



Evaluation: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV

Schlussbericht Projektübergreifende Evaluation

Autorinnen und Autoren

- Sarah Rajkumar
- Dolores Angela Castelli Dransart
- Eva Hollenstein
- Ramona Patt
- Serjara Aleman
- Kaspar Wyss

Projektleitende der Evaluation

Gesundheitsförderung Schweiz

Dr. Giovanna Raso

Dr. Franziska Widmer Howald

Dr. Ran Grünenfelder, Grünenfelder Zumbach
GmbH

Evaluation im Auftrag von
Gesundheitsförderung Schweiz

Bern, September 2025



26. Mai 2025, revidiert 28. August 2025
Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

EVALUATION: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV

Schlussbericht
Projektübergreifende Evaluation

**Sarah Rajkumar, Dolores Angela Castelli Dransart, Eva
Hollenstein, Ramona Patt, Serjara Aleman, Kaspar Wyss**

IMPRESSUM

Vertrag 21.051	
Evaluiertes Projekt:	PGV-Suizidpräventionsprojekte: Projektübergreifende Evaluation
Laufzeit der Evaluation:	April 2021 – März 2025
Datenerhebungsperiode:	April 2021 – Dezember 2024
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung CH:	Dr. Giovanna Raso Projektleiterin Wirkungsmanagement PGV Ab 2024: Dr. Ran Grünenfelder, Grünenfelder Zumbach GmbH Dr. Franziska Widmer Howald, Stv. Leiterin und Projektleiterin PGV
Meta-Evaluation:	Das Team Prävention in der Gesundheitsversorgung bei Gesundheitsförderung Schweiz hat den Entwurf des Berichts, stützend auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards), geprüft. Die Resultate dieser Prüfung wurden den Evaluationsverantwortlichen mitgeteilt und fanden Berücksichtigung im vorliegenden Bericht. Jedoch müssen Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen nicht dem Standpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz entsprechen.
Bezug:	Gesundheitsförderung Schweiz, 3014 Bern Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv/evaluation/evaluationsberichte
Übersetzung:	-
Zitiervorschlag:	Rajkumar S, Castelli Dransart DA, Hollenstein E, Patt R, Aleman S, Wyss K, 2025. PGV-Suizidpräventionsprojekte: Schlussbericht der projektübergreifenden Evaluation [Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz].
Korrespondenzadresse:	Prof. Dr. Kaspar Wyss Kreuzstrasse 2, Swiss Tropical and Public Health Institute 4123 Allschwil, Switzerland E-Mail: kaspar.wyss@swisstph.ch

ABKÜRZUNGEN

ASSIP	Attempted Suicide Short Intervention Program
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CNP	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
HETS-FR	Haute École de Travail Social de Fribourg, HES-SO
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
LUPS	Luzerner Psychiatrie
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
QS	Qualitätsstandard
SERO	Suizidprävention: Einheitlich Regional Organisiert
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute, Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste
TAU	Treatment as Usual, Standardtherapie
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum.....	ii
Abkürzungen	iii
Inhaltsverzeichnis	iv
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vi
1. Management Summary.....	1
2. Ausgangslage und Kontext	3
3. Evaluationsgegenstand und -zweck.....	4
4. Evaluationsdesign und Methoden	5
4.1 Konzept, Inputs und Prozesse	5
4.1.1 Qualitätscheck für PGV Projekte.....	6
4.2 Outcomes	6
4.2.1 Multiplikator*innen	6
4.2.2 Betroffene und Angehörige.....	10
5. Ergebnisse.....	11
5.1 Konzept, Inputs und Prozesse	11
Die Projekte unterschieden sich in Zielgruppen, Settings und Massnahmen.....	11
Innovation: Bewährte Massnahmen wurden angepasst und neue Werkzeuge entwickelt	13
Das Selbstmanagement von Betroffenen wurde gefördert	14
Kostenanalyse (Januar 2021-Dezember 2024).....	15
Ausgelegte Massnahmen wurden planmässig umgesetzt	16
Bedarf bei Betroffenen und Angehörigen sowie das Interesse bei Fachpersonen waren entscheidende Erfolgsfaktoren	17
Die Qualitätskriterien für PGV-Projekte sind teilweise erfüllt	18
Ein gemeinsames Nachfolgeprojekt soll die Nachhaltigkeit der Projekte sichern.....	20
Weitere Themen	20
5.2 Outcomes	21
5.2.1 Multiplikator*innen	21
Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen: Schlüsselstellen, Spannungsfelder und Kooperationspotenziale	21
Erfahrungen entlang der Projektphasen: Von der Rekrutierung bis zum Follow-up	22
Projektübergreifende Erfolgsfaktoren und Herausforderungen.....	24
Wissen, Einstellung und Praxis im Vergleich: Praxisverankerung der Projekte	25
Synthese der Kursevaluationen: Hohe fachliche Qualität mit Potenzial zur Optimierung der Interaktionsmöglichkeiten	26
5.2.2 Betroffene und Angehörige.....	26

Kollaborative Aufarbeitung und Verständnis der suizidalen Krise: ein grosser Pluspunkt der ASSIP Projekte.....	26
Die Beziehung zum Therapeut*innen: ein Grundstein/Eckpfeiler der ASSIP Intervention	27
Erkennen von individuellen Warnzeichen und Umsetzung erarbeiteter Massnahmen: ein nur teilweise erreichtes Ziel	28
Kommunikation im sozialen Umfeld durch Psychoedukation: ein bedeutender Beitrag	28
Struktur der Projekte: Wunsch nach zusätzlichen Sitzungen und nach einer stärker personalisierten Outreach Betreuung	29
Partizipation der Angehörigen: vorhandener Bedarf und bedeutendes Potenzial für die Weiterentwicklung der Projekte	30
Kommunikation zwischen Fachleuten und Nachbetreuungsbedarf: wichtige Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Projekte	30
6. Schlussfolgerungen	31
7. Empfehlungen	34
8. Anhang	37
Anhang A: Fragebögen.....	37
Anhang B: Wirkungsmodell.....	38
Anhang C: Ergänzende Tabellen	39
Anhang D: Literaturverzeichnis	51

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Geographische Abdeckung der Projekte	13
Abbildung 2 Projektbezogene Erfahrungen entlang der Interventionsphasen (Rekrutierung - Angebot - Follow-up)	23

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Übersicht über die vier Suizidpräventionsprojekte	4
Tabelle 2 Übersicht über die Methodik der externen Evaluation	8
Tabelle 3 Erhebungsdaten und Profil der befragten Betroffenen und Angehörigen	11
Tabelle 4 Zielgruppen der vier Suizidpräventionsprojekte	12
Tabelle 5 Anpassungen und Erweiterungen der ASSIP Projekte	14
Tabelle 6 Verteilung der Gesamtkosten	15
Tabelle 7 Anteil der von GFCH getragenen Kosten und Eigenleistungen	15
Tabelle 8 Anteil der laufenden und einmaligen Kosten, inkl. Eigenleistungen	16
Tabelle 9 Übersicht über die erreichten Zielgruppen jedes Projekts	16
Tabelle 10 Aufgaben und Zielsetzungen der Multiplikator*innen pro Projekt	21
Tabelle 11 Beobachtete Erfolgsfaktoren in den vier PGV-Projekten	24
Tabelle 12 Beobachtete Herausforderungen in den vier PGV-Projekten	25
Tabelle 13 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Schulungen	26
Tabelle 14 Sounding Board	39
Tabelle 15 Settings, die in den Projekten einbezogen wurden	39
Tabelle 16 Prioritäre Interventionsbereiche der Projektförderung PGV 2021-2024	40
Tabelle 17 Die Projekte in Bezug auf Ziel V des BAG Aktionsplan	40
Tabelle 18 Massnahmen der Projekte	41
Tabelle 19 Entwicklung von digitalen Werkzeugen (aus Workshop Slides, aktualisiert)	42
Tabelle 20 Selbstmanagement Qualitätsstandards und ausgewählte Kriterien	43
Tabelle 21 Die angewendeten Kanäle zur Bekanntmachung	44
Tabelle 22: Kooperation zwischen Berufsgruppen pro Projekt	44
Tabelle 23: Vergleich der Dimensionen Wissen, Einstellung und Praxis nach der KAP-Logik	45
Tabelle 24: Einschätzung der Projekte anhand der PGV Qualitätskriterien	46

1. MANAGEMENT SUMMARY

Hintergrund. Im Zuge der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 richtete Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) eine Projektförderung zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ein. Zwischen 2021 und 2025 wurden vier PGV-Suizidpräventionsprojekte unterstützt: AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande und SERO. Sie hatten das gemeinsame Ziel, Suizide und Suizidversuche zu reduzieren und das Selbstmanagement von Betroffenen und teilweise auch von Angehörigen/Bezugspersonen zu verbessern, entsprechend Ziel 5 des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention (BAG/GDK/GFCH, 2016). Sie fokussierten auf die schwierige Übergangsphase zwischen der Entlassung aus der stationären Therapie und der ambulanten Behandlung und Beratung nach der Rückkehr in die gewohnte Umgebung. Die ASSIP Projekte richteten sich an Personen, die einen Suizidversuch hinter sich hatten, während SERO sein Angebot auch an Betroffene mit Suizidgedanken oder in seelischer Not richtete. Die Zielgruppen unterschieden sich zudem nach Erreichbarkeit, Altersklassen und geographischem Einzugsgebiet. Die vier Projekte bauten auf bewährten Massnahmen, die sie teilweise bedarfsgerecht anpassten oder mit neu entwickelten Werkzeugen ergänzten.

Das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) erhielt in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Soziale Arbeit Freiburg (HETS-FR/HES-SO) das Mandat von GFCH zur Einzelevaluation der vier Suizidpräventionsprojekte. Zudem wurde erstmalig eine projektübergreifende Evaluation vergeben, 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.

Methoden. Die übergeordnete Evaluation gliederte sich in eine Konzept- und Inputevaluation, sowie in Prozess- und Outcome Evaluationen. In der Konzeptevaluation wurden die Projekte unter anderem bezüglich kurz- und langfristiger Ziele, Zielgruppen und geographischer Abdeckung einander gegenübergestellt. Die Inputevaluation analysierte und verglich die investierten finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen der Projekte. Die Prozessevaluation beurteilte den Umsetzungsfortschritt und die Leistungen der Projekte in Bezug auf Erfolgsfaktoren und Hindernisse und den Umgang mit diesen. Der Fokus der Outcome Evaluation lag einerseits auf der Rolle der Multiplikator*innen, der Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und deren Erfahrungen entlang der Projektphasen. Andererseits untersuchte die Outcome Evaluation die Wahrnehmung der Programmleistungen aus Sicht von Betroffenen und Angehörigen.

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

Die Umsetzung der Massnahmen erfolgte in allen vier Einzelprojekten überwiegend planmässig. 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. Die Art der Rekrutierung von Betroffenen stellte sich bei den ASSIP Projekten als wegweisend für ihren Erfolg heraus: Die direkte Zuweisung über die interne Notfallstelle war am effizientesten. Bei Institutionen, die auf externe Zuweisende angewiesen waren, wurden weit weniger Personen rekrutiert. Der Einbezug von Angehörigen wurde nur bei AdoASSIP

konsequent durchgesetzt, bei den anderen Projekten war der Einbezug der Angehörigen entweder kein Ziel oder es gelang nicht, die ausgelegte Anzahl zu erreichen. Befragte wünschten sich häufig, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen eine aktivere Rolle im Prozess übernehmen.

Die Projekte zeichneten sich durch ihre Diversität und den Aufarbeitungsprozess aus, der den Betroffenen half, ihre Situation zu reflektieren, ihre suizidale Krise besser zu verstehen, individuelle Warnsignale zu identifizieren, angemessene Strategien anzuwenden und auf ihre Helfersysteme zurückzugreifen.

Diskussion. Projektübergreifende Vergleiche sind insbesondere bei der Umsetzung nur bedingt möglich. Je nach ausgelegten Zielen, Schwerpunkten und Vorgehensweisen ist es nicht sinnvoll, diese einander direkt gegenüberzustellen. Die Vergleichbarkeit der ASSIP Projekte ist naheliegender, da die Kernmassnahmen die gleichen sind. Der Vergleich der ASSIP Projekte zu SERO ist aufgrund der unterschiedlichen Massnahmen bisweilen beschränkt.

Die vier PGM-Suizidpräventionsprojekte setzten aufgrund der unterschiedlichen Zielgruppen mit ihren Interventionen innerhalb der nationalen Suizidprävention an unterschiedlichen Versorgungslücken an. Der Bedarf an Massnahmen zur Suizidprävention war jedoch in allen Projekten gross. Eine gut laufende Informationskampagne und die Unterstützung durch die Leitung der implementierenden Institution waren entscheidende Erfolgsfaktoren. Es zeigte sich, dass interprofessionelle Zusammenarbeit, flexible Angebotsformate und niedrighschwellige Zugänge besonders gut funktionieren, wenn sie auf Vertrauen, Schulungsqualität und einer klaren Rollenverteilung aufbauen.

Zusammenfassend zeigte sich in allen Projekten, dass die Erarbeitung und Anwendung individueller Bewältigungs- oder Handlungsstrategien ein zentrales, aber nicht für alle Teilnehmenden gleichermassen bis zum Programmschluss erreichbares Ziel ist. Beispielsweise wurde der Sicherheitsplan meistens als hilfreiches Instrument wahrgenommen. Dennoch berichteten viele Teilnehmende von Schwierigkeiten, in kritischen Momenten darauf zurückzugreifen. Zudem zeigte sich, dass das Einholen von Hilfe in Krisensituationen für viele nicht selbstverständlich ist. Gründe wie Ambivalenz, die Angst, andere zu belasten oder verurteilt zu werden, sowie Zweifel an der Verfügbarkeit von Unterstützungspersonen können hinderlich sein.

Ein häufig geäussertes Wunsch der Befragten betraf eine nahtlose Nachbetreuung im Anschluss an den Projektabschluss. Dies sowohl in Bezug auf die therapeutische Begleitung als auch auf die Unterstützung bei der Anwendung und Integration der im Projekt erarbeiteten Strategien. Die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen und Mittel für die kontinuierliche Weiterentwicklung und dauerhafte Implementierung der Projekte ist entscheidend, um ihre Wirksamkeit langfristig zu sichern und die nationale Versorgungslücke in der Suizidprävention zu schliessen.

Empfehlungen. Eine intensivere Unterstützung der Betroffenen bei der praktischen Anwendung der erarbeiteten Strategien, eine verbesserte Nachbetreuung sowie eine stärkere Einbindung der Angehörigen stellen zentrale Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Projekte dar. Bei allen Projekten könnte mehr Wert auf die Rückmeldungen von Angehörigen gelegt werden. Diese stehen bei den Zielgruppen oft an letzter Stelle, obwohl sie wertvolle Erkenntnisse liefern könnten. Ihre Beobachtungen würden eine weitere Perspektive einbringen. Die Kommunikation zwischen den Fachpersonen sollte intensiviert und präventive Unterstützungsmassnahmen für besonders herausfordernde Zielgruppen angepasst werden.

Bei einer Weiterführung der Suizidpräventionsmassnahmen müsste aufgrund der Resultate der externen Evaluation ein Fokus auf verstärkte Synergienutzung durch konkrete Absprachen und explizite Zusammenarbeit zwischen den Projekten gelegt werden. So bietet es sich an, eine gemeinsame Webseite zu entwickeln, die digitalen Applikationen zusammenzulegen und die

Sicherheitspläne zu vereinheitlichen. Auch könnten Schulungen und Fortbildungen aufeinander abgestimmt und projektübergreifend ausgeschrieben werden. Ein gemeinsames Kommunikationskonzept für die Dissemination der Methoden und der entwickelten Werkzeuge sowie für Bekanntmachungsaktivitäten wäre zudem naheliegend.

2. AUSGANGSLAGE UND KONTEXT

Die weltweite Suizidrate ist zwischen 1990 und 2021 von 14.9 auf 9.0 pro 100'000 Personen gesunken (Davis Weaver et al., 2025). Obwohl auch in der Schweiz die Suizidrate seit Mitte der 1980er Jahre rückläufig ist, wurden im Jahr 2023 721 Suizide bei Männern und 274 bei Frauen registriert (Peter & Tuch, 2024). Suizide waren 2021 für 6.4% aller verlorenen Lebensjahre in der Schweiz verantwortlich (Mack et al., 2024). Gemeinsam mit anderen Akteuren entwickelte der Bund den Aktionsplan Suizidprävention, der 2016 verabschiedet wurde (BAG/GDK/GFCH, 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 (GFCH) eine Projektförderung zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ein (BAG, 2016; Schneider et al., 2021). Die unterstützten Projekte der PGV intervenierten in sechs prioritären Interventionsbereichen mit identifiziertem hohem Handlungsbedarf, drei Hauptbereichen und drei Querschnittsbereichen. Die Stiftung unterstützte gezielt Projekte in den Handlungsfeldern nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit.

Im Jahr 2020 lancierte GFCH eine Projektausschreibung, die suizidgefährdete Patient*innen und ihre Angehörigen bei der Entlassung aus dem Spital unterstützen soll, um Suizid(versuche) und neue Hospitalisierungen zu reduzieren. Ab 2021 wurden fünf Projekte für vier Jahre mit insgesamt rund 6,5 Millionen Franken unterstützt. Ein Projekt wurde aufgrund unüberwindbarer, institutioneller Hürden nach 1.5 Jahren eingestellt. Die vier verbleibenden 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. Die Projekte setzten an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung, Sozial- und Gemeinwesen an. 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).

Während alle vier Projekte dieselben längerfristigen Ziele verfolgten, unterschieden sie sich zum Teil deutlich in ihren Zielgruppen, Massnahmen und Settings (Tabelle 4; Tabelle 15 und Tabelle 18 im Anhang). Drei Projekte wendeten die 'Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)' Intervention an, eine validierte Kurztherapie-Methode 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, das Angebot zu den Betroffenen nach Hause zu bringen, um besonders schwer zugängliche Personen zu erreichen. AdoASSIP stellte die Nachsorge Jugendlicher nach Suizidversuchen sicher, bezog neben der altersgerecht adaptierten Kurzintervention die Familie und das Helfernetz mit ein und adaptierte eine jugendspezifische App, die den Notfallplan integrierte und ein Symptom-Monitoring erlaubt. 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. ASSIP Suisse Romande gehörte in den PGV-Förderbereich IV (Anträge der Akteure zur Verbreitung bestehender Angebote) und hatte CHF 400'000 zur Verfügung.

3. EVALUATIONSgegenstand und -zweck

Das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut (Swiss TPH) erhielt in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Soziale Arbeit Freiburg (HETS-FR/HES-SO) das Mandat von GFCH zur Evaluation der vier Suizidpräventionsprojekte. Das Ziel der externen Evaluation war, folgende Evaluationsbereiche zu adressieren: Konzept, Input, Umsetzung, Output, Outcome Multiplikator*innen, Outcome Betroffene und Angehörige sowie Impact. Der vorliegende Schlussbericht bezieht sich auf die übergreifende Evaluation (Synthese-Evaluation) der vier verbleibenden Projekte und konzentriert sich auf vergleichende Aspekte. Indem zusätzlich vier separate Einzelberichte verfasst wurden, wird der Diversität und Komplexität der einzelnen Projekte, die in Tabelle 1 dargestellt sind, Rechnung getragen.

Tabelle 1 Übersicht über die vier Suizidpräventionsprojekte

	Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten (AdoASSIP)	ASSIP flex	Diffusion de la méthode ASSIP en Suisse romande (ASSIP Suisse Romande)	Suizidprävention: Einheitlich Regional Organisiert (SERO)
Hauptantragsteller	Gregor Berger Psychiatrische Universitätsklinik Zürich gregor.berger@puk.zh.ch	Anja Gysin-Maillart Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern anja.gysin@upd.unibe.ch	Stéphane Saillant Centre Neuchâtelois de Psychiatrie Stephane.Saillant@cnp.ch Laurent Michaud, CHUV-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois Laurent.Michaud@chuv.ch	Michael Durrer Luzerner Psychiatrie michael.durrer@lups.ch
Endzielgruppen	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 im seelischen Notzustand (suizidal) und Angehörige
Kantone	Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, 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

Die übergeordnete Evaluation verglich die Erkenntnisse der Einzelevaluationen und stellte diese in den Kontext der Suizidprävention in der Schweiz. Sie analysierte und verglich Ansätze, Erfolgsfaktoren und Hindernisse sowie Wirksamkeit und Zielerreichung der Projekte, um Massnahmen zu verbessern und die Entwicklung zukünftiger Projekte zu optimieren. Sie generierte evidenzbasiertes Wissen für die Integration präventiver Praktiken im Bereich der

Suizidprävention. Sie erfasste, inwieweit die vier Projekte zum Ziel V des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention ‘Suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen werden bedarfsgerecht, zeitnah und spezifisch betreut und behandelt’ beitragen. Dies wiederum soll wegweisend sein für eine nachhaltige Suizidprävention.

Basierend auf einem Wirkungsmodell (siehe Anhang B) wurde die externe Evaluation in einem detaillierten Evaluationskonzept ausgelegt (Rajkumar et al., 2023). Das Wirkungsmodell stellt in groben Zügen die verschiedenen Evaluationsbereiche und ihr Bezug zueinander und auf die Zielgruppen graphisch dar. Es zeigt die Wirkungslogik der Gesamtevaluation, indem gewisse Sachverhalte vereinfacht sind, um eine vergleichende Evaluation zu ermöglichen.

4. EVALUATIONSDESIGN UND METHODEN

Die Evaluation orientierte sich bei ihrem Vorgehen am Dokument «Wirkungsevaluation von Interventionen» von GFCH (Fässler & Studer, 2018). Die Methodik zur externen Evaluation ist nachfolgend zusammenfassend dargestellt (Tabelle 2). Die externe Evaluation der Einzelprojekte umfasste die Projektlaufzeit von Projektbeginn im Januar 2021 bis Ende 2024.

4.1 Konzept, Inputs und Prozesse

In der **Konzeptevaluation** wurden die Projekte bezüglich kurz- und langfristigen Zielen, Zielgruppen, geographischer Abdeckung, prioritären Interventionsbereichen und Bezug zur NCD-Strategie sowie zum Ziel V des Aktionsplans Suizidprävention des BAG einander gegenübergestellt. Von besonderem Interesse waren dabei die gewählten Ansätze wie beispielsweise der Einbezug von Angehörigen/des Umfelds, Sensibilisierungsaktionen, die Vernetzung der Multiplikator*innen oder die Anwendung von digitalen Applikationen. Bei den ASSIP Projekten interessierte zudem, welche Neuerungen zum ursprünglichen Projekt gemacht wurden, beispielsweise wie die Definition der Zielgruppen verändert wurde oder welche Massnahmen geändert bzw. erweitert wurden. Unter Anwendung des Leitfadens für Qualitätsstandards und –kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung des BAG wurde eingeschätzt, ob die Projekte dazu ausgelegt wurden, das Selbstmanagement von Betroffenen und Angehörigen zu fördern (Kessler, 2021). Nach Anweisung von GFCH wurden dabei nur die Qualitätsstandards (QS) 1-3 angewendet. Zu jedem QS gehören fünf Kriterien, die jedoch nicht alle relevant für die Evaluation sind. Sie werden anhand einer Dreierskala bewertet.

- QS 1 Bedarfsgerechte und ganzheitliche Angebote: 4 relevante Kriterien
- QS 2 Betroffene als Akteure auf Augenhöhe: 4 relevante Kriterien
- QS 3 Einbezug von Angehörigen: 2 relevante Kriterien

Die **Inputevaluation** analysierte und verglich die investierten finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen der Projekte. Basierend auf den jährlichen Kostenabrechnungen der Projekte wurde eine Kostenanalyse erstellt, die die Ausgaben in fünf Kategorien einteilte: Personalkosten für Management, Personalkosten für Therapeut*innen, Schulungen/Ausbildung, Infrastruktur/Material und Diverses. Dabei wurde zwischen laufenden und einmaligen Kosten unterschieden, um aufzuzeigen, welche Kosten vor allem bei der Projektinitiierung anfielen und welche wiederkehrend zu erwarten sind. Zudem zeigte die Kostenanalyse auf, wie hoch die Eigenleistungen der Projekte waren, die zusätzlich zu den von GFCH getragenen Kosten, angewendet wurden.

Die **Prozessevaluation** beurteilte den Umsetzungsfortschritt und die Leistungen (Outputs) der Projekte in Bezug auf Erfolgsfaktoren und Hindernisse und den Umgang mit diesen. Es wurde projektübergreifend verglichen, welche Massnahmen problemlos umgesetzt wurden, bei welchen

Massnahmen zeitliche Verzögerungen oder Änderungen zu den ursprünglichen Plänen entstanden und wie diese Änderungen integriert wurden.

Die externe Evaluation wurde von einem Sounding Board begleitet, das aus nationalen und internationalen Expert*innen in der Suizidprävention bestand (Tabelle 14 im Anhang). Die Mitglieder trafen sich insgesamt zweimal. Dabei wurden Ergebnisse der Evaluation präsentiert, Fragen diskutiert und Empfehlungen besprochen.

4.1.1 Qualitätscheck für PGV Projekte

Unter Anwendung des von GFCH vorgegebenen Leitfadens zur Verifizierung der Qualität («Qualitätscheck») der PGV Projekte wurden die Suizidpräventionsprojekte anhand ausgewählter, standardisierter Kriterien und Indikatoren bewertet (Widmer Howald et al., 2024). Dabei wurden diejenigen Kriterien bzw. Indikatoren evaluiert, die erfüllt sein müssen, um eine weiterführende, systematische Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) zu erlauben. Die Erfüllung der WZW-Kriterien sind eine Voraussetzung für die Übernahme von Leistungen (und/oder Medikamenten) im Schweizer Krankenversicherungsgesetz (KVG) und für eine Vergütung durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

- Vorbereitende Indikatoren für die Bewertung der Wirksamkeit
 - Q4: Die angestrebten Ziele/Outcomes sind klar definiert und überprüfbar. Die Vorgehensweise des Projekts ist mit Bezug auf vermutete Wirkungszusammenhänge nachvollziehbar begründet.
- Vorbereitende Indikatoren für die Bewertung der Zweckmässigkeit
 - Q3: Das Projekt ermöglicht eine Verbesserung der PGV gemäss dem national und international etablierten Stand des Wissens und der Praxis. Lebensqualität und Autonomie der Menschen werden entlang des individuellen Gesundheitspfads gefördert, der Behandlungsbedarf vermindert bzw. optimiert.
- Vorbereitende Indikatoren für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit
 - Q5, Indikator 5.1: Ein Konsortium (strategisches Steuergremium des Projekts) ist konstituiert und
 - umfasst Organisationen aus unterschiedlichen, für das Projekt relevanten Akteuren z. B. aus Gesundheitsversorgung, Public Health, Sozial- und Gemeinwesen, Patientenorganisationen und Finanzierern.
 - die Rollen und Aufgaben der einzelnen Konsortiums-Mitglieder sind definiert.
 - Q6, Indikator 6.8: Mindestens ein zukünftiger möglicher Finanzierungsträger (z. B. Kanton, Versicherer, Stiftung, HMO-Praxis usw.) nimmt Einsitz im Konsortium (erste Priorität) oder in der Begleitgruppe (zweite Priorität).
 - Q10: Konkrete Überlegungen, wie die präventiven Interventionen dauerhaft und kosteneffizient umgesetzt und nachhaltig finanziert werden können, sind erstellt und plausibilisiert.

4.2 Outcomes

4.2.1 Multiplikator*innen

Ein Fokus der Outcome Evaluation lag auf den Rollen der Multiplikator*innen, der Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen, den Erfahrungen entlang der Projektphasen sowie der Identifikation von Erfolgsfaktoren und Herausforderungen. Ergänzend wurden

Querschnittserkenntnisse sowie Implikationen über das Feld der Suizidprävention hinaus abgeleitet.

Für die vergleichende Analyse wurden Erkenntnisse aus allen vier Projekten berücksichtigt, wobei unterschiedliche Datengrundlagen in die Auswertung einfließen. Dazu zählten die Projektdokumentationen und -materialien, qualitative Interviewtranskripte mit Fachpersonen aus den Projekten, Ergebnisse aus den standardisierten Kursevaluationen (n=430) sowie Rückmeldungen aus projektinternen Austauschtreffen und der begleitenden Evaluation.

Zur vertieften Erfassung von Umsetzungserfahrungen, Herausforderungen und förderlichen Faktoren wurden in allen vier Projekten qualitative Interviews mit Schlüsselpersonen durchgeführt. Insgesamt wurden 15 Ärzt*innen, Psychiater*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen sowie Pflegefachpersonen, die jeweils direkt an der Umsetzung der Interventionen beteiligt waren, interviewt.

Die Auswertung der Datengrundlagen erfolgte in mehreren aufeinander abgestimmten Schritten:

1. Analyse der Projektdokumentationen und Materialien

Die vorhandenen Projektdokumentationen und begleitenden Materialien wurden systematisch ausgewertet. Zentrale Aspekte wie Zielgruppen, Rolle und Aufgaben der Multiplikator*innen, Projektphasen, Implementierungsprozesse, Schulungskonzepte sowie Ansätze zur Nachhaltigkeit wurden identifiziert und projektübergreifend verglichen.

2. Auswertung qualitativer Interviews

Die Interviews wurden semi-strukturiert auf Basis eines Gesprächsleitfadens durchgeführt, der jeweils an das Projektkonzept angepasst war. Inhaltlich standen unter anderem die praktische Umsetzung, die interprofessionelle Zusammenarbeit, wahrgenommene Erfolgsfaktoren, Herausforderungen sowie Empfehlungen im Fokus. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ziel war es, sowohl projektspezifische als auch projektübergreifende Muster und Perspektiven zu erfassen.

3. Zusammenführung der Kursevaluationen

Die Ergebnisse der standardisierten Kursevaluationen wurden zusammengefasst und im Hinblick auf übergreifende Rückmeldungen, wahrgenommene Relevanz, Anwendbarkeit und Verbesserungsvorschläge analysiert. Quantitative Bewertungen und offene Kommentare wurden dabei gemeinsam interpretiert.

4. Synthetisierende Darstellung und Vergleich

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den verschiedenen Quellen wurden thematisch gebündelt, sowohl tabellarisch als auch narrativ aufbereitet und entlang zentraler Themen (z. B. Projektphasen: Rekrutierung – Angebot – Follow-up) dargestellt. Ziel war eine strukturierte Gesamtschau über alle vier Projekte hinweg, die sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede sichtbar macht.

Tabelle 2 Übersicht über die Methodik der externen Evaluation

	Konzept	Input	Umsetzung	Outcome: Multiplikator*innen	Outcome: Betroffene und Angehörige
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse von kurz- und langfristigen Zielen, Zielgruppen, geographischer Abdeckung und prioritären Interventionsbereichen aus PGV-Projektförderungskonzept - Bezug zur NCD-Strategie sowie zum Ziel V des Aktionsplans Suizidprävention des BAG 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse von finanziellen, materiellen und personellen investierten Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation und Beurteilung des Umsetzungsfortschritts, der Erfolgsfaktoren, Hindernisse und des Umgangs mit diesen 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Leistungen bei den Multiplikatoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Wahrnehmung der Leistungen bei Betroffenen und Angehörigen - Analyse der Rehospitalisierungsraten (SERO)
Hauptfragen	<ul style="list-style-type: none"> - Was sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Konzepten? - Welche Ansätze wurden gewählt? - Werden die Qualitätsstandards und Kriterien für Angebote zur Selbstmanagementförderung erfüllt? - Sind die Grundvoraussetzungen für eine Beurteilung der WZW-Kriterien erfüllt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wo liegen die Schwerpunkte der Investitionen? - Wie hoch sind die laufenden und die einmaligen Kosten? Welche Kosten werden vom GFCH gedeckt und welche durch Eigenleistungen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Projekte konnten den Zeitplan bezüglich der verschiedenen Massnahmen einhalten? Welche Faktoren begünstigten oder behinderten die Rekrutierung? - Welche Faktoren förderten die Umsetzung? Wie wurde auf unvorhergesehene Probleme reagiert? - Welche Leistungen wurden erbracht, welche Produkte liegen vor? Was ist die Qualität dieser Produkte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurden die Schulungen, Kurse und Anlässe beurteilt? - Fühlen sich die Multiplikatoren befähigt, das erlernte Wissen in der Praxis anzuwenden und wenden sie es tatsächlich an? - Wo besteht Verbesserungspotenzial, was wird als besonders positiv wahrgenommen? - Wie werden die Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten beurteilt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Werden die Ressourcen von Betroffenen genutzt oder nicht? Was sind die Gründe? - Wie einfach gestaltet sich der Zugang zu den Helfersystemen für die Betroffenen? - Können Betroffene und Angehörigen Risikosituationen besser identifizieren und dank rechtzeitiger Anwendung von persönlichen und projektspezifischen Hilfsmitteln mit Suizidalität umzugehen? - Trägt das dazugewonnene Wissen bei den Angehörigen zu einer verstärkten Unterstützung der Betroffenen bei? - Wie wird die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten beurteilt? - Müssen die Leistungen angepasst werden oder zusätzliche Leistungen erbracht werden? - Veränderte sich die Rehospitalisierungsrate nach Einführung des SERO Angebots?

	Konzept	Input	Umsetzung	Outcome: Multiplikator*innen	Outcome: Betroffene und Angehörige
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> - Projektanträge - Gespräche mit Projektträgern 	<ul style="list-style-type: none"> - Jahresabrechnungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Jahresberichte - Gespräche mit Projektträgern 	<ul style="list-style-type: none"> - Kursevaluationen - Zuweiserbefragungen - Netzwerkanlässe - Schulungs- und Kursunterlagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Semi-strukturierte Interviews mit Betroffenen und Angehörigen - Sekundärdaten aus Luzerner Psychiatrie (SERO)
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> - Vergleichende Dokumentenanalyse - Anwendung der Bewertungsmatrix zum Vergleich der Projekte mittels Qualitätsstandards 1-3 - Anwendung der Qualitätskriterien für PGV-Projekte - Gesprächsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> - Kostenmatrix 	<ul style="list-style-type: none"> - Auflistung und Vergleich der erbrachten Leistungen und Produkte - Auflistung und Vergleich von Erfolgsfaktoren und Hindernissen - Analyse der Umsetzung von Synergien und Dokumentation weiterer Synergiepotentialen 	<ul style="list-style-type: none"> - Deskriptive Analysen (Anzahl Teilnehmende, demografische Angaben), Kursbeurteilung pro Dimension und Gesamtbeurteilung, qualitative Analyse der Textantworten 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews - Unterbrochene Zeitreihen-Analyse mit Sekundärdaten (SERO)

Die Auswertung basierte auf Sekundärdaten aus unterschiedlichen Quellen, die in Umfang, Tiefe und Format variierten. Die qualitative Gewichtung erfolgte auf Basis von Häufigkeit, Konvergenz und Relevanz im Kontext der Fragestellung. Die Ergebnisse haben dabei nicht den Anspruch, ein vollständiges Bild aller möglichen Perspektiven zu liefern, sondern geben einen Einblick in wiederkehrende Muster, Erfahrungen und übergreifende Themen aus den vier Projekten.

Zudem ist zu beachten, dass die Erkenntnisse, die aus den Aussagen von Fachpersonen abgeleitet wurden, auf deren Sichtweisen beruhen. Sie spiegeln somit subjektive Einschätzungen wider und entsprechen nicht zwangsläufig der Wahrnehmung oder Erfahrung der Betroffenen und Angehörigen. Einzelne Annahmen, insbesondere zu Wirkung, Zugang oder Verständlichkeit von Angeboten, beruhen auf diesen professionellen Perspektiven und können von anderen Sichtweisen abweichen.

4.2.2 Betroffene und Angehörige

Ein weiterer Teil der Outcome Evaluation untersuchte mittels Interviews die Wahrnehmung der Programmleistungen der vier Suizidpräventionsprojekte aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen.

Nach der Entscheidung der Ethikkommission vom 01. März 2023, welche die Studie als Qualitätssicherung klassifizierte, wurden das genaue Rekrutierungsvorgehen sowie die verschiedenen Evaluationsdokumente (Gesprächsleitfäden, Einwilligungserklärung und der Informationsflyer) mit den Projektträgern besprochen und validiert. Fragen zu Programmrekrutierung, Nutzen, Kommunikation zwischen Fachpersonen, Herausforderungen sowie zu Verbesserungsvorschlägen wurden in die Gesprächsleitfäden aufgenommen (siehe Anhänge der Einzelberichte (Rajkumar, Castelli Dransart, et al., 2025a, 2025b, 2025c; Rajkumar, Hollenstein, et al., 2025)).

Zwischen Oktober 2023 und November 2024 wurden insgesamt 57 Interviews geführt. Dabei waren 38 der Befragten Betroffene aus den vier Projekten (24 Frauen, 12 Männer und 2 non-binäre Personen). Die jüngste Person war 13, die älteste 65 Jahre alt. Zudem wurden 19 Angehörige aus 2 Projekten (AdoASSIP und ASSIP flex) interviewt (14 Frauen und 5 Männer) mit einem Durchschnittsalter von 52,8 Jahren (44–61 Jahre). Fünfunddreissig Interviews wurden per Telefon, 13 per Videokonferenz und 8 vor Ort durchgeführt mit einer durchschnittlichen Länge von 45:35 Minuten (min: 00:18:47 – max: 02:51:20). Vierzehn Dyaden (Betroffene und dazugehörige Angehörige) wurden interviewt. Die Zeitspanne zwischen dem Abschluss des Programms und dem Interview unterschied sich erheblich zwischen den Projekten (Tabelle 3). Im Rahmen des SERO-Projekts konnte trotz intensiver Bemühungen nur eine Person für ein Interview gewonnen werden. Um die Vertraulichkeit zu gewährleisten, werden bestimmte Informationen über dieses Interview nicht weitergegeben.

Alle Befragten unterschrieben eine Einwilligungserklärung. Die Interviews wurden – mit Ausnahme eines Gesprächs, bei dem die interviewte Person eine Mitschrift bevorzugte – audioaufgezeichnet, teilweise transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Sowohl projektspezifische als auch projektübergreifende Themen und Perspektiven wurden erfasst. Von März 2024 bis März 2025 wurden vorläufige Ergebnisse mit den Projektträgern diskutiert.

Im SERO Projekt wurden im Rahmen der externen Evaluation die Auswirkungen auf die Anzahl der Rehospitalisierungen untersucht. Die detaillierten Ergebnisse dazu finden sich in der resultierenden wissenschaftlichen Publikation sowie im SERO-Einzelbericht (Rajkumar, Hollenstein, et al., 2025; Werdin et al., 2024). Bei ASSIP flex war das Evaluationsteam an einer Analyse zu Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz bei 105 Betroffenen in Zusammenarbeit mit dem Projektträger beteiligt.

Tabelle 3 Erhebungsdaten und Profil der befragten Betroffenen und Angehörigen

Programm	Anzahl Interviews		Geschlecht			Altersdurchschnitt		Zeitspanne zwischen Programmende & Interview	Durchschnittliche Interviewdauer	Kantone
	Betroffene	Angehörige	weiblich	männlich	non-binär	Betroffene	Angehörige			
AdoASSIP	13	16	21	7	1	16,7	52,1	ZH: 1-3 Monate BE: 12-30 Monate	47 Min.	Zürich, Bern
ASSIP flex	9	3	6	3	0	41,8	54	Rund 1 Monat	42 Min.	Bern
ASSIP Suisse Romande	15	0	9	5	1	44,5	-	2-30 Monate	45 Min.	Waadt
SERO	1						-		58 Min.	Luzern, Obwalden, Nidwalden

5. ERGEBNISSE

5.1 Konzept, Inputs und Prozesse

Die Projekte unterschieden sich in Zielgruppen, Settings und Massnahmen

Die Projekte setzten an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung, Sozial- und Gemeinwesen an. Sie fokussierten auf die Hochrisikogruppe von Personen mit erhöhtem Suizidrisiko, insbesondere 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). Die Vernetzung von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen war dabei ein wichtiger Teil des Ansatzes. Tabelle 15 im Anhang gibt einen Überblick über die Settings, in denen die Projekte intervenierten.

Die ASSIP Projekte fokussierten auf Personen, die einen Suizidversuch hinter sich haben, während SERO sein Angebot auch an Betroffene mit Suizidgedanken oder in seelischem Notzustand richtete. Die Endzielgruppen unterschieden sich zudem nach Erreichbarkeit, Altersklassen und geographischem Einzugsgebiet (Tabelle 4). Gemäss den Vorschriften von GFCH arbeiteten alle Projekte mit dem Multiplikatorenansatz. Insbesondere AdoASSIP, ASSIP flex und SERO betonten die Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Setting, wobei nur bei AdoASSIP die Nachbehandlung eine Bedingung für die Teilnahme war. Drei Projekte planten mit ihren Massnahmen in unterschiedlichem Masse auch die Angehörigen der Betroffenen miteinzuschliessen.

Tabelle 4 Zielgruppen der vier Suizidpräventionsprojekte

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
Primäre Zielgruppe: Multiplikatoren	Notfallärzt*innen, Psychiater*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen	Ärzt*innen	Psychiatrische Psychotherapeut*innen,	Psychiatrische Psychotherapeut*innen
	Kinder- und Jugendpsycholog*innen	Psycholog*innen	Psychologische Psychotherapeut*innen	Psychologische Psychotherapeut*innen
		Pflegepersonal	Psychiatrisches Pflegefachpersonal	Pflegepersonal
	Kinderärzt*innen	Hausärzt*innen		Hausärzt*innen
		Spitexmitarbeitende		Spitexmitarbeitende
	Jugend- und Familienberatungsstellen, Schulen	Angehörigenorganisationen		
Endzielgruppe: Betroffene	Jugendliche und junge Erwachsene nach Suizidversuch	Schwer erreichbare erwachsene Patienten nach Suizidversuch	Erwachsene (inkl. Alte) nach Suizidversuch	Menschen im seelischen Notzustand (suizidal), Erwachsene und Patient*innen der KJPD
Sekundäre Endzielgruppe: Angehörige	Familien von Betroffenen	Umfeld von Betroffenen		Angehörige von Betroffenen

Die Projekte bearbeiteten die sechs Prioritären Interventionsbereiche I (Schnittstellen, Kollaboration, Förderung des Selbstmanagements) und II (Aus-, Weiter und Fortbildung, neue Technologien und neue Finanzierungsmodelle) von GFCH und Ziel V des BAG Aktionsplans zur Suizidprävention (Tabelle 16 und Tabelle 17 im Anhang). Alle Projekte deckten die ersten vier Interventionsbereiche ab. Zusätzlich kam bei AdoASSIP und SERO mit digitalen Interventionen der fünfte Bereich dazu. Neue Finanzierungsmodelle, der sechste Bereich, wurden zunächst vernachlässigt, wurden jedoch zunehmend zum Thema. Bis zum Ende der Projektlaufzeit konnte sich jedoch kein Projekt eine langfristige Finanzierung der ungedeckten Leistungen sichern. Lediglich kleinere Beträge zur Übergangsförderung wurden akquiriert. Bezüglich Ziel V des BAG Aktionsplans Suizidprävention wurden von allen Projekten dieselben zwei Unterbereiche abgedeckt. Ziel V.2 «Empfehlungen zu wirksamen Nachsorgeinterventionen konsolidieren, um Rückfälle nach Suizidversuchen und nach Klinikaustritten zu verhindern» wurde insbesondere von AdoASSIP durch den starken Einbezug der Angehörigen sowie die Sicherung der Nachbehandlung bearbeitet.

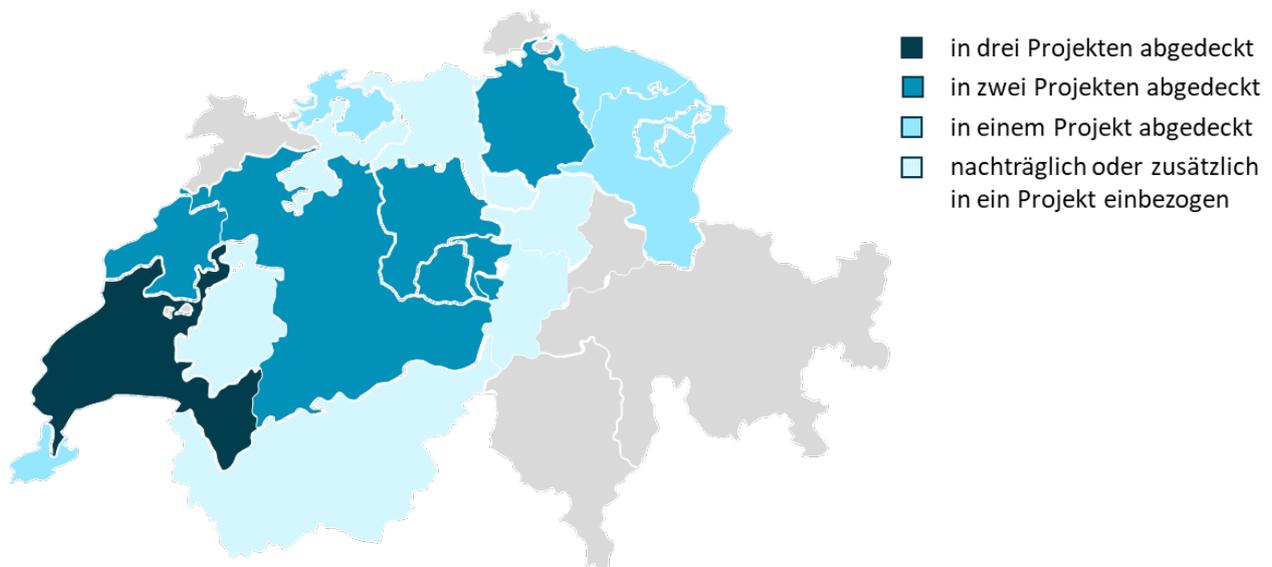


Abbildung 1 Geographische Abdeckung der Projekte

AdoASSIP erweiterte sein Einzugsgebiet 2022 um drei Kantone (Uri, Schwyz, Zug). In den Kantonen Aargau und Solothurn wurden durch AdoASSIP zusätzlich Therapeut*innen ausgebildet und durch ASSIP Suisse Romande in den Kantonen Wallis und Fribourg. Fünf Kantone (Graubünden, Tessin, Glarus, Schaffhausen und Jura) werden von keinem der Projekte abgedeckt (Abbildung 1).

Innovation: Bewährte Massnahmen wurden angepasst und neue Werkzeuge entwickelt

Die vier Projekte bauten auf bewährten Massnahmen und Werkzeugen auf, die sie teilweise anpassten und ergänzten (Tabelle 18 im Anhang). Die Kombination aus validierten und neuen Methoden erhöhte die Erfolgchancen der Projekte und erweiterte das Wirksamkeitspotential und den Wissensstand in der Suizidprävention. In Tabelle 5 sind die Neuerungen in den Zielgruppen und Kernmassnahmen der drei ASSIP Projekte im Vergleich zum ursprünglichen ASSIP Angebot aufgelistet.

Besonders herauszustreichen sind folgende Neuerungen:

- Der Einbezug von Jugendlichen und schwer erreichbaren Erwachsenen nach Suizidversuch
- Das Angebot der Ausbildung für Pflegefachpersonen zu ASSIP Therapeut*innen
- Die Einführung von Listening Sessions und Gruppensupervisionen zur Vernetzung von ASSIP Therapeut*innen und um Fragen zu klären
- Die Entwicklung und Erweiterung verschiedener digitaler Werkzeuge (Tabelle 19 im Anhang)
- Die Anwendung eines Massnahmenbündels wie im Projekt SERO

Tabelle 5 Anpassungen und Erweiterungen der ASSIP Projekte

Anpassungen und Erweiterungen	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande
Multiplikator*innen: Ausbildung zu ASSIP Therapeut*innen	Kinder- und Jugendpsycholog*innen und -psychiater*innen	-	Pflegefachpersonen Ausbildung von Supervisor*innen
Betroffene	Jugendliche und junge Erwachsene nach Suizidversuch	Schwer erreichbare Erwachsene nach Suizidversuch	
Angehörige/ Bezugspersonen	Angehörige oder Bezugspersonen von Betroffenen werden aktiv in Therapie involviert	Informationen für Angehörige oder Bezugspersonen von Betroffenen	-
Kernmassnahmen	Vorgespräch Abschliessendes Familiengespräch Robin-Z App	Angebot der Durchführung der Therapiesgespräch bei Betroffenen zuhause	-

Das Selbstmanagement von Betroffenen wurde gefördert

Zur effektiven Selbstmanagementförderung sollen die Angebote bedarfsgerecht und ganzheitlich sein, sie sollen Betroffene als Akteure auf Augenhöhe behandeln und Angehörige miteinbeziehen (Kessler, 2021). Alle vier Projekte legten Wert auf die Förderung des Selbstmanagements und erfüllten die standardisierten Kriterien teilweise (bedarfsgerechte, ganzheitliche, längerfristige Angebote). Jedoch wurde bei den ASSIP Projekten weniger Wert auf den Einbezug von Betroffenen und Angehörigen als Expert*innen gelegt als bei SERO. Die detaillierte Bewertung der relevanten QS und Kriterien findet sich in Tabelle 20 im Anhang.

Die vier Projekte erfüllten das erste Kriterium grösstenteils, da sie längerfristig angeboten werden sollen, die Betroffenen in den Mittelpunkt stellen und die Projektaktivitäten regelmässig evaluiert werden. Nicht bei allen Projekten wurden Betroffene aktiv in die Entwicklung der Projektmassnahmen eingebunden. Dieses Kriterium wurde besonders bei SERO im Rahmen des dialogischen Ansatzes erfüllt, indem sich Betroffene (z.B. Selbsthilfegruppen als Teil der Begleitgruppe) bei der Entwicklung der App aktiv beteiligen konnten. Bei den anderen Projekten beschränkte sich der Einbezug auf das Einholen von Feedback von ehemaligen Patient*innen mittels Fragebogen und die mögliche Integration dessen. 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 auch anwesend waren. Bei SERO wurden Gutscheine für eine vergünstigte Teilnahme am Ensa-Kurs angeboten, und die App 2.0 enthält einen Ressourcenplan für Angehörige. Bei ASSIP flex belief sich das Angebot vor allem auf Informationsangebote (Basis- und Vertiefungskurs) und bei ASSIP Suisse Romande wurden die Angehörigen nicht direkt angesprochen.

Kostenanalyse (Januar 2021-Dezember 2024)

In allen Projekten machten Personalkosten für das Management und die Therapeut*innen mindestens die Hälfte der Gesamtkosten aus (Tabelle 6). Da die ASSIP Projekte alle auf einem bereits bestehenden Programm aufbauten, waren die Materialkosten relativ gering im Vergleich zu SERO, welches ein neues digitales Werkzeug entwickelte. Diese Entwicklungskosten beinhalteten auch einen Anteil Personalkosten, was den Anteil Personalkosten von SERO näher an die ASSIP Projekte brachte. Es ist zu beachten, dass ASSIP Suisse Romande ein Projekt mit weit kleinerem Budget als die anderen drei war.

Tabelle 6 Verteilung der Gesamtkosten

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
Personalkosten Management	38.5%	66.1%	35.1%	42.2%
Personalkosten Therapeuten	51.6%	18.9%	50.3%	NA
Schulungen, Ausbildung	1.4%	4.2%	7.7%	2.6%
Infrastruktur, Material	2.5%	6.2%	1.9%	37.7%
Anderes	5.9%	4.6%	5.0%	16.5%
Total Ausgaben	CHF 2'218'279	CHF 1'524'663	CHF 594'602	CHF 2'148'937

Mit Eigenleistungen wurden insbesondere Personalkosten für Projektleitende abgedeckt (Tabelle 7). Eigens für das Projekt angestellte Personen wie Projektkoordinierende wurden ausschliesslich mit Geldern von GFCH finanziert. Kleinere Beträge für Infrastruktur und Materialien wurden teilweise auch mit Eigenleistungen gedeckt.

Tabelle 7 Anteil der von GFCH getragenen Kosten und Eigenleistungen

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
GFCH	72.5%	84.1%	51.4%	60.7%
Eigenleistungen	27.5%	4.9%	20.9% +27.7% TARMED	39.3%
Drittmittel		11.0%		

Einmalige Kosten wurden entweder durch Schulungen und Ausbildungen oder durch Infrastruktur und Material verursacht (Tabelle 8). SERO hatte durch die App-Entwicklung hohe einmalige Materialkosten. Langfristig sind die ASSIP Projekte teurer, da die laufenden Personalkosten sehr hoch sind. Da die Sitzungen jedoch von der Krankenversicherung gedeckt sind, sind die ungedeckten Kosten tief.

Tabelle 8 Anteil der laufenden und einmaligen Kosten, inkl. Eigenleistungen

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
laufend	96.0%	91.4%	92.3%	49.5%
einmalig	4%	8.6%	7.7%	50.5%

Ausgelegte Massnahmen wurden planmässig umgesetzt

Die Zielgrössen bei den Multiplikator*innen wurden überall übertroffen, da das Interesse an Informationen und Schulungen bei Fachpersonen sehr gross war (Tabelle 9). Ob die Methoden tatsächlich langfristig angewendet werden, ist indes fraglich. Die Fluktuation in diesen Berufsgruppen ist hoch, und in allen Projekten gibt es Fachpersonen, die die Methoden nie anwendeten oder wieder damit aufhörten.

Bei den Betroffenen wurden die Zielgrössen in keinem Projekt erreicht. Bei AdoASSIP waren genügend Jugendliche vorhanden, die für die Therapie in Frage kamen, jedoch wollten viele nicht mitmachen. In kleineren Kantonen, in denen die Zuweisung nicht über die Notfallstationen verlief, wurden nur wenige Jugendliche behandelt. Bei ASSIP flex war das Interesse der Betroffenen grösser als erwartet. Auch hier wurde grösstenteils intern zugewiesen. ASSIP Suisse Romande therapierte je 134 Betroffene an den zwei Institutionen, an denen die Projektleiter arbeiten; an der dritten beteiligten Institution, dem Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), wurde das Projekt jedoch eingestellt. Es wird vermutet, dass die Klinikleitung zu wenig hinter dem Projekt stand.

Die Zielgrössen bei den Betroffenen waren bei den ASSIP Projekten zu hoch ausgelegt. Die Rekrutierung der Betroffenen verlief am besten über interne Wege. Die vermehrte Zuweisung über externe Wege bedarf einer kontinuierlichen Sensibilisierung und Überzeugung der zuweisenden Fachpersonen. Wie sich gezeigt hat, führt lediglich eine erhöhte Bekanntheit nicht zwingend zu mehr Zuweisungen (Rajkumar, Castelli Dransart, et al., 2025b). SERO legte keine Zielgrösse bei den Betroffenen aus. Der Sicherheitsplan und die SERO App wurde allen suizidalen Patient*innen während der regulären Therapie angeboten. Diese wurden nicht systematisch gezählt.

Tabelle 9 Übersicht über die erreichten Zielgruppen jedes Projekts

	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
Betroffene	- 328 Jugendliche (ursprüngliche Zielgrösse: 850)	- 598 Patient*innen angesprochen (ursprüngliche Zielgrösse: 1257) - 261 Patient*innen behandelt (ursprüngliche Zielgrösse: 459 bzw. auf 298 korrigiert)	285 Patient*innen (ursprüngliche Zielgrösse: 520)	<i>Keine Zielgrösse definiert</i> <i>Registrierte APP-Nutzende (Patient*innen, Angehörige und Multiplikatoren*innen) : 2319</i>

Angehörige	<i>Keine Zielgrösse definiert</i>	- 117 Angehörige/ Bezugspersonen informiert (ursprüngliche Zielgrösse: 900)	<i>Nicht einbezogen</i>	163 Bezugspersonen besuchten den Ensa-Kurs (ursprüngliche Zielgrösse: 564)
Fachpersonen	- 47 Ado ASSIP Therapeuten ausgebildet (ursprüngliche Zielgrösse: 24)	- 11 ASSIP flex/Home Treatment Therapeut*innen ausgebildet (ursprüngliche Zielgrösse: 5-10)	- 33 ASSIP Therapeut*innen ausgebildet (ursprüngliche Zielgrösse: 16) - 2 Supervisor*innen geschult (ursprüngliche Zielgrösse: 4)	- 1658 Fachpersonen in PRISM-S geschult (ursprüngliche Zielgrösse: 490) - 21 Fachpersonen zu PRISM-S Ausbildnern geschult

Die Anzahl der einbezogenen Angehörigen wurde nicht überall systematisch gezählt. Bei ASSIP flex gibt es Informationsmaterialien und Links zur weiteren Informationen (z.B. Reden kann retten) für Angehörige/Bezugspersonen auf der Homepage. Die ursprünglich ausgelegten 900 Personen konnten jedoch nicht erreicht werden. Die Nachfrage nach den durch SERO angebotenen Gutscheinen für die Ensa-Kurse blieb weit unter den Erwartungen. Bei SERO konnten die Angehörigen als Notfallkontakte in die App aufgenommen werden und der Sicherheitsplans konnte mit ihnen geteilt werden. Die zweite Version der SERO App enthielt Tipps für eine verbesserte Selbstwirksamkeit und Handlungsstrategien für die Angehörigen. Bei AdoASSIP waren bei fast allen Jugendlichen Angehörige bei der Familiensitzung dabei. ASSIP Suisse Romande sah keine Beteiligung der Angehörigen vor.

Bedarf bei Betroffenen und Angehörigen sowie das Interesse bei Fachpersonen waren entscheidende Erfolgsfaktoren

In allen Projekten war aus Sicht der Evaluation ein entscheidender Erfolgsfaktor das Interesse und die Motivation der jeweiligen Projektleitenden, die von der Wirksamkeit und Notwendigkeit ihrer Massnahmen überzeugt waren. Zudem war der Bedarf nach den Massnahmen bei Betroffenen und Angehörigen sowie das Interesse der Fachpersonen wesentlich, um die Zweckmässigkeit zu zeigen. 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 Synergiepotentials sind essentiell für eine erfolgreiche Weiterführung der Projekte. Weitere Erfolgsfaktoren werden hier hervorgehoben.

- Die Anwendung von bestehenden und validierten Methoden erhöhte die Erfolgchancen und gab Ressourcen frei für neue Tools.
- Der Einbezug aller Zielgruppen in die Entwicklung und Umsetzung der Massnahmen 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.
- Durch das Angebot der Hausbesuche bei ASSIP flex wurde die Therapie flexibler.
- 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 bei ASSIP Suisse Romande vergrösserte den Pool an möglichen Interessenten.
- Wissenschaftliche Studien evaluieren die Wirksamkeit der Projekte und unterstützen die langfristige Verankerung.

Die Projekte waren mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert

Die Herausforderungen hingen nicht zwingend mit dem Projekt zusammen, sondern waren auch kontextuell bedingt. Die Etablierung einer neuen Methode im Klinikalltag kann lange dauern.

In der folgenden Liste finden sich verschiedenen projektübergreifende Herausforderungen, die sich bis auf die letzte auf die ASSIP Projekte beziehen:

- Der Vor- und Nachbereitung für die ASSIP Sitzungen ist bei neu ausgebildeten Therapeut*innen zeitlich aufwändig. Sie kann dann nicht sorgfältig ausgeführt werden, oder es bleibt zu wenig Zeit für weitere Aufgaben. Mit zunehmender Routine verringert sich der Zeitaufwand.
- Die Fluktuation bei den ASSIP Therapeut*innen ist hoch. Sie führt zu Verlust von Wissen durch den Abgang von bereits geschulten Personen.
- Einige Betroffene wünschten eine Therapie ohne Beteiligung der Angehörigen, obwohl sich der Einbezug von Angehörigen als hilfreich und wertvoll erwiesen hat.
- Die Unterstützung durch die Klinikleitung ist notwendig, um eine effiziente Rekrutierungsstrategie zu implementieren. Je nach Institution herrschten unterschiedliche Vorgehensweisen.
- Die Zuweisung zur ASSIP Therapie fand vor allem über die herkömmlichen Wege statt.
- Wenn die Nachfolgebehandlung nicht organisiert oder garantiert ist, kann es zu Therapieunterbrüchen kommen. Dies betrifft die wichtige Schnittstellenproblematik, die ein Grundstein der PGV Ausschreibung war.

Bei der Bekanntmachung der Projekte bestand ein hohes Synergiepotential

Für die Bekanntmachung der Projekte bei Betroffenen und Angehörigen wurde vor allem auf die Webseiten vertraut, die teilweise mit viel Aufwand und Sorgfalt erstellt wurden (Tabelle 21 im Anhang). Die Webseiten enthalten Links zu den anderen Projekten. Für Multiplikatoren führten alle Projekte Informationsveranstaltungen zur Sensibilisierung durch. ASSIP flex produzierte zudem spezielle Videos für alle Zielgruppen. SERO und ASSIP flex verschickten regelmässige Newsletter. SERO richtete sich zudem mit Öffentlichkeitsarbeit an die Allgemeinbevölkerung z.B. mit Radiosendungen, Standaktionen am Bahnhof Luzern und zwei Plakatkampagnen.

Die Qualitätskriterien für PGV-Projekte sind teilweise erfüllt

Tabelle 24 im Anhang bietet eine detailliertere Ansicht der Analyse der Kriterien und Indikatoren, die als Grundlage für eine Aufnahme von Leistungen im Schweizer Krankenversicherungsgesetz (KVG) dienen. Da sie auf wenigen ausgewählten Qualitätskriterien und Indikatoren beruht, ist die Analyse kein vollständiger Qualitätscheck. Ausserdem widerspiegelt sie die Eindrücke des externen Evaluationsteams und stellt die Sicht zum Projektende dar. Einige Indikatoren veränderten sich während der Projektlaufzeit. Ein Teil der Massnahmen der durch die Suizidpräventionsprojekte angebotenen Leistungen wird zudem bereits durch die Krankenversicherer entgeltet, insbesondere die ASSIP Kerntherapie.

Q4: Die Anzahl der Suizide in der Schweiz sind zu tief und die Unterschiede von Jahr zu Jahr zu gering, um messbare Unterschiede innerhalb einer Projektlaufzeit von vier Jahren zu identifizieren. Da die Suizidversuche nicht systematisch erhoben werden, können diese nicht verfolgt werden. Daher kann das übergreifende Ziel aller Projekte, die Verringerung der Suizide

und Suizidversuche, nur indirekt über die publizierten Mortalitätsraten des Bundesamts für Statistik nachträglich (Verzögerung von rund 2 Jahren), jedoch nicht für einzelne Projekte, verfolgt werden. Die Outcomeziele bei den Multiplikatoren (Netzwerke bilden, Interprofessionalität fördern, erhöhtes Wissen, Anwendungen und Verankerung der Massnahmen) sind am einfachsten messbar und wurden laut den Aussagen und Befragungen der Multiplikatoren verbessert. Die Outcomeziele bei den Betroffenen wurden teils erreicht. So konnte das Selbstmanagement teilweise erhöht werden und die Betroffenen wendeten die Methoden teilweise an (siehe Ergebnisse 5.2.2). Probleme gab es beispielsweise, wenn die Betroffenen in schwierigen Situationen den Sicherheitsplan nicht herbeiziehen konnten oder wollten.

Alle Projektanträge beinhalteten eine Multiplikationsstrategie, eine Umsetzungsplanung und eine Finanzplanung für die Dauer des Projekts. Die Strategien und Planungen wurden umgesetzt. Kleine Änderungen wurden zufriedenstellend begründet. Eine Kommunikationsstrategie, die den Austausch zwischen den Projekten fördern sollte, wurde von GFCH verfasst. Sie wurde insbesondere in den ersten zwei Projektjahren kaum umgesetzt.

Q3: Alle Projekte zielten auf die Übergangsphase zwischen stationärer und ambulanter Therapie ab, welche eine Lücke mit hohem Handlungsbedarf darstellt. In dieser Phase sind Betroffene besonders anfällig für Rückfälle.

Die drei prioritären Interventionsbereiche Schnittstellenüberbrückung, Interprofessionalität und erhöhtes Selbstmanagement bei Betroffenen wurden von allen Projekten bearbeitet. Die Zusammenarbeit von Fachpersonen innerhalb der Gesundheitsversorgung wurde besonders bei AdoASSIP gefördert. Bei SERO und ASSIP flex kamen auch andere Berufsgruppen dazu, da diese in den Begleitgruppen vertreten waren. ASSIP Suisse Romande förderte den Austausch zwischen den Therapeuten im Speziellen. Die ASSIP flex Studie fand Anzeichen von verbessertem Selbstmanagement, jedoch vermutlich nur kurzfristig (Publikation in Vorbereitung).

Von allen Projektträgern wurde zu Beginn der Evaluation betont, dass die Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen kein explizites Ziel der Projekte ist. Die SERO Studie fand keine Verbesserung in der Selbstwirksamkeit (Autonomie) bei Betroffenen nach Anwendung des Sicherheitsplans oder der App (Werdin et al., 2024). Der Behandlungsbedarf kann bei SERO jedoch anhand der Rehospitalisierungen beurteilt werden. Sie verringerten sich nach Einführung der Massnahmen (Werdin et al., 2025).

Q5.1/6.8: Mit Ausnahme von ASSIP Suisse Romande hatten alle Projekte ein Konsortium oder eine Steuergruppe. Diese Gruppen kamen in regelmässigen Abständen zusammen. Bei AdoASSIP war die Leiterin des Suizidpräventionsprogramms des Kantons Zürich Teil des Konsortiums. In keinem der anderen Projekte war ein zukünftiger möglicher Finanzträger Teil des Konsortiums oder der Begleitgruppe.

Q10: Bei AdoASSIP waren konkrete Ideen für die weitergehende Finanzierung von Anfang an ein Thema, das Ziel war dabei vor allem die Deckung der Zusatzleistungen durch die Krankenversicherung. ASSIP flex und ASSIP Suisse Romande begannen etwa im dritten Jahr mit konkreten Finanzierungsanfragen bei Stiftungen/Kantonen für punktuelle Beiträge. SERO kümmerte sich am wenigsten um die langfristige Finanzierung, wohl auch weil die laufenden Kosten hier geringer waren, und die einzelnen Massnahmen teils von ihren Entwicklern (prism, pro mente sana) übernommen wurden. Die nachhaltige Finanzierung der ungedeckten Leistungen wurde jedoch nicht von Anfang an mitgedacht, konkrete Ideen entstanden erst auf Initiative von GFCH.

Ein gemeinsames Nachfolgeprojekt soll die Nachhaltigkeit der Projekte sichern

Die längerfristige Finanzierung und nachhaltige Integration wurden während der Projektlaufzeit zunehmend thematisiert. Vereinzelt Projektmassnahmen sind bereits längerfristig gesichert:

- Die Kerntherapie der ASSIP Intervention wird bereits jetzt von der Krankenversicherung übernommen, jedoch gibt es vereinzelt Posten, die aus anderen Quellen finanziert werden müssen.
- Die Einschätzung des Suizidrisikos durch PRISM-S wird an der Luzerner Psychiatrie (lups) routinemässig durchgeführt.
- Die Ensa-Kurse werden weiterhin von Pro Mente Sana angeboten.

Massnahmen zur weiteren kurz- und langfristigen Integration bestehen bereits oder sind in Vorbereitung:

- Die Finanzierung der SERO App ist für ein Jahr durch die lups gesichert.
- Die ASSIP Projekte haben zur Übergangsfinanzierung Fremdmittel, vor allem von Stiftungen, erhalten.
- Ein ASSIP CHOP Code Antrag wurde beim BFS eingereicht.
- Für ein Nachfolgeprojekt, das auf Wunsch von GFCH in Zusammenarbeit aller vier Projektträger entwickelt wurde, wurde im August 2025 bei GFCH eine 50%-ige Übergangsfinanzierung für maximal 4 Jahre beantragt.

Das Problem der langfristigen Verankerung im System bleibt dennoch bestehen. Vor allem Bekanntmachungsaktivitäten, Schulungen und die Pflege der digitalen Werkzeuge sind nicht langfristig gedeckt. Um politische Akteure und Entscheidungsträger sowie Krankenversicherungen von den Projekten zu überzeugen, ist es wichtig, die WZW-Kriterien zu erfüllen. Durch das föderalistische System in der Schweiz muss politische Lobbyarbeit auf kantonaler Ebene geschehen und ist damit sehr aufwändig. Der Bedarf weiterer Gelder hängt von der Struktur und den Massnahmen des Nachfolgeprojekts ab.

Weitere Themen

Drei der Projekte wurden von einem Konsortium (AdoASSIP, ASSIP flex) oder einer Steuergruppe (SERO) beraten. Diese Expertengremien kamen einmal pro Jahr zusammen, um den Umsetzungsfortschritt zu überprüfen und besondere Vorkommnisse oder Änderungsvorschläge zu besprechen. Bei SERO war eine Begleitgruppe aktiv bei der Entwicklung des Sicherheitsplans und der App beteiligt. Die Konsortien/Steuergruppen und Begleitgruppen lieferten wertvolle Kritikpunkte, Denkanstösse und Verbesserungsvorschläge bei ihren Treffen. Sie waren essentiell für die Verankerung und Akzeptanz der Projekte bei Institutionen, Interessensgruppen und Organisationen. Der Einbezug von nichtfachlichen Organisationen könnte bei den ASSIP Projekten noch deutlicher sichtbar gemacht werden.

GFCH hatte Anfang 2021 ein Kommunikationskonzept erstellt (Widmer Howald, 2021). Darin war unter anderem ein halbjährlicher Austausch zwischen den Projekten geplant, der durch GFCH organisiert wurde. Das Interesse und die Zeit bei den Projektträgern an diesen Treffen war gering. Wo eine direkte Zusammenarbeit bestand, wie zwischen ASSIP flex und ASSIP Suisse Romande, war ein regelmässiger Austausch vorhanden. Eine engere Kommunikation zwischen den Projektträgern wurde gegen Ende der Projektlaufzeit unabdingbar, da von Seiten GFCH der Wunsch geäussert wurde, dass die Projekte gemeinsam ein Nachfolgeprojekt entwickeln würden. Erst der konkrete Nutzen einer engeren Zusammenarbeit war motivierend und führte zu regelmässigen Treffen.

Die Kommunikation zwischen dem Evaluationsteam und den Projektträgern verlief problemlos. Es fanden regelmässige Termine statt, virtuell oder vor Ort. Die Termine wurden eingehalten, und die Kommunikation verlief transparent.

5.2 Outcomes

5.2.1 Multiplikator*innen

Multiplikator*innen als Schlüsselakteur*innen: Durchführung, Koordination und Verankerung der Interventionen

Die Rolle der Multiplikator*innen variierte deutlich zwischen den Projekten – je nach Setting, Zielgruppe und Umsetzungsstrategie. 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. Die folgende Tabelle 10 fasst zentrale Aufgabenbereiche und projektspezifische Schwerpunkte der Multiplikator*innen zusammen. Sie gibt einen Überblick darüber, wie die Fachpersonen in die praktische Umsetzung eingebunden waren und welche Ziele mit ihrer Einbindung verfolgt wurden.

Tabelle 10 Aufgaben und Zielsetzungen der Multiplikator*innen pro Projekt

Projekt	Aufgaben/Rollen Multiplikator*innen	Zielsetzung und Besonderheiten
AdoASSIP	Zuweisung geeigneter Patient*innen; Sicherstellung der Nachversorgung; Anwendung der Methode; Teilnahme an Schulungen; Schnittstellenarbeit zwischen Akteur*innen	Stärkung der Versorgungskette nach Suizidversuch bei Jugendlichen; Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit; Reduktion von Versorgungslücken
ASSIP flex	Durchführung von ASSIP im häuslichen Umfeld; enge Koordination mit anderen Behandelnden; Informationsweitergabe; Teilnahme an Vernetzungstreffen	Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen; niederschwelliger Zugang über Home Treatment; flexible Umsetzung je nach Bedarf; mobile Intervention, Förderung von Sichtbarkeit und Thematisierung von Suizidalität in Alltagskontexten
ASSIP Suisse Romande	Durchführung von ASSIP im stationären Kontext; gezielte Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren; Ausbildung einzelner Fachpersonen zur Multiplikation	Qualitätsgesicherte Implementation in der Romandie; gezielte Integration in bestehende Strukturen; kleinere, fokussierte Zielgruppe
SERO	Teilnahme an Schulungen (PRISM-S, ensa-Kurse); Anwendung von Instrumenten (z. B. Sicherheitsplan, App); Umsetzung im Versorgungsalltag; Weitergabe im Kolleg*innenkreis	Integration in Lehre und Fortbildung; Förderung der Selbstbefähigung durch App; breite Multiplikation über verschiedene Berufsgruppen hinweg

Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen: Schlüsselstellen, Spannungsfelder und Kooperationspotenziale

Die interprofessionelle Zusammenarbeit 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 Hausärzt*innen.

Ein Ziel war die Kontinuität der Versorgung über verschiedene Institutionen hinweg, insbesondere beim Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung. Die Projekte AdoASSIP und ASSIP flex legten besonderen Fokus auf die Verknüpfung stationärer und ambulanter Settings sowie die Koordination zwischen Zuweisenden und Nachbehandelnden. ASSIP flex bot dabei durch seine strukturierte Form und zeitlich definierte Durchführung oft einen konkreten Anlass für Abstimmungen zwischen Fachpersonen – auch in Fällen, in denen zuvor keine aktive Zusammenarbeit bestand.

Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen ergänzten sich insbesondere bei der Fallführung, wobei Psychiater*innen medizinische Kriseninterventionen übernahmen und Therapeut*innen intensivere Gespräche führten oder psychologische Diagnostik einsetzten.

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

Pflegepersonal und Sozialarbeit waren in der Alltagsbegleitung oft eng eingebunden, auch wenn z. B. Spitex-Mitarbeitende oder Beistände teils schwer erreichbar oder nicht in laufende Prozesse eingebunden 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 dienten.

Ein häufig genannter Erfolgsfaktor war eine gemeinsame Sprache und ähnliche Erfahrungswelten, die den Austausch erleichterten – dies traf etwa auf Psychiatrieärzt*innen und Pflege zu. Die Zusammenarbeit mit Behörden oder Beiständen wurde dagegen oft als aufwendiger erlebt, da mehr Erklärungsarbeit nötig war. Eine Übersicht über wichtige Kooperationspartner*innen, typische Konstellationen in der Zusammenarbeit und Herausforderungen in der Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen pro Projekt ist in Tabelle 22 im Anhang aufgeführt.

Erfahrungen entlang der Projektphasen: Von der Rekrutierung bis zum Follow-up

Ein projektübergreifender Vergleich der Phasen Rekrutierung, Angebot und Follow-up zeigt sowohl strukturelle Gemeinsamkeiten als auch kontextspezifische Herausforderungen (Abbildung 2).

In der Rekrutierungsphase profitierten viele Projekte von etablierten Netzwerken und gezielten Informationskampagnen. So konnten etwa durch Flyerbeilagen oder persönliche Empfehlungen geeignete Fachpersonen oder Betroffene erreicht werden. Gleichzeitig zeigte sich, dass externe Sichtbarkeit, komplexe Familiensituationen (insbesondere bei Jugendlichen) und unklare Zuweisungsprozesse die Rekrutierung erschwerten. Besonders kleinere oder noch wenig bekannte Projekte wie ASSIP Suisse Romande hatten Mühe, über das stationäre Setting hinaus wahrgenommen zu werden.

In Bezug auf das Angebot wurden strukturierte und praxisnahe Elemente wie der Sicherheitsplan oder PRISM-S durchweg positiv bewertet. Projekte mit flexiblen oder mobilen Strukturen wie ASSIP flex konnten besonders gut auf individuelle Lebenssituationen eingehen. Herausfordernd war die Integration der Interventionen in bestehende Routinen – insbesondere bei limitierten Ressourcen und administrativem Mehraufwand. In einigen Fällen fehlte auch eine kontinuierliche Supervision, was zu Unsicherheiten bei der Anwendung führte.

Beim Follow-up waren die Erfahrungen unterschiedlich. Während einige Projekte (z. B. AdoASSIP, ASSIP flex) gezielt auf die Nachbetreuung setzten und durch frühzeitige Vernetzung den Übergang in die Regelversorgung ermöglichten, blieb diese Phase in anderen Fällen diffus. Oft war unklar, wer für die Weiterbegleitung zuständig war. Gerade bei Projekten ohne klare externe Anbindung (z. B. ASSIP Suisse Romande) zeigte sich ein Bedarf nach strukturierteren Anschlusslösungen.

	Rekrutierung		Angebot		Follow-up	
AdoASSIP	Klare Struktur der Intervention erleichterte Vorstellung; Empfehlung innerhalb bestehender Netzwerke	Anmeldeverzögerungen, lange Entscheidungsprozesse mit Eltern, komplexe Familiensituationen	Strukturierte Gespräche zu Suizidalität entlasteten das therapeutische Team	Wartelisten, fehlende Kapazitäten, Komplexität bei interner Koordination	Weiterführung in bestehende ambulante Strukturen durch frühe Vernetzung	Manche Jugendliche sprangen nach Anmeldung ab, fehlende Nachsorgekapazitäten
ASSIP flex	Erreichbarkeit über verschiedene Kanäle (Hausärzt:innen, Spitex, Notfallstationen), verständliches Infomaterial	Niedrigere Teilnahme als erwartet, unklare Zuweisungsstrukturen, fehlende Therapeut:innen	Flexibilität (z. B. Home Treatment), positive Rückmeldungen zur Wirksamkeit	Unterschiedliches Engagement je nach Standort, administrative Last	Einbezug von Angehörigen im Notfallplan, persönliche Nachsorge möglich	Langfristige Begleitung nur punktuell möglich, Finanzierung unklar
ASSIP Suisse Romande	Institutionelle Einbettung erleichterte Zuweisung innerhalb Klinik	Zielgruppe begrenzt, kaum externe Zuweisungen, geringer Bekanntheitsgrad	Klare Anleitung zur Anwendung, hohe Akzeptanz im Klinikteam	ASSIP als Zusatzaufwand im Klinikalltag empfunden, wenig Supervision	Einzelne Therapeut:innen begleiteten Patient:innen über mehrere Wochen	Follow-up ausserhalb Klinik kaum etabliert, keine externe Anbindung
SERO	Breite Streuung durch Kurse, gute Rücklaufquote bei Flyerbeilage, Engagement durch Projektträger	Langsamer Rücklauf, mehrfaches Nachfassen nötig, geringe Sichtbarkeit ausserhalb Klinik	PRISM-S als gut verständlich & praxisnah, breite Anwendbarkeit im Alltag	Zeitliche und personelle Ressourcen begrenzt, Integration in Routine schwierig	Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement durch App und Sicherheitsplan	Kein systematischer Follow-up vorgesehen, unklar wer zuständig ist

Abbildung 2 Projektbezogene Erfahrungen entlang der Interventionsphasen (Rekrutierung - Angebot - Follow-up)

Legende: Gut funktionierende Elemente, Herausforderungen

Projektübergreifende Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Die qualitative Auswertung der vier Projekte zeigte, dass bestimmte Faktoren unabhängig vom Kontext zu einer erfolgreichen Umsetzung beitragen (Tabelle 11). Dazu zählten insbesondere eine klare, praxisnahe Struktur der Interventionen, eine gute Schulung mit begleitender Supervision, sowie die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team. Positiv hervorgehoben wurden auch die gezielte Ansprache vulnerabler Zielgruppen und die flexible, niederschwellige Umsetzung – etwa in Form von Home Treatment oder der Einbindung von Angehörigen.

Tabelle 11 Beobachtete Erfolgsfaktoren in den vier PGV-Projekten

Bereich	Beobachtete Erfolgsfaktoren	Projekte
Praxisnähe der Interventionen	Klare Struktur, gut verständlicher Ablauf (z. B. Sicherheitsplan, Videoanalyse)	AdoASSIP, ASSIP Suisse Romande, ASSIP flex
Zielgruppenfokus	Angebote, die sich an vulnerable oder schwer erreichbare Gruppen richten (z. B. Jugendliche, Home Treatment)	AdoASSIP, ASSIP flex
Gute Schulung & Supervision	Kombination aus Initialschulung, Follow-ups, Supervision als Erfolgsfaktor	ASSIP Suisse Romande, SERO
Flexibilität in der Umsetzung	Anpassbarkeit an lokale Gegebenheiten, z. B. mobile Settings, individuelle Vereinbarungen	AdoASSIP, ASSIP flex
Niederschwelliger Zugang	Kontaktaufnahme auch ausserhalb klassischer Settings möglich	ASSIP flex
Triologischer Ansatz	Einbindung von Betroffenen und Angehörigen wurde als wertvoll und akzeptanzfördernd beschrieben	SERO
Vertrauensvolle Zusammenarbeit	Enge Kooperation im Team, klare Zuständigkeiten, kollegialer Austausch	alle
Erfahrbare Wirksamkeit	Rückmeldungen von Patient*innen motivierten Fachpersonen zur Anwendung	alle

Gleichzeitig offenbarten sich wiederkehrende Herausforderungen (Tabelle 12). Diese betrafen vor allem die zeit- und ressourcenintensive Rekrutierung, Schwierigkeiten bei der Integration in bestehende Strukturen sowie Unsicherheiten im Umgang mit der Methode. Auch die Kommunikation zwischen Institutionen, fehlende Sichtbarkeit der Angebote und unklare Finanzierungsmodelle stellten wiederholt Hürden dar. Diese Beobachtungen bieten wichtige Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung vergleichbarer Angebote in der Regelversorgung.

Tabelle 12 Beobachtete Herausforderungen in den vier PGM-Projekten

Bereich	Beschriebene Herausforderungen	Projekte
Rekrutierung	Hoher Zeitaufwand, komplexe Abläufe, geringe Sichtbarkeit, Unklarheiten zur Zielgruppe, unklare oder nicht-einheitliche Zuweisungsprozesse zwischen Stellen	AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande
Integration in Strukturen	ASSIP als Zusatzaufwand wahrgenommen; fehlende Zeitfenster, keine personellen Ressourcen, Informationsweitergabe an externe Stelle zum Teil schwierig	AdoASSIP, ASSIP flex, ASSIP Suisse Romande
Kommunikation im Netzwerk	Unklarheiten bei Verantwortlichkeiten, unzureichende Übergabestrukturen, teilweise schwierige Einbindung von externen Leistungserbringern (z.B. Hausärzt*innen)	ASSIP flex, AdoASSIP
Finanzielle Nachhaltigkeit	Anschlussfinanzierung unklar, kein Standardtarif vorhanden	ASSIP flex, SERO
Bekanntheit und Sichtbarkeit	Innerhalb der Institution oder Region zu wenig bekannt, mangelnde Sichtbarkeit bei relevanten Akteuren, geringe Multiplikation	ASSIP Suisse Romande
Anwendung im Alltag	Unsicherheit im Umgang mit Methode	ASSIP Suisse Romande
Ressourcenknappheit	Zeit, Personal und Räume fehlten oft; Intervention „nebenbei“ umgesetzt	alle

Wissen, Einstellung und Praxis im Vergleich: Praxisverankerung der Projekte

In Anlehnung an das KAP-Modell (Knowledge/Wissen – Attitude/Einstellung – Practice/Praxis) wurde im Rahmen des projektübergreifenden Vergleichs eine strukturierte Einschätzung dieser drei Dimensionen Wissen, Einstellung und Praxis vorgenommen. Ziel war es, relevante Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Projekten sichtbar zu machen – insbesondere im Hinblick auf Schulungsqualität, Haltung zur Intervention und die tatsächliche Umsetzung im Versorgungsalltag. Die vergleichende Betrachtung anhand der KAP-Dimensionen pro Projekt ist in Tabelle 23 im Anhang aufgeführt.

In allen vier Projekten zeigte sich eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber der jeweiligen Intervention. Die Motivation der beteiligten Fachpersonen war hoch, insbesondere dort, wo die Intervention als praxisnah, klar strukturiert und flexibel umsetzbar erlebt wurde. Gleichzeitig wurden Herausforderungen sichtbar, etwa bei der Koordination mit externen Stellen, der Integration in bestehende Versorgungsstrukturen oder im Umgang mit komplexen Familiensituationen (z. B. bei Jugendlichen). Die tatsächliche Umsetzung im Alltag variierte je nach Projektkontext, Setting und vorhandenen Ressourcen.

Während insbesondere AdoASSIP, ASSIP flex und SERO durch eine breite strukturelle Verankerung oder durch begleitende Schulungen und Supervision gestützt waren, blieb die Anwendung im Projekt ASSIP Suisse Romande auf einzelne Institutionen oder Settings begrenzt. Unterschiede zeigten sich auch im Ausmass der Sichtbarkeit ausserhalb der jeweiligen Projektkontexte sowie in der Anschlussfähigkeit der Interventionen für die Regelversorgung.

Synthese der Kursevaluationen: Hohe fachliche Qualität mit Potenzial zur Optimierung der Interaktionsmöglichkeiten

Die Evaluationen aller vier PGV-Projekte zeigen ein konsistent positives Bild. Sowohl in Bezug auf die fachliche Qualität als auch auf die Relevanz und Verständlichkeit der Inhalte wurden sehr gute Bewertungen abgegeben:

- Klar formulierte Lernziele, hohe fachliche Kompetenz der Referierenden und guter Praxisbezug wurden durchwegs hervorgehoben.
- Der Wissenszuwachs wurde in allen Projekten hoch eingeschätzt (MW zumeist zwischen 4.5 und 4.7 auf 5er-Skala).
- In AdoASSIP und ASSIP flex wurde zudem betont, dass die Inhalte direkt in die Praxis übertragbar waren und ein konkreter Nutzen für die tägliche Arbeit entstand.

Einige Teilbereiche wurden leicht kritischer bewertet:

- Bei ASSIP Suisse Romande fühlten sich einige Teilnehmende weniger sicher in der konkreten Umsetzung des Gelernten (MW Anwendungssicherheit = 4.0).
- Bei ASSIP flex und AdoASSIP wurde die Interaktionsmöglichkeit im Kurs (Diskussionszeit, Raum für Austausch) etwas zurückhaltender eingeschätzt (MW = 4.2).

Tabelle 13 fasst Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Schulungen zusammen, die sich aus den Kursevaluationen sowie qualitativen Rückmeldungen ergeben haben.

Tabelle 13 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Schulungen

Bereich	Empfehlung
Praxisnähe stärken	Mehr Fallbeispiele, vertiefende Diskussionen oder begleitende Praxisformate integrieren.
Anwendungssicherheit fördern	Begleitformate wie Listening Sessions (ASSIP Suisse Romande) oder kurze Supervisionseinheiten anbieten.
Interaktion ermöglichen	Mehr Raum für Austausch, Diskussion und Fragen einplanen.
Teilnehmende gezielter ansprechen	Gezielte Ansprache von Berufsgruppen, die bisher unterrepräsentiert waren (z. B. Pflegepersonal).

5.2.2 Betroffene und Angehörige

Jedes Suizidpräventionsprojekt wies spezifische Merkmale auf, die sowohl bei der Rekrutierung der Teilnehmenden als auch bei der Datenerhebung und -analyse berücksichtigt werden mussten. Im Folgenden werden die wichtigsten übergreifenden Themen der vier Projekte vorgestellt, die in den 57 Interviews angesprochen wurden. Die Ergebnisse zu dem einzigem SERO Gespräch werden nur dann erwähnt, wenn es relevant ist. In den Berichten zu den einzelnen Projekten wurden die spezifischen Themen und Besonderheiten pro Projekt ausführlicher dargestellt.

Insgesamt wurden die Projekte von den Befragten zum Interviewzeitpunkt geschätzt. Besonders die Unterstützung und Hilfestellung spezifisch zum Thema Suizidalität wurden begrüsst und als notwendig erachtet.

„Alles ist mega gut gewesen. (...) Ich könnte jetzt gar nicht eins hervorheben, von all dem was wir aufgeschrieben haben. Alles hat Sinn und kann ich brauchen.“ (ID 411)

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

Über die verschiedenen Abwandlungen von ASSIP hinweg zeigte sich, dass der kollaborative Aufarbeitungsprozess eine der grössten und meisterwähnten Stärken des Programms darstellt.

Die Befragten dieser Projekte berichteten übereinstimmend, dass das Erzählen und Strukturieren der eigenen Geschichte geholfen habe, die suizidale Krise zu verarbeiten.

Alle drei Projekte ermöglichten eine Entlastung durch die Reflexion eigener Gedanken, Gefühle und Handlungen – jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten: Bei AdoASSIP stellten die Jugendlichen besonders die persönliche Selbsterkenntnis und das Erkennen individueller Warnsignale in den Vordergrund. Bei ASSIP flex lag der Fokus stärker auf der Klärung der Hintergründe des Suizidversuchs durch die Erarbeitung der eigenen Geschichte. In ASSIP Suisse Romande wurde zusätzlich betont, dass die direkte Thematisierung der Suizidalität sowie die gemeinsame Reflexion mit den Therapeut*innen zur Validierung des subjektiven Erlebens beigetragen haben.

Die Geschichte schreiben und das alles zusammenfassen, das war nicht einfach, aber das war trotzdem gut (...). Durch das Fragestellen sind mir wieder Sachen in Sinn gekommen, die mir sonst nicht eingefallen waren. Da hatte ich die ganze Vergangenheit wieder vor mir gehabt – konnte sie anschauen – das war gut“ (ID 315).

Die Videoaufzeichnung wurde in allen ASSIP-Projekten als meistens hilfreich, wenn auch herausfordernd, wahrgenommen. Jugendliche in AdoASSIP betonten insbesondere die aufklärende Wirkung des „sich selbst Sprechens und Sehens“, während Angehörige in ASSIP flex die Bedeutung der Verarbeitung des Erlebten und bei ASSIP Suisse Romande die Bewusstwerdung der eigenen Funktionsweisen hervorgehoben wurde.

Als herausfordernd wurde dennoch in allen drei Projekten von mehreren Betroffenen das «sich selbst Ansehen» innerhalb der eigenen Videosequenz empfunden. Bei AdoASSIP wurde zudem die erneute Konfrontation mit der Krise als belastend beschrieben; in ASSIP flex und ASSIP Suisse Romande wurde die teils fehlende Zeit für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Video erwähnt.

Demnach kamen die ASSIP Projekte ihrem Ziel nach, „die Hintergründe einer suizidalen Krise“ zu klären (Gysin-Maillart, 2021). Dabei ist die nicht-stigmatisierende Perspektive besonders fördernd.

Die Beziehung zum Therapeut*innen: ein Grundstein/Eckpfeiler der ASSIP Intervention

Eine vertrauensvolle Beziehung zu den Therapeut*innen spielte in allen ASSIP Projekten eine entscheidende Rolle. Mehrfach wurde über alle Projekte hinweg betont, dass die Therapeut*innen als unterstützende Begleitpersonen wahrgenommen wurden, die durch Feinfühligkeit und aufmerksames Zuhören eine offene Atmosphäre schufen. Besonders geschätzt wurde die nicht-stigmatisierende, einfühlsame und wohlwollende Haltung, die es den Betroffenen erleichterte, offen über ihre Suizidalität zu sprechen. Bei AdoASSIP wurde deutlich, wie wichtig das Gefühl ernst genommen zu werden für die Jugendlichen ist – insbesondere in schwierigen Krisensituationen.

„Er hat mich ernst genommen. Hat auch meine Gefühle ernst genommen. Er hat nichts runter gespielt und das finde ich sehr wichtig, weil das sehr oft passiert“ (ID 313).

Das Erleben von Verständnis und Akzeptanz sind somit zentrale Wirkfaktoren für alle Befragten und stärken die langfristige Stabilisierung der Teilnehmenden sowie das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Die Befragten von ASSIP Suisse Romande berichteten, dass die Haltung der TherapeutIn nicht nur dabei half, das Vertrauen in die eigene Person zu stärken, sondern auch als Ressource empfunden wurde, auf die bei Bedarf zurückgegriffen werden konnte.

Die positive therapeutische Beziehung sowie die gemeinsame Erarbeitung der eigenen Geschichte auf Augenhöhe unterstützten zudem die Fähigkeit, individuelle Warnsignale und präventive Handlungsstrategien zu identifizieren (Berger & Michel, 2024; Gysin-Maillart, 2021; Keller et al., 2021).

Erkennen von individuellen Warnzeichen und Umsetzung erarbeiteter Massnahmen: ein nur teilweise erreichtes Ziel

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

Über alle Projekte hinweg wurde deutlich, dass bereits die Erarbeitung des Sicherheitsplans – unabhängig von der aktiven Nutzung – ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle vermittelt – sowohl für Betroffene als auch für Angehörige. Angehörige empfanden das Vorhandensein des Plans als entlastend.

Bei SERO löste die Auseinandersetzung mit den fünf Fragen innerhalb der Erarbeitung des Sicherheitsplans eine wichtige Reflexion aus. Sie führte dazu, dass die Person rückblickend unbewusste Risikodynamiken erkannte und nun bewusster Warnsignale frühzeitig identifiziert kann. Jedoch fiel es der Person schwer, die suizidale Handlung durch die Methodik PRISM-S, aufgrund der „Impulssuizidalität“ einzuschätzen.

„Ich finde die Fragen gut und ich habe mir über mehrere Tage überlegt, wie ich das in Kurzform bringen kann. Ich habe mich vor allem mit der Frage „Wie geht man mit einer Impulshandlung um?“ auseinandergesetzt. Also wie erkennt man das vorher?“ (ID 103).

Bei den ASSIP Projekten betonten viele Betroffene den präventiven Nutzen des Sicherheitsplans: Die grosse Mehrheit der Befragten konnte nach drei Sitzungen ihre persönlichen Warnsignale generell identifizieren. In allen Projekten zeigte sich dennoch, dass das frühzeitige Erkennen von Warnsignalen in kritischen Situationen und die Anwendung geeigneter Strategien oft eine Herausforderung für die Teilnehmenden darstellt. Ungefähr die Hälfte der Befragten von AdoASSIP und ASSIP flex berichteten von positiven Erfahrungen mit dem Sicherheitsplan und konnten Warnzeichen erkennen sowie entsprechend den Strategien handeln. Auch ungefähr die Hälfte konnte nach Programmabschluss auf ihr Helfersystem zurückgreifen.

„(...) kurz nach dem Programm hatte ich so eine Phase, in der es etwas brennig geworden ist. Indem ich meine Warnsignale erkannt habe, konnte ich reagieren und etwas dagegen tun“ (ID300).

Die Befragten von ASSIP Suisse Romande erwähnten verhältnismässig weniger Schwierigkeiten beim Erkennen und Anwenden von Strategien. Drei Viertel konnten auch ihre Hilfsnetzwerke mobilisieren. Allerdings berichteten sie auch von verschiedenen Herausforderungen wie Ambivalenz, Unsicherheit über den richtigen Zeitpunkt um Hilfe zu bitten oder die Angst, nicht ernst genommen zu werden.

„Das war schon vorher mein erster Reflex, meine Psychiaterin anzurufen, aber ich glaube das konkret zu tun und in die Tat umzusetzen, das wurde etwas mehr angeregt in dem ASSIP Programm. (...) Das hat mir geholfen frühzeitig zu reagieren. Weil das ist ein bisschen das Problem, wenn man in einer Krise ist, hat man keine Lust, dass einem geholfen wird. Man denkt eher im Vorfeld über Hilfe nach“ (ID230, eigene Übersetzung).

Als zusätzliche Herausforderung wurde von den Befragten „die Impulssuizidalität“ hervorgehoben. Sie erschwert es erheblich, Warnsignale rechtzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren.

Kommunikation im sozialen Umfeld durch Psychoedukation: ein bedeutender Beitrag

In allen drei ASSIP Projekten wurde deutlich, dass die Teilnahme dazu beitragen kann, die häufig schwierige Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen oder ihres Umfeldes zu verbessern – insbesondere durch psychoedukative Elemente.

„Das hat mir so gutgetan. Ich habe mich so viel weniger abnormal, blöde und als Versager gefühlt (...) Ich kann besser über Suizidalität sprechen, da ich besser verstehe, wie es dazu kommen kann. Dass es kein persönlicher Fehler ist, sondern sich das Hirn überlasten kann und es deswegen dazu kommen kann“ (ID 408).

Bei AdoASSIP konnten Jugendliche durch die Aufarbeitung ihrer Krise offener über das Thema Suizid sprechen, während Angehörige Hemmungen abbauten, sich diesem Tabuthema zu nähern. Zudem lernten einige, Gemütszustände und Bedürfnisse gezielter zu kommunizieren. In manchen Fällen wurde berichtet, dass der gesamte Aufarbeitungsprozess sowie die Familiensitzung das gegenseitige Verständnis gefördert haben. Bei ASSIP flex und ASSIP Suisse Romande nahm das «psychoedukative Dokument» eine vergleichbare Rolle ein: Dieses unterstützte nicht nur die Reflexion und Einordnung des Suizidprozesses sowie ein besseres Verständnis des eigenen Leidens, sondern erleichterte auch den Dialog mit dem sozialen Umfeld. In ASSIP Suisse Romande wurde das psychoedukative Material auch als Hilfe zur Entstigmatisierung und Reduktion des Isolationsgefühls empfunden.

*„Ich wurde ernster genommen, weil ich ein Papier hatte, das erklärt, was Suizid ist. Ich habe es allen zum Lesen gegeben, dem Jugendamt, meinem Umfeld, meinen Freund*innen, weil ich viel dieses Unverständnis um mich herumhabe“ (ID 229, eigene Übersetzung).*

Struktur der Projekte: Wunsch nach zusätzlichen Sitzungen und nach einer stärker personalisierten Outreach Betreuung

Mehr als ein Drittel der Betroffenen der ASSIP-Projekte äusserte den Wunsch nach zusätzlichen Sitzungen – eine Möglichkeit, die im Therapeutenhandbuch in Form einer vierten Sitzung vorgesehen ist (Gysin-Maillart, 2021). Aus Sicht der meisten Befragten würde eine zusätzliche Sitzung zur Einübung der Strategien eine signifikante Verbesserung darstellen. Zudem war den Befragten nicht bekannt, dass sie eine Booster-Sitzung in Anspruch nehmen könnten.

In allen Suizidpräventionsprojekten wurde von einzelnen Personen der Bedarf nach einer vertieften oder ganzheitlicheren Betrachtung ihrer individuellen Situation betont. Besonders bei SERO wurde darauf hingewiesen, dass die Behandlung innerhalb der Klinik nicht spezifisch auf die Suizidalität ausgerichtet war.

„Die Angebote, die die Klinik hat, sind unspezifisch. Die haben Struktur in den Tag gebracht, aber eine weitere Funktion haben die nicht erfüllt. Der Suizid ist aus einer Depression entstanden, die habe ich nach wie vor und konnte ich nicht therapieren“ (ID 103).

Das Outreach-Element, bestehend aus mehreren Kontaktaufnahmen nach Programmschluss, ist fester Bestandteil aller ASSIP-Projekte.

Bei ASSIP flex konnten aufgrund der zu kurzen Zeitspanne zwischen Programmende und Interview keine Einschätzungen zum Outreach-Element erhoben werden. Dennoch wurde der Wunsch geäussert, die erste Kontaktaufnahme durch das Outreach-Element zeitlich näher an den Programmabschluss zu legen, um die Verbindung zur Behandlung besser aufrechtzuerhalten.

Bei AdoASSIP hat die grosse Mehrheit der Betroffenen die Kontaktaufnahmen als hilfreich empfunden. Bei ASSIP Suisse Romande wurden die Follow-up-Briefe von zwei Drittel sehr geschätzt, aber ein Drittel der Befragten empfand sie als weniger hilfreich – sei es aufgrund des ungünstigen Zeitpunkts, weil die Briefe als unpersönlich wahrgenommen wurden oder weil die Befragten einen telefonischen Kontakt oder eine zusätzliche Sitzung bevorzugt hätten.

„Der erste Brief kam nicht im richtigen Moment (...). Ich habe endlich angefangen wieder Land zu sehen und mich besser zu fühlen. Und dann einen Brief von ASSIP zu bekommen hat mich wieder etwas zurückversetzt zu dem, was passiert ist“ (ID218, eigene Übersetzung).

Partizipation der Angehörigen: vorhandener Bedarf und bedeutendes Potenzial für die Weiterentwicklung der Projekte

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 in allen Projekten erwähnt.

Bei ASSIP flex berichteten die Befragten, dass Angehörige nicht direkt ins Programm eingebunden oder unterstützt wurden. Die Angehörigen fühlten sich unsicher im Umgang mit beobachteten Verhaltensänderungen, in Risikosituationen sowie hinsichtlich der richtigen Reaktion in akuten Notfällen. Die Ergebnisse legten nahe, dass eine stärkere Integration der Angehörigen, eine signifikante Verbesserung aus Sicht der Befragten darstellen würde.

Auch bei AdoASSIP äusserte fast die Hälfte der Befragten – sowohl Eltern als auch Jugendliche – den Wunsch nach einer stärkeren Einbindung der Eltern. Besonders hervorgehoben wurde der Bedarf an zusätzlichen Einzelsitzungen für Eltern, um ihre Fragen, Sorgen und Unsicherheiten zu adressieren. Dies würde nicht nur die Aufklärung über verschiedene Diagnosen und den Umgang mit suizidalem Verhalten verbessern, sondern auch die Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen unterstützen. Ein Teil der Befragten erwähnte die Bedeutung, aber auch die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Familiensitzung.

„Ich hatte immer das Gefühl, dass meinen Eltern Unterstützung und ein Therapeut oder ein Ort, an dem sie über diese Sachen sprechen können, wie würde guttun. Sie haben zwar mitbekommen, was abläuft (...) Sie selber konnten nirgends gross darüber reden, ihre Probleme erzählen oder ihre Fragen stellen“ (ID 328).

Hingegen war der Einbezug der Angehörigen bei ASSIP Suisse Romande nicht vorgesehen. Angehörige wurden hier lediglich durch die Erzählungen der betroffenen Person in die Massnahmen einbezogen oder als Notfallkontakt in den Sicherheitsplan integriert. Bei SERO bestand die Möglichkeit, an einem Ensa-Kurs speziell für Angehörige suizidgefährdeter Personen teilzunehmen. Sie konnten auch die SERO App (V2.0) für sich selbst nutzen (Ressourcenplan).

Kommunikation zwischen Fachleuten und Nachbetreuungsbedarf: wichtige Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Projekte

In den Projekten AdoASSIP und ASSIP flex zeigte sich, dass die Kommunikation zwischen den ASSIP-Therapeut*innen und der weiterführenden Begleitung für die meisten Befragten schwer einzuschätzen war, obwohl die Weitergabe von Informationen vorgesehen sei (Berger & Michel, 2024; Gysin-Maillart, 2021). Nur eine Minderheit konnte bestätigen, dass ein Austausch zwischen den Fachpersonen stattfand. Es blieb unklar, in welchem Umfang Informationen weitergegeben wurden.

„Ich habe nicht genau gewusst, inwieweit das ASSIP einbezogen ist in das Andere, weil es wirklich geheissen hat, es ist ein Pilotprojekt und daher eigenständig“ (ID 410).

Bei ASSIP Suisse Romande und SERO schien die Weitergabe von Informationen und die Kommunikation zwischen Fachpersonen, mit einer Ausnahme, ohne Schwierigkeiten stattgefunden zu haben. Für ASSIP Suisse Romande könnte dies einerseits mit den Bemühungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Synergien innerhalb des Netzwerks und andererseits mit den Modalitäten und Prozessen zusammenhängen, die beim CHUV im Hinblick auf den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bereits bestehen. Für SERO ist die therapeutische Nachsorge Teil der bereits bestehenden Verfahren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt.

Die meisten Befragten von ASSIP flex und AdoASSIP wünschten sich Unterstützung bei der therapeutischen Nachsorge. Bei Ado ASSIP ist die Nachbetreuung eine Bedingung für die Therapie, bei ASSIP flex kann der/die ASSIP Therapeut*in den Patienten helfen eine/n passenden langfristigen Therapeut*in zu finden (Gysin-Maillart, 2021).

„Dass man anschliessend eine Therapie, die passt, weiterempfiehlt. Nicht, dass man das macht und nachher einfach nichts hat (...) dass man eine Therapieempfehlung bekommt oder etwas Ähnliches. Das fände ich hilfreich“ (ID 339).

Die Organisation der Nachsorge wurde von den Befragten als grosse Herausforderung erlebt und in den meisten Fällen eigenständig übernommen, was vereinzelt zu Betreuungslücken führte. Wenn Angehörige in den Prozess eingebunden waren, spielten sie dabei eine entscheidende Rolle. Bei den zwei Projekten zeigte sich zudem, dass nicht alle Teilnehmenden in der Lage waren, die erarbeiteten Strategien in einer weiterführenden Therapie zu nutzen oder weiterzuentwickeln.

Mit einer Ausnahme schien die therapeutische Nachbetreuung bei den Befragten bei ASSIP Suisse Romande und SERO hingegen gewährleistet gewesen zu sein.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

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

Projektübergreifende Vergleiche waren insbesondere bei der Umsetzung nur bedingt möglich. Je nach ausgelegten Zielen, Schwerpunkten und Vorgehensweisen war es nicht sinnvoll, diese (z.B. Anzahl rekrutierte Betroffene oder geschulte Multiplikatoren) einander direkt gegenüberzustellen. Die Vergleichbarkeit der ASSIP Projekte war naheliegender, da die Kernmassnahmen die gleichen sind. Der Vergleich der ASSIP Projekte zu SERO war aufgrund der unterschiedlichen Massnahmen bisweilen beschränkt.

Die Umsetzung der Massnahmen erfolgte überwiegend planmässig. 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. Möglicherweise wurde der Aufwand für die Intervention bei der Definition der Zielgrössen unterschätzt. Insbesondere bei den Jugendlichen konnte man sich auf keine Erfahrungswerte stützen.

Während einige Kantone von mehreren Projekten abgedeckt wurden, wurde in insgesamt fünf Kantonen keines der Projekte implementiert. Für das Tessin ist die Hürde aus sprachlichen Gründen am höchsten, da für Übersetzungen zusätzliche Ressourcen benötigt werden und auch die Bekanntmachung mit mehr Aufwand verbunden sein dürfte. Die anderen vier Kantone dürften durch Sensibilisierungsmassnahmen und Aktivierung von interessierten Schlüsselpersonen einfacher abgedeckt werden.

Die Projekte zeichneten sich durch ihre Diversität und den Aufarbeitungsprozess aus, der den Betroffenen half, ihre Situation zu reflektieren, ihre suizidale Krise besser zu verstehen, individuelle Warnsignale zu identifizieren, angemessene Strategien anzuwenden und auf ihre Helfersysteme zurückzugreifen. Eine intensivere Unterstützung bei der praktischen Anwendung der erarbeiteten Strategien, eine verbesserte Nachsorge sowie eine stärkere Einbindung der Angehörigen stellen zentrale Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Projekte dar.

Gleichzeitig sollte die Kommunikation zwischen den Fachpersonen intensiviert und therapeutische Ansätze für besonders herausfordernde Zielgruppen weiter angepasst werden.

Bei allen Projekten ist eine hohe Motivation in der Projektleitung herauszustreichen. Die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen und Mittel für die kontinuierliche Weiterentwicklung und dauerhafte Implementierung der Projekte ist entscheidend, um ihre Wirksamkeit langfristig zu sichern und die Versorgungslücke in der Suizidprävention weiterhin zu schliessen.

Grundvoraussetzungen für die Messung der WZW-Kriterien

Die Belegung der Wirksamkeit bedarf messbarer Indikatoren, die unter Anwendung von wissenschaftlichen Methoden ermittelt werden können. Es wäre wünschenswert, die Entwicklung der Suizidversuchszahlen auszuwerten, um die Wirksamkeit der Methoden zu belegen. Die Anzahl der Suizide ist jedoch zu tief und nur mit einer Zeitverzögerung von rund zwei Jahren verfügbar, als dass eine bemerkenswerte Entwicklung zu erwarten wäre. Eine aktuelle Publikation zu Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche enthält Zahlen bis 2022 (Peter & Tuch, 2024). Die Publikation enthält aber keine Hinweise zu einer möglichen Wirksamkeit der vorliegenden Projekte.

Die Indikatoren, die auf die Zweckmässigkeit der Projekte hinweisen, sind prospektiv formuliert. Alle relevanten Indikatoren mit Ausnahme der Erhöhung der Lebensqualität wurden von den Projekten als Ziele berücksichtigt. Sie konnten durch quantitative Fragebögen und qualitative Befragungen gemessen werden, und wurden teilweise erfüllt. So wurde die Selbstwirksamkeit einzelner Betroffener nach eigener Aussage in den Interviews durch die ASSIP Therapie verbessert. Die quantitative SERO Befragung zeigte jedoch keine Verbesserung der Selbstwirksamkeit.

Die Qualitätskriterien, die für die Messung der Wirtschaftlichkeit vorausgesetzt sind, wurden teilweise erfüllt. Sie beschränkten sich jedoch hauptsächlich auf Finanzierungspläne für ungedeckte Leistungen, ohne Aufschluss über die tatsächliche Wirtschaftlichkeit zu geben, wie dies beispielsweise eine Kosten-Nutzen-Analyse tun würde.

Zuweisung von Betroffenen

Die Art der Rekrutierung von Betroffenen stellte sich bei den ASSIP Projekten als wegweisend für ihren Erfolg heraus: Die herkömmliche direkte Zuweisung über die interne Notfallstelle war am effizientesten. Bei Institutionen, die auf externe Zuweisende angewiesen waren, wurden weit weniger Personen rekrutiert. Während die Rekrutierung der Jugendlichen aus verschiedenen Gründen herausfordernd war, bleibt unklar, ob schwer erreichbare Erwachsene tatsächlich erreicht wurden.

Übertragbarkeit von vereinzelt Massnahmen

In allen Projekten wurden validierte Methoden angewendet, die durch neue Werkzeuge oder Massnahmen ergänzt wurden. Erfolgreiche Neuerungen könnten auch von anderen Projekten übernommen werden.

Synergien bei der Bekanntmachung und bei digitalen Werkzeugen

Eine gut laufende Informationskampagne und die Unterstützung der Leitung einer implementierenden Institution waren entscheidende Erfolgsfaktoren bei allen Projekten. Bei Aktivitäten zur Bekanntmachung war das Synergiepotential hoch. Auch wurden mehrere digitale Produkte entwickelt, deren Funktionalitäten sich teilweise überschneiden. Laut Kommunikationskonzept von GFCH, das zu Beginn der Projekte an alle beteiligten Projektträger geschickt wurde, sollten Synergien offengelegt und Doppelspurigkeiten vermieden werden (Widmer Howald, 2021).

Praxisorientierte Strategieerarbeitung und -umsetzung

Zusammenfassend zeigte sich in allen Projekten, dass die Erarbeitung und Anwendung individueller Bewältigungs- oder Handlungsstrategien ein zentrales, aber nicht für alle Teilnehmenden gleichermaßen bis zum Therapieabschluss erreichbares Ziel war. Obwohl der Sicherheitsplan meistens als hilfreiches Instrument wahrgenommen wurde, berichteten viele Teilnehmende von Schwierigkeiten in kritischen Momenten darauf zurückzugreifen. In AdoASSIP und ASSIP flex wurde der explizite Wunsch nach mehr praktischer Anleitung zur Anwendung der Strategien laut.

Es zeigte sich, dass die Projekte zusätzliches Potenzial haben dem Ziel näher zu kommen „neue Bewältigungsstrategien zu fördern, die langfristig helfen, künftige Krisen anders zu bewältigen“ (Berger & Michel, 2024) oder wiederum Strategien, die den Patient*innen helfen “sich frühzeitig aus gefährlichen suizidalen Situationen zu lösen, indem Anleitungen für alternative Handlungen formuliert werden“ (Gysin-Maillart, 2021).

Zudem zeigte sich, dass das Einholen von Hilfe in Krisensituationen für viele nicht selbstverständlich ist. Gründe wie Ambivalenz, die Angst, andere zu belasten oder verurteilt zu werden, sowie Zweifel an der Verfügbarkeit von Unterstützungspersonen können hinderlich sein.

Erhöhte Einbindung der Angehörigen

Der Einbezug von Angehörigen wurde nur bei AdoASSIP konsequent durchgesetzt, da die Eltern direkt zu den Therapiegesprächen eingeladen wurden, wenn der/die Jugendliche einverstanden ist. Bei den anderen Projekten war der Einbezug der Angehörigen entweder kein Ziel oder es gelang nicht, die ausgelegte Anzahl zu erreichen. Gemäss dem dialogischen Ansatz ist der aktive Einbezug von Angehörigen wertvoll und empfehlenswert.

Befragte wünschten sich häufig, dass Eltern oder andere Bezugspersonen eine aktivere Rolle im Prozess übernehmen. Besonders im AdoASSIP-Programm wurde der Bedarf nach zusätzlichen Einzelsitzungen für Eltern deutlich, um deren Unsicherheiten und Fragen zu adressieren und die Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen zu fördern.

Gesicherte Anschlussversorgung und nachhaltige Wirkung

Ein häufig geäussertes Wunsch der befragten Patient*innen betraf eine nahtlose Nachbetreuung im Anschluss an den Projektabschluss. Dies betraf sowohl die therapeutische Begleitung als auch die Unterstützung bei der Anwendung und Integration der im Projekt erarbeiteten Strategien. Ausserdem wurde insbesondere im Rahmen von ASSIP flex und AdoASSIP der Wunsch nach einer kürzeren Zeitspanne zwischen Therapieende und dem ersten Kontakt durch das Outreach-Element deutlich.

Übertragbarkeit auf andere Präventionsbereiche

Die im Rahmen der vier PGV-Projekte gewonnenen Erkenntnisse lassen sich nicht nur auf die Suizidprävention, sondern auch auf andere Präventions- und Versorgungsbereiche übertragen. Insbesondere die Kombination aus strukturierter Schulung, positiver Haltung der Fachpersonen und praxisnaher Umsetzung erwies sich als essentiell für die nachhaltige Implementierung neuer Interventionen. Auch in Bereichen wie Suchtprävention, Früherkennung psychischer Erkrankungen oder bei der Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde können vergleichbare Faktoren erfolgsentscheidend sein.

Darüber hinaus zeigte sich, dass interprofessionelle Zusammenarbeit, flexible Angebotsformate und niedrighschwellige Zugänge besonders gut funktionieren, wenn sie auf Vertrauen, Schulungsqualität und klarer Rollenverteilung aufbauen. Die in den Projekten beschriebenen Herausforderungen – etwa Ressourcenengpässe, Schnittstellenprobleme oder begrenzte

strukturelle Verankerung – sind auch aus anderen Präventionsfeldern bekannt. Die entwickelten Lösungsansätze, wie z. B. Listening Sessions, dialogische Elemente oder mobile Settings, könnten auch über die Suizidprävention hinaus als Innovationsimpulse dienen.

7. EMPFEHLUNGEN

Die Empfehlungen leiten sich aus den Ergebnissen und Schlussfolgerungen der externen Evaluation ab. Sie richten sich an die Projektträger, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von weiterführenden Suizidpräventionsinitiativen auf Basis der vier evaluierten Projekte.

Grundvoraussetzungen für die Messung der WZW-Kriterien

- Die Qualitätskriterien und Indikatoren sollten weiter ausgebaut werden, insbesondere bei der Wirtschaftlichkeit, um die Voraussetzungen für eine Beurteilung der WZW-Kriterien zu erfüllen.
- Ist die Beurteilung der WZW-Kriterien gewünscht, muss dies von Beginn der Projektlaufzeit an systematisch geplant sein, damit die erforderlichen Daten erhoben werden können.

Zuweisung von Betroffenen

- Um die externe Zuweisung zu fördern, empfiehlt es sich, die Therapie über verschiedene Kanäle regelmässig bei zuständigen Fachpersonen in Erinnerung zu rufen. Damit wäre es auch vermehrt möglich, schwerer erreichbare Personengruppen zu erreichen.
- An jeder Institution ist eine Schlüsselperson erforderlich, die das Projekt unterstützt, um die Prozesse langfristig zu verankern (Rajkumar, Castelli Dransart, et al., 2025a). Die Anmelde- und Überweisungsprozesse für Betroffene sollten vereinfacht werden und die Arbeitsrealitäten der verschiedenen involvierten Berufsgruppen berücksichtigt werden (Rajkumar, Castelli Dransart, et al., 2025c).

Übertragbarkeit von vereinzelt Massnahmen

- Die Gruppensupervisionen von Ado ASSIP und die Listening Sessions von ASSIP Suisse Romande könnten auch von weiteren Projekten aufgenommen werden.
- Der dialogische Ansatz, den SERO in jeder Hinsicht 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 Massnahmen.
- Um die wichtige Schnittstellenproblematik, die alle Projekte betrifft, anzugehen, stellte AdoASSIP sicher, dass die Nachfolgebehandlung der Jugendlichen bei Therapiebeginn aufgegleist ist. Es ist zu prüfen, ob diese Bedingung auch bei Erwachsenen sinnvoll sein könnte.

Synergien bei der Bekanntmachung

- Bei der Bekanntmachung der Projekte waren ungenutzte Möglichkeiten für Synergien vorhanden. Ein gemeinsames Kommunikationskonzept bezüglich Informationsveranstaltungen, Newsletter und Öffentlichkeitsarbeit wäre sinnvoll. Bezüglich Öffentlichkeitsarbeit kann die Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen (z.B. kantonale Initiativen oder NGOs) gesucht werden, um die allgemeine Bevölkerung für das Thema Suizidprävention sowie die Projektmassnahmen und Werkzeuge zu sensibilisieren.

- Bei der Entwicklung und Erweiterung verschiedener digitaler Werkzeuge (Tabelle 19 im Anhang) bestand ein hohes Synergiepotential (Chicherio, 2022). Beispielsweise könnten Elemente wie PRISM-S aus der SERO App auch in der RobinZ App installiert werden und umgekehrt. Die digitalen Werkzeuge wie Webseiten und Apps bedürfen zudem einer kontinuierlichen Betreuung und finanzieller Ressourcen.
- Eine einzige Webseite aufeinander abzustimmen und zu pflegen, würde die Botschaft nach aussen vereinfachen. Auch ein gemeinsames Lerntool auf Basis der Schulungsvideos von AdoASSIP und ASSIP flex zu entwickeln

Praxisorientierte Strategieerarbeitung und -umsetzung

- Aus Sicht der Betroffenen wäre es wünschenswert, einen stärkeren Fokus auf das Vorbeugen von kritischen Situationen zu legen, indem die Intervention frühestmöglich angesetzt und der Umgang mit Gedanken und Emotionen im Alltag thematisiert wird. Teilnehmende, die von positiven Veränderungen berichteten, konnten Anpassungen in ihren Alltag integrieren.
- Der Fokus könnte künftig 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.
- Zu diesem Zweck könnte eine zusätzliche Sitzung systematischer angeboten und bei Bedarf auch einige Monate nach der dritten Sitzung eingeplant werden.
- Es empfiehlt sich, das Einholen von Hilfe und die individuellen Gründe, die dagegensprechen, im therapeutischen Prozess gezielt zu thematisieren, um realistische Erwartungen und funktionale Handlungsstrategien zu fördern.

Erhöhte Einbindung der Angehörigen

- Bei allen Projekten könnte im Sinne einer menschenorientierten Versorgung (people centred care) noch mehr Wert auf den Einbezug und die Rückmeldungen von Angehörigen gelegt werden. Diese stehen bei den Zielgruppen oft an letzter Stelle, obwohl sie wertvolle Erkenntnisse liefern könnten. Ihre Beobachtungen zur Wirksamkeit einer Massnahme bei einer nahestehenden betroffenen Person würde eine weitere Perspektive einbringen.
- Einige Betroffene wünschten eine Therapie ohne Beteiligung der Angehörigen, obwohl sich der Einbezug von Angehörigen als hilfreich und wertvoll erwiesen hat. Daher sollten die Therapeut*innen die Betroffenen vermehrt dazu zu motivieren, ihren Notfallplan zu teilen und Bezugspersonen zu aktivieren.
- Die Funktionen für Angehörige in der SERO App wurden später hinzugefügt und sollten noch stärker beworben werden, indem Betroffene gezielt auf sie hingewiesen werden.
- Zukünftig kann es hilfreich sein, spezielle Sitzungen für betreuende Angehörige direkt in die Projektteilnahme der Betroffenen zu integrieren, um den Angehörigen eine aktivere Rolle, wenn gewünscht und therapeutisch indiziert, im Prozess zu ermöglichen. Alternativ könnten Angehörige an weitere Ressourcen innerhalb des Helfersystems verwiesen werden. Dies könnte nicht nur die Aufklärung und den Umgang mit suizidalem Verhalten verbessern, sondern auch die Unterstützung der Betroffenen in Krisensituationen intensivieren.
- Die Weitergabe psychoedukativer Inhalte an Angehörige und andere Bezugspersonen können zur Entstigmatisierung und zur Stärkung des unterstützenden Umfelds beitragen.
- Hinweise auf Selbsthilfegruppen oder Gesprächskreise für Angehörige können zusätzlich einen Beitrag zur Netzwerkbildung leisten.

Förderung der Kommunikation & Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen

- Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachpersonen sollte weiter gestärkt werden, um die Kontinuität und Qualität der Nachbetreuung zu sichern.
- Es wäre sinnvoll, diese Thematik gezielt im Verlauf des Programms anzusprechen. Auf diese Weise können Betroffene ein besseres Verständnis für ihr unterstützendes Netzwerk entwickeln und sich stärker eingebettet und begleitet fühlen.
- Die Vor- und Nachbereitung der ASSIP Sitzungen ist für neue Therapeut*innen sehr zeitintensiv. Mit zunehmender Routine verringert sich der Zeitaufwand, doch ist die Unterstützung der Klinikleitung hier sehr wichtig, damit sich die neuen Therapeut*innen die notwendige Zeit freihalten können. Auch sollten wegen der hohen Fluktuation weiterhin Therapeut*innen und Fachpersonen ausgebildet und sensibilisiert werden.

Gesicherte Anschlussversorgung und nachhaltige Wirkung

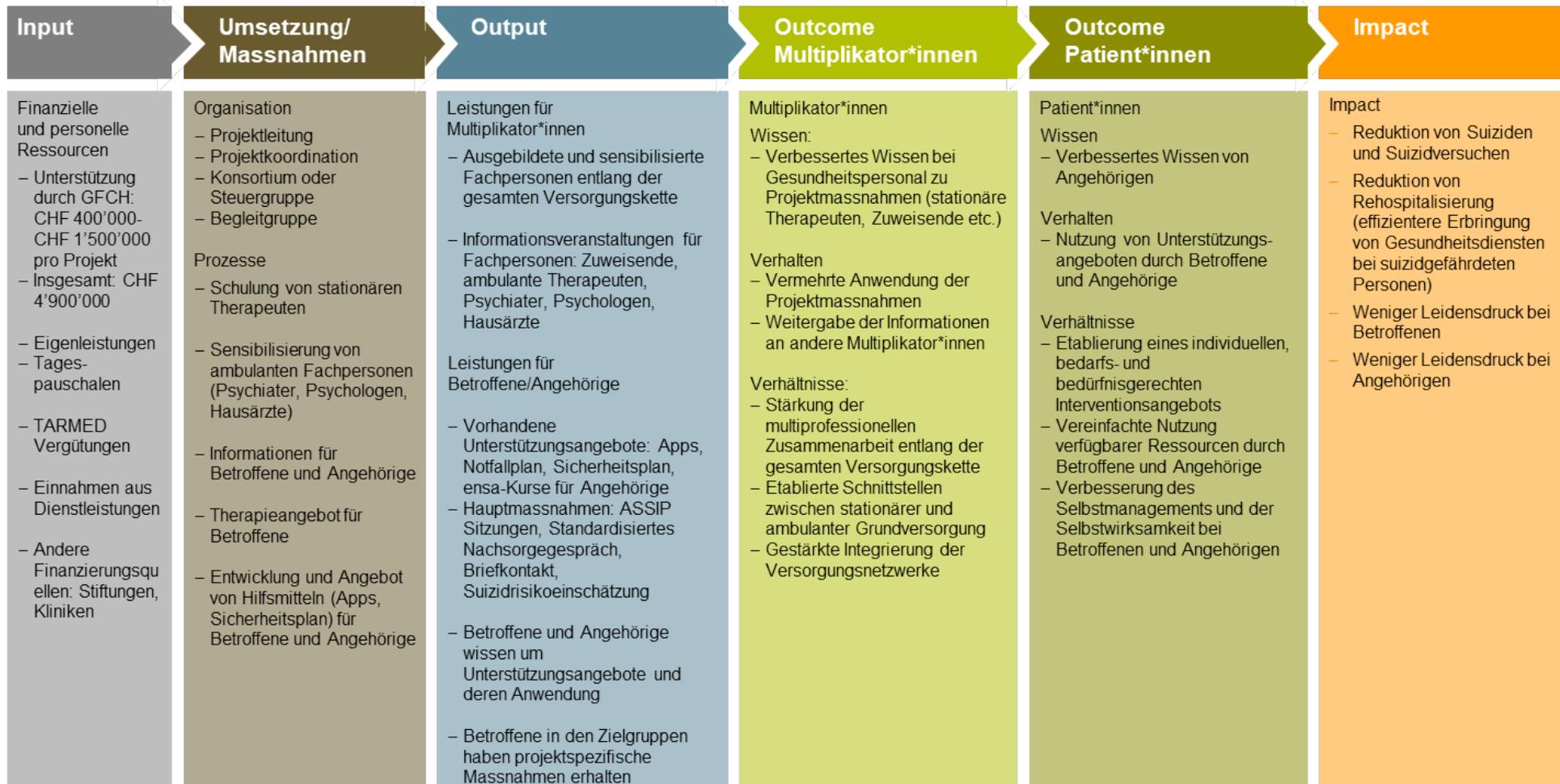
- Die Ergebnisse der Evaluation deuten darauf hin, dass eine engere und kontinuierlichere therapeutische Anbindung nach Abschluss des Programms die nachhaltige Wirksamkeit der Interventionen positiv beeinflussen könnte.
- Durch eine differenziertere Ausgestaltung der Projekte könnte mehr Flexibilität erreicht werden, etwa durch die Einführung von Zusatzmodulen oder individuelleren Planung von Sitzungen und Betreuungseinheiten. Damit könnte besser auf individuelle Bedürfnisse der Teilnehmenden eingegangen werden (Werdin & Wyss, 2024).
- Die Möglichkeit von Booster-Sitzungen sollte systematischer angeboten werden.
- Besonders den Bedürfnissen der Betroffenen mit „Impulssuizidalität“, die Schwierigkeiten haben, ihre Warnsignale zu erkennen und zeitnah darauf zu reagieren, sollte Rechnung getragen werden.
- Die genaue Modalität des Outreach-Elements (Brief, Telefongespräch, SMS, E-mail, Feedback Sitzung) könnte systematisch mit der teilnehmenden Person in der letzten Sitzung abgesprochen werden, um eine maximale Effizienz und Annahme dieses Elements zu gewährleisten und besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

8. ANHANG

Anhang A: Fragebögen

Alle verwendeten Fragebögen sind den Evaluationsberichten zu den Einzelprojekten angehängt.

Anhang B: Wirkungsmodell



Anhang C: Ergänzende Tabellen

Tabelle 14 Sounding Board

Name	Organisation
Dr. Annette Erlangsen	Generalsekretärin IASP (Internationaler Verband für Suizidprävention) bis 2024
Fabienne Furger	Graap, Psychiatrische Aktions- und Aufnahmegruppe (Groupe d'Action et d'Accueil Psychiatrique)
PD Dr. Reinhard Lindner	Institut für Sozialarbeit, Kassel. Experte in Suizid im Alter, Leiter des Sozial Therapie Bereich
Silvia Steiner	Gesundheitsdirektorenkonferenz, Projektleiterin Sozialarbeit und Sozialpolitik
Esther Walter	Bundesamt für Gesundheit, stellvertretende Sektionsleiterin, Schwerpunkt Psychische Gesundheit
Barbara Weil	FMH (Verbindung der Schweizer Ärzt*innen und Ärzte), Leiterin Abteilung Public Health

Tabelle 15 Settings, die in den Projekten einbezogen wurden

Setting	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
Spital/Klinik	x	x	x	x
Hausarztpraxis	x	x		x
Facharztpraxis	x	x	x	x
Häusliche Pflege (z.B. Spitex)	x	x		x
Therapien	x	x		
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychologen	x			
Notfalldienste (psychiatrisch und somatisch)	x	x	x	
Psychiatrische Notfalldienste	x	x	x	
Zuhause		x		
Aufsuchende Pflege zuhause		x		
telefonische Beratung bei Risikopatienten	x	x		
Angehörigenberatungsstellen	x	x		x
Schule, Bildungseinrichtungen	x			x
Quartier, Gemeinde				x

Tabelle 16 Prioritäre Interventionsbereiche der Projektförderung PGV 2021-2024

Kategorie	Prioritäre Interventionsbereiche	AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
	I Schnittstellen innerhalb der Gesundheitsversorgung sowie zwischen Gesundheitsversorgung, Public Health und Gemeinwesen (Community)	x	x		x
	I Kollaboration, Interprofessionalität, Multiprofessionalität	x	x	x	x
	I Selbstmanagement chronischer Krankheiten und von Suchtproblematiken und/oder psychischen Erkrankungen	x	x	x	x
Querschnittsbereiche	II Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute	x	x	x	x
	II Neue Technologien (insbesondere im Bereich Daten/Outcomes, eHealth und mHealth)	x			x
	II Neue Finanzierungsmodelle (hybride Finanzierung, Anreizsysteme)	x	x	x	

Tabelle 17 Die Projekte in Bezug auf Ziel V des BAG Aktionsplan

Ziel	Massnahme	Ado ASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO	
V		Suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen werden bedarfsgerecht, zeitnah und spezifisch betreut und behandelt	x	x	x	x
V	V.1	Massnahmen des Berichts «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» umsetzen. Dabei den spezifischen Versorgungsbedarf von Suizidgefährdeten und Menschen nach suizidalen Handlungen berücksichtigen	x	x	x	x
V	V.2	Empfehlungen zu wirksamen Nachsorgeinterventionen konsolidieren um Rückfälle nach Suizidversuchen und nach Klinikaustritten zu verhindern	x	x	x	x
V	V.3	Suizidprävention in allen Institutionen des Freiheitsentzugs verankern				

Tabelle 18 Massnahmen der Projekte

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

Tabelle 19 Entwicklung von digitalen Werkzeugen (aus Workshop Slides, aktualisiert)

	AdoASSIP	ASSIP flex	SERO
Homepage	adoassip.uzh.ch	assip.org	sero-suizidpraevention.ch
App	RobinZ-App - Lanciert in DE, FR, IT, EN - Mehr Informationen: https://www.robinz.uzh.ch		SERO-App - Version 1.0 Ende 2022 lanciert in DE, FR, IT - Version 2.0 Ende 2023 lanciert
Newsletter	-	- zweimal jährlich seit 2023	- ab 2023 professionalisiert für alle Stakeholder von SERO
Teaser/ Lernvideos/ Online-Schulungen	- Online Schulungen	- Teaser ASSIP flex auf Homepage („Werbefilm“) - Teaser Schulungen auf der Seite „Für Fachkräfte“ als Information - ASSIP flex Lernvideos: - Informationsveranstaltung für Patient*innen und Angehörige - Informationsveranstaltung für Fachpersonen - Basis- und Vertiefungskurse für Fachpersonen	- Ensa-Kurse online - PRISM-S Schulungen bewusst nicht online verfügbar (praktische Anwendung sehr wichtig!)

Tabelle 20 Selbstmanagement Qualitätsstandards und ausgewählte Kriterien

QS	Kriterien	AdoASSIP			ASSIP Flex		ASSIP Suisse Romande			SERO			
		Noch keine Bemühungen, evtl. erste Überlegung	Sensibilisiert, punktuelle Umsetzung.	Integriert, systematische Umsetzung.	Noch keine Bemühungen, evtl. erste Überlegung	Sensibilisiert, punktuelle Umsetzung.	Integriert, systematische Umsetzung.	Noch keine Bemühungen, evtl. erste Überlegung	Sensibilisiert, punktuelle Umsetzung.	Integriert, systematische Umsetzung.	Noch keine Bemühungen, evtl. erste Überlegung	Sensibilisiert, punktuelle Umsetzung.	Integriert, systematische Umsetzung.
Bedarfsgerechte und ganzheitliche Angebote	Betroffene stehen im Mittelpunkt, nicht ihre Krankheit. Das Angebot berücksichtigt verschiedene Lebensdimensionen (körperliche, psychische und soziale) von Betroffenen und deren Veränderungsbereitschaft.			X			X			X		X	
	Das Angebot wird nicht punktuell, sondern kontinuierlich über eine angemessene Dauer angeboten.			X			X			X			X
	Die drei Dimensionen «Wissen», «Motivation» und «Handlungskompetenz» werden ganzheitlich gefördert: z.B. Vermittlung von Informationen; Stärkung der Selbstwirksamkeit; Verbesserung von Fähigkeiten			X			X			X		X	
	Gestützt auf Befragungen bei Nutzenden, Akteuren, Expert*innen und Zuweisenden wird das Angebot periodisch angepasst und weiterentwickelt.			X		X			X			X	
Betroffene als Akteure auf Augenhöhe	Vertreter*innen der Zielgruppe(n) werden in allen Prozessphasen als Expert*innen aus Erfahrung einbezogen.		X			X		X					X
	Um auf Augenhöhe mitwirken zu können, werden die einbezogenen Betroffenen befähigt, von den Fachpersonen zur Mitwirkung motiviert und unterstützt.		X			X			X			X	
	Vertreter*innen der Zielgruppe(n) werden in die Entwicklung von Informations- und Kommunikationsprodukten	X			X			X				X	
	Betroffene übernehmen aktive Rollen im Angebot, z.B. als Peers in Outreach-Angeboten, Genesungsbegleiter*innen, Kursleitende, Beitragende zu Schulungen oder Verantwortliche für Gruppenangebote.	X			X			X			X		
Einbezug von Angehörigen	Von Beginn an wird systematisch und wiederholt geklärt, ob und wie Angehörige von Betroffenen eine Zielgruppe im Angebot darstellen, respektive als Akteure eingebunden werden können			X	X			X				X	
	Vertreter*innen von Angehörigen der Betroffenen werden als Akteure mit Erfahrungswissen an wichtigen Prozessschritten beteiligt.			X	X			X					X

Tabelle 21 Die angewendeten Kanäle zur Bekanntmachung

AdoASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO
<ul style="list-style-type: none"> - Webseite - Informationsveranstaltungen für Multiplikatoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Webseite - Flyer - Informationsvideos für alle Zielgruppen - Informationsveranstaltungen für Multiplikatoren - Präsentationen an Kongressen und Fachtagungen - Publikation von wissenschaftlichen Artikeln 	<ul style="list-style-type: none"> - Publikation von wissenschaftlichen Artikeln 	<ul style="list-style-type: none"> - Webseite - Regionalgruppenanlässe mit Fachpersonen - Flyer für Ensa-Kurse - Präsentationen an Kongressen und Fachtagungen - Newsletter - Öffentlichkeitsarbeit: Live Podcast auf youtube, Standaktion am Bahnhof Luzern, Medienkampagne, Plakatkampagnen - Publikation von wissenschaftlichen Artikeln

Tabelle 22: Kooperation zwischen Berufsgruppen pro Projekt

Projekt	Wichtige Kooperationspartner*innen	Besonders enge Zusammenarbeit	Herausforderungen
AdoASSIP	Zuweisende (z.B. Notfallstationen), Therapeut*innen, Psychiater*innen, Sozialarbeit	Therapeut*innen ↔ Zuweisende, Psychiater*innen ↔ Therapeut*innen	Unterschiedliche Terminologien, teilweise fehlender Informationsfluss
ASSIP flex	Psychiater*innen, Therapeut*innen, Spitex, Notfalldienste, Hausärzt*innen, Sozialdienste	Therapeut*innen ↔ Zuweisende Stellen, Therapeut*innen ↔ Sozialdienste	Erreichbarkeit der externen Partner, hohe Koordinationsaufwände, unklare Zuständigkeiten bei instabiler sozialer Situation
ASSIP Suisse Romande	Psychiater*innen, Pflegepersonal, Sozialdienste, Hausärzt*innen, Psycholog**innen	Ärztlicher Dienst ↔ Pflege, interne psychiatrische Abteilungen	Unterschiedliche Erwartungen bzgl. Therapietiefe, ökonomische Limitierungen, Psycholog*innen im stationären Bereich nur punktuell verfügbar
SERO	Hausärzt*innen, Psychiater*innen, Pflegepersonal, Spitex, Sozialdienste	Psychiater*innen ↔ Pflege, Pflege ↔ Spitex, Ärzt*innen ↔ Schulen	Beistände und Behörden schwer erreichbar, Verständnisschwierigkeiten mit externen Diensten

Tabelle 23: Vergleich der Dimensionen Wissen, Einstellung und Praxis nach der KAP-Logik

Projekt		Wissen		Einstellung		Praxis
AdoASSIP		Klares Manual und gute Struktur. Schulungen als hilfreich beschrieben	+	Sehr hohe Motivation, gute Resonanz auf Methodik, starke Beteiligung	+/-	Praxisumsetzung abhängig von organisatorischen Faktoren, Follow-up punktuell gelungen
ASSIP flex		Flexibles Schulungskonzept, verständliche Materialien. Anleitung klar	+	Hohes Engagement, grosse Offenheit für flexible und neue Ansätze	+	Starke praktische Umsetzung, Home Treatment, gute Verankerung vor Ort
ASSIP Suisse Romande		Schulung vorhanden, aber punktuell. Wenig routinierte Anwendung im Alltag	+/-	Grundsätzlich positiv, aber teilweise Skepsis wegen Zusatzaufwand	-	Wenig Umsetzung über stationären Rahmen hinaus, kaum Follow-up
SERO		Gute Schulung zu PRISM-S, App und Sicherheitsplan. Integration in Lehre	+	Hohe Identifikation, starke Motivation, positive Haltung gegenüber Innovation	+/-	Implementierung im Klinikalltag teilweise gelungen, aber ressourcenabhängig

Legende:

Niedrig (-): geringere Ausprägung/Umsetzung

Mittel (+/-): teils vorhanden, punktuell oder ressourcenabhängig

Hoch (+): klar erkennbar, von mehreren Beteiligten getragen

Sehr hoch (+ +): umfassend umgesetzt, mit starker Wirkung

Tabelle 24: Einschätzung der Projekte anhand der PGV Qualitätskriterien

Qualitätskriterien		Bewertung				Bemerkungen/Begründung
		Ado ASSIP	ASSIP flex	ASSIP Suisse Romande	SERO	
Grundvoraussetzungen für die Messung der Wirksamkeit						
Q4	Die angestrebten Ziele/Outcomes sind klar definiert und überprüfbar. Die Vorgehensweise des Projekts ist mit Bezug auf vermutete Wirkungszusammenhänge nachvollziehbar begründet.					
4.1	Die Projektziele/Outcome-Ziele sind wirkungsorientiert formuliert und überprüfbar.	-	-	-	-	Die Anzahl der Suizide in der Schweiz sind zu tief, um messbare Unterschiede als Outcome/Impakt einzelner Projekte von Jahr zu Jahr zu identifizieren. Da die Suizidversuche nicht systematisch erhoben werden, können diese nicht verfolgt werden. Die Verringerung beider Indikatoren war das langfristige Ziel der Projekte, sind aber nicht messbar. Die Outcomeziele bei den Multiplikator*innen (Netzwerke, Interprofessionalität, erhöhtes Wissen, Anwendungen der Massnahmen, Verankerung) sind einfacher messbar. Diese wurden verbessert, es gibt jedoch Potenzial für eine weitere Verbesserung. Dies braucht aber auch Zeit und längerfristige Informationsarbeit. Mit Ausnahme von AdoASSIP wurden in allen Projekten, die eine Zielgrösse definiert hatten, weit weniger Angehörige erreicht als ursprünglich ausgelegt. Die Outcomeziele bei den Betroffenen wurden teilweise erreicht. So wurde das Selbstmanagement der Betroffenen laut eigener Aussage teilweise erhöht, die Betroffenen wendeten die Methoden teilweise an. Jedoch gab es auch hier Probleme, beispielsweise konnten oder wollten die Betroffenen in schwierigen Situationen den Sicherheitsplan nicht herbeiziehen. Auch gibt es Hinweise, dass die Effekte nicht langfristig sind (Publikation in Vorbereitung).
4.2	Ein Wirkungsmodell ist vorhanden und beschreibt, wie Massnahmen und abgeleitete Leistungen Wirkungen bei Multiplikator*innen und Betroffenen erzielen sollen.	++	++	++	++	Bei allen Projekten ist ein Wirkungsmodell, das durch das Evaluationsteam erstellt wurde, vorhanden. Es stellt die Wirkungslogik dar.
4.3	Das Detailkonzept des Projekts ist vorhanden, es beinhaltet	++	++	++	++	Punkte 2-4 waren bei allen Projekten im Antrag ausgelegt und wurden auch umgesetzt. Kleine Änderungen wurden zufriedenstellend begründet.

	<ul style="list-style-type: none"> • eine Kommunikationsstrategie, • eine Multiplikationsstrategie, • eine Umsetzungsplanung, • eine Finanzplanung. 					Die Kommunikationsstrategie von GFCH wurde in den ersten zwei Projektjahren nur teilweise umgesetzt.
	Gesamt	+	+	+	+	Die Analyse der Sekundärdaten der LUPS zeigte, dass das Angebot des Massnahmenbündels SERO die Rehospitalisierungsraten reduzierte. Spezifische Forschungsprojekte sind notwendig für aufschlussreiche Resultate, um die Wirksamkeit zu belegen. Diese sind im Falle von ASSIP flex per 2025 am Laufen.
Grundvoraussetzungen für die Messung der Zweckmässigkeit						
Q3	Das Projekt ermöglicht eine Verbesserung der PGV gemäss dem national und international etablierten Stand des Wissens und der Praxis. Lebensqualität und Autonomie der Menschen werden entlang des individuellen Gesundheitspfads gefördert, der Behandlungsbedarf vermindert bzw. optimiert.					
3.1	Das Projekt hat das Potenzial, eine Lücke der PGV mit hohem Handlungsbedarf zu schliessen.	++	++	++	++	Alle Projekte zielten auf die Übergangsphase zwischen stationärer und ambulanter Therapie ab, in der Betroffene besonders anfällig für Rückfälle sind.
3.2	Das Projekt wird Massnahmen in den drei prioritären Interventionsbereichen I (Hauptbereiche) implementieren, welche dem national und international etablierten Stand des Wissens und der Praxis entsprechen.	+	+	+	+	<p>Schnittstellenüberbrückung, Interprofessionalität und erhöhtes Selbstmanagement bei Betroffenen waren Ziele aller Projekte.</p> <p>Schnittstellen: Nur bei AdoASSIP war die Nachbehandlung eine Voraussetzung für die Teilnahme. Die Zuweisung funktionierte gut, wenn sie über den internen Notfall lief. Schwieriger gestaltete sich diese durch andere Leistungserbringer, zum Beispiel Hausärzte.</p> <p>Interprofessionalität: Gemäss Multiplikatoren konnte die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Suizidprävention verbessert werden. Gleichzeitig konnten nicht alle Schwierigkeiten, zum Beispiel Kommunikationsprobleme und Zuweisungsschwierigkeiten zwischen psychiatriefernen Gruppen, Hausärzten, Spitex behoben werden.</p> <p>Selbstmanagement: nur bei SERO wurde die Betroffenen aktiv in die Entwicklung der Instrumente miteinbezogen. Sicherheitspläne fördern das Selbstmanagement bei allen Projekten (siehe auch separate Tabelle 20). Vorläufige Ergebnisse einer Studie zu ASSIP flex deuten auf eine kurzfristige Verbesserung des Selbstmanagements hin (Publikation in Vorbereitung).</p>

3.3	<p>Die Massnahmen in den drei prioritären Interventionsbereichen I (Hauptbereiche) haben das Potenzial,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Settings innerhalb der Gesundheitsversorgung zu stärken. • die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung, Public Health, Sozialwesen und Gemeinwesen (Community) zu stärken. • die Selbstmanagementkompetenzen von Betroffenen zu stärken. 	+	+	-	+	<p>Die Zusammenarbeit von Fachpersonen innerhalb der Gesundheitsversorgung wurde bei den AdoASSIP Projekten gefördert. Bei SERO und ASSIP flex kamen auch andere Berufsgruppen dazu, da diese in den Begleitgruppen vertreten waren. ASSIP Suisse Romande förderte den Austausch zwischen den Therapeuten im Speziellen, jedoch nicht mit den anderen Berufsgruppen.</p> <p>Die ASSIP flex Studie konnte ein verbessertes Selbstmanagement für einen Zeitraum von sechs Monaten festhalten das jedoch nach einem Jahr nicht mehr verbessert war.</p>
3.4	<p>Die Massnahmen haben gemäss bestehender Evidenz das Potenzial,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. • die Autonomie der Endzielgruppe zu erhöhen. • den Behandlungsbedarf der Endzielgruppe zu verringern. 	-	-	-	-	<p>Die Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen war kein explizites Ziel der Projekte.</p> <p>Die SERO Studie fand keine Verbesserung in der Selbstwirksamkeit (Autonomie) bei Betroffenen nach Anwendung des Sicherheitsplans oder der App.</p> <p>Die Rehospitalisierungen (Behandlungsbedarf) bei SERO konnten nach Einführung der Massnahmen verringert werden.</p>
	Gesamt	+	+	+	+	<p>Lücken in der PGV wurden durch die Projekte geschlossen, indem Schnittstellen überbrückt und die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert wurden. Das SERO Massnahmenbündel senkte den Behandlungsbedarf bei Betroffenen. Dass die Autonomie der Betroffenen erhöht wurde, konnte die Evaluation nicht nachweisen.</p>
Grundvoraussetzungen für die Messung der Wirtschaftlichkeit						
Q5	Das Projekt hat eine adäquate und für alle Akteur*innen nachvollziehbare Projektstruktur.					

5.1	Ein Konsortium (strategisches Steuergremium des Projekts) ist konstituiert und <ul style="list-style-type: none"> umfasst Organisationen aus unterschiedlichen, für das Projekt relevanten Akteuren z. B. aus Gesundheitsversorgung, Public Health, Sozial- und Gemeinwesen, Patientenorganisationen und Finanzierern. die Rollen und Aufgaben der einzelnen Konsortiums-Mitglieder sind definiert. 	++	+	--	++	Mit Ausnahme von ASSIP Suisse Romande hatten alle Projekte ein Konsortium oder eine Steuergruppe. Bei AdoASSIP bestand es aus den Projektimplementierern aus 13 verschiedenen Kantonen, die das Projekt umsetzten. Ihre Rollen waren klar definiert. Bei ASSIP flex bestand es aus Mitgliedern verschiedener Interessensgruppen, die nach Bedarf konsultiert wurden. Bei SERO bestand die Steuergruppe aus Ärzten, die wichtige Entscheide absegneten. Alle Gruppen kamen in regelmässigen Abständen zusammen.
Q6	Das Projekt ist zielgerichtet vernetzt und koordiniert. Die Koordination mit den relevanten Akteuren (insbesondere mit den Kantonen) ist sichergestellt. Patient*innen respektive Patientenorganisationen sind in die Projektplanung und -gestaltung sinnvoll eingebunden.					
6.8	Mindestens ein zukünftiger möglicher Finanzierungsträger (z. B. Kanton, Versicherer, Stiftung, HMO-Praxis usw.) nimmt Einsitz im Konsortium (erste Priorität) oder in der Begleitgruppe (zweite Priorität).	+	--	--	--	Bei AdoASSIP war die Leiterin des Suizidpräventionsprogramms des Kantons Zürich Teil des Konsortiums. Insgesamt waren Kantone, Versicherer und andere „Stakeholders“ ungenügend in den Steuerungsorganen der Projekte vertreten
Q10	Konkrete Überlegungen, wie die präventiven Interventionen dauerhaft und kosteneffizient umgesetzt und nachhaltig finanziert werden können, sind erstellt und plausibilisiert.					
10.1	Das Projekt beinhaltet oder entwickelt ein konkretes Finanzierungsmodell, welches die nachhaltige Finanzierung längerfristig und überregional sichert. Es stützt sich auf das Konzept der hybriden Finanzierung ab. Die nachhaltige Finanzierung des PGV-Projekts wird von Anfang an mitgedacht.	+	+	+	+	Ein Grossteil der Leistungen, die in den Projekten enthalten sind, werden durch die Krankenversicherer über TARMED und TARPSY abgedeckt. GFCH finanzierte daher vor allem zusätzliche Massnahmen, wie Schulungen, die Entwicklung der SERO App, das Projektmanagement oder die zusätzlichen ASSIP Sitzungen. Die nachhaltige Finanzierung dieser Projektteile wurde jedoch nicht von Anfang an mitgedacht, konkrete Ideen entstanden erst auf Initiative von GFCH. Die Projekte entwickelten zusammen ein Nachfolgeprojekt, das sich auf eine vorübergehende 50%ige Finanzierung von GFCH stützt.

10.2	Im Projektplan sind Meilensteine bez. Kontakte und Abklärungen mit Finanzierern aufgeführt.	+	-	-	--	Nur bei AdoASSIP waren konkrete Ideen für die weitergehende Finanzierung der ungedeckten Leistungen von Anfang an ein Thema, das Ziel war dabei vor allem die Deckung durch die Krankenversicherung. ASSIP flex und ASSIP Suisse Romande begannen etwa im dritten Jahr mit konkreten Finanzierungsanfragen bei Stiftungen/Kantonen für punktuelle Beiträge. SERO kümmerte sich am wenigstens um die langfristige Finanzierung, wohl auch weil die laufenden Kosten hier geringer waren, und die einzelnen Massnahmen teils von ihren Entwicklern (prism, pro mente sana) wieder übernommen wurden.
	Gesamt	+	+	+	-	Die Projekte wurden von qualifizierten Fachpersonen begleitet, die jedoch keine direkte Verbindung zu langfristigen Finanzierungsquellen hatten. Konkrete Initiativen für die weitergehenden Finanzierung einzelner Massnahmen wurden spät angedacht, daher wird vor allem auf die Übergangsförderung durch GFCH gebaut.

Anhang D: Literaturverzeichnis

- BAG. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*.
- BAG/GDK/GFCH. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. B. f. G. BAG.
- Berger, G. E., & Michel, K. (2024). *Ein Präventionsprogramm für Jugendliche nach einem Suizidversuch. Therapiemanual*
- Unter Mitwirkung von Häberling I., Preisig M., Rizk M., Semple T., Blaser M., Pauli D., Walitza S., Eberhard S., Hansson A-L.*
- Chicherio, K. (2022). "Digitale Interventionen und Tools in den Suizidpräventionsprojekten" Workshop.
- Davis Weaver, N., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mouglin, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzighli, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D.,...Naghavi, M. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(3), e189–e202. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)
- Fässler, S., & Studer, S. (2018). *Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. G. Schweiz.
- Gysin-Maillart, A. (2021). *ASSIP-Kurztherapie nach Suizidversuch* (2. überarbeitete Auflage ed.). Hogrefe Verlag.
- 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>
- Keller, R., Saillant, S., Gysin-Maillart, A., & Michaud, L. (2021). [ASSIP: A new therapy following suicide attempt]. *Rev Med Suisse*, 17(751), 1602–1605. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34550652> (ASSIP : nouvelle modalite therapeutique apres un geste suicidaire.)
- Kessler, C. (2021). *Qualitätsstandards & -Kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung*. B. f. G. BAG.
- 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>
- Peter, C., & Tuch, A. (2024). *Suizidales erleben und Verhalten - In der der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024)*.
- 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*.
- Werdin, S., Fink, G., Rajkumar, S., Durrer, M., Gurtner, C., Harbauer, G., Warnke, I., & Wyss, K. (2024). Mental health of individuals at increased suicide risk after hospital discharge and initial findings on the usefulness of a suicide prevention project in Central Switzerland. *Front Psychiatry, 15*, 1432336. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1432336>
- 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/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>
- Widmer Howald, F. (2021). *Kommunikationskonzept für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen und mit den Suizidpräventionsprojekten der Förderrunde PGV 2020*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Widmer Howald, F., Raso, G., & Annaheim, B. (2024). *Qualitätscheck – Qualitätskriterien und dazugehörige Indikatoren für Projekte der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz