmanagement von Betroffenen verbesserte sich

Zur effektiven Selbstmanagementförderung sollen Angebote bedarfsgerecht und ganzheitlich sein (Kessler, 2021). Die vier Projekte erfüllten dieses Kriterium grösstenteils durch das langfristige Angebot der Massnahmen und den Fokus auf die Betroffenen. Die drei Dimensionen Wissen, Motivation und Handlungskompetenz wurden gezielt gefördert durch das Vermitteln von Informationen, die Anstösse zur Selbstreflexion und das Erarbeiten von Hilfsmitteln und -strategien.

Nicht bei allen Projekten wurden Betroffene und Angehörige aktiv in die Entwicklung der Therapiemassnahmen eingebunden. Dieses Kriterium wurde besonders bei SERO erfüllt, in dem sich Betroffene

TABELLE 2

#### Massnahmen und Hilfsmittel der Projekte

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
<b>Instrumente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSIP-Intervention angepasst auf Jugendliche und junge Erwachsene</li> <li>• Vorgespräch</li> <li>• Familiensitzung</li> <li>• ROBIN Z App</li> <li>• Notfallplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSIP-Intervention bei Patient*innen zuhause oder in der Klinik, stationär und ambulant</li> <li>• Notfallplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSIP-Intervention in der Westschweiz, stationär und ambulant</li> <li>• Notfallplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angepasste PRISM-S-Methode in Selbstmanagement-App</li> <li>• Sicherheitsplan</li> </ul>
<b>Schulungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung und Supervision von Therapeut*innen</li> <li>• Sensibilisierung der Akteur*innen entlang der Versorgungskette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung und Supervision von Therapeut*innen</li> <li>• Sensibilisierung von medizinischen und nichtmedizinischen Fachpersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung und Supervision von Therapeut*innen</li> <li>• Ausbildung von Supervisor*innen</li> <li>• Ausbildung von Pflegefachpersonen zu Therapeut*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRISM-S-Schulungen</li> <li>• Ensa-Erste-Hilfe-Kurse für Angehörige</li> </ul>
<b>Vernetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der Nachsorge</li> <li>• Vernetzung der Akteur*innen innerhalb der jeweiligen Kantone</li> <li>• Gruppensupervisionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung von stationären und ambulanten Diensten sowie weiteren Fachstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung von stationären und ambulanten Diensten sowie weiteren Fachstellen</li> <li>• Listening Sessions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interprofessionelle Regionalgruppen</li> <li>• Begleitgruppe als Informationsmultiplikator</li> </ul>
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Website, Flyer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Website, Flyer, Soziale Medien, Anlässe</li> <li>• Medienmitteilungen, Pressebeiträge</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsanlässe, Flyer</li> <li>• Website</li> <li>• Plakatkampagne</li> <li>• Medienarbeit</li> </ul>

(z. B. Selbsthilfegruppen als Teil der Begleitgruppe) und Angehörige bei der Entwicklung der App aktiv beteiligen konnten. Bei den anderen Projekten beschränkte sich der Einbezug auf das Einholen von Feedback ehemaliger Patient\*innen durch schriftliche Fragebögen und die mögliche Integration der Rückmeldungen. Der Einbezug der Angehörigen, der auch zur Verbesserung des Selbstmanagements beitragen soll, war besonders bei AdoASSIP durch die Vorbereitungs- und Familiensitzungen ein wichtiger Bestandteil, da hier die Angehörigen und Bezugspersonen anwesend waren.

Alle Projekte verfolgten das Ziel, die Fähigkeit zur Erkennung individueller Warnsignale zur angemessenen Reaktion in suizidalen Krisen zu fördern. Dies erfolgte durch die Erarbeitung eines Sicherheitsplans, der persönliche Warnzeichen, hilfreiche Strategien bei Krisensituationen und das verfügbare Helfersystem festhält.

Im Rahmen der ASSIP-Projekte betonten viele Betroffene den präventiven Nutzen des Sicherheitsplans. Die grosse Mehrheit der Befragten konnten nach drei Sitzungen ihre persönlichen Warnsignale identifizieren. Dennoch zeigte sich in allen Projekten, dass das frühzeitige Erkennen von Warnsignalen in kritischen Situationen und die Anwendung geeigneter Strategien oft eine Herausforderung für die Betroffenen darstellte. Nur eine Minderheit berichtete von einer erfolgreichen Umsetzung in Notsituationen und davon, bestehende Helfersysteme in Anspruch genommen zu haben.

### 2.3 Der Bedarf bei Betroffenen sowie das Interesse bei Fachpersonen waren in allen Projekten vorhanden

Es zeigte sich, dass das Interesse an Informationen und Schulungen bei den Multiplikator\*innen (Fachpersonen) sehr hoch war. Ob die Massnahmen der Projekte tatsächlich langfristig angewendet werden, bleibt indes fraglich. Die Fluktuation in diesen Berufsgruppen ist hoch, und in allen Projekten gab es Fachpersonen, die von Schulungsmassnahmen profitierten, die Massnahmen jedoch nicht oder nur kurzfristig anwendeten.

Während die angestrebten Zielzahlen bei Multiplikator\*innen mehrheitlich übertroffen wurden, erwiesen sich die Erwartungen bei Betroffenen und Angehörigen als zu hoch und konnten nicht erreicht werden (Tabelle 3). Die Rekrutierung von Betroffenen verlief hauptsächlich über interne Wege, das heisst in erster Linie über die Notfallstationen. Die vermehrte Zuweisung über externe Wege, beispielsweise Hausärzt\*innen oder selbstständige Therapeut\*innen, bedarf einer kontinuierlichen Sensibilisierung und Überzeugung der zuweisenden Fachpersonen. Wie sich zeigte, führt lediglich eine erhöhte Bekanntheit nicht zwingend zu mehr Zuweisungen (Rajkumar, Castelli Dransart et al., 2025b). An jeder Institution ist eine Schlüsselperson erforderlich, die das Projekt unterstützt, um die Prozesse langfristig zu verankern (Rajkumar, Castelli Dransart et al., 2025a).

TABELLE 3

#### Übersicht über die erreichten Personen und Vergleich mit ursprünglich ausgelegten Zielgrössen

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
<b>Betroffene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 328 Jugendliche (38,6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 598 Patient*innen angesprochen (47,6%)</li> <li>• 261 Patient*innen behandelt (87,6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 285 Patient*innen (54,8%)</li> </ul>	<i>Miteinbezogen, aber keine Zielgrösse definiert</i>
<b>Angehörige</b>	<i>Miteinbezogen, aber keine Zielgrösse definiert</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 117 Angehörige/ Bezugspersonen informiert (1,3%)</li> </ul>	<i>Nicht miteinbezogen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 163 Bezugspersonen besuchten den Ensa-Kurs (28,9%)</li> </ul>
<b>Fachpersonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 47 AdoASSIP-Therapeut*innen ausgebildet (195%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 ASSIP flex/Home Treatment Therapeut*innen ausgebildet (220%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 ASSIP-Therapeut*innen ausgebildet (206%)</li> <li>• 2 Supervisor*innen geschult (50%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1658 Fachpersonen in PRISM-S geschult (338%)</li> <li>• 21 Fachpersonen als PRISM-S-Ausbildner*in geschult</li> </ul>

## 2.4 Das Angebot des Massnahmenbündels SERO reduzierte die Rehospitalisierungsraten

Mittels einer Sekundäranalyse wurden die Daten von 2065 Patient\*innen mit erhöhtem Suizidrisiko der Luzerner Psychiatrie analysiert (Werdin et al., 2025). In dieser SERO-Zielgruppe war die Einführungsperiode des Interventionspakets mit einer Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung um 29% (95%-KI: 0.58–0.87) verbunden. Während der «Interventionsperiode», in der alle Komponenten vollständig implementiert waren, betrug die Reduktion 37% (95%-KI: 0.46–0.87). Auch die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme innerhalb von drei und sechs Monaten sank in beiden Zeiträumen statistisch signifikant. Die Reduktionen waren im Durchschnitt bei Frauen grösser als bei Männern. Bei Patient\*innen ohne oder mit geringem Suizidrisiko wurden keine statistisch signifikanten Veränderungen bei den Rehospitalisierungen beobachtet.

## 2.5 Die Anwendung und Erweiterung bereits validierter Methoden sowie der dialogische Ansatz waren entscheidende Erfolgsfaktoren

In allen Projekten war aus Sicht der Evaluation ein entscheidender Erfolgsfaktor das Interesse und die Motivation der jeweiligen Projekt-Leitenden und -Teams, die von der Wirksamkeit und Notwendigkeit ihrer Massnahmen überzeugt waren. Zu den weiteren Erfolgsfaktoren gehörten die Anwendung von bereits bestehenden und validierten Methoden, die die Chance einer breiten Akzeptanz erhöhten und Ressourcen für ergänzende Tools freigaben. Der Einbezug aller Zielgruppen in die Entwicklung und Umsetzung der Massnahmen (Dialog) bei SERO förderte deren Erfolg, da die Akzeptanz erhöht wurde, und generierte Ideen für allfällige Anpassungen. Die Einführung des Vorgesprächs verminderte die Abbruchrate bei AdoASSIP, da Inhalt und Ablauf der Therapie besser erklärt wurden und das Interesse der betroffenen Person sichergestellt wurde. Die Familiengespräche bei AdoASSIP förderten den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen. Die Möglichkeit, die ASSIP-Therapie auch im privaten Umfeld durchzuführen, erhöhte die Flexibilität des Angebots. Die Listening Sessions bei ASSIP Suisse Romande förderten den Austausch und die Vernetzung zwischen den Therapeut\*innen, da Fragen gestellt und Probleme diskutiert werden konnten. Der Einbezug von Pflegefachpersonen in

die Ausbildung vergrösserte den Pool an möglichen Interessent\*innen.

Kontinuierliche Aktivitäten zur Bekanntmachung, eine enge Zusammenarbeit der Fachpersonen (z. B. zwischen Zuweisenden und Therapeut\*innen), eine gesicherte und langfristige Finanzierung sowie das Ausschöpfen des Synergiepotenzials sind essenziell für eine erfolgreiche Weiterführung der Projekte.

## 2.6 Klare Kommunikationswege und bestehende Vertrauensverhältnisse erleichterten die interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit der involvierten Fachpersonen (Multiplikator\*innen) ist ein wesentliches Element für eine wirkungsvolle Suizidprävention (Werdin & Wyss, 2024). Besonders relevant in den vier Projekten war die Zusammenarbeit zwischen Psychiater\*innen, Psycholog\*innen/Therapeut\*innen, Pflegepersonal, Spitex und Zuweisenden wie Hausarzt\*innen.

Je nach Setting, Zielgruppe und Umsetzungsstrategie variierte die Rolle der Multiplikator\*innen zwischen den Projekten. Während in manchen Projekten die direkte Durchführung der Massnahmen im Fokus stand, übernahmen Multiplikator\*innen in anderen Kontexten auch Aufgaben in der Koordination, Informationsweitergabe oder Sensibilisierung. In allen Projekten leisteten sie damit einen wichtigen Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit, indem sie beispielsweise den Informationsfluss zwischen stationären und ambulanten Akteur\*innen sicherstellten, gemeinsame Fallbesprechungen oder Vernetzungstreffen unterstützten, Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen koordinierten und durch Sensibilisierungsarbeit ein gemeinsames Verständnis von Zielen und Rollen stärkten. [Tabelle 4](#) fasst zentrale Aufgabenbereiche und projektspezifische Schwerpunkte der Multiplikator\*innen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit zusammen. Sie verdeutlicht, wie die Fachpersonen in die praktische Umsetzung eingebunden waren, wie sie zur Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen beitrugen und welche Wirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit beobachtet wurden.

Ein Ziel war die Kontinuität der Versorgung über verschiedene Institutionen hinweg, insbesondere beim Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung.

TABELLE 4

**Aufgaben und selbsteingeschätzte Wirkungen der Multiplikator\*innen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit**

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
<b>Aufgaben/ Rollen Multiplikator*innen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuweisung von Patient*innen</li> <li>• Sicherstellung der Nachversorgung</li> <li>• Anwendung der Methode</li> <li>• Teilnahme an Schulungen</li> <li>• Schnittstellenarbeit zwischen Akteur*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von ASSIP im häuslichen Umfeld</li> <li>• Enge Koordination mit anderen Behandelnden, Informationsweitergabe</li> <li>• Teilnahme an Vernetzungstreffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von ASSIP im stationären und ambulanten Kontext</li> <li>• Gezielte Zusammenarbeit mit relevanten Akteur*innen</li> <li>• Ausbildung einzelner Fachpersonen zur Multiplikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Schulungen (PRISM-S, Ensa-Kurse)</li> <li>• Anwendung von Instrumenten (z. B. Sicherheitsplan, App)</li> <li>• Umsetzung im Versorgungsalltag</li> <li>• Weitergabe im Kolleg*innenkreis</li> </ul>
<b>Selbsteingeschätzte Wirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Versorgungskette nach Suizidversuch bei Jugendlichen</li> <li>• Klarere Rollenverteilung</li> <li>• Reduktion von Versorgungslücken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserte Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen durch niederschweligen Zugang über Home Treatment</li> <li>• Gestärkte Kooperation mit niedergelassenen Therapeut*innen</li> <li>• Förderung von Sichtbarkeit und Thematisierung von Suizidalität in Alltagskontexten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezielte Integration in bestehende Strukturen</li> <li>• Stärkere Vernetzung von Fachpersonen in der Westschweiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breite Verankerung der Instrumente über Berufsgruppen hinweg</li> <li>• Förderung eines gemeinsamen Sprachgebrauchs</li> <li>• Mehr Austausch in Weiterbildungs- und Lehrkontexten</li> </ul>

Therapeut\*innen und Zuweisende wie zum Beispiel Hausärzt\*innen oder Notfallstationen wurden oft als entscheidende Erstkontaktstellen beschrieben. Die Zusammenarbeit funktionierte besonders gut, wenn klare Kommunikationswege etabliert waren oder bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen den Fachpersonen bestand. Defizite zeigten sich in manchen Projekten beim Informationsfluss zwischen den Fachstellen oder in Fällen, in denen Berufsgruppen unterschiedliche Verständnisebenen oder Terminologien nutzten.

Pflegepersonal und Sozialarbeit waren in der Alltagsbegleitung oft eng eingebunden, auch wenn zum Beispiel Spitex-Mitarbeitende oder Beistände teils schwer erreichbar oder nicht in laufende Prozesse integriert waren. In mehreren Projekten zeigte sich zudem, dass bestehende Netzwerke durch strukturierte Interventionselemente gezielt aktiviert werden konnten – etwa durch den Einsatz von Sicherheitsplänen oder Abschlussgesprächen, die als Brücke zur Koordination dienen.

Die Mehrheit der Betroffenen wünschte sich eine intensivere Kommunikation zwischen den Fachpersonen. Ihrer Meinung nach war die Weitergabe von

Informationen zwischen den Behandelnden der regulären Versorgung und den Fachpersonen der Suizidpräventionsprogramme nicht in allen Fällen gewährleistet. Zudem berichteten viele Betroffene nach Programmende, bei der Suche nach weiterführender Unterstützung auf sich alleine gestellt gewesen zu sein.

**2.7 Kollaborative Aufarbeitung und Verständnis der suizidalen Krise: ein grosser Pluspunkt der ASSIP-Projekte**

Der kollaborative Aufarbeitungsprozess stellte eine der grössten und meisterwähnten Stärken aller ASSIP-Projekte dar. Interviews mit Betroffenen zeigten übereinstimmend auf, dass das Erzählen und Strukturieren der eigenen Geschichte halfen, die suizidale Krise zu verarbeiten.

Alle drei ASSIP-Projekte ermöglichten eine verbesserte Aufarbeitung des Erlebten durch die Reflexion eigener Gedanken, Gefühle und Handlungen. Als herausfordernd wurde in allen drei Projekten von mehreren Betroffenen das «Sich-selbst-Ansehen» innerhalb der eigenen Videosequenz, die Teil der ersten Sitzung ist, empfunden.

## 2.8 In der Partizipation der Angehörigen steckt bedeutendes Potenzial für die Weiterentwicklung der Projekte

Der Einbezug der Angehörigen stellte sich als Herausforderung dar. Nur bei AdoASSIP waren bei fast allen Jugendlichen Angehörige bei der Familiensitzung dabei. Bei ASSIP flex gab es Informationsmaterialien und Links zu weiteren Informationen (z. B. Reden kann retten) spezifisch für Angehörige und Interessierte frei zugänglich auf der Website. ASSIP Suisse Romande sah keine aktive Beteiligung der Angehörigen vor. Bei SERO konnten die Angehörigen als Notfallkontakte in die App aufgenommen und der Sicherheitsplan konnte mit ihnen geteilt werden. Die zweite Version der SERO-App enthielt zudem Tipps für eine verbesserte Selbstwirksamkeit und Handlungsstrategien für die Angehörigen. SERO bot Angehörigen zudem Gutscheine für die Ensa-Kurse an, deren Benützung jedoch weit unter den Erwartungen blieb.

Dass ein vermehrter Einbezug von Angehörigen eine zentrale Rolle für die Unterstützung der Betroffenen spielen könnte, jedoch nicht immer in der gewünschten Form erfolgte, wurde von den Betroffenen in allen Projekten erwähnt.

Angehörige betonten einerseits den Bedarf an mehr Wissen über suizidales Verhalten und verfügbare Hilfsangebote, um die Betroffenen besser unterstützen zu können, andererseits äusserten sie den Wunsch nach eigenen Gesprächs- und Unterstützungsangeboten.

## 3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die vergleichende Analyse der vier PGV-Suizidpräventionsprojekte zeigte, dass strukturierte, evidenzbasierte Kurzinterventionen zur Suizidprävention erfolgreich in unterschiedliche institutionelle Kontexte integriert werden können. Alle Projekte leisteten einen Beitrag zur Schliessung der Versorgungslücke im Bereich der Suizidprävention und boten eine wichtige Unterstützung für Betroffene und teils auch für deren Angehörige.

### Unterschiedliche Zuweisung von Betroffenen

Die Art der Rekrutierung von Betroffenen stellte sich bei den ASSIP-Projekten als wichtig für ihren Erfolg heraus: Die direkte Zuweisung über interne Notfallstellen war am effizientesten, sofern eine Person anwesend war, die das Projekt unterstützte,

oder etablierte Zuweisungsprozesse bestanden. Bei Institutionen, die auf externe Zuweisende wie zum Beispiel Hausärzt\*innen angewiesen waren, wurden weit weniger Personen rekrutiert. Da nicht alle Personen nach einem Suizidversuch auf einer Notfallstelle betreut werden, ist die externe Zuweisung bei allen Institutionen weiter zu fördern.

### Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen

Laut den Multiplikator\*innen waren eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen involvierten Berufsgruppen, geklärte Zuständigkeiten und kollegialer Austausch in allen Projekten Erfolgsfaktoren für eine verlässliche Zusammenarbeit. Es zeigte sich, dass interprofessionelle Zusammenarbeit, flexible Angebotsformate und niedrigschwellige Zugänge besonders gut funktionieren, wenn sie auf Vertrauen, hoher Schulungsqualität und klarer Rollenverteilung aufbauen. Sowohl Betroffene als auch Angehörige wünschten sich eine verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen.

### Übertragbarkeit von vereinzelt Massnahmen

In allen Projekten wurden validierte Methoden angewendet, die durch neue Tools oder Massnahmen ergänzt wurden. Wirksame Massnahmen und Tools könnten auch von anderen Projekten übernommen werden.

### Flexibilität der Therapiegestaltung

Die erfolgreiche Einführung des Vorgesprächs und einer Familiensitzung für suizidgefährdete Jugendliche innerhalb von AdoASSIP zeigte auf, dass die ASSIP-Therapie auf die jeweilige Zielgruppe angepasst werden sollte. Dies kann die Anzahl Sitzungen betreffen, aber auch die benötigte Unterstützung bei der Erarbeitung und Anwendung von Hilfsmitteln.

### Praxisorientierte Strategieerarbeitung und -umsetzung für Betroffene

Es zeigte sich in allen Projekten, dass die Erarbeitung und Anwendung individueller Bewältigungs- oder Handlungsstrategien für Betroffene ein zentrales, aber nicht für alle Teilnehmenden gleichermaßen bis zum Ende der ASSIP-Therapie erreichbares Ziel ist. Obwohl der Sicherheitsplan meistens als hilfreiches Instrument wahrgenommen wurde, berichteten viele Teilnehmende von Schwierigkeiten, in kritischen Momenten darauf zurückzugreifen.

### Stärkere Einbindung der Angehörigen

Befragte wünschten sich häufig, dass Eltern oder andere Bezugspersonen eine aktivere Rolle im Prozess, beispielsweise der Aufarbeitung des Suizidversuchs oder der Erarbeitung des Sicherheitsplans, übernehmen. Dies könnte nicht nur die Aufklärung und den Umgang mit suizidalem Verhalten verbessern, sondern auch die Unterstützung der Betroffenen in Krisensituationen intensivieren.

### Gesicherte Anschlussversorgung und nachhaltige Wirkung

Häufig geäußerte Anliegen der Befragten betrafen die nahtlose Nachbetreuung im Anschluss an das Therapieende. Dabei waren sowohl die therapeutische Begleitung als auch die Unterstützung bei der Anwendung und Integration der im Projekt erarbeiteten Strategien zur Selbsthilfe ein Bedürfnis.

Basierend auf den Evaluationsergebnissen wurden die in [Tabelle 5](#) zusammengefassten Empfehlungen zur Optimierung der Projekte abgeleitet.

TABELLE 5

### Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Anpassungen

Bereich	Handlungsoptionen/Empfehlungen
Unterschiedliche Zuweisung von Betroffenen	Um die externe Zuweisung zu ASSIP zu fördern, empfiehlt es sich, die Therapie über verschiedene Kanäle bei den zuweisenden Ärzt*innen und Therapeut*innen regelmässig in Erinnerung zu rufen. Es ist wichtig, dass an jeder Institution eine Schlüsselperson in einer wichtigen Funktion die ASSIP-Intervention fördert.
Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen	Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachpersonen sollte weiter gestärkt werden, um die Zuweisung sowie die Kontinuität und Qualität der Nachbetreuung zu sichern. Es wäre sinnvoll, die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachpersonen gezielt im Verlauf der ASSIP-Therapie anzusprechen. Auf diese Weise können Betroffene ein besseres Verständnis für ihr unterstützendes Netzwerk entwickeln und sich stärker eingebettet und begleitet fühlen.
Übertragbarkeit von einzelnen Massnahmen	Die entwickelten digitalen Produkte wie Websites und Apps lassen sich gegebenenfalls von weiteren Projekten anwenden. Die Gruppensupervisionen von AdoASSIP und die Listening Sessions von ASSIP Suisse Romande könnten auch von weiteren Projekten aufgenommen werden. Der dialogische Ansatz, den SERO konsequent anwendete, könnte auch bei den mehr von wissenschaftlicher Evidenz geprägten ASSIP-Projekten hilfreich sein, um die Akzeptanz zu fördern. Dies gilt vor allem bei der Erweiterung und Anpassung der Therapiesitzungen und Tools.
Flexibilität der Therapiegestaltung	Die Diversität der Zielgruppen (Jugendliche, schwer zugängliche Personen, ältere Menschen) bedarf einer Anpassung der ASSIP-Therapie. Dies kann die Anzahl Sitzungen betreffen, aber auch die Art der Erarbeitung und Anwendung von Hilfsmitteln.
Praxisorientierte Strategieerarbeitung und -umsetzung	Es wäre wünschenswert, einen stärkeren Fokus auf das Vorbeugen von kritischen Situationen zu legen, indem der Umgang mit Gedanken und Emotionen im Alltag thematisiert wird. Der Fokus könnte stärker auf praxisorientierte Anleitung, gezieltes Einüben der Strategien und Überprüfung der erarbeiteten Massnahmen gelegt werden, um genügend Zeit für die Verarbeitung und Umsetzung der erlernten Strategien zu gewährleisten.
Stärkere Einbindung der Angehörigen	Es wäre hilfreich, spezielle Sitzungen für Angehörige und/oder das soziale Umfeld direkt in die Therapie für Betroffene zu integrieren, um den Angehörigen eine aktivere Rolle, wenn gewünscht und therapeutisch indiziert, zu ermöglichen. Alternativ könnten Angehörige an weitere Ressourcen (z. B. den Ensa-Kurs oder Selbsthilfegruppen) innerhalb des Helfersystems verwiesen werden. Die Weitergabe psychoedukativer Inhalte an Angehörige und andere Bezugspersonen könnte zur Entstigmatisierung und zur Stärkung des unterstützenden Umfelds beitragen.
Gesicherte Anschlussversorgung und nachhaltige Wirkung	Eine engere und kontinuierlichere therapeutische Anbindung nach Abschluss der ASSIP-Therapiesitzungen könnte die nachhaltige Wirksamkeit der Intervention positiv beeinflussen. Die Möglichkeit einer zusätzlichen Sitzung zu einem späteren Zeitpunkt («Booster-Sitzung») sollte systematischer angeboten werden.

#### 4 Evaluationsdesign und Vorgehensweise

Basierend auf einem Wirkungsmodell (Abbildung 1) wurde die externe Evaluation in einem detaillierten Evaluationskonzept ausgelegt (Rajkumar et al., 2023). Das Wirkungsmodell bildet in groben Zügen die verschiedenen Evaluationsbereiche und ihren Bezug zueinander und auf die Zielgruppen ab. Es stellt ein Gedankengerüst der Gesamtevaluation dar, in dem gewisse Sachverhalte vereinfacht sind, um eine vergleichende Evaluation zu ermöglichen. Die Evaluation orientierte sich bei ihrem Vorgehen am Dokument «Wirkungsevaluation von Interventionen» von Gesundheitsförderung Schweiz (Fässler & Studer, 2018). Die erhobenen Daten und die Methodik zur externen Evaluation sind nachfolgend zusammenfassend dargestellt (Tabelle 6, Tabelle 7). Die externe Evaluation umfasste die Projektlaufzeit von Projektbeginn im Januar 2021 bis Ende 2024.

#### 5 Literaturverzeichnis

- BAG (2016). *Nationale Strategie Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, GDK & GFCH (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bundesamt für Gesundheit.
- Fässler, S. & Studer, S. (2018). *Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*, 13(3), e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
- Gysin-Maillart, A., Soravia, L. & Schwab, S. (2020). Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *J Affect Disord*, 264, 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.059>
- Kessler, C. (2021). *Qualitätsstandards & -kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung*. Bundesamt für Gesundheit.
- Mack, A., Rajkumar, S., Kofler, J. & Wyss, K. (2024). Estimating the burden of disease attributable to non-assisted suicide in Switzerland from 2009 to 2021: a secondary data analysis. *Swiss Medical Weekly*, 154(11), 3522. <https://doi.org/10.57187/s.3522>
- Rajkumar, S., Castelli Dransart, D. A., Hollenstein, E., Patt, R., Aleman, S. & Wyss, K. (2025a). *Evaluation externe du projet ASSIP Suisse Romande, Rapport final*.
- Rajkumar, S., Castelli Dransart, D. A., Hollenstein, E., Patt, R., Aleman, S. & Wyss, K. (2025b). *Externe Evaluation des PGV-Projekts AdoASSIP*. [Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz].
- Rajkumar, S., Castelli Dransart, D. A., Hollenstein, E., Patt, R., Aleman, S. & Wyss, K. (2025c). *Externe Evaluation des PGV-Projekts ASSIP flex*. [Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz].
- Rajkumar, S., Fink, G., Castelli Dransart, D. A., & Wyss, K. (2023). *Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung: Projektübergreifendes Evaluationskonzept revidiert 24. Januar 2023*.
- Rajkumar, S., Hollenstein, E., Werdin, S., Castelli Dransart, D. A., Patt, R. & Wyss, K. (2025). *Externe Evaluation des PGV-Projekts Suizidprävention: Einheitlich Regional Organisiert*. [Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz].
- Schneider, I., Trémeaud, R., Widmer Howald, F., Lörvall, K., Raso, G., Annaheim, B. & della Valle, M. (2021). *Konzept der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) 2021–2024*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Werdin, S., Fink, G., Rajkumar, S., Durrer, M., Gurtner, C., Harbauer, G., Warnke, I., & Wyss, K. (2025). Impact of four integrated self-management interventions on psychiatric readmissions in patients at suicide risk: An interrupted time series analysis in Switzerland. *Journal of Affective Disorders*, 388, 119604. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119604>
- Werdin, S. & Wyss, K. (2024). Advancing suicide prevention in Germany, Austria and Switzerland: a qualitative study. *Front Public Health*, 12, 1378481. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1378481>

Projektübergreifendes Wirkungsmodell der Suizidpräventionsprojekte

Input	Umsetzung/ Massnahmen	Output	Outcome Multiplikator*innen	Outcome Patient*innen	Impact
<p><b>Finanzielle und personelle Ressourcen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung durch GFCH: 400 000 bis 1 500 000 CHF pro Projekt; insgesamt 4 900 000 CHF</li> <li>• Eigenleistungen</li> <li>• Tagespauschalen</li> <li>• TARMED-Vergütungen</li> <li>• Einnahmen aus Dienstleistungen</li> <li>• Andere Finanzierungsquellen: Stiftungen, Kliniken</li> </ul>	<p><b>Organisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektleitung</li> <li>• Projektkoordination</li> <li>• Konsortium oder Steuergruppe</li> <li>• Begleitgruppe</li> </ul> <p><b>Prozesse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung von stationären Therapeut*innen</li> <li>• Sensibilisierung von ambulanten Fachpersonen (Psychiater*innen, Psycholog*innen, Hausärzt*innen)</li> <li>• Informationen für Betroffene und Angehörige</li> <li>• Therapieangebot für Betroffene</li> <li>• Entwicklung und Angebot von Hilfsmitteln (Apps, Sicherheitsplan) für Betroffene und Angehörige</li> </ul>	<p><b>Leistungen für Multiplikator*innen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgebildete und sensibilisierte Fachpersonen entlang der gesamten Versorgungskette</li> <li>• Informationsveranstaltungen für Fachpersonen: Zuweisende, ambulante Therapeut*innen, Psychiater*innen, Psycholog*innen, Hausärzt*innen</li> </ul> <p><b>Leistungen für Betroffene/Angehörige</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhandene Unterstützungsangebote: Apps, Notfallplan, Sicherheitsplan, Ensa-Kurse für Angehörige</li> <li>• Hauptmassnahmen: ASSIP-Sitzungen, Standardisiertes Nachsorgegespräch, Briefkontakt, Suizidrisikoeinschätzung</li> <li>• Betroffene und Angehörige wissen um Unterstützungsangebote und deren Anwendung.</li> <li>• Betroffene in den Zielgruppen haben projektspezifische Massnahmen erhalten.</li> </ul>	<p><b>Wissen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbessertes Wissen bei Gesundheitspersonal zu Projektmassnahmen (stationäre Therapeut*innen, Zuweisende usw.)</li> </ul> <p><b>Verhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermehrte Anwendung der Projektmassnahmen</li> <li>• Weitergabe der Informationen an andere Multiplikator*innen</li> </ul> <p><b>Verhältnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der multiprofessionellen Zusammenarbeit entlang der gesamten Versorgungskette</li> <li>• Etablierte Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Grundversorgung</li> <li>• Gestärkte Integrierung der Versorgungsnetzwerke</li> </ul>	<p><b>Wissen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbessertes Wissen von Angehörigen</li> </ul> <p><b>Verhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung von Unterstützungsangeboten durch Betroffene und Angehörige</li> </ul> <p><b>Verhältnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablierung eines individuellen, bedarfs- und bedürfnisgerechten Interventionsangebots</li> <li>• Vereinfachte Nutzung verfügbarer Ressourcen durch Betroffene und Angehörige</li> <li>• Verbesserung des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeit bei Betroffenen und Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen</li> <li>• Reduktion von Rehospitalisierungen (effizientere Erbringung von Gesundheitsdiensten bei suizidgefährdeten Personen)</li> <li>• Weniger Leidensdruck bei Betroffenen</li> <li>• Weniger Leidensdruck bei Angehörigen</li> </ul>

## Überblick über die Datenerhebungen der projektübergreifenden Evaluation der vier Suizidpräventionsprojekte

	Konzept	Input	Umsetzung	Outcome I	Outcome II
<b>Vorgehen</b>	Analyse von kurz- und langfristigen Zielen, Zielgruppen, geografischer Abdeckung, prioritären Interventionsbereichen aus PGV-Projektförderungskonzept und Bezug zur NCD-Strategie sowie zum Ziel V des Aktionsplans Suizidprävention des BAG	Analyse von investierten finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen	Dokumentation und Beurteilung des Umsetzungsfortschritts, der Erfolgsfaktoren, der Hindernisse und des Umgangs mit diesen	Analyse der Leistungen bei den Multiplikator*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse der Wahrnehmung der Leistungen bei Betroffenen und Angehörigen</li> <li>Analyse der Rehospitalisierungsraten (SERO)</li> </ul>
<b>Hauptfragen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Konzepten?</li> <li>Welche Ansätze wurden gewählt?</li> <li>Werden die Qualitätsstandards und Kriterien für Angebote zur Selbstmanagementförderung erfüllt?</li> <li>Sind die Grundvoraussetzungen für eine Beurteilung der WZW-Kriterien erfüllt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wo liegen die Schwerpunkte der Investitionen?</li> <li>Wie hoch sind die laufenden und die einmaligen Kosten?</li> <li>Welche Kosten werden von Gesundheitsförderung Schweiz gedeckt und welche durch Eigenleistungen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Projekte konnten den Zeitplan bezüglich der verschiedenen Massnahmen einhalten?</li> <li>Welche Faktoren begünstigten oder behinderten die Rekrutierung?</li> <li>Welche Faktoren förderten die Umsetzung?</li> <li>Wie wurde auf unvorhergesehene Probleme reagiert?</li> <li>Welche Leistungen wurden erbracht, welche Produkte liegen vor?</li> <li>Was ist die Qualität dieser Produkte?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wurden die Schulungen, Kurse und Anlässe beurteilt?</li> <li>Fühlen sich die Multiplikator*innen befähigt, das erlernte Wissen in der Praxis anzuwenden, und wenden sie es tatsächlich an?</li> <li>Wo besteht Verbesserungspotenzial, was wird als besonders positiv wahrgenommen?</li> <li>Wie werden die Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten beurteilt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Werden die Ressourcen von Betroffenen genutzt oder nicht?</li> <li>Wie einfach gestaltet sich der Zugang zu den Helfersystemen für die Betroffenen?</li> <li>Können Betroffene und Angehörige Risikosituationen besser identifizieren und dank rechtzeitiger Anwendung von persönlichen und projektspezifischen Hilfsmitteln mit Suizidalität umgehen?</li> <li>Trägt das dazugewonnene Wissen bei den Angehörigen zu einer verstärkten Unterstützung der Betroffenen bei?</li> <li>Wie wird die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten beurteilt?</li> <li>Müssen die Leistungen angepasst oder zusätzliche Leistungen erbracht werden?</li> <li>Veränderte sich die Rehospitalisierungsrate nach Einführung des SERO-Angebots?</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projektanträge</li> <li>Gespräche mit Projektträgern</li> </ul>	Jahresabrechnungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jahresberichte</li> <li>Gespräche mit Projektträgern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kursevaluationen</li> <li>Zuweisendenbefragungen</li> <li>Netzwerkanlässe</li> <li>Schulungs- und Kursunterlagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semistrukturierte Interviews mit Betroffenen und Angehörigen</li> <li>Sekundärdaten aus Luzerner Psychiatrie (SERO)</li> </ul>
<b>Analyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vergleichende Dokumentenanalyse</li> <li>Anwendung der Bewertungsmatrix zum Vergleich der Projekte mittels Qualitätsstandards 1–3</li> <li>Anwendung der Qualitätskriterien für PGV-Projekte</li> <li>Gesprächsanalyse</li> </ul>	Kostenmatrix	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auflistung und Vergleich der erbrachten Leistungen und Produkte</li> <li>Auflistung und Vergleich von Erfolgsfaktoren und Hindernissen</li> <li>Analyse der Umsetzung von Synergien und Dokumentation weiterer Synergiepotenziale</li> </ul>	Deskriptive Analysen (Anzahl Teilnehmende, demografische Angaben), Kursbeurteilung pro Dimension und Gesamtbeurteilung, qualitative Analyse der Textantworten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews</li> <li>Unterbrochene Zeitreihen-Analyse mit Sekundärdaten (SERO)</li> </ul>

TABELLE 7

## Methodentabelle und Stichprobengrößen

	Hauptfragen	Zielgruppen	Methode	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
<b>Konzept, Inputs und Prozesse (formativ)</b>	Konzept	Projektteam	Dokumentenanalyse, Diskussionen				
	Inputs und Kosten	Projektteam	Kostenanalyse				
	Projektfortschritt und Umsetzung	Projektteam	Dokumentenanalyse, Diskussionen				
	Output: Plakatkampagne	Allg. Bevölkerung	Fragebogen (online)	n.a.	n.a.	n.a.	159
<b>Outcome I – Multiplikator*innen (summativ)</b>	Zuweisungsprozesse	Zuweisende	Fragebogen (online)	39 30	n.a.	n.a.	n.a.
	Zufriedenheit mit Netzwerktreffen	ASSIP flex Therapeut*innen	Fragebogen (online oder Papier)	n.a.	6	n.a.	n.a.
	Zufriedenheit mit Suizidpräventions-symposium	Symposiumsteilnehmende	Fragebogen (online)	n.a.	73	n.a.	n.a.
	Zufriedenheit mit Informations-veranstaltungen	Interessierte Fachpersonen, Betroffene, Angehörige	Fragebogen (online oder Papier)	n.a.	58	n.a.	n.a.
	Zufriedenheit mit Schulungen	Kursteilnehmende	Fragebogen (online oder Papier)	40	90	23	294
	Netzwerke; Häufigkeit, Qualität und Wahr-nehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Erfahrungen mit AdoASSIP	Multiplikator*innen	Fragebogen (online)	100	54	n.a.	123 82
	Förderfaktoren/Barrieren der interprofes-sionellen Zusammenarbeit, Erfahrungen mit AdoASSIP	Multiplikator*innen	Interviews	4	3	3	5
<b>Outcome II – Betroffene und Angehörige</b>	Wahrnehmung der Projektleistungen	Betroffene	Interviews	13	9	15	1
	Wahrnehmung der Projektleistungen	Angehörige	Interviews	16	3	n.a.	0
	Selbstwirksamkeit, Selbstmanagement, Gesundheitskompetenz	Betroffene	Fragebogen (Papier und online)	n.a.	n.a.	n.a.	24
<b>Impact (summativ)</b>	Analyse zu Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz			n.a.	105	n.a.	n.a.

## Impressum

### Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

### Projektleitung Wirkungsmanagement

#### Gesundheitsförderung Schweiz

- Dr. Giovanna Raso, Projektleiterin Wirkungsmanagement
- Ab 2024: Dr. Ran Grünenfelder, Projektleiter Wirkungsmanagement, Grünenfelder Zumbach GmbH

### Projektverantwortliche

#### Gesundheitsförderung Schweiz

Dr. Franziska Widmer Howald, Stv. Leiterin und Projektleiterin Prävention in der Gesundheitsversorgung

### Autor\*innen

- Sarah Rajkumar, Eva Holenstein und Kaspar Wyss, Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut (Swiss TPH)
- Dolores Angela Castelli Dransart und Ramona Patt, Haute école de travail social de Fribourg, HES-SO

### Evaluationsbericht

Rajkumar, S., Hollenstein, E., Castelli Dransart, D. A., Patt, R., Aleman, S. & Wyss, K. (2025). [\*PGV-Suizidpräventionsprojekte: Schlussbericht der projektübergreifenden Evaluation\*](#) [Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz].

### Fotonachweis Titelbild

iStock

### Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 121

© Gesundheitsförderung Schweiz, September 2025

### Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz  
Wankdorffallee 5, CH-3014 Bern  
Tel. +41 31 350 04 04

[office.bern@promotionsante.ch](mailto:office.bern@promotionsante.ch)  
[www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen)