

Evaluation: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV

Schlussbericht Projekt ASSIP Flex

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



12. Juni 2025

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

EVALUATION: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Ge- sundheitsversorgung PGV

Schlussbericht Projekt ASSIP flex

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

IMPRESSUM

Vertrag 21.051	
Evaluiertes Projekt:	ASSIP flex (Projekt-Nr. PGV03.062/2)
Laufzeit der Evaluation:	April 2021 – Mai 2025
Datenerhebungsperiode:	Januar 2021 – Dezember 2024
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung CH	Dr. Giovanna Raso Projektleiterin Wirkungsmanagement Ab 2024: Dr. Ran Grünenfelder, Grünenfelder Zumbach GmbH Dr. Franziska Widmer Howald, Stv. Leiterin und Projektleiterin PGV
Meta-Evaluation:	Das Team Wirkungsmanagement 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.
Übersetzung:	-
Zitiervorschlag:	Rajkumar S, Castelli Dransart DA, Hollenstein E, Patt R, Aleman S, Wyss K, 2025. Externe Evaluation des PGV-Projekts ASSIP flex. [Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz].
Korrespondenzadresse:	Prof. Dr. Kaspar Wyss Swiss Tropical and Public Health Institute Kreuzstrasse 2, 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
IPZ	Interprofessionnelle Zusammenarbeit
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute, Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum.....	2
Abkürzungen	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
1. Management Summary.....	1
2. Ausgangslage und Kontext	3
3. Evaluationsgegenstand und Zweck.....	4
4. Evaluationsdesign und Methoden	4
4.1. Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung	6
4.2. Summative Evaluation: Outcome und Impact	7
4.2.1. Multiplikator*innen	7
4.2.2. Betroffene und Angehörige	8
4.2.3. Impact.....	9
5. Ergebnisse.....	9
5.1. Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung	9
5.2. Summative Evaluation: Outcome und Impact	16
5.2.1. Multiplikator*innen	17
5.2.2. Betroffene und Angehörige	23
5.2.3. Impact.....	28
6. Schlussfolgerungen	28
7. Empfehlungen	29
8. Anhang	34
8.1. Dateninstrumente	34
8.1.1. Fragebogen Konsortium	34
8.1.2. Fragebogen Netzwerktreffen (Outcome I).....	38
8.1.3. Fragebogen Evaluation – Symposium «Neue Erkenntnisse in der Suizidprävention» (Outcome I)	41
8.1.4. Fragebogen Evaluation Informationsveranstaltung Betroffene und Fachpersonen (Outcome I)	43
8.1.5. Fragebogen Kursevaluation (Outcome I)	46
8.1.6. Fragebogen für Multiplikator*innen (Outcome I).....	50
8.1.7. Gesprächsleitfaden für Multiplikator*innen (Outcome I)	58
8.1.8. Gesprächsleitfaden für Betroffene (Outcome II).....	60
8.1.9. Gesprächsleitfaden für Angehörige (Outcome II)	67
8.2. Wirkungsmodell	72
8.3. Ergänzende Tabellen.....	73

8.4. Literaturverzeichnis.....	74
--------------------------------	----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. Notfallplan als Leporello	10
Abbildung 2. Landeseite ASSIP flex	16
Abbildung 3. Suizidpräventionssymposium: Zufriedenheitsbefragung (n=69-73); Skala: sehr unzufrieden (1) bis sehr zufrieden (7)	18
Abbildung 4. Informationsveranstaltung: Zufriedenheit mit Verständlichkeit, Relevanz und Nutzen (n=48-49); Skala: stimme gar nicht zu (1) bis stimme voll zu (5)	19
Abbildung 5. Kursevaluation Übersicht: Zufriedenheit mit Kursstruktur, Didaktik und Anwendbarkeit (n=59-90); Skala: stimme gar nicht zu (1) bis stimme voll zu (5)	20
Abbildung 6. Multiplikator*innenbefragung: Zusatzfragen für Partnerkantone (n=5-9); Skala: stimme gar nicht zu (1) bis stimme voll zu (5)	21

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Methodentabelle der ASSIP flex Evaluation	6
Tabelle 2. Kostenaufstellung ASSIP flex 2021-2024	11
Tabelle 3. Zeitaufwand, zukünftige Kosten und Kostendeckung	12
Tabelle 4. Effektive Kosten der ASSIP flex Intervention 2021-2024	12
Tabelle 5. Im Projekt eingeschlossene Betroffene und Angehörige	13
Tabelle 6. Suizidpräventionssymposium: Positives Feedback und Verbesserungsvorschläge aus offenen Textantworten	18
Tabelle 7. Mitglieder der Begleitgruppe	73
Tabelle 8. Mitglieder der Arbeitsgruppe	73

1. MANAGEMENT SUMMARY

Hintergrund. ASSIP flex baut auf der etablierten ASSIP® Kurzintervention für Erwachsene nach einem Suizidversuch und dient der Prävention erneuter Suizidversuche. Den Kern der Therapie bilden 3-4 Sitzungen. In der ersten Sitzung wird ein Narrativvideo aufgezeichnet, in dem die betroffene Person erzählt, wie es zum Suizidversuch kam. Dieses Video wird in der zweiten Sitzung gemeinsam mit dem/der Therapeut*in angeschaut und analysiert. In der dritten Sitzung wird ein persönlicher Notfallplan in Form eines Leporellos mit Warnsignalen und Strategien entwickelt, der bei erneuten Krisen hinzugezogen werden soll. Auf Wunsch der betroffenen Person können Angehörige/Bezugspersonen in die Entwicklung des Notfallplans miteinbezogen werden. Während den folgenden zwei Jahren wird alle 3-6 Monate brieflich Kontakt mit der betroffenen Person aufgenommen. Mit ASSIP flex wurde die Therapie neu auch in einem häuslichen Umfeld einer schwer zugänglichen Zielgruppe (Erwachsene mit psychischen und/oder somatischen Vulnerabilitäten nach einem Suizidversuch) angeboten. Zum Projekt gehörte die Ausbildung von 1-2 ASSIP flex Therapeut*innen pro Standort und die Informationsvermittlung über diverse Kanäle zur Bekanntmachung von ASSIP flex.

Die externe Evaluation bediente sich eines Wirkungsmodells, um die Wirkungslogik des Projekts graphisch darzustellen. Darin sind die verschiedenen Evaluationsbereiche und ihr Bezug zueinander visualisiert: Konzept, Input, Umsetzung, Output, Outcome Multiplikator*innen, Outcome Betroffene und Angehörige sowie Impact.

Methoden. Für die Evaluation wurden verschiedene Methoden angewendet, darunter Dokumentenanalysen, Online-Befragungen, papierbasierte Fragebögen und qualitative Interviews mit allen Zielgruppen (Betroffene, Angehörige und Fachpersonen).

Ergebnisse. ASSIP flex wurde ab 2021 an der UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste) in Bern und danach an vier weiteren Institutionen in drei Kantonen (Waadt, Neuenburg, Zürich) umgesetzt. Insgesamt nahmen 261 Personen während der Projektlaufzeit die Therapie in Anspruch, davon 142 an der UPD in Bern. Im Projektantrag war ursprünglich die Versorgung von 459 Betroffenen ausgelegt. Dieser Zielwert wurde jedoch zu Beginn des Projekts aufgrund von neuen Erfahrungswerten auf 298 korrigiert. 25 (9.6%) Personen, die die Therapie begonnen hatten, brachen sie frühzeitig ab.

Bei der Projektumsetzung zeigte sich, dass die Mehrheit der Betroffenen intern zugewiesen wurde und die gesamte Therapie stationär absolvierte. Manche Betroffene begannen die Therapie als stationäre Therapie, absolvierten die folgenden Sitzungen jedoch ambulant oder im Home Treatment. Um dieser Vielseitigkeit Rechnung zu tragen, beschloss die Projektleitung 2024, das Projekt von ASSIP Home Treatment auf ASSIP flex umzubenennen.

Von ursprünglich 300 ausgelegten Angehörigen pro Jahr wurden mittels Informationsveranstaltungen insgesamt 117 tatsächlich erreicht. Direkt in die Therapie, wie auch geplant war, wurden keine Angehörigen miteinbezogen.

Insgesamt wurden elf ASSIP flex Therapeut*innen ausgebildet. Derzeit arbeiten sieben ASSIP flex Therapeut*innen noch im Projekt, die zusammen eine 100% Stelle abdecken. Die Kursevaluationen zeigten eine hohe wahrgenommene Qualität des Inhalts der Schulungen und der Kompetenz der Referierenden. Besonders geschätzt wurden die Praxisnähe der Beispiele und das unterstützende Kursmaterial, wobei noch mehr Raum für Diskussionen und Fragen gewünscht waren.

Die ASSIP flex Therapeut*innen bewerteten die Implementierung von ASSIP flex grundsätzlich positiv, insbesondere hinsichtlich Informationsmaterial, Vernetzung und interprofessioneller Zusammenarbeit. Gleichzeitig wurden Herausforderungen sichtbar, darunter Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Patient*innen sowie die langfristige Sicherstellung der Finanzierung und Bekanntmachung von ASSIP.

Die Projektträger schätzen, dass durch Informationsveranstaltungen und Schulungen 3'800 Fachpersonen erreicht wurden, weit mehr als ursprünglich ausgelegt. Die Multiplikator*innenbefragung zeigte eine hohe Bekanntheit von ASSIP flex. Die Evaluation der Informationsveranstaltungen zeigte eine sehr positive Bewertung durch die teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen, besonders in Bezug auf Verständlichkeit, Relevanz und Informationsgewinn. Viel Wert wurde auf die Bekanntmachung über digitale Kanäle gesetzt, vor allem die Webseite und soziale Medien.

Die am häufigsten genannten Nutzen des Programms aus Sicht der Betroffenen und deren Angehörigen betreffen die Aufarbeitung der suizidalen Krise, die Beziehung zum/zur Therapeut*in, die Aufklärung über individuelle Warnzeichen, und die Verbesserung der Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen. Positiv wurde auch die das psychoedukative Element erwähnt, das Wissen und Informationen zu Suizidalität und deren Behandlung vermittelt.

Wesentliche Herausforderungen, die durch Betroffene und Angehörige identifiziert wurden, beziehen sich insbesondere auf die Rekrutierung, die teilweise als mühsam beschrieben wurde. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität wurde als schwierig, aber auch hilfreich empfunden, und die Anwendung des Notfallplans fiel einigen schwer.

Diskussion. Das ASSIP flex Projekt stellt eine Erweiterung der bewährten ASSIP®-Kurzintervention dar und bietet die Einbindung einer schwer erreichbaren Zielgruppe durch das Home Treatment. Trotz einer insgesamt hohen Teilnahmequote konnten nur wenige Betroffene, die vom ursprünglichen ASSIP® Programm nicht erreicht worden wären, einbezogen werden.

Das Projekt förderte die Vernetzung der involvierten Fachpersonen aus verschiedenen Settings, um die Schnittstellen zwischen stationärer, ambulanter bzw. häuslicher Versorgung zu stärken, eine nahtlose Behandlung sicherzustellen und die Bekanntmachung der Therapie voranzutreiben. Die Zusammenarbeit mit Zuweisenden wurde von ASSIP flex Therapeut*innen als gut eingeschätzt. Dennoch ist die Rekrutierung von Patient*innen aus Sicht aller drei Zielgruppen eine Herausforderung.

Das ASSIP flex Programm leistet einen Beitrag zur Schliessung der Versorgungslücke zwischen stationärer und ambulanter Therapie im Bereich der Suizidprävention. Die besondere Stärke von ASSIP flex liegt in der Flexibilität seines Angebotes und im kollaborativen Aufarbeitungsprozess der suizidalen Krise. Der narrative Ansatz hilft den Betroffenen, sich selbst und ihre Situation besser zu verstehen und zu reflektieren, und individuelle Warnzeichen und Strategien zu identifizieren. Die Therapeut*innen werden als unterstützende Begleitpersonen wahrgenommen, die durch ihre Feinfühligkeit und ihr aufmerksames Zuhören eine vertrauensvolle und wertschätzende Atmosphäre schufen. Psychoedukative Aspekte tragen zu einer verbesserten Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen bei. Trotz der durch das Programm gewonnenen Zuversicht, mit einer suizidalen Krise besser umgehen zu können, scheinen das frühzeitige Erkennen von Warnzeichen und die Anwendung von Strategien in Risikosituationen für die Befragten nicht selbstverständlich zu sein.

Sowohl der Bedarf als auch der Nutzen des Programms aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen konnten dokumentiert werden. Mit den notwendigen Ressourcen und Mitteln könnte das Programm kontinuierlich weiterentwickelt und langfristig implementiert werden.

2. AUSGANGSLAGE UND KONTEXT

Obwohl die Suizidrate in der Schweiz seit Mitte der 1980er Jahre rückläufig ist waren Suizide 2021 verantwortlich für 6.4% aller verlorenen Lebensjahre (Mack et al., 2024). Gemeinsam mit anderen Akteuren entwickelte der Bund den Aktionsplan Suizidprävention, der 2016 verabschiedet wurde (Walter et al., 2016). Ziel des Plans ist es, suizidale Handlungen, insbesondere während Belastungskrisen oder im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, nachhaltig zu reduzieren. Im Zuge der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie) richtete Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) eine Projektförderung zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ein (BAG, 2016; Schneider et al., 2021). Die Stiftung unterstützte gezielt Projekte in den Handlungsfeldern nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit. Ab 2021 wurden fünf Suizidpräventionsprojekte für vier Jahre mit insgesamt rund 6,5 Millionen Franken unterstützt. Ein Projekt wurde nach 1.5 Jahren eingestellt.

ASSIP flex baut auf der etablierten ASSIP® Kurzintervention für Erwachsene nach einem Suizidversuch und dient der Prävention erneuter Suizidversuche (Gysin-Maillart et al., 2016). Den Kern der Therapie bilden 3-4 Sitzungen. In der ersten Sitzung wird ein Narrativvideo aufgezeichnet, in dem die betroffene Person erzählt, wie es zum Suizidversuch kam. Dieses Video wird in der zweiten Sitzung gemeinsam mit dem/der Therapeut*in angeschaut und analysiert. In der dritten Sitzung wird ein persönlicher Notfallplan in Form eines Leporellos mit Warnsignalen und Strategien entwickelt, der bei erneuten Krisen hinzugezogen werden soll. Während den folgenden zwei Jahren wird alle 3-6 Monate brieflich Kontakt mit der betroffenen Person aufgenommen.

Durch das Home Treatment wurde das Programm weiterentwickelt und ausgeweitet. Neu wurde eine schwer zugängliche Zielgruppe (Erwachsene mit psychischen und/oder somatischen Vulnerabilitäten nach einem Suizidversuch) anvisiert. Es sollte überprüft werden, ob die Methode sich auch bei Patient*innen, die eine eingeschränkte Mobilität haben, schwer erreichbar sind oder Angst vor Stigmatisierung haben, anwenden lässt. Es wurden keine weiteren Einschlusskriterien für das Home Treatment definiert. Die Patient*innen konnten dabei auch selber entscheiden, ob sie sich zu dieser Gruppe zählen. Ausschlusskriterien waren ernsthafte kognitive Beeinträchtigungen, psychotische Störungen und ein Unvermögen, der Therapie zu folgen, beispielsweise, wenn sie die deutsche oder französische Sprache nicht beherrschten. Für das Home Treatment wurde den betroffenen Personen angeboten, sie in ihrer vertrauten Umgebung zu besuchen. Damit sollte die Teilnahmequote dieser vulnerablen Zielgruppe steigen und die Abbruchrate verringert werden. Gleichzeitig ist dieser Ansatz mit einem erhöhten Organisations- und Zeitaufwand sowie höheren Kosten für die Reise des/der Therapeut*in (Benzin oder Bahnbillett) verbunden. Der Projektträger untersuchte daher in einer Analyse die Kosteneffektivität der Intervention, um zu erforschen, ob sich der zusätzliche Aufwand lohnt.

Zu den weiteren Zielen von ASSIP flex gehörten die verstärkte Vernetzung aller beteiligten Fachpersonen, verbessertes Selbstmanagement bei Betroffenen und Angehörigen und die Nutzung von Ressourcen und Hilfsangeboten durch Betroffene und Angehörige. Weniger Suizide und Suizidversuche sowie weniger Rehospitalisierungen waren das übergreifende Ziel des Projekts. Das Wirkungsmodell (Anhang 8.2) stellt die Wirkungslogik des Projekts graphisch dar.

3. EVALUATIONSGEGENSTAND UND ZWECK

Das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) und die Hochschule für Soziale Arbeit Freiburg (HETS-FR/HES-SO) wurden durch Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) mit der externen Evaluation des Projekts ASSIP flex beauftragt. Im Rahmen der Evaluation wurden Zielerreichung, Erfolgsfaktoren, Hindernisse und Wirksamkeit des Projekts überprüft. Die Evaluation dient der Qualitätssicherung und generiert evidenzbasiertes Wissen für die Integration präventiver Praktiken im Bereich der Suizidprävention. Ziel war es, die von GFCH vorgegebenen Evaluationsbereiche (Konzept, Input, Umsetzung, Output, Outcome Multiplikatoren, Outcome Betroffene, Impact) zu adressieren (Fässler & Studer, 2018).

Basierend auf einem Wirkungsmodell (siehe Anhang 8.2) wurde die externe Evaluation in einem detaillierten Evaluationskonzept ausgelegt, das von GFCH validiert wurde (Rajkumar et al., 2021). Das Wirkungsmodell veranschaulicht den Projektablauf. Es visualisiert die kausalen Wirkungsketten, d.h. über welche Leistungen die ausgelegten Massnahmen und Prozesse zu den anvisierten kurz- und langfristigen Wirkungen führen.

Der formative Teil der Evaluation umfasste die Analyse von Konzept, Input, Umsetzung und Output. Dazu wurde das Projekt kontinuierlich begleitet, um allenfalls auftretende Hindernisse und Probleme frühzeitig zu erkennen und zu beheben. Die Konzeptevaluation betrachtete kurz- und langfristige Ziele, die im Projektantrag ausgelegt waren und beurteilte, ob sie sinnvoll und erreichbar sind. Die Inputevaluation betrachtete die investierten finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen des Projekts, die im Budgetplan ausgelegt waren. Die Prozessevaluation betreffend Umsetzung und Leistungen (Outputs) identifizierte Erfolgsfaktoren und Hindernisse und verglich die ausgelegten Meilensteine mit den erbrachten Leistungen.

Der summative Teil der Evaluation bewertete die längerfristigen Wirkungen der Projektmassnahmen. Sie erfasste die Wirkungen des Projekts bei den Multiplikator*innen, zu denen medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen gehörten (Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Fachpsycholog*innen). Die summative Evaluation hatte auch zum Ziel, die Wirkungen der Massnahmen auf Betroffene und Angehörige/Bezugspersonen zu untersuchen, beispielsweise Veränderungen in Selbstwirksamkeit und in der Nutzung verfügbarer Ressourcen.

Die Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen gehörte zu den ausgelegten Endzielen des Projekts, jedoch werden Suizidversuche in der Schweiz nicht routinemässig erfasst. Selbstberichtete Suizidversuche werden im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die alle fünf Jahre durchgeführt wird, erhoben und im Obsan Bulletin publiziert (Peter & Tuch, 2024). Die Anzahl der Suizide mit rund 1000/Jahr für die gesamte Schweiz ist zu tief, um bedeutsame Unterschiede zwischen den Jahren, vor allem auf regionaler Ebene, zu erwarten.

4. EVALUATIONSDESIGN UND METHODEN

Die Methodik zur externen Evaluation von ASSIP flex ist nachfolgend zusammenfassend dargestellt (

Tabelle 1). Die externe Evaluation umfasste die Projektlaufzeit von Projektbeginn im Januar 2021 bis am 15. November 2024. Das Projekt lief noch bis Ende März 2025 offiziell weiter.

Tabelle 1. Methodentabelle der ASSIP flex Evaluation

Hauptfragen	Zielgruppen	Methode	Stichprobe	Zeitpunkt Datenerhebung
Konzept und Inputs sowie Outputs (formativ)				
Konzept	ASSIP flex Team	Dokumentanalyse Diskussionen		2021-2024
Inputs und Kosten	ASSIP flex Team	Kostenanalyse Diskussionen		2021-2024
Projektfortschritt und Umsetzung	ASSIP flex Team	Dokumentanalyse Diskussionen		2021-2024
Outcome I – Multiplikator*innen (summativ)				
Zufriedenheit mit Netzwerktreffen	ASSIP flex Therapeut*innen	Fragebogen (online oder auf Papier)	6	Januar 2023
Zufriedenheit mit Suizidpräventionssymposium	Symposiumsteilnehmende	Online-Befragung	73	April 2023
Zufriedenheit mit Informationsveranstaltungen	Interessierte Fachpersonen, Betroffene, Angehörige	Fragebogen (online oder auf Papier)	58	September 2022- Februar 2025
Zufriedenheit mit Kursen	Teilnehmende der Basis- und Vertiefungskurse zu suizidalem Verhalten und Erleben, ASSIP Therapeut*innen in Ausbildung	Fragebogen (online oder auf Papier)	90	September 2022- Mai 2024
Netzwerke, Häufigkeit und Qualität der Zusammenarbeit, Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Erfahrungen mit ASSIP flex	Multiplikator*innen ASSIP flex (Konsortiumspartner, Partnerkantone, Symposiumsteilnehmende, Spitäler)	Online-Befragung	54	September-Oktober 2023
Förderfaktoren/Barrieren der interprofessionellen Zusammenarbeit, Erfahrungen mit ASSIP flex	Multiplikator*innen ASSIP flex	Interviews	3	2025
Outcome II – Betroffene und Angehörige				
Wahrnehmung der Projektleistungen	Betroffene	Interviews	9	2023-2024
Wahrnehmung der Projektleistungen	Angehörige	Interviews	3	2023-2024
Impact (summativ)				
Analyse zu Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz	Betroffene	Fragebogen	105	

4.1. Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung

Die Konzeptevaluation betrachtete kurz- und langfristige Ziele, die im Projektantrag ausgelegt wurden und beurteilte, ob sie sinnvoll und erreichbar sind. Sie war vorwiegend deskriptiv und wurde mittels Dokumentanalyse (insbesondere des Projektantrags) untersucht und in Gesprächen mit den Projektträgern diskutiert.

Die Inputevaluation betrachtete die investierten finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen des Projekts, die im Budgetplan ausgelegt waren. Hierzu wurde eine Matrix erstellt, die die ungefähren Kosten des Projekts erfasste. Sie wurde jährlich anhand der Projektabrechnung ergänzt.

Anhand der Jahresabrechnungen wurde die Kosten pro Fall angeschaut. Ausserdem wurde untersucht, welche zusätzlichen Kosten durch das Angebot des Home Treatment anfallen, sowie welche Kosten von der Krankenkasse übernommen bzw. nicht übernommen werden.

Die Prozessevaluation betreffend Umsetzung und Leistungen (Outputs) hatte einen formativen Charakter. Der Umsetzungsfortschritt wurde mit den Projektträgern zweimal jährlich besprochen, Erfolgsfaktoren und Hindernisse erörtert sowie erbrachte Leistungen beurteilt. Diese Gespräche wurden nach Bedarf mit weiteren Terminen ergänzt, um spezifische Fragen zu besprechen oder Evaluationsaktivitäten zu planen. Jedes Jahr wurden schriftliche Zufriedenheitsbefragungen mit dem Konsortium des Projekts im Anschluss an die jährliche Konsortiumssitzung durchgeführt. Darin wurden Fragen zu Projekthalt, Projektleitung und Durchführung, Kommunikation, Finanzen und zur Konsortiummitgliedschaft gestellt (siehe Anhang 8.1.1). Der Fragebogen wurde im Papierformat auf Deutsch oder Französisch ausgeteilt und vor Ort von den Mitgliedern ausgefüllt.

4.2. Summative Evaluation: Outcome und Impact

4.2.1. Multiplikator*innen

Am 16. Januar 2023 fand ein **Netzwerktreffen** mit sechs ASSIP-Therapeut*innen statt. Die Evaluation wurde anonymisiert über einen Online-Fragebogen sowie in Papierform durchgeführt (siehe Anhang 8.1.2). Der Fragebogen war in deutscher und französischer Sprache verfügbar. Inhaltlich lag der Fokus auf dem verfügbaren Informationsmaterial, der Vernetzung sowie auf Rückmeldungen zur ASSIP flex Intervention.

Das **Suizidpräventionssymposium** fand am 30. März 2023 statt und richtete sich an ein breites Fachpublikum. Die Befragung zur Zufriedenheit mit der Veranstaltung wurde über eine E-Mail-Verteilerliste an die 230 Teilnehmenden versandt, ein Reminder wurde nach 1-wöchiger Laufzeit versandt (siehe Anhang 8.1.3). Der Fragebogen war auf Deutsch und Französisch verfügbar, die Daten wurden anonymisiert ausgewertet.

Die Evaluation der **Informationsveranstaltungen** für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige fand zwischen September 2022 und Februar 2025 statt. Zunächst wurden Fragebögen im Papierformat verwendet, ab Januar 2023 erfolgte die Umstellung auf eine Online-Befragung (siehe Anhang 8.1.4). Auch hier stand der Fragebogen in deutscher und französischer Sprache zur Verfügung, die Auswertung der Daten erfolgte anonymisiert.

Die **Kursevaluation** richtete sich an Teilnehmende der Basis- und Vertiefungskurse zu suizidalem Verhalten und Erleben sowie an ASSIP Therapeut*innen. Die Erhebung erfolgte über papierbasierte und Online-Fragebögen ab September 2022 bis Mai 2024 (siehe Anhang 8.1.5). Der Fragebogen war auf Deutsch und Französisch verfügbar und die Datenauswertung erfolgte anonymisiert.

Die **Multiplikatorenbefragung** hatte das Ziel, die Bekanntheit, Nutzung und Weiterempfehlung von ASSIP flex zu erfassen. Sie wurde als Querschnittsstudie mit einem strukturierten Online-Fragebogen durchgeführt und richtete sich an Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die in der Suizidprävention tätig sind (siehe Anhang 8.1.6). Der Versand erfolgte im September 2023 an 335 E-Mail-Empfänger*innen, wobei nach vier und sechs Wochen ein Reminder

gesendet wurde. Die Liste der Adressaten wurde von ASSIP flex zur Verfügung gestellt und enthielt Personen aus dem Konsortium, Multiplikatoren und Symposiumteilnehmende. Die Laufzeit der Befragung betrug zwei Monate. Der Fragebogen war auf Deutsch und Französisch verfügbar, die Daten wurden anonymisiert ausgewertet.

Im Rahmen der Evaluation wurden 3 **semi-strukturierte Interviews mit Fachpersonen** (eine klinische Psychologin, zwei klinische Psychotherapeut*innen) durchgeführt, um tiefergehende Einblicke in die praktischen Erfahrungen mit ASSIP flex zu erhalten. Die Gespräche dauerten jeweils etwa 45 Minuten und basierten auf einem Interviewleitfaden (siehe Anhang 8.1.7). Die Interviewpartner*innen wurden über den Kursevaluationsfragebogen rekrutiert; bei Interesse an einem Interview konnten sie ihre Kontaktdaten hinterlassen. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, um zentrale Themen zu identifizieren. Die Datenauswertung erfolgte anonymisiert.

4.2.2. Betroffene und Angehörige

Die Outcome II Evaluation untersuchte mittels Interviews die Wahrnehmung der ASSIP flex-Programmeleistungen aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen.

Nach dem Entscheid der Ethikkommission am 01. März 2023, die Studie als Qualitätssicherung zu klassifizieren, wurde das genaue Rekrutierungsvorgehen sowie die verschiedenen Evaluationsdokumente (Gesprächsleitfäden, Einwilligungserklärung und der Informationsflyer) mit den Projektträgern besprochen und validiert. Fragen zu Programmrekrutierung, Nutzen, Herausforderungen sowie zu Verbesserungsvorschlägen wurden in den Gesprächsleitfäden aufgenommen (siehe Anhang 8.1.8 und Anhang 8.1.9).

Insgesamt wurden zwölf Interviews zwischen Oktober 2023 und Juni 2024 im Kanton Bern durchgeführt. Neun Befragte waren Betroffene (sechs weibliche und drei männliche Personen) mit einem Durchschnittsalter von 41,8 Jahren (21-57 Jahre), drei waren Angehörige (zwei weibliche und eine männliche Person) mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren (47-61 Jahre). Zwei Interviews wurden per Videokonferenz, acht per Telefon und zwei vor Ort durchgeführt, die eine durchschnittliche Länge von 42 Minuten aufwiesen (min: 00:19:18 – max: 01:19:00). Zwei Dyaden (Betroffene und betreuende Angehörige) wurden interviewt. Die Zeitspanne zwischen Programmabschluss und Interview betrug rund ein Monat. Alle Befragten unterschrieben eine Einwilligungserklärung.

Ein wesentliches Merkmal der Befragten war das hohe Bildungsniveau der Teilnehmenden. Fünf Personen verfügten über einen tertiären Bildungsabschluss, zwei waren Studierende oder standen kurz vor Beginn eines Studiums, und fünf hatten eine abgeschlossene Lehre mit anschließender Weiterbildung oder beruflicher Umorientierung.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden wurde in Zusammenarbeit mit der projektinternen ASSIP flex Evaluationsstudie gemacht. Nach der letzten Sitzung wurden die Betroffenen persönlich zur Teilnahme an der Evaluation eingeladen, um die Synergien zu nutzen und den Zeitaufwand gering zu halten. Die Angehörigen wurden über die Betroffenen rekrutiert.

Die Interviews wurden – mit Ausnahme eines Gesprächs, bei dem die interviewte Person eine Mitschrift bevorzugte – audioaufgezeichnet, teilweise transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Im März 2025 wurden vorläufige Ergebnisse mit der Projektträgerin diskutiert.

4.2.3. Impact

Der Projektträger von ASSIP flex führte selbst verschiedene Evaluations- und Forschungstätigkeiten durch. Die Impactstudien untersuchten die Anzahl der erneuten Suizidversuche und die Kosteneffektivität sowie weitere neuropsychologische Indikatoren, die die Wirksamkeit der Methode belegen sollen. Die entsprechenden Ethikanträge wurden im August 2022 gutgeheissen. Die Studien wurden durch den Schweizerischen Nationalfonds finanziert.

Das externe Evaluationsteam trug zur Analyse zu Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz bei, die der Projektträger durchführte. Die Befragung erfolgte mittels Fragebogen auf Papier 4-6 Wochen sowie ein Jahr nach Abschluss der ASSIP flex Therapie.

5. ERGEBNISSE

5.1. Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung

In der formativen Evaluation wurden die Projektinputs, die Organisation und die Prozesse angeschaut. Auch wurden die Leistungen überprüft, die im Wirkungsmodell ausgelegt waren.

Projektkonzept

ASSIP flex ist ein niederschwelliges Angebot zur Suizidprävention basierend auf der Kurztherapie ASSIP® (Attempted Suicide Short Intervention Program), dessen Wirksamkeit auf suizidale Handlungen und die Anzahl Rehospitalisierungen nachgewiesen wurde (Gysin-Maillart et al., 2016). Es wurde ursprünglich unter dem Namen ASSIP Home Treatment entwickelt, da es auf Personen in ihrem häuslichen Umfeld nach einem Suizidversuch ausgerichtet war, die für präventive oder therapeutische Angebote nur schwer erreichbar sind. Die Kurztherapie als mobiles Home Treatment zum Patienten nach Hause zu bringen, sollte die Versorgungslücke zwischen stationär und ambulant schliessen. Da jedoch die Mehrheit der Betroffenen wie im ursprünglichen Programm die Therapie stationär absolvierte, und um daher das ganze Behandlungsspektrum abzudecken, inklusive ambulant und stationär, wurde das Projekt im letzten Projektjahr auf ASSIP flex umbenannt.

Das Selbstmanagement der Betroffenen soll durch die Entwicklung des persönlichen Notfallplans gefördert (Abbildung 1). Warnsignale und Handlungsstrategien werden darin festgehalten. Danach soll der Notfallplan als Leporello bei Bedarf immer zur Hand sein. Auf Wunsch der betroffenen Person konnten Angehörigen/Bezugspersonen in die Entwicklung des Notfallplans miteinbezogen werden. Diese Möglichkeit war eine Neuerung im Vergleich zur ursprünglichen Therapie.

ASSIP flex wurde zuerst an der UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste) in Bern und danach an vier weiteren Institutionen in drei Kantonen (CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) in Lausanne/Waadt, PUK (Psychiatrische Universitätsklinik) in Zürich, CNP (Centre Neuchâtelois de Psychiatrie) in Neuchâtel, Sanatorium Kilchberg/Zürich) umgesetzt. Die Umsetzungsphase an jedem Standort im Rahmen des Projekts wurde als Pilotphase bezeichnet. Zum Projekt gehörte auch die Ausbildung von 1-2 ASSIP flex Therapeut*innen pro Standort. Eigens für ASSIP flex wurde eine Webseite auf Deutsch und Französisch, die sich an drei Zielgruppen (Betroffene, Angehörige und Fachpersonen) richtet, entwickelt¹. Darauf wurden Online-Schulungen für Fachpersonen angeboten, mit dem Ziel, dass sie sich dem ASSIP flex Netzwerk anschliessen und

¹ <https://www.assip.org/>

Informationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit ASSIP flex organisieren. Neben einer allgemeinen Informationssession gibt es einen Basiskurs und einen Vertiefungskurs zum Thema *Suizidales Erleben und Verhalten*. Das Lernmaterial wurde unter Mithilfe von Fachpersonen aus Forschung und Praxis entwickelt. Rückmeldungen von Betroffenen zur Behandlung flossen dabei auch ein. Auch Informationen zum wissenschaftlichen Hintergrund der Methode sind auf der Webseite erhältlich.

Das Projekt förderte die Vernetzung der involvierten Fachpersonen aus verschiedenen Kontexten, vor allem durch Informationsveranstaltungen, um die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überbrücken und eine nahtlose Behandlung sicherzustellen. Auch Fachstellen wie Angehörigenorganisationen, Kirchen oder Notrufnummern, die in die Betreuung von Personen mit einem Suizidversuch involviert sind, wurden aktiv, z.B. durch den Newsletterversand, Einladungen zu Tagungen rund um Suizidprävention und psychische Gesundheit oder durch Mitgliedschaft im Konsortium miteinbezogen.

Zu den Projektaktivitäten gehörte die Entwicklung eines sogenannten multiplizierbaren Modells. Es ist eine Art Interventionspaket, das alles Notwendige enthält, um ASSIP flex zu implementieren. Es wurde von der Projektleitung in der UPD Bern entwickelt und enthält Informationen, Anweisungen und Materialien zur erfolgreichen Durchführung der Intervention an den weiteren Standorten. Damit kann das Projekt einfach weiterverbreitet werden kann.

<i>Hope Leporello Name</i>	Bei einer akuten suizidalen Krise Längerfristige Strategien: 1 ... 2 ... 3 ...
Langfristige Massnahmen 	Akut Strategien:
Warnzeichen 	

Abbildung 1. Notfallplan als Leporello

Es waren keine detaillierten Pläne für eine nachhaltige Finanzierungsstrategie im Projektantrag ausgelegt, jedoch wurde die Intervention neben der externen Evaluation systematisch mittels einer Impactstudie und einer Kosteneffektivitätsanalyse untersucht. Die Erkenntnisse dieser Studien werden wichtige Informationen bezüglich der WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit)-Kriterien liefern und neben politischer Lobbyarbeit die Integration des Programms in die Regelversorgung vorantreiben. Die finalen Resultate liegen zu Ende des Projekts noch nicht vor, um Anträge für eine Übergangsfinanzierung zu unterstützen.

Inputs - Kosten

Die Projektkosten von insgesamt CHF 1'460'158 wurden zu 5.5% mit Eigenmitteln und zu 7.6% mit Fremdmitteln (Stiftungsgelder) finanziert (Tabelle 2). Damit wurden vor allem Projektleitungskosten abgedeckt. Die restlichen 86.9% wurden von GFCH getragen. Darin sind die Projektbegleitung (Kordinatorin zu 60-80%, Doktorandin für vier Jahre, Praktikant*innen und Hilfsassistent*innen zu verschiedenen Pensen), Kommunikations- und Schulungsmaterialien und Infrastrukturkosten (einmalig und laufend) enthalten. Der Schwerpunkt der Ausgaben im ersten Jahr lag bei der Projektleitung und -koordination, und bei Kommunikationsmaterialien. Danach blieben die Kosten in den Hauptkategorien über die gesamte Laufzeit des Projekts hinweg konstant, wobei die Löhne der ASSIP Therapeut*innen ungefähr ein Drittel der jährlichen Ausgaben ausmachten. Die Lohnkosten des Projektleitenden Prof. Dr. Sebastian Walther, der 5% seines Arbeitspensums ins Projekt investierte, wurde mit Eigenmitteln gedeckt. Die zweite Projektleitende, Dr. Anja Gysin-Maillart, arbeitete zu 20-40% für das Projekt. Dieser Lohnanteil wurde im ersten Jahr komplett und danach zur Hälfte über GFCH gedeckt. Die Schulungskosten betrugen CHF 64'505 und sind in der Tabelle nicht separat aufgeführt. Da die Schulungen durch Dr. Gysin-Maillart durchgeführt werden, sind sie in den Personalkosten Management enthalten.

Tabelle 2. Kostenaufstellung ASSIP flex 2021-2024

	Personalkosten		Kommunikation	Infrastruktur	
	Management	Therapeuten	Prävention	Material	Total
laufend	CHF 999'835	CHF 287'441	CHF 48'088	CHF 55'636	CHF 1'391'000
einmalig	CHF 8'450	CHF 0	CHF 46'561	CHF 14'147	CHF 69'158
GFCH	CHF 848'074	CHF 287'441	CHF 94'649	CHF 38'321	CHF 1'268'485
Eigenleistungen/ Fremdmittel	CHF 160'211	CHF 0	CHF 0	CHF 31'462	CHF 191'673
Total	CHF 1'008'285	CHF 287'441	CHF 94'649	CHF 69'783	CHF 1'460'158
	69.1%	19.7%	6.5%	4.8%	100.0%
laufend	99.2%	100.0%	50.8%	79.7%	95.3%
einmalig	0.8%	0.0%	49.2%	20.3%	4.7%
GFCH	84.1%	100.0%	100.0%	54.9%	86.9%
Eigenleistungen	4.9%	0.0%	0.0%	45.1%	5.5%
Fremdmittel	11.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.6%

Die Kosten für die ASSIP Sitzungen sowie die Mehrkosten für das Home Treatment (Fahrtkosten, Fahrzeit) wurden durch das Projekt gedeckt und den Kliniken ausbezahlt. Die Kosten für die Sitzungen wurden über die Krankenversicherung abgerechnet. Die Fahrkosten sind tief und daher vernachlässigbar. Sie betrugen insgesamt CHF 9'286 während den vier Projektjahren, was bei 261 betreuten Personen durchschnittlich CHF 36 pro Person entspricht.

Für eine ASSIP flex Intervention werden 595 Minuten Arbeitszeit geschätzt (Tabelle 3). Dazu gehören 415 Minuten für die Therapie und eine geschätzte Fahrzeit von 180 Minuten für die drei Sitzungen (ca. 3*60 Minuten). Die Fahrzeit kann für Ärzt*innen gesamthaft über die Krankenversicherung abgerechnet werden, für Psycholog*innen nur die erste Stunde. Dafür können bei den

Psycholog*innen die gesamten Kosten für die Berichterstattung abgerechnet werden. Die Mehrkosten für ASSIP flex entsprechen damit den Kosten für die Fahrzeit plus die Fahrkosten. Bei der Annahme, dass die Fahrkosten vernachlässigt werden können, und alle drei Sitzungen im Home Treatment durchgeführt werden mit einer durchschnittlichen Fahrzeit von 60 Minuten pro Sitzung, entsprechen die Mehrkosten damit CHF 464.40 für Psycholog*innen und CHF 534.06 für Ärzt*innen wegen der unterschiedlichen Tarifstruktur.

Tabelle 3. Zeitaufwand, zukünftige Kosten und Kostendeckung

	Psycholog*innen	Ärzt*innen
Zeitaufwand verrechenbar	475 min (79.8%)	523 min (87.9%)
Zeitaufwand nicht verrechenbar	120 min (20.2%)	72 min (12.1%)
Tarif/h	CHF 154.80	CHF 178.02
Kosten verrechenbar	CHF 1225.50	CHF 1551.74
Kosten nicht verrechenbar	CHF 309.60	CHF 213.62
Mehrkosten ASSIP flex (im Vergleich zu ASSIP®)	CHF 464.40	CHF 534.06

Die effektiven Kosten der Therapeut*innen variieren nach Kanton, da die Löhne unterschiedlich sind und teilweise Pauschalen ausbezahlt wurden (Tabelle 4). Ausserdem werden an gewissen Orten mehr administrative Arbeiten von den Therapeut*innen übernommen. Diese sind zudem pro Person höher bei weniger betreuten Personen.

Tabelle 4. Effektive Kosten der ASSIP flex Intervention 2021-2024

	2021	2022	2023	2024	2021-2024	N Betroffene	Kosten/ Patient	Kosten/ Patient inkl. Fahrkosten
Bern (40%)	CHF 11'663	CHF 42'840	CHF 24'838	CHF 73'598	CHF 152'939	142	CHF 1'077	CHF 1'113
Waadt (20%)			CHF 32'649	CHF 19'657	CHF 52'306	26	CHF 2'012	CHF 2'047
Neuenburg (20%)				CHF 16'000	CHF 16'000	12	CHF 1'333	CHF 1'369
PUK Zürich (20%)		CHF 6'744	CHF 10'434	CHF 21'550	CHF 38'728	45	CHF 861	CHF 896
Kilchberg/ Zürich (20%)			CHF 16'018	CHF 11'450	CHF 27'468	36	CHF 763	CHF 799
Fahrkosten	CHF 653	CHF 2'010	CHF 3'346	CHF 3'277	CHF 9'286	261	CHF 36	

Die Schulungskosten betragen CHF 2'400 für eine Ausbildung zum/zur ASSIP flex Therapeut*in. Dazu gehören zwei Tage Grundkurs zu CHF 500 und fünf obligatorische Supervisionen à je CHF 380. Hinzu kommen, bei Bedarf, fortführenden fachliche Supervisionen, die stündlich abgerechnet werden. Insgesamt wurden elf Therapeut*innen ausgebildet.

Umsetzung und Outputs

Nachdem das Projekt Anfang 2021 planmässig angelaufen war, kam es zu Ende des ersten Jahres wegen krankheitsbedingtem Ausfall der Projektkoordinatorin zu einer mehrmonatigen Verzögerung. Die Projektleitenden setzten sich während diesen Monaten mit grossem Einsatz für das Fortschreiten des Projekts ein und übernahmen zahlreiche Aufgaben der Koordinatorin. Da nicht klar war, wie lange die Projektkoordinatorin fehlen würde und ob sie überhaupt zurückkehren würde, wurde lange gezögert, einen Ersatz zu finden und eine neue Person einzustellen. Die Einarbeitung der neuen Koordinatorin nahm erneut Zeit in Anspruch, die ursprünglich nicht eingeplant worden war. Der Projektplan und das Budget wurden aufgrund dieser Ereignisse aktualisiert und in Absprache mit GFCH um 6 Monate verlängert.

Die Pilotphase an der UPD in Bern und damit die ersten ASSIP Home Treatment Therapiesitzungen starteten im Oktober 2021. Seit September 2022 laufen die Pilotphasen an der PUK in Zürich und am CHUV in Lausanne. In Neuenburg begann sie im Januar 2023 und in Kilchberg ZH im März 2023. Alle Pilotphasen dauerten bis Projektende im März 2025. Dabei sollen lokale Begebenheiten beobachtet und auf spezifische Probleme schnell reagiert werden. Für die Umsetzung in den Kantonen Waadt, Neuenburg und Zürich wurde das neu entwickelte multiplizierbare Modell angewendet. Mit den Projektpartnern in diesen Kantonen wurden Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Darin waren die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit und die Verantwortlichkeiten bezüglich der Kernaktivitäten festgehalten. Dazu gehörten die Unterstützung durch die Projektleitung bei der Patient*innenbegleitung, die Kontaktaufnahme mit Multiplikator*innen, der halbjährliche Statusbericht und die Datenlieferung zur Evaluation der Pilotphase. Die Leistungsvereinbarungen mit den Projektpartnern nahmen mehr Zeit in Anspruch als vorhergesehen war. Dies lag neben dem Ausfall der Projektkoordinatorin an den langen Antwortzeiten der Partnerinstitutionen und der verantwortlichen Rechtsdienste.

Erreichte Betroffene

Insgesamt nahmen 261 Personen während der Projektlaufzeit die Therapie in Anspruch, davon 142 in an der UPD, Bern (Tabelle 5). Im Projektantrag waren ursprünglich 459 ausgelegt. Dieser Zielwert wurde jedoch zu Beginn des Projekts durch die Projektleitung auf 298 nach unten korrigiert. Da die Teilnahmequote (44%) viel höher war als erwartet, mussten weniger Patient*innen angesprochen werden als geplant. Die Anzahl der angesprochen Patient*innen lag daher weit unter den ausgelegten Zielwerten (598 von 1257 angestrebten). Insgesamt brachen 25 (9.6%) Personen, die die Therapie begonnen hatten, sie frühzeitig ab. Weitere 114 Personen meldeten sich an, brachen jedoch noch vor der ersten Sitzung ab.

Tabelle 5. Im Projekt eingeschlossene Betroffene und Angehörige

	Zielwert	Effektiver Wert
Angesprochene Betroffene	1257	598
Angemeldete Betroffene	NA	375
Betreute Betroffene	298	261
Betreute Betroffene, die die Therapie abschlossen	459 bzw. 298	236
Dropouts vor Beginn der Therapie	NA	114
Dropouts während der Therapie	NA	25
Erreichte Angehörige/Bezugspersonen	1200	117

Der Bedarf nach der ASSIP Therapie ist gemäss der Anzahl durchgeführter Therapien vorhanden. Von 116 Betroffenen, die die Therapie zwischen Juni 2023 und November 2024 beanspruchten, wurden 48 (41%) zuhause besucht, 59 (51%) nahmen die Termine in einer Klinik wahr und der Rest in einem gemischten Setting. Insbesondere alterspsychiatrische Patient*innen mit somatischen Beschwerden, die möglicherweise wenig motiviert oder Angst vor einer Stigmatisierung hatten, brachen die Therapie frühzeitig ab. Die Narrativsitzung mit Videoaufnahme am Anfang der Therapie schien auch eine Hürde darzustellen. Patient*innen, die die Therapie frühzeitig abbrachen, wurden intern der ASSIP® Sprechstunde der Alterspsychiatrie zugewiesen. Patient*innen, die aus Scham die Therapie nicht zuhause durchführen wollten, wurde ein alternativer Ort angeboten, beispielsweise bei einer betreuenden Fachperson oder in einer Kirche. Die Erreichbarkeit der Betroffenen war nach Entlassung aus der Klinik oft nicht gewährleistet, daher wurden Nachfolgetermine vermehrt schon vor der Entlassung vereinbart, wenn dies möglich war.

Herausforderungen entstanden bei der Terminplanung, wenn Termine kurzfristig verschoben und nicht ersetzt werden konnten. Dadurch entstanden leere Zeitfenster für die Therapeut*innen, was zu Ineffizienzen führte. Kurzfristig entstehende Zeitfenster wurden dazu genutzt, Fachpersonen, die für die Multiplikation und Zuweisungen zur Verfügung stehen, zu rekrutieren und zu informieren. Oftmals wurde das Projektteam nicht rechtzeitig über den Austritt einer Person aus der stationären Therapie informiert und konnte die weiterführenden Termine daher nicht planen. Das Pflegepersonal wird nun vermehrt über die Wichtigkeit der Informationsweitergabe bei Austritten informiert, um die Planung laufend zu verbessern.

Erreichte Angehörige

Eine weitere Zielgruppe des Projekts waren Angehörige von Betroffenen. Für Angehörige wurde ein Informationsvideo produziert, das über das Angebot informiert. Es ist auf der ASSIP flex Webseite zu finden, wie auch Links zu verschiedenen Hilfsangeboten, die sich gezielt an Angehörige von psychisch kranken Menschen oder an Hinterbliebene von Suizidbetroffenen richten. Von jährlich 300 ursprünglich ausgelegten Angehörigen wurden insgesamt 117 (2022:35, 2023:45, 2024:37) tatsächlich erreicht. Es waren Personen, die eine Informationsveranstaltung besuchten. Direkt in die Therapie, bzw. in die Erarbeitung des Notfallplans, wurden keine Angehörige miteinbezogen. Bei einer erwachsenen Zielgruppe können ohne Einwilligung der betroffenen Person keine weiteren Personen miteinbezogen werden.

Ausbildung

Insgesamt wurden elf ASSIP flex Therapeut*innen ausgebildet, 1-2 pro Standort. Derzeit arbeiten sieben ASSIP flex Therapeut*innen noch im Projekt, die zusammen eine 100% Stelle abdecken. Damit ist die Fluktuationsrate mit 36% relativ hoch. Die Nachfrage nach der Ausbildung zum/zur ASSIP® und ASSIP flex Therapeut*in ist laut den Projektträgern vorhanden. Die Schulung von weiteren Ausbildnern würde die derzeitigen Ausbilder entlasten, da insbesondere die Supervisionen viel Zeit in Anspruch nehmen.

Sensibilisierung

Durch Informationsveranstaltungen und Schulungen wurden schätzungsweise 3'800 Fachpersonen erreicht. Das Projekt hatte zum Ziel, etwa 1'000 Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufsgruppen, die Kontakt zu suizidgefährdeten Personen haben, zu erreichen, darunter Hausärzte, Psycholog*innen, Spitexmitarbeitende, aber auch Mitarbeitende telefonischer Hilfsangebote wie 143, aus Angehörigennetzwerken und Kirchengemeinschaften. Zudem waren Erstbehandelnde in medizinischen Notfallstellen oder Psychiatrischen Kliniken eine Zielgruppe des Projektes. Etwa 100 Schlüsselpersonen sollten als Multiplikator*innen dienen und Informationsveranstaltungen organisieren. Dieses Vorhaben wurde in dieser Form jedoch während dem Projekt

aufgegeben. Stattdessen wurde vermehrt auf die Bekanntmachung über digitale Kanäle gesetzt, vor allem die Webseite und soziale Medien. Dieser Ansatz ist zeitgemäss und weniger ressourcenintensiv, solange die digitalen Werkzeuge auch regelmässig aktualisiert und gepflegt werden.

Webseite

Die Webseite wurde während der Projektlaufzeit komplett überarbeitet und inhaltlich stark ausgebaut. Sie ist klar strukturiert und ansprechend gestaltet (Abbildung 2). Es ist sofort ersichtlich, welche Inhalte sich an welche Zielgruppe richten. Neben separaten Teilen für jede Zielgruppe (Patient*innen, Fachkräfte, Angehörige) werden Informationen zum wissenschaftlichen Hintergrund von ASSIP® und zum Projektteam angeboten. Die Informationen sind übersichtlich und verständlich dargestellt. Ein Teaservideo für die allgemeine Bevölkerung auf der Einstiegsseite gibt einen Überblick zum Ablauf und zu den Zielen des Programms. Für Betroffene sind zudem ausführliche Informationen zum Therapieablauf und Erfahrungsberichte von ehemaligen ASSIP® Patient*innen vorhanden. Die Anmeldung zur Therapie kann telefonisch oder per E-Mail erfolgen. Im Kanton Bern wird auch ein Anmeldeformular im Word Format angeboten. Ein Informationsvideo von knapp 20 Minuten, das sich an Betroffene und Angehörige richtet, zeigt eine Informationsveranstaltung zu ASSIP flex. Für Fachpersonen ist ein ähnliches Video vorhanden sowie ein kurzes Video zum Kursangebot. Fachpersonen erhalten zudem auf der Webseite Informationen zur Zuweisung von Patient*innen und Zugang zum Intranet, das sie mit andern Fachpersonen vernetzen soll und das Schulungsmanual beinhaltet. Sie können sich auch direkt für verschiedene Schulungen anmelden. Die kostenlosen Schulungen zum Thema suizidales Erleben und Verhalten, ein Basiskurs und ein Vertiefungskurs, werden über Zoom angeboten. Es können auch massgeschneiderte Schulungen gewünscht werden. Ausserdem kann man sich für die Ausbildung zum/zur ASSIP flex Therapeut*in anmelden. Anmeldungen für Schulungen erfolgen direkt über die Webseite. Für Interessierte sind weiterführende Links zu weiteren Hilfsangeboten sowie zu wissenschaftlichen Publikationen und Medienbeiträgen vorhanden. Die Webseite ist auf Deutsch und Französisch vorhanden, eine englische Version ist in Bearbeitung.

Veröffentlichungen

Während der Projektlaufzeit wurden 31 Veröffentlichungen zu ASSIP® und ASSIP flex publiziert, 11 Artikel und 25 Newsletter. Die Projektleitung legte grossen Wert auf eine wissenschaftliche Begleitung des Projekts. Mehrere wissenschaftliche Artikel sind noch in Bearbeitung oder im Druck (Frei, Aschenbrenner, Firnenburg, et al., 2025; Frei, Aschenbrenner, Sedlinska, et al., 2025). Damit wird die Wirksamkeit der Intervention systematisch untersucht und das Projekt in Fachkreisen international bekannt gemacht. Die Resultate können auch die Überführung von ASSIP flex in die Regelversorgung unterstützen.

Konsortium

Das ASSIP flex Projekt wurde von einem Konsortium begleitet, das aus einer Arbeitsgruppe und einer Begleitgruppe bestand (Tabelle 7 und Tabelle 8 im Anhang 8.3). Diese Expert*innen wurden bei Bedarf bilateral kontaktiert, um spezifische Fragen zu besprechen. Das Konsortium kam einmal pro Jahr virtuell oder vor Ort zusammen. Die jährlichen Rückmeldungen des Konsortiums an die Projektleitung zu den Schwerpunkten und dem Fortschritt des Projekts waren insgesamt sehr positiv. Die grössten Herausforderungen sahen die Mitglieder bei der langfristigen Finanzierung und der Rekrutierung. Einzelne Mitglieder fanden, dass hier die Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft waren. Vereinzelt wurde die Kommunikation mit der Projektleitung und deren Kritikfähigkeit auch negativ erwähnt. Die weitere aktive Kontaktaufnahme mit den Konsortiumpartnern erfolgte ab 2023 in Form eines halbjährlichen Newsletters.

ASSIP flex

Attempted Suicide Short Intervention Program

Eine Kurztherapie für Menschen nach einem Suizidversuch



Abbildung 2. Landeseite ASSIP flex

Nachhaltigkeit

Neben personellen Engpässen war die weiterführende Finanzierung nach Projektende in den Augen der Hauptverantwortlichen die grösste Herausforderung. Im Projektantrag waren keine genauen Pläne zur langfristigen Finanzierung ausgelegt. Dieser Frage wurde dennoch frühzeitig nachgegangen, da Finanzierungsanträge und -zusprachen lange dauern können. Ausserdem wurden Einnahmen aus Weiterbildungskursen generiert. Da die Tarifstruktur für Psycholog*innen angepasst wurde, können neu Hausbesuche abgerechnet werden. Insgesamt wurden elf Anträge bei Stiftungen eingereicht, weitere sind in Bearbeitung. Für 2024 und 2025 wurden vier Zusagen für eine Gesamtsumme von 120'000 CHF gesprochen. Weitere CHF 65'000 wurden für 2026 bereits zugesagt. Beim Bundesamt für Statistik wurde 2024 ein CHOP (Schweizerische Operationsklassifikation für Behandlungen) Code für ASSIP flex eingereicht. ASSIP flex ist ausserdem an der Eingabe eines weiterführenden Suizidpräventionsprojekts in Zusammenarbeit mit den drei anderen PGV Suizidpräventionsprojekten beteiligt, welches voraussichtlich im Juni 2025 bei GFCH eingereicht wird.

5.2. Summative Evaluation: Outcome und Impact

Die summative Evaluation befasste sich mit den direkten Wirkungen der Projektleistungen auf die drei Zielgruppen wie im Wirkungsmodell dargestellt.

5.2.1. Multiplikator*innen

Netzwerktreffen

Das Netzwerktreffen zu ASSIP flex umfasste eine Befragung von sechs ASSIP flex Therapeut*innen in Ausbildung zu verschiedenen Aspekten der Implementierung und Anwendung der Intervention. Die Rücklaufquote lag bei 100%. Die Ergebnisse zeigen sowohl positive Einschätzungen als auch Herausforderungen in der Praxis.

Informationsmaterial und Vernetzung: Alle Teilnehmenden waren mit dem verfügbaren Informations- und Kursmaterial sowie den Austauschmöglichkeiten zwischen Therapeut*innen zufrieden. Auch die Kommunikation durch die Projektleitung wurde überwiegend positiv bewertet (83%), wobei eine Person angab, dass sie gerne häufiger informiert werden möchte. Verbesserungsvorschläge betrafen insbesondere ein weniger strukturiertes, freieres Format für Netzwerktreffen sowie die Möglichkeit zu mehr Austausch in kantonalen oder regionalen Gruppen.

Erwartungen an das Netzwerktreffen: 50% der Teilnehmenden gaben an, dass das Treffen ihren Erwartungen entsprach, während die anderen 50% Verbesserungsvorschläge hatten. Als verbesserungswürdig wurde unter anderem erwähnt, dass der Nachmittag teilweise redundant war, da bereits bekannte Inhalte wiederholt wurden.

Zusammenarbeit und Anwendung von ASSIP flex: Alle Befragten bestätigten, dass ASSIP flex die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen (z. B. ambulante und stationäre Versorgung, Notfallstationen, Hausärzt*innen, psychiatrische Institutionen) verbessert. In den offenen Rückmeldungen wurde betont, dass der Austausch über das poststationäre Programm intensiviert werden sollte und dass die enge Zusammenarbeit langfristig zu einer besseren Behandlung führt.

Befähigung zur Anwendung von ASSIP flex: 67% der Befragten fühlten sich sicher in der Anwendung der Methode, während eine Person angab, noch in Ausbildung zu sein. Ebenso viele nannten spezifische Herausforderungen, darunter Zeitmanagement oder die Präferenz einiger Betroffener für eine stationäre Behandlung.

Herausforderungen und langfristige Implementierung: 50% der Befragten berichteten von Schwierigkeiten im klinischen Alltag, unter anderem mit der Rekrutierung von Patient*innen. 80% sahen Verbesserungsmöglichkeiten in der Patientenrekrutierung, insbesondere durch gezieltere Anbindung an bestehende Strukturen und eine wiederholte Information der Netzwerkpartner zur Sicherstellung kontinuierlicher Anmeldungen. Als grösste Hindernisse für die langfristige Etablierung wurden bestehende ambulante Angebote, Finanzierungsfragen (z. B. Wegzeiten) und die Notwendigkeit einer konstanten Rekrutierung genannt. Die Teilnehmenden schätzten die gute Organisation des Netzwerktreffens, äusserten aber auch den Wunsch nach einer noch klareren Differenzierung der Inhalte, um Redundanzen zu vermeiden.

Suizidpräventionssymposium

Die Zufriedenheitsbefragung zum Suizidpräventionssymposium wurde von 73 Personen beantwortet (Rücklaufquote=32%). Insgesamt wurde die Veranstaltung sehr positiv bewertet, insbesondere die Organisation (MW=5,8 auf einer Skala von 1 bis 7), mit der 72% der Teilnehmenden „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ waren. Auch die Qualität der Präsentationen erhielten eine hohe Bewertung (MW=5,9); 75% der Befragten wählten die beiden höchsten Kategorien. Die inhaltliche Relevanz wurde mit MW=5,6 als überwiegend positiv eingeschätzt, 64% bewerteten sie mit „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“. Die Networking-Möglichkeiten wurden mit MW=5,5 ebenfalls gut bewertet, wobei 61% die höchste Zustimmung gaben. Allerdings äusserten einige Teilnehmende den Wunsch nach mehr Zeit für den Austausch (Abbildung 3).

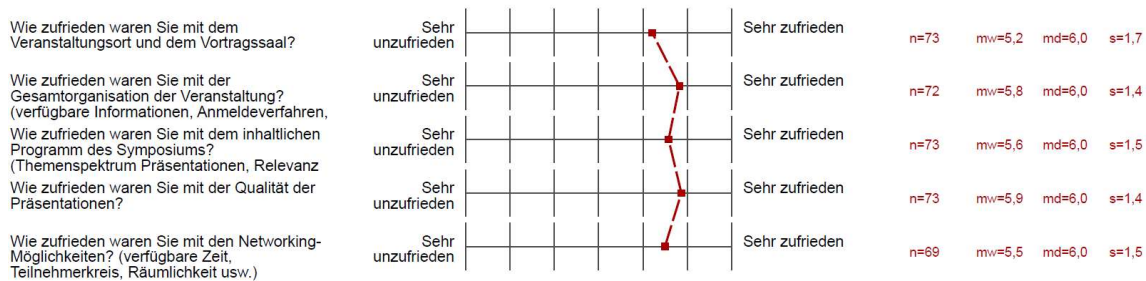


Abbildung 3. Suizidpräventionssymposium: Zufriedenheitsbefragung (n=69-73); Skala: sehr unzufrieden (1) bis sehr zufrieden (7)

Positives Feedback sowie Verbesserungsvorschläge, welche in den offenen Textantworten genannt wurden, sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Das Symposium wurde als fachlich hochwertig und relevant bewertet, mit Verbesserungspotenzial hinsichtlich räumlicher Bedingungen, Ablauf der Anmeldung und Interaktionsmöglichkeiten.

Tabelle 6. Suizidpräventionssymposium: Positives Feedback und Verbesserungsvorschläge aus offenen Textantworten

Positives Feedback	Verbesserungsvorschläge
Vielfalt der Themen und Vorträge: Die breite Auswahl an Themen, insbesondere ASSIP und AdoASSIP, sowie die interdisziplinäre Zusammensetzung der Präsentierenden wurden als sehr wertvoll empfunden.	Raum und Akustik: Der Veranstaltungsort wurde als zu eng, schlecht belüftet und akustisch problematisch empfunden.
Hohe Qualität der Referate: Die Vorträge waren informativ, praxisrelevant und von engagierten Vortragenden gestaltet.	Lange Wartezeiten bei der Anmeldung: Verzögerungen und lange Schlangen wurden mehrfach bemängelt.
Möglichkeit zum interdisziplinären Austausch: Die Pausen und das Networking wurden als bereichernd wahrgenommen.	Zu wenig Zeit für Fragen und Austausch: Viele wünschten sich mehr Diskussionszeit nach den Vorträgen und eine bessere Balance zwischen Präsentationen und interaktiven Elementen.

Informationsveranstaltungen

Insgesamt nahmen 58 Personen an der Befragung teil. Die Mehrheit waren Fachpsycholog*innen für Psychotherapie (36%), gefolgt von einer heterogenen Gruppe weiterer Berufe (27%), darunter Forschende und freiwillige Mitarbeitende der Dargebotenen Hand. Professionelles nicht-medizinisches Unterstützungspersonal war mit 11% vertreten, während Psycholog*innen und Ärzt*innen jeweils 7% ausmachten. Pflegefachpersonen sowie medizinisches Pflege- und Betreuungspersonal waren mit 2,2% am geringsten vertreten. 75% der Befragten waren weiblich, 25% männlich. Die meisten Teilnehmenden (92%) besuchten die Veranstaltung für Fachpersonen, 8% nahmen an der Informationsveranstaltung für Betroffene und Angehörige teil.

Insgesamt beantworteten 39 Personen die Frage zur Teilnahme an zukünftigen ASSIP flex Kursen: 36% interessierten sich für den Basiskurs zum Thema suizidales Erleben und Verhalten, während 31% den Vertiefungskurs in Betracht zogen. Eine Ausbildung zum/zur ASSIP-Therapeut*in erwogen 28%. Knapp die Hälfte der Befragten (49%) gab an, keinen Kurs besuchen zu wollen.

Eine Person beantwortete die Frage zur Anmeldung zur Kurztherapie und gab an, diese nicht in Anspruch nehmen zu wollen. Vier Angehörige gaben an, ob sie die Kurztherapie weiterempfehlen würden. Alle befürworteten eine Empfehlung.

Die Zufriedenheit mit der Informationsveranstaltung war insgesamt hoch (MW=4,7 auf einer Skala von 1 bis 5), wobei 81% der Teilnehmenden angaben, dass ihnen die Veranstaltung gut gefallen hatte (Abbildung 4). 87% (MW=4,8), stimmten der Aussage zu, dass die Inhalte interessant, angemessen und verständlich vermittelt wurden. Der zeitliche Umfang wurde mit einem MW=4,4 etwas kritischer gesehen, wobei 57% ihn als angemessen empfanden. Der berufliche Bezug der Inhalte wurde mit MW=4,4 bewertet, 49% stimmten voll zu, dass ein hoher Bezug zur beruflichen Praxis gegeben war. Der persönliche Bezug der Inhalte wurde mit MW=4,5 etwas höher eingeschätzt, jedoch basierte diese Frage nur auf vier Antworten, weshalb die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden sollten. Den persönlichen Informationszuwachs schätzten die Teilnehmenden insgesamt als hoch ein (MW=4,2), 47% stimmten voll zu.

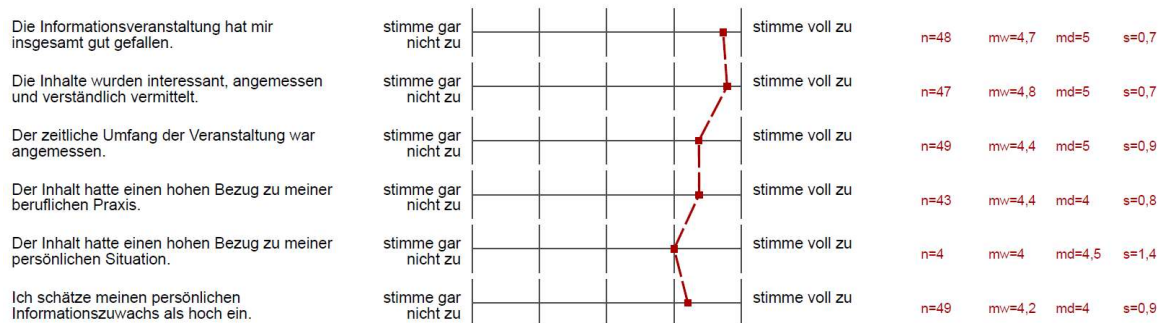


Abbildung 4. Informationsveranstaltung: Zufriedenheit mit Verständlichkeit, Relevanz und Nutzen (n=48-49); Skala: stimme gar nicht zu (1) bis stimme voll zu (5)

Kursevaluationen

An der Kursevaluation nahmen 90 Personen teil, 87 machten Angaben zur Berufsgruppe. Die grösste Gruppe stellten Psycholog*innen, einschliesslich Fachpsycholog*innen für Psychotherapie (32%) dar. Nicht-medizinisches Unterstützungspersonal war mit 10% vertreten, gefolgt von Ärzt*innen (9%). Pflegefachpersonen, ambulantes nicht-medizinisches Personal sowie Therapeut*innen (z. B. Physio- oder Ergotherapie) machten jeweils 3% aus. Das medizinische Pflege- und Betreuungspersonal lag bei 8%. Vertreten waren zudem Pfarrer*innen/Theolog*innen, Ensa-Instruktor*innen sowie Forschende und Studierende. Einzelne Teilnehmende kamen aus der Sozialarbeit, der Geschäftsleitung, dem juristischen Bereich oder dem Gesundheitsmanagement. Die Fachrichtungen waren breit gestreut, mit Schwerpunkten in klinischer Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. Zudem wurden Sucht und Trauma, Gerontopsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie genannt. Im medizinischen Bereich waren Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin und Gynäkologie vertreten.

Die Evaluation des Kurses zeigte durchwegs positive Rückmeldungen (Abbildung 5). Die Lernziele waren klar formuliert (MW=4,5 auf einer Skala von 1 bis 5), und 59% der Befragten stimmten voll zu, dass diese konsequent verfolgt wurden (MW=4,5). Die fachliche Kompetenz der Referierenden erhielt mit MW=4,9 die höchste Bewertung, wobei 95% der Teilnehmenden hier zustimmten. Auch das erhaltene Feedback wurde als wertvoll empfunden (MW=4,7), mit 76% Zustimmung auf höchster Stufe. Die bereitgestellten Beispiele zur Veranschaulichung wurden von 81% als relevant bewertet (MW=4,8), ebenso wie das Kursmaterial zur Unterstützung des Lernprozesses (MW=4,7), das 54% als besonders hilfreich einschätzten. Der persönliche Wissenszuwachs wurde als hoch bewertet (MW=4,7), wobei 76% dem voll zustimmten. 66% der Befragten fühlten sich sicher, das erworbene Wissen in der Praxis anzuwenden (MW=4,7). Die Möglichkeit für Fragen und Diskussionen wurde mit MW=4,2 etwas kritischer gesehen. Die Erwartungen an den Kurs wurden weitgehend erfüllt (MW=4,6), und der Kursinhalt wurde als hilfreiche Unterstützung für Betroffene und Angehörige in der Suizidprävention bewertet (MW=4,4). Insgesamt erhielt der Kurs eine sehr gute Gesamtnote von 5,4, wobei 87% der Teilnehmenden die höchsten Bewertungen (5 oder 6) vergaben.

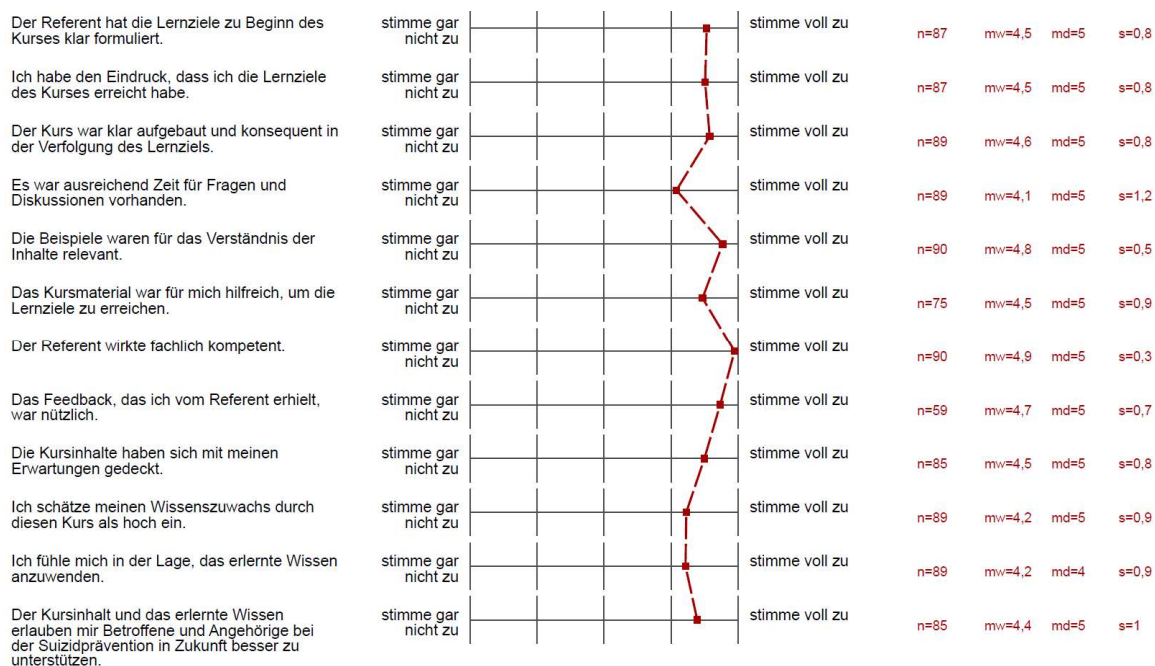


Abbildung 5. Kursevaluation Übersicht: Zufriedenheit mit Kursstruktur, Didaktik und Anwendbarkeit (n=59-90); Skala: stimme gar nicht zu (1) bis stimme voll zu (5)

Multiplikator*innenbefragung

54 Personen beantworteten die Multiplikatorenbefragung. Die Mehrheit der Teilnehmenden arbeitete in psychiatrischen Kliniken (52%), gefolgt von Einzel- oder Gruppenpraxen (19%). Weniger vertreten waren Fachpersonen aus dem somatischen Spitalbereich (4%) oder der Spitex/aufsuchenden Hilfe (6%). Die grösste Berufsgruppe in der Stichprobe waren psychologische Psychotherapeut*innen (37%), gefolgt von Psychiater*innen (19%) und Pflegefachpersonen (17%). Zur demografischen Verteilung: 65% der Befragten waren weiblich, 35% männlich. Die am häufigsten vertretene Altersgruppe waren 30–39-Jährige (26%), gefolgt von 40–49-Jährigen (35%) und 50–59-Jährigen (17%).

91% der Befragten gaben an, ASSIP flex zu kennen. Mehr als die Hälfte der Befragten erfuhr von ASSIP flex durch Informationsveranstaltungen oder Vorträge (55%), während 43% über Kolleg*innen davon hörten. 21% hatten bereits Patient*innen für eine Behandlung angemeldet. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (52%) hatte das Programm bereits anderen Gesundheitsfachpersonen empfohlen. Besonders häufig wurde es an Psychiater*innen (41%), psychologische Psychotherapeut*innen (23%) und ärztliche Grundversorger*innen (18%) weiterempfohlen.

Dreizehn Personen gaben an, in einer ASSIP flex Partner-Organisation tätig zu sein (UPD Bern, PUK Zürich, CHUV Lausanne, CNP Neuenburg). Die Zusatzfragen für Partnerkantone bzw. -organisationen zeigten eine unterschiedlich bewertete Rekrutierung neuer Patient*innen (MW=4,0 auf einer Skala von 1 bis 5, Abbildung 6). Der Anmeldeprozess wurde hingegen überwiegend als klar und verständlich wahrgenommen (MW=5,1), wobei 63% der Befragten „stimme voll zu“ wählten. Auch das Informationsmaterial für neue Patient*innen erhielt eine sehr positive Rückmeldung (MW=5,4) mit 89%, die der höchsten Kategorie zustimmten. Die Anzahl neu rekrutierter Patient*innen entsprach nicht den Erwartungen (MW=3,2), nur 33% wählten „stimme voll zu“. Die Verfügbarkeit von ASSIP-Therapeut*innen wurde mit MW=3,8 als eher unzureichend eingestuft, mit einer breiten Streuung: 33 % bewerteten sie mit „teils/teils“, ebenso viele mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“. Positiv hervorgehoben wurde die Dokumentation von Dropouts, die mit MW=4,8 bewertet wurde, wobei 40% die höchste Bewertung gaben. Die Zusammenarbeit mit Zuweisenden erhielt insgesamt eine gute Bewertung (MW=4,3). Hier gaben

33% die höchste Zustimmung, während die übrigen Antworten gleichmässig über die Skala verteilt waren.

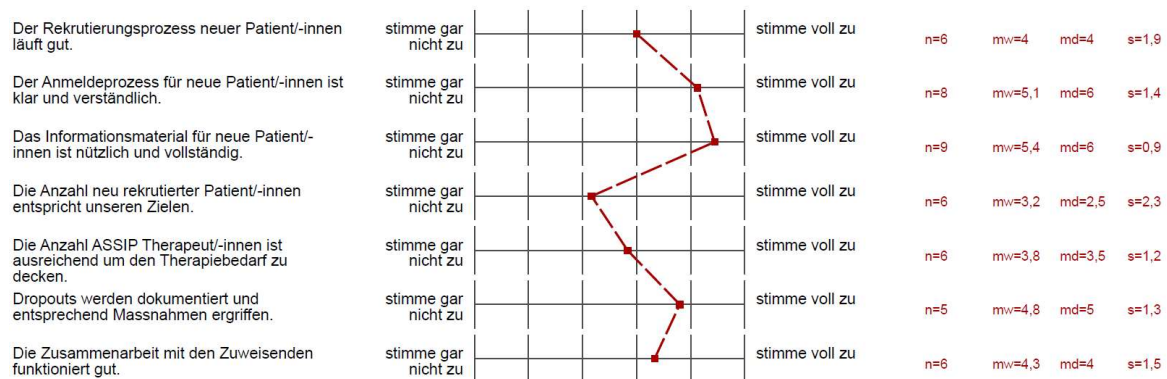


Abbildung 6. Multiplikator*innenbefragung: Zusatzfragen für Partnerkantone (n=5-9); Skala: stimme gar nicht zu (1) bis stimme voll zu (5)

Die Multiplikator*innenbefragung zeigt eine hohe Bekanntheit von ASSIP flex. Die begrenzte Verfügbarkeit von Therapeut*innen könnte die Implementierung erschweren, was auf einen Bedarf an gezielteren Massnahmen zur Kapazitätssteigerung hindeutet. Bei der Interpretation der Zusatzfragen für Partnerkantone ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe mit nur 5 bis 9 Befragten relativ klein ist. Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein und erfordert eine vorsichtige Interpretation.

Qualitative Interviews mit Multiplikator*innen

Im Rahmen der Evaluation wurden drei qualitative Interviews mit (ehemaligen) ASSIP flex Therapeut*innen durchgeführt. Ziel war es, Erfahrungen und Perspektiven zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext der Suizidprävention sowie spezifische Einschätzungen zu ASSIP flex zu erfassen.

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Die konkreten Kooperationspartner*innen variierten je nach Setting, beinhalteten aber regelmässig Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Pflegepersonal, Spitex, Sozialdienste, Hausärzt*innen, teilweise auch Komplementärmediziner*innen, Seelsorger*innen oder Beistände.

Als wiederkehrende Hürden in der Zusammenarbeit wurden begrenzte zeitliche Ressourcen, fehlende Klarheit über Zuständigkeiten und unterschiedliche Begrifflichkeiten und Umgangsweisen mit Suizidalität beschrieben. Besonders herausfordernd erschien die Kommunikation mit "psychiatriefernen" Berufsgruppen.

„Viele fragen sich: Wenn mir jemand von Suizidgedanken erzählt – muss ich die Person dann sofort einweisen?“ (TN_02)

„Je psychiatrieferner der Hintergrund, desto schwieriger wird die Zusammenarbeit.“ (TN_01)

Rolle von ASSIP flex in der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ)

ASSIP flex wurde durchwegs als wirksamer Verstärker interprofessioneller Zusammenarbeit beschrieben. Die Intervention brachte gemäss den Interviewpartner*innen Struktur, Verbindlichkeit und Sichtbarkeit für das Thema Suizidprävention in Netzwerke, die bislang wenig Kontakt mit spezifisch ausgebildeten Fachpersonen hatten. Besonders hervorgehoben wurde der aufsuchende Charakter der Intervention und die dadurch ermöglichte niederschwellige Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen, Spitex, sowie psychiatrienahen und -fernen Fachpersonen:

„ASSIP flex hat das Setting geöffnet. Plötzlich waren wir mit Personen in Kontakt, die wir sonst nie gesehen hätten.“ (TN_02)

*„Ich glaube, dass das die interprofessionelle Zusammenarbeit verstärkt, weil wir Therapeut*innen wie Teil der Intervention sind, es ist wie hineingebacken. Wir werden darauf geschult, dass wir das mitleisten müssen.“ (TN_01)*

ASSIP flex bot einen konkreten Anlass zur Abstimmung, zur Klärung von Rollen und zur transparenten Kommunikation – auch in komplexen Fällen. Die schriftliche Fallkonzeption, der Notfallplan und das Abschlussgespräch wurden als verbindende Instrumente gesehen.

Nutzen für Patient*innen und andere Fachpersonen

Die Interviewten sahen den grössten Nutzen von ASSIP flex darin, dass das Thema Suizidalität offen, strukturiert und auf Augenhöhe bearbeitet werden konnte. Patient*innen erlebten demnach häufig zum ersten Mal, dass sie offen über ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Suizidversuch sprechen durften. Auch für andere Fachpersonen bot ASSIP flex Entlastung, Klarheit und Orientierung, insbesondere in wiederkehrenden Krisensituationen.

„Allein das Aussprechen dürfen hilft. Das Thema bekommt einen Raum, den es sonst oft nicht hat.“ (TN_01)

„Ein niedergelassener Psychiater war richtig erleichtert, dass er eine Ansprechperson hatte [...]. Er hat gesagt: 'Gut, dann weiss ich, dass jemand auf das Thema Suizidalität schaut.' Es war eine grosse Entlastung für ihn, gerade weil er in der Praxis wenig Zeit hat, um Krisensituationen eng zu begleiten.“ (TN_02)

Herausforderungen in der Umsetzung

Trotz der positiven Einschätzungen zeigten sich auch Herausforderungen. Genannt wurden insbesondere zeitliche Einschränkungen (zum Beispiel bei Teilzeitstellen), die erschwerte Erreichbarkeit anderer Fachpersonen, Unsicherheiten bei der Kontaktaufnahme mit externen Behandler*innen sowie strukturelle Hürden wie die fehlende Abrechenbarkeit der IPZ.

„Man weiss oft nicht, ob das Feedback überhaupt willkommen ist – oder ob man jemandem auf die Füsse tritt. [...] Gerade wenn man sich als externe Therapeutin in bestehende Behandlungsbeziehungen einklinkt, braucht es viel Fingerspitzengefühl.“ (TN_01)

„Die Vernetzung zum Thema passiert in der Mittagspause, tatsächlich. [...] Wir organisieren Workshops und Weiterbildungen im Bereich Suizidprävention – interprofessionell, für alle. Das Interesse ist da, die Angebote sind meist ausgebucht.“ (TN_03)

Empfehlungen zur Optimierung

Alle drei Interviewpartner*innen sprachen sich für eine stärkere strukturelle Verankerung der IPZ aus. Genannt wurden regelmässige, berufsgruppenübergreifende Weiterbildungen, digitale Informationsressourcen (wie Leitfäden oder Videos), physische oder virtuelle Vernetzungsorte sowie die finanzielle und zeitliche Anerkennung interprofessioneller Arbeit.

„Mehr Wissen bedeutet mehr Sicherheit – für Fachpersonen und Betroffene. [...] Wenn jemand verstanden hat, was Suizidalität bedeutet, reagiert er weniger mit Angst und mehr mit Klarheit.“ (TN_02)

„IPZ muss mitgedacht, mitgeschult und mitfinanziert werden. [...] Es reicht nicht, wenn das nur auf persönlichem Engagement beruht – es braucht eine strukturelle Grundlage.“ (TN_03)

5.2.2. Betroffene und Angehörige

Das Programm wurde von den Betroffenen (BT) und Angehörigen (AN) insgesamt sehr geschätzt:

„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.“ (ID411 BT)

Die interviewten Angehörigen erkannten einen erheblichen Mehrwert in der Teilnahme der Betroffenen. Die Betreuung der Betroffenen trug zu einer spürbaren Entlastung des familiären und sozialen Umfelds bei.

„Ich habe das Gefühl gehabt, er hat Ansprechpersonen und konnte die Sache nochmals für sich aufarbeiten. Ich konnte abgeben. Das war entlastend.“ (ID410 AN)

ASSIP flex zeichnet sich durch seine flexible Anwendung aus, die es den Patient*innen ermöglicht, das Programm an ihre individuelle Lebenssituation anzupassen. Diese Flexibilität spiegelt sich auch in den verschiedenen Behandlungsorten und Arten, wie das Programm durchgeführt wurde, wider:

- Einige Personen absolvierten das Programm stationär in der Klinik.
- Andere nahmen das Programm in ihrem häuslichen Umfeld wahr.
- Eine Teilnahme erfolgte in der Praxis einer ambulanten Therapeutin.
- Bei manchen begann das Programm in der Klinik und wurde zu Hause abgeschlossen.
- Es gab auch Personen, die das Programm vollständig ambulant durchliefen.

Zwei Personen gaben an, dass die Möglichkeit einer Behandlung im häuslichen Umfeld eine zentrale Motivation für ihre Teilnahme darstellte. Eine weitere Person hätte hingegen eine reguläre stationäre ASSIP-Behandlung bevorzugt, musste jedoch aufgrund begrenzter Kapazitäten auf das Home Treatment-Format ausweichen. Eine Angehörige betonte, dass sie es als besonders vorteilhaft empfand, dass das Programm zunächst in der Klinik begann und anschliessend im häuslichen Umfeld fortgeführt wurde. Dieser gestufte Übergang habe den Prozess der Rückkehr in den Alltag erleichtert.

Nutzen des Programms aus der Perspektive der Betroffenen und deren Angehörigen

Kollaborative Aufarbeitung und Verständnis der suizidalen Krise

Die Erarbeitung bzw. das nachträgliche Durchlesen der Geschichte wird als grosse Stärke des Programms angesehen. Mehr als die Hälfte der Befragten hat diesen Aspekt als bedeutsam hervorgehoben, darunter alle Angehörigen. Betont wurde insbesondere die Bedeutung der Verarbeitung des Erlebten:

„Ich hatte oft das Gefühl, dass er die Vorgeschichte und das alles verarbeiten konnte.“ (ID410 AN)

Eine Person erwähnte, dass sie es besonders nützlich fand, dass die Lebensgeschichte seitens der/des ASSIP flex-TherapeutIn verfasst wurde, da somit eine aussenstehende Perspektive einfloss.

Die Videoaufzeichnung, ein zentraler Bestandteil der Erarbeitung der Geschichte, wurde von einem Drittel der Betroffenen als nützlich empfunden. Eine Person hätte sogar die Videoaufzeichnung gerne mit nach Hause genommen. Da dies aus Datenschutzgründen nicht möglich ist, wurde ihr angeboten, das Video in der Klinik anzusehen.

Die Betroffenen berichteten sowohl von einer Erleichterung als auch von Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Verständnis darüber, wie und warum es zu suizidalen Gedanken und Handlungen gekommen ist.

„Sie (ASSIP-Therapeutin Anm. d. Red.) hat auch Sachen gesagt, die mir weh getan haben – aber zu meinem Guten. (...) Zum Beispiel: Ein Risikofaktor ist bei mir die Familie, also meine Mutter: (...) und gleich hat sie (die Therapeutin Anm. d. Red.) es klar auf den Tisch gebracht – auch ins Leporello geschrieben und in den Bericht. (...) Das hat mir schon weh getan. Schliesslich ist es meine Mutter. Das war nicht einfach zu hören.“ (ID411 BT)

Das Programm kommt somit seinem Ziel nach, bei den Betroffenen „eine Klärung der Hintergründe für Suizidversuche“ zu ermöglichen (Gysin-Maillart, 2020a).

Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten

Die Hälfte der Befragten betonte die zentrale Bedeutung der Beziehung zur/zum Therapeut*in während des Programms. Die Therapeut*innen wurden als unterstützende Begleitpersonen wahrgenommen, die durch ihre Feinfühligkeit und ihr aufmerksames Zuhören eine vertrauensvolle und wertschätzende Atmosphäre schufen. Besonders hervorgehoben wurde die nicht-stigmatisierende Haltung der Fachpersonen, die es den Betroffenen erleichterte, offen über ihre Erfahrungen und Emotionen zu sprechen,

„Die Psychologin war eine sehr liebe, also ich habe mich wohlfühlt. Das ist auch immer sehr wichtig, um sich gut zu öffnen und darüber zu sprechen.“ (ID407 BT)

Darüber hinaus wurde von einem Drittel der Betroffenen betont, dass das Programm das grundlegende Bedürfnis erfüllte, offen über ihre Suizidalität sprechen zu können. Dies wurde auch in der von ASSIP-Flex durchgeführten internen Evaluation deutlich (Gysin-Maillart, 2025). Die positive therapeutische Beziehung sowie die gemeinsame Erarbeitung der eigenen Geschichte förderten die im Prozess gewonnene Fähigkeit, individuelle Warnsignale und hilfreiche Strategien zu identifizieren.

Identifizieren von individuellen Warnzeichen und Strategien

Ein zentraler Bestandteil des Programms ist die Erarbeitung eines Notfallplans, in dem individuelle Warnzeichen, die einer suizidalen Krise vorausgehen, sowie konstruktive Strategien und das Helfersystem identifiziert werden können. Dieser Plan dient sowohl der präventiven Unterstützung als auch der Hilfe in akuten Notsituationen.

Alle Betroffenen waren in der Lage, Warnsignale zu benennen, die einer möglichen suizidalen Krise vorausgehen. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der/dem TherapeutIn wurden auch verschiedene Strategien identifiziert, die bei der Wahrnehmung erster Warnsignale angewendet werden können. Diese Strategien sind individuell auf die Ressourcen und Möglichkeiten der betroffenen Person abgestimmt. Ein Drittel der Betroffenen betonte, dass sie es als besonders sinnvoll empfinden, zu wissen, wie sie in einer Risikosituation reagieren können. Sie sahen bereits in der präventiven Erarbeitung des Notfallplans einen Mehrwert, da er ihnen hilft, sich selbst besser wahrzunehmen – „so, dass man gar nie mehr so weit kommt.“ (ID406 BT)

„Ich würde sagen, ich bin aktuell in einem guten Zustand und ich bin weit von dem Zustand entfernt, den ich dazumal hatte. Vielleicht gibt es mal Momente, in denen ich etwas angespannt bin. (...) Dann erinnere ich mich daran, was haben wir damals aufgeschrieben, was kann ich machen. (...) Das beruhigt mich in diesem Moment ein wenig.“ (ID406 BT)

Zwei Betroffene haben ihren Notfallplan bereits kurz nach Abschluss des Programms eigenständig weiterentwickelt oder beabsichtigen, dies mit Unterstützung ihrer ambulanten Therapeutin zu tun. Sie betrachten den Notfallplan als ein wichtiges Instrument für den Alltag, weshalb sie ihn regelmässig aktualisieren möchten.

„Ich musste den Notfallplan von ASSIP schon ein paar Mal überarbeiten.“ (ID408 BT)

Ein*e Angehörige*r hob die Erarbeitung des Notfallplans als einen wichtigen Nutzen für die betroffene Person hervor und berichtete, dass sie selbst dadurch Erleichterung empfunden hat.

„Es ist nicht so, dass man in einer andauernden Angst lebt, man versucht Signale viel schneller wahrzunehmen.“ (ID400 AN)

Psychoedukation und Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen

Nach der ersten Sitzung erhalten die Patient*innen einen psychoedukativen Text mit dem Titel „Suizid ist keine überlegte Handlung“ ausgehändigt (Gysin-Maillart, 2021, ss. 79-83). Darin werden zentrale Merkmale suizidaler Krisen erläutert und aufgezeigt, weshalb Personen im suizidalen Zustand nicht mehr zu reflektiertem oder rationalem Handeln fähig sind. Fast die Hälfte der Betroffenen hat dieses Element, welches sie als Hausaufgabentext erhielten, erwähnt. Es unterstützte dabei, Suizidalität sowie die damit verbundenen Prozesse besser einzuordnen und mit Schamgefühlen umzugehen.

„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.“ (ID408 BT)

Andere Personen berichteten, dass sie sich durch das Dokument verstanden fühlten, da es ihre Gefühle treffend beschrieb. Zudem half es ihnen, sich selbst weniger Vorwürfe zu machen.

Nebst dem eigenen Verständnis für sich, wurde, wie oben sichtbar, die verbesserte Kommunikation mit unter anderem den Angehörigen zum Thema Suizidalität erwähnt. Ein*e Angehörige*r bemerkte dasselbe:

„Er kann besser darüber (suizidales Verhalten Anm. d. Red.) sprechen (...) mir gegenüber oder gegenüber anderen.“ (ID410 AN)

Herausforderungen aus der Perspektive von Betroffenen und Angehörigen

Rekrutierung

Laut des Projektantrag-Hintergrund Dokuments kann die Rekrutierung über verschiedene Anmeldemodalitäten (hausärztliche Fachperson, Ambulante Pflege, Angehörige, Stationäre Kliniken, Notfallzentrum) stattfinden (Gysin-Maillart, 2020a). Die neun interviewten Betroffenen wurden ausschliesslich über den stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik rekrutiert. Dies könnte auf einen Selbstselektionsbias zurückzuführen sein oder die Verteilung der Zuweisungen durch die verschiedenen Anmeldemodalitäten widerspiegeln (Gysin-Maillart, 2025).

Der Zugang zum Programm war mühselig für fast die Hälfte der betroffenen Personen. Eine Person erwähnte, dass es aktives Nachfragen und Abklärungen brauchte, um am Programm teilzunehmen. Eine weitere konnte aufgrund fehlender Plätze nicht stationär teilnehmen. Zwei Betroffene erwähnten organisatorische Schwierigkeiten, wie lange Wartezeiten und Unklarheiten seitens der vermittelnden Kliniken.

Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität

Ein Drittel der Betroffenen nannte als Herausforderung die Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität und der eigenen Geschichte. Obwohl dies als schwierig empfunden wurde, betrachteten die meisten Befragten diesen Prozess zugleich als hilfreich und essenziell für ihre persönliche Entwicklung.

„Also ich würde lügen, wenn ich sagen würde, es wäre ganz locker und schön gewesen. (...) Es hat Mut gebraucht und war eine Hürde. (...) es hat auch mega geholfen. (...) Manchmal muss man einfach über eine Hürde. Manchmal denkt man, warum mach ich das? Und nachher merkt man schlussendlich: Alles hat dazu geführt, dass es gut wurde.“ (ID407 BT)

Videoaufnahme, Erarbeitung des Notfallplans und seine Anwendung

Insbesondere die Videoaufnahme wurde als herausfordernd und aufwühlend wahrgenommen jedoch nicht grundsätzlich als negativ. Ein Drittel der Betroffenen empfand es als besonders schwierig, das Video anzusehen und sich selbst darin zu betrachten. Manche konnten den Sinn des Videos nicht nachvollziehen.

„Wenn man noch die Körpersprache anschauen würde oder wie man sich verhält, dann wäre das Video noch relevanter. Es wurde jedoch nur auf das Gesagte Bezug genommen.“ (ID406 BT)

Eine Person erwähnte, dass für das ausführliche Ansehen des Videos zu wenig Zeit vorhanden war.

„Die Sichtung des Videos war zu kurz. Man konnte nur einen Bruchteil des Videos sehen: Das habe ich etwas schade gefunden.“ (ID406 BT)

Der Wunsch nach mehr Zeit wurde auch in Bezug auf die Dauer der Sitzungen und ihrer Anzahl von allen Betroffenen geäußert.

„Der negative Punkt ist – finde ich – genau drei Sitzungen zu haben ist etwas wenig. Ich hätte es mir ein wenig tiefergründiger, länger, mehr auseinandersetzen, mehr erarbeiten zusammen, vorgestellt.“ (ID406 BT)

Die Option, bei Bedarf eine zusätzliche Sitzung in Anspruch zu nehmen, scheint den Teilnehmenden nicht angeboten worden zu sein (Gysin-Maillart, 2025).

Das frühzeitige Erkennen von Warnzeichen und die Anwendung von Strategien in Risikosituationen schienen für die Befragten nicht immer selbstverständlich zu sein. Einige Personen sind eher positiv eingestellt: Eine erwähnte, dass sie in angespannten Situationen an den Notfallplan denkt, was ihr Erleichterung verschafft. Eine andere hatte eine hohe Zuversicht, dass sie Warnsignale frühzeitig erkennen und angemessen reagieren kann:

„Ich sehe ja erst bei der nächsten Krise, ob das verhebt (...) Ich denke, jetzt kann ich sagen: Ich kann sehr gut damit umgehen. Wir haben das so gut zusammengetragen und so gut miteinander angeschaut und so einen guten Plan gemacht. Da kann ja fast nichts mehr schiefgehen.“ (ID411 BT)

Für andere Betroffenen scheint der Umgang mit Warnsignalen schwieriger zu sein: Eine Person gab an, dass es ihr nicht möglich sei, Warnzeichen frühzeitig zu erkennen, da sie impulsiv reagiere:

„Da es bei mir sekundenschnell geht und dann ist der Druck so hoch, dass ich nicht anders kann, als umzusetzen, was ich denke.“ (ID402 BT)

Eine weitere Person berichtete, dass ihr die Anwendung des Notfallplans schwerfalle. Eine Person war bisher keiner Risikosituation ausgesetzt.

Die Hälfte der Befragten gab an, Unterstützung bei der Familie, einer Therapeutin oder über eine Notfallnummer in Anspruch zu nehmen. Eine Person antwortete, bislang keine Unterstützung benötigt zu haben. Diese Aussagen, inklusive der betreffend des Reagierens auf Warnsignale, können womöglich auch auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass die Personen die Programmsitzungen gerade erst beendet hatten.

Kommunikation zwischen Fachpersonen

Die Mehrheit der Befragten konnten keine Aussage über die Kommunikation und den Austausch zwischen den ASSIP-Therapeut*innen und dem Zuweisenden oder der weiterführenden Beglei-

tung (ambulant oder stationär) machen. Ein Drittel der Befragten bestätigte, dass eine Kommunikation zwischen den Fachpersonen stattgefunden habe, jedoch konnte nicht eruiert werden, 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.“ (ID410 AN)

Zwei Betroffene kümmerten sich eigenständig um die Weitergabe von Informationen aus der ASSIP flex-Begleitung

„Ich habe eine Psychiatriespitex – der gebe ich es (Notfallplan und Geschichte Anm. d. Red.) noch und eben meiner Kunsttherapeutin. (...) Dass wir alle zusammen wissen, woran wir arbeiten.“ (ID411 BT)

Nachbetreuungsbedarf und Outreach

Die Befragten gaben an, dass Anschlusslösungen nach Klinikaufenthalten oder Programmabschluss im Allgemeinen eigenständig organisiert wurden, was in einzelnen Fällen zu längeren Betreuungslücken führte. Angehörige spielten hierbei eine entscheidende Rolle in der Unterstützung, da einige Betroffene nicht in der Lage waren, sich selbst um eine weiterführende Betreuung zu kümmern.

„Was ist mit den Personen, die keine Verwandten haben oder Leute, die untereinander Krach haben, denen egal ist, ob der Bruder ein Psychiater hat. Ich frage mich immer, was passiert dann mit diesen Menschen?“ (ID400 AN)

Da die Zeitspanne zwischen Programmabschluss und Interview weniger als drei Monate betrug, konnten die Patient*innen noch nicht vom Outreach-Element (Brief) von ASSIP flex profitieren. Es wurde jedoch der Wunsch geäußert, die Zeitspanne von Programmabschluss zur ersten Kontaktaufnahme zu verkürzen:

„Erst nach drei Monaten kommt die erste Rückmeldung – vielleicht wäre es sinnvoller, am Anfang ein kürzeres Intervall zu machen: Nach einem Monat und dann nach drei Monaten oder so.“ (ID410 AN)

Ein weiterer Vorschlag besteht darin, nach zwei bis drei Monaten, eine zusätzliche Sitzung mit dem/der ASSIP-Therapeut*in abzuhalten, um das Thema Suizidalität mit etwas Abstand nochmals gezielt zu reflektieren. Den Befragten schien nicht bewusst zu sein, dass sie eine Booster-Sitzung erhalten können (Gysin-Maillart, 2025).

Partizipation der Angehörigen

Die Aussagen der Befragten machten darauf aufmerksam, dass die Angehörigen nicht direkt ins Programm einbezogen oder unterstützt wurden. Die interviewten Angehörigen wussten kaum, wie sie beobachtete Verhaltensänderungen ansprechen und mit Risikosituationen umgehen sollen, oder wie in einer Notsituation zu handeln ist. Auf die Frage, wie in Risikosituationen gehandelt werden kann:

„Puh, das ist natürlich schwierig. Das habe ich selbst zwei Mal erlebt. Da war ich auch überfordert und habe immer das gleiche gesagt: Komm gehen wir raus spazieren bis er eingewilligt hat, in die Klinik zu gehen. (...) Ich habe das Gefühl, man kann irgendwie gar nichts machen (...). Es ist extrem schwierig.“ (ID403 AN)

Das ASSIP flex Programm sah gleichwohl den Einbezug von Angehörigen vor. Im Projektantrag wie auch im Jahresbericht wird mehrfach darauf Bezug genommen: „In der dritten Sitzung wird gemeinsam von dem/der Therapeut*in und dem/der Patient*in ein persönlicher Notfallplan ausgearbeitet, in den das Umfeld der Patientin mit einbezogen wird“ (Gysin-Maillart, 2020b, 2025).

Ein aktiver Einbezug würde eine signifikante Verbesserung des Programms aus der Perspektive der Betroffenen und deren Angehörigen darstellen.

5.2.3. Impact

Erste Ergebnisse der internen Evaluation bei 105 Betroffenen durch den Projektträger besagen, dass ASSIP flex einen positiven Einfluss auf die therapeutische Allianz und damit eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit hat (Frei, Aschenbrenner, Firnenburg, et al., 2025).

Auch das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zeigten signifikant bessere Werte direkt nach der Therapie (Publikation in Vorbereitung). Vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich dieser Effekt ein Jahr später nicht mehr bestätigte. Diese Erkenntnisse wären im Einklang mit einer weiteren Studie, in der ASSIP® unabhängig bewertet wurde (Monn et al., 2025).

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das ASSIP flex Projekt stellt eine Erweiterung der bewährten ASSIP®-Kurzintervention dar und bietet die Einbindung einer schwer erreichbaren Zielgruppe durch das Home Treatment. Die besondere Stärke von ASSIP flex liegt neben der Flexibilität seines Angebotes im kollaborativen Aufarbeitungsprozess der suizidalen Krise. Das Projekt leistet einen Beitrag zur Schliessung der Versorgungslücke zwischen stationärer und ambulanter Therapie im Bereich der Suizidprävention. Es bietet die Möglichkeit, Betroffene in ihrer gewohnten Umgebung zu unterstützen und durch die Erstellung persönlicher Notfallpläne das Selbstmanagement zu fördern.

Die Implementierung des Projekts in mehreren Kantonen zeigte, dass es grundsätzlich durchführbar, jedoch im Vergleich zum ursprünglichen ASSIP® mit erhöhtem organisatorischen Aufwand und zusätzlichen Kosten verbunden ist. Die Flexibilität der Intervention hat sich als wesentlich erwiesen, da sich stationäre, ambulante und Home Treatment-Ansätze oft vermischten. Manche Betroffene begannen die Therapie als stationäre Therapie, absolvierten die folgenden Sitzungen aber ambulant oder im Home Treatment. Um dieser Vielseitigkeit Rechnung zu tragen, beschloss die Projektleitung im dritten Projektjahr das Projekt von ASSIP Home Treatment auf ASSIP flex umzubenennen. Der neue Name widerspiegelt die Anpassungsfähigkeit der Intervention, auf die individuellen Bedürfnisse des/der einzelnen Betroffenen einzugehen und wirkt weniger einschränkend bei der Präsentation nach aussen. Trotz einer insgesamt hohen Teilnahmequote konnten nur wenige Betroffene, die vom ursprünglichen ASSIP® Programm nicht erreicht worden wären, einbezogen werden. Dies zeigt sich in der hohen Anzahl der Teilnehmenden, die intern überwiesen wurden.

Bei den ASSIP flex Therapeut*innen zeigte sich eine grundsätzlich positive Einschätzung der Implementierung, insbesondere hinsichtlich Informationsmaterial, Vernetzung und interprofessioneller Zusammenarbeit. Gleichzeitig wurden Herausforderungen sichtbar, darunter Redundanzen im Programm, Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Patient*innen sowie die langfristige Sicherstellung der Finanzierung und Bekanntmachung des Programms. Die Zusammenarbeit mit Zuweisenden wurde insgesamt als gut eingeschätzt. Die Qualität der Kurse, insbesondere bezüglich der Kompetenz der Referierenden, wurde als hoch wahrgenommen. Die breite berufliche Zusammensetzung der Teilnehmenden zeigt das Interesse unterschiedlicher Fachrichtungen. Besonders geschätzt wurden die Praxisnähe der Beispiele und das unterstützende Kursmaterial, während noch mehr Raum für Diskussionen und Fragen gewünscht wurde.

Die Informationsvideos und -veranstaltungen wurden besonders in Bezug auf Verständlichkeit, Relevanz und Informationsgewinn positiv beurteilt. Die hohe Zufriedenheit mit Inhalten und zeitlichem Umfang spricht für ein gut abgestimmtes Format. Die Informationsvideos für Betroffene und Angehörige wurden im Vergleich zur Veranstaltung für Fachpersonen bislang weniger geschaut.

Die am häufigsten genannten Nutzen des Programms aus Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger betreffen die Aufarbeitung der suizidalen Krise, die Beziehung zur TherapeutIn, die Aufklärung über individuelle Warnzeichen, die Psychoedukation zu Suizidalität und die Verbesserung der Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen. Diese unterscheiden sich von den Ergebnissen einer früheren Studie, bei der Notfallkontakt sowie Briefe (Outreach) und Strategien die am meisten genannten Kategorien waren (Gysin-Maillart, 2020a).

Wesentliche Herausforderungen, die durch Betroffene und Angehörige identifiziert wurden, beziehen sich insbesondere auf die Rekrutierung, die teilweise als mühsam beschrieben wurde. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität wurde als schwierig, aber auch hilfreich empfunden und die Anwendung des Notfallplans fiel einigen schwer. Der Einbezug der Angehörigen wurden bisher noch nicht umgesetzt.

Die hohe Anerkennung, die die Projektleitung in der schweizerischen Suizidpräventionslandschaft geniesst, trug zur Glaubwürdigkeit des Projekts bei. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts durch Publikationen und Studien ist wesentlich für die Anerkennung von ASSIP flex. Sie stärkt die Evidenzbasis und unterstützt die Implementierung in die Regelversorgung. Die Frage der Kosteneffektivität bleibt eine zentrale Herausforderung.

7. EMPFEHLUNGEN

Die formulierten Empfehlungen basieren auf den Erkenntnissen der externen Evaluation und richten sich an die Projektträger, um beispielsweise Anpassung im multiplizierbaren Modell vorzunehmen. Des Weiteren können die Empfehlungen auch für Anwender des Modells von Interesse sein.

Empfehlungen zur Umsetzung

- Pufferzeiten sollten bei der Projektplanung miteinberechnet werden und Vereinbarungen mit juristischem Inhalt sind vorzeitig aufzusetzen und zeitlich grosszügig zu planen.
- Es bleibt zu überdenken, wie vermehrt Betroffene der Zielgruppe, die nicht hospitalisiert wurden, erreicht werden können. Dazu ist auch der Kontakt zu Hausärzt*innen und Angehörigenorganisationen weiter aufrechtzuerhalten.
- Um die Erreichbarkeit der Patient*innen nach Entlassung aus der Klinik zu sichern, sollten Nachfolgetermine bereits vor der Entlassung fixiert werden.
- Möglicherweise wäre es sinnvoll, interessierten Personen bei der Anmeldung den Therapieablauf genauer zu erläutern, um Fragen bezüglich Vertraulichkeit frühzeitig zu beantworten und das Interesse der Person sicherzustellen. Idealerweise wird diese Aufgabe schon durch die zuweisende Person übernommen.
- Es wäre sinnvoll, systematisch zu untersuchen, wie häufig und in welcher Form Betroffene ihren persönlichen Notfallplan in Krisensituationen tatsächlich nutzen.
- Die Rekrutierung neuer Patient*innen stellt auch aus der Sicht von Fachpersonen eine Herausforderung dar. Eine verstärkte Anbindung an bestehende Versorgungsstrukturen sowie eine intensivere Zusammenarbeit mit Zuweisenden könnten helfen, den Zugang zu ASSIP flex zu erleichtern und eine kontinuierliche Zuweisung sicherzustellen.

- Fast die Hälfte der interviewten Betroffenen hatte Schwierigkeiten, Zugang zum Programm zu erhalten. Es scheint daher wichtig, die Sensibilisierung und die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden fortzusetzen und zu intensivieren.

Empfehlungen zur Weiterverbreitung des Projekts

Die Entwicklung eines multiplizierbaren Modells bietet eine vielversprechende Grundlage für die zukünftige Implementierung in weiteren Regionen. Die Pilotphasen in jeder Projektinstitution dauern bis zum Ende der Projektlaufzeit.

- Eine genaue Analyse der unterschiedlichen Begebenheiten, Erfolgsfaktoren und Hindernisse während und nach Ende der Pilotphasen ist auf jeden Fall zu empfehlen.
- Die Erfahrungen der Standorte mit dem Interventionspaket sollten systematisch erhoben werden, um das Modell weiterzuentwickeln und allfällige Verbesserungspotenziale zu identifizieren.

Empfehlung zur Bekanntmachung

Die Sensibilisierungsarbeit wurde breiter als ursprünglich geplant auf digitale Kanäle verlagert, was zu einer höheren Reichweite führte. Die Webseite wurde als zentrale Informationsplattform etabliert und bietet zielgruppenspezifische Inhalte. Die Aktivitäten zur Bekanntmachung fokussierten bisher vor allem auf Fachpersonen als Zielgruppe, Angehörige wurden weit weniger als geplant erreicht.

- Die Webseite und die digitalen Ressourcen sollten weiter gepflegt und erweitert werden, um Betroffenen und Angehörigen eine niederschwellige Informations- und Schulungsmöglichkeit zu bieten. Eine Übersetzung auf Italienisch wäre im Schweizerischen Kontext wünschenswert.
- Das Interesse an der Teilnahme an ASSIP flex Kursen war gemischt; während einige Personen Interesse zeigten, plante fast die Hälfte keine Teilnahme. Eine gezielte Rückfrage könnte Aufschluss darüber geben, ob zeitliche, inhaltliche oder berufliche Gründe eine Rolle spielen und wie das Kursangebot entsprechend optimiert werden kann.
- Bekanntmachungsaktivitäten für Angehörige und Bezugspersonen sollten weiter ausgebaut werden.

Empfehlung zur Nachhaltigkeit des Projekts

Die Nachhaltigkeit von ASSIP flex ist stark von der zukünftigen Finanzierung abhängig. Während erste Förderzusagen bestehen, sind weitere Mittel erforderlich, um eine dauerhafte Implementierung sicherzustellen. Die Integration in bestehende Abrechnungssysteme könnte eine längerfristige Lösung bieten.

- Die Ergebnisse der laufenden Impactstudie und Kosteneffektivitätsanalyse sollten genutzt werden, um eine fundierte Entscheidung über die Weiterführung und mögliche Skalierung des Programms zu treffen.
- Eine verstärkte politische Lobbyarbeit ist erforderlich, um die Integration von ASSIP flex in das reguläre Gesundheitswesen zu erleichtern und eine längerfristige Finanzierung zu gewährleisten.

Empfehlungen zu den Schulungen

Die Ausbildung der ASSIP flex Therapeut*innen erwies sich als zentraler Bestandteil des Projekts. Die Nachfrage nach Schulungen war hoch, was die Notwendigkeit von weiteren Ausbildungsstrukturen und einer Entlastung der aktuellen Supervisor*innen aufzeigte. Jedoch sind vier von elf ausgebildeten ASSIP Flex Therapeut*innen derzeit nicht mehr in dieser Funktion tätig.

- Die Online-Schulungen für Fachpersonen könnten erweitert und durch weitere praxisnahe Module ergänzt werden, um die Verbreitung und Qualitätssicherung der Methode sicherzustellen.
- Die Gründe für die hohe Fluktuationsrate beim Personal sollten erforscht werden. Wo möglich sollten Anpassungen in der Ausbildung vorgenommen oder Möglichkeiten für eine Weiterbildung zum/zur Supervisor*in als Anreiz angeboten werden.
- Längere Diskussionsphasen, praktische Übungen oder Fallbesprechungen in den Kursen könnten dazu beitragen, den Wissenstransfer und die Anwendbarkeit der Inhalte zu verbessern.

Empfehlungen zu Programmstruktur

Generell wurden zusätzliche und längeren Sitzungen von den interviewten Betroffenen gewünscht, um eine vertiefte Auseinandersetzung mit der eigenen Suizidalität zu ermöglichen. Insbesondere wurde der Vorschlag gemacht, der Videosichtung sowie der Erarbeitung des Notfallplans mehr Zeit einzuräumen.

- Die Möglichkeit einer vierten Sitzung oder einer späteren Booster-Sitzung ist bereits im Programm vorgesehen und könnte daher häufiger angeboten werden; um, zum Beispiel, das Einüben der Strategien oder die Besprechung der Umsetzung der Strategien mit dem Umfeld zu ermöglichen.
- Der Nutzen der Videoaufnahme und -sichtung seitens des Programmanbieters könnte klarer kommuniziert werden. Eine detailliertere Analyse des Videos im Hinblick auf Körpersprache und Verhalten könnte einen zusätzlichen Mehrwert für die Verarbeitung der suizidalen Vorgeschichte bieten und die Identifizierung von Warnsignalen fördern.
- Auch den Faktoren, die die tatsächliche Anwendung der ermittelten Strategien fördern können, sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.
- Möglicherweise lohnt es sich, das Outreach-Element erneut zu überdenken, um Anpassungen vorzunehmen, die eine nachhaltigere Wirkung erzielen.

Empfehlungen zur Kommunikation und Zusammenarbeit

Die Informationsweitergabe, die Einbindung des Helfernetzes oder ein sicherer Übergang zwischen Spital, Ambulant und Grundversorgung sowie die Kontinuität der Pflege waren Ziele des Programms, für die es noch Entwicklungspotenzial gibt (Gysin-Maillart, 2020b). Die meisten mittels Interviews Befragten waren sich nicht bewusst, ob und wie die Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachleuten stattfand.

- Betroffene und Angehörige sollten besser bezüglich des Informationsaustauschs informiert und einbezogen werden.
- Eine engere Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren des Versorgungssystems könnte auch die Effektivität und Diversifizierung der Rekrutierung erweitern, wodurch insbesondere vulnerable Personen – die gemäss Projektbeschreibung besonders von ASSIP flex profitieren sollen – einen erleichterten Zugang zum Programm erhalten würden.

Empfehlungen aus qualitativen Interviews mit Multiplikatoren

Die Interviews verdeutlichten, dass ASSIP flex als strukturierte, kurzzeitige und alltagsnahe Intervention einen relevanten Beitrag zur Suizidprävention leistet. Besonders hilfreich wurden der aufsuchende Charakter, die klaren Abläufe und die Rolle der Therapeut*innen als verbindende Schnittstelle im Versorgungsnetz erlebt – z.B. beim Aufbau einer stabilen Übergangslösung nach einem Spitalaustritt. Für die Weiterentwicklung der Intervention ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Die Rolle der ASSIP flex Therapeut*innen sollte gegenüber ambulanten Therapeut*innen, bei denen die Patient*innen bereits in Behandlung sind, klarer kommuniziert werden, um möglichen Unsicherheiten oder Vorbehalten entgegenzuwirken. Eine gezielte Sensibilisierung – z.B. durch kurze Informationsformate oder standardisierte Schreiben – könnte helfen, die Funktion als ergänzende, zeitlich begrenzte Unterstützung besser zu vermitteln.
- Die Rahmenbedingungen für die Umsetzung bei Teilzeitpensen sollten verbessert werden, z.B. durch flexiblere Koordination, klare Zeitfenster für interprofessionellen Austausch oder gezielte Unterstützung bei administrativen Aufgaben.
- Bestehende Austauschformate wie Netzwerktreffen sollten regelmässig weitergeführt und könnten gegebenenfalls noch ergänzt werden (z.B. durch digitale Fallbesprechungen oder kurze Peer-Supervisionen) um die Umsetzung im Praxisalltag zu begleiten und den Erfahrungsaustausch zu fördern.

Empfehlungen zur Anbindungsversorgung

Anschlusslösungen nach Klinikaufenthalten oder Programmabschluss wurden im Allgemeinen eigenständig organisiert, was in einzelnen Fällen zu längeren Betreuungslücken führte.

- Die Schulung der Fachleute und die verbesserte Kommunikation innerhalb des Helfersystems könnte dazu beitragen, die Betreuung zwischen den Sitzungen und nach Abschluss des Programms sicherzustellen.
- Es wäre wünschenswert, ambulante Therapeut*innen oder das Klinikpersonal zur Weiterentwicklung und Anpassung des Notfallplans zu gewinnen und so gleichwohl die konkrete und kontinuierliche Nutzung zu unterstützen.

Empfehlungen zur Angehörigenarbeit

Das Programm sah die Option vor, die Angehörigen einzubeziehen. Ein verstärkter Einbezug der Angehörigen, wenn möglich und mit Berücksichtigung der Vertraulichkeit, erscheint für die Betroffenen wie auch für die Familien wünschenswert. Dies wurde mehrfach betont und entspricht auch den ursprünglichen Zielen des Projekts

- Es wäre von Interesse, Gründe für einen Ausschluss von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen zu dokumentieren und zu analysieren, beispielsweise weshalb die betroffene Person dies nicht wollte, ob kein Interesse bei der Bezugsperson bestand oder ob der/die Therapeut*in die Möglichkeit nicht anbot.
- Eine Möglichkeit zur Einbindung der Angehörigen könnte bereits darin bestehen, das von den Betroffenen geschätzte Informationsblatt auch für Angehörige zugänglich zu machen und zu diskutieren. Zudem wurde eine Sitzung mit der betroffenen und einer nahestehenden Person mehrmals erwünscht, um die Umsetzung der besprochenen Strategien und Unterstützungsmassnahmen oder Nutzung des Helfersystems im näheren Umfeld zu erleichtern.

- Zusätzlich könnte für die Angehörigen der Ensa-Kurs zu „Erste-Hilfe-Gesprächen über Suizidgedanken“ von Pro Mente Sana empfohlen werden (vergl. SERO Evaluationsbericht (Rajkumar et al., 2025)).

Alle Angehörigen berichteten, dass sie selbst keinerlei Unterstützung erhielten, es sei denn, sie suchten sich diese eigenständig ausserhalb des Programms.

- Hier könnte ASSIP flex ansetzen, indem es eine erste Anlaufstelle für Angehörige suizidaler Personen bietet. Alternativ könnte eine Orientierung an bestehende Dienste oder Unterstützungsangebote innerhalb des Versorgungsnetzwerks erfolgen.

Die Berücksichtigung dieser Aspekte könnte die Wirksamkeit von ASSIP flex weiter steigern. Mit den notwendigen Ressourcen und Mitteln könnte das Programm kontinuierlich weiterentwickelt und langfristig implementiert werden.

8. ANHANG

8.1. Dateninstrumente

8.1.1. Fragebogen Konsortium

Die Konsortiumsbefragung beteiligter Akteure in der Umsetzung von ASSIP Home Treatment wird einmal jährlich nach dem Konsortiumstreffen im Rahmen der externen Evaluation von ASSIP Home Treatment durch das Schweizerische Tropen- und Public- Health Institut (Swiss TPH) durchgeführt. Ziel ist es, ihre Meinung zum Projekt bezüglich Leitung, Durchführung und Kommunikation zu erhalten, um mögliche Verbesserungsvorschläge zeitnah umzusetzen.

Wir bitten Sie, sich einige Minuten Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens zu nehmen. Die Befragung erfolgt anonym.

Projekthalt

1. Sind Sie zufrieden mit den Schwerpunkten, die ASSIP Home Treatment in der Umsetzung priorisiert?

☐ Ja, die richtigen Schwerpunkte werden priorisiert.

☐ Teilweise:

☐ Nein, ich würde andere Schwerpunkte setzen:

Projektleitung und Durchführung

2. Sind Sie zufrieden mit dem Fortschritt des Projekts?

☐ Ja

☐ Teilweise

☐ Nein

- 2a. Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten??

3. Sehen sie Verbesserungsmöglichkeiten bei der Rekrutierung von Patienten?

☐ Ja, nämlich...

☐ Nein, die Möglichkeiten werden schon ausgeschöpft.

4. Wo sehen Sie die grössten Hindernisse für ein langfristiges Gelingen des Projekts?

Kommunikation

5. Sind Sie zufrieden mit der Häufigkeit der internen Kommunikation zu ASSIP Home Treatment durch die Projektleitung an das Konsortium?

☐ Ja.

☐ Teilweise, ich würde gerne öfter informiert werden

☐ Nein, ich erhalte zu oft Informationen zum Projekt

6. Sind Sie zufrieden mit der Qualität und den Inhalten der internen Kommunikation zu ASSIP Home Treatment durch die Projektleitung?

☐ Ja, die Informationen werden gut vermittelt

☐ Teilweise:

☐ Nein, ich hätte Verbesserungsvorschläge:

Finanzen

7. Sind Sie zufrieden mit den Bemühungen für eine langfristige Etablierung und Nachhaltigkeit des Projekts nach Finanzierungsende durch GFCH?

☐ Ja

☐ Es ist noch zu früh für eine Beurteilung.

☐ Nein → 7a.

7a. Welche Massnahmen schlagen Sie vor für eine langfristige Etablierung des Projekts?

Konsortiumsmitgliedschaft

8. Haben Sie den Eindruck, dass Sie entsprechend Ihrer Kompetenzen und Expertise in das Projekt eingebunden werden?

- ☐ Ja
- ☐ Teilweise:
- ☐ Nein, weil...

Haben Sie den Eindruck, dass Sie von der Zusammenarbeit im Konsortium profitieren?

- ☐ Ja
- ☐ Teilweise:
- ☐ Nein, weil...

Entspricht der Arbeitsaufwand als Mitglied im Konsortium Ihren Erwartungen?

- ☐ Ja
- ☐ Teilweise:
- ☐ Nein, weil...

Ist die Häufigkeit der Konsortiumssitzungen zielführend?

☐ Ja

☐ Teilweise:

☐ Nein, weil...

Weitere Bemerkungen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

8.1.2. Fragebogen Netzwerktreffen (Outcome I)

Im Rahmen der externen Evaluation von ASSIP Home Treatment durch das Schweizerische Tropen- und Public Health Institute (Swiss TPH) werden die durchgeführten Kurse, Schulungen und Netzwerktreffen evaluiert. Diese Befragung richtet sich an ASSIP Home Treatment Therapeut*innen und soll Hinweise zum aktuellen Stand und zu Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Therapeut*innen geben. Wir bitten Sie, sich einige Minuten Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens zu nehmen. Die Befragung erfolgt anonym.

Informationsmaterial und Vernetzung

1. Sind Sie zufrieden mit dem verfügbaren Informations- und Kursmaterial zu ASSIP Home Treatment (z.B. Schulungsunterlagen, Informationen auf der Homepage)?

☐ Ja

☐ Nein, ich hätte folgende Verbesserungsvorschläge:

2. Sind Sie zufrieden mit den Austauschmöglichkeiten zwischen den ASSIP Therapeut*innen?

☐ Ja

☐ Nein, ich hätte folgende Verbesserungsvorschläge:

3. Hat das heutige Netzwerktreffen Ihren Erwartungen entsprochen? (z.B. bezüglich Inhalte, Dauer, Format)

☐ Ja

☐ Nein, ich hätte folgende Verbesserungsvorschläge:

4. Sind Sie zufrieden mit der Häufigkeit der Kommunikation zu ASSIP Home Treatment durch die Projektleitung?

☐ Ja.

☐ Teilweise, ich würde gerne öfter informiert werden.

☐ Nein, ich erhalte zu oft Informationen zum Projekt.

5. Sind Sie zufrieden mit der Qualität und den Inhalten der internen Kommunikation zu ASSIP Home Treatment durch die Projektleitung?

☐ Ja, die Informationen werden gut vermittelt

☐ Teilweise:

☐ Nein, ich hätte folgende Verbesserungsvorschläge:

6. Haben Sie den Eindruck, dass durch ASSIP Home Treatment die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen (z.B. ambulant/stationär, Notfallstationen, Hausärzten, ambulanten Pflegediensten und psychiatrischen Institutionen) verbessert wird?

☐ Ja und zwar:

☐ Nein, aus folgenden Gründen:

ASSIP Home Treatment Intervention

7. Fühlen Sie sich befähigt, Betroffene mit ASSIP Home Treatment adäquat zu behandeln?

☐ Ja

☐ Teilweise

☐ Nein, aus folgenden Gründen:

8. Erleben Sie im klinischen Alltag beim Einsatz von ASSIP Home Treatment Schwierigkeiten?

☐ Ja, nämlich:

☐ Nein

9. Wissen Sie, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie Fragen haben?

☐ Ja

☐ Nein

10. Sehen sie Verbesserungsmöglichkeiten bei der Rekrutierung von Patienten in Ihrem Kanton?

☐ Ja, nämlich:

☐ Nein, die Möglichkeiten werden schon ausgeschöpft.

Wo sehen Sie die grössten Hindernisse für eine langfristige Etablierung von ASSIP Home Treatment in Ihrem Kanton?

Weitere Bemerkungen:

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung der Fragen!

Wären Sie bereit, uns für weiterführende Fragen zur Verfügung zu stehen? Da diese Evaluation anonym erfolgt, bitten wir Sie um Ihre Kontaktangaben. Vielen Dank!

Name:

E-Mail:

Telefonnummer:

8.1.3. Fragebogen Evaluation – Symposium «Neue Erkenntnisse in der Suizidprävention» (Outcome I)

Sehr geehrte Symposiums-Teilnehmende

Vielen Dank für Ihre Teilnahme am Symposium zu neuen Erkenntnissen in der Suizidprävention am 30. März 2023 in Bern. Bitte lassen Sie uns wissen, wie es Ihnen gefallen hat. Je mehr Rückmeldungen wir erhalten, desto eher können wir uns verbessern. Bitte nehmen Sie sich 5-7 Minuten Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten. Alle Antworten werden anonym behandelt. Wir hoffen, Sie sind am nächsten Symposium wieder dabei!

1. Wie zufrieden waren Sie mit dem Veranstaltungsort und dem Vortragssaal?

Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	Sehr zufrieden
------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Kommentare zum Veranstaltungsort

2. Wie zufrieden waren Sie mit der Gesamtorganisation der Veranstaltung? (verfügbare Informationen, Anmeldeverfahren, Veranstaltungsformat, Anmeldung vor Ort, Materialien usw.)

Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	Sehr zufrieden
------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Kommentare zur Organisation

3. Wie zufrieden waren Sie mit dem inhaltlichen Programm des Symposiums? (Themenspektrum Präsentationen, Relevanz der Präsentationen)

Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	Sehr zufrieden
------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Kommentare zum Symposiums-Programm

4. Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität der Präsentationen?

Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	Sehr zufrieden
------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Kommentare zu Präsentationen

5. Wie zufrieden waren Sie mit den Networking-Möglichkeiten? (verfügbare Zeit, Teilnehmerkreis, Räumlichkeit usw.)

Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	Sehr zufrieden
------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Kommentare zum Networking

6. Welche Themen würden Sie sich für ein zukünftiges Suizidpräventions-Symposium wünschen?

7. Was hat Ihnen an der Veranstaltung am besten gefallen?

8. Was hat Ihnen an der Veranstaltung am wenigsten gefallen?

9. Haben Sie weitere Anmerkungen oder Ideen zur Verbesserung unserer Veranstaltungen?

Wären Sie bereit, uns für weiterführende Fragen zur Verfügung zu stehen? Da diese Evaluation anonym erfolgt, bitten wir Sie um Ihre Kontaktangaben. Vielen Dank!

Name:

E-Mail:

8.1.4. Fragebogen Evaluation Informationsveranstaltung Betroffene und Fachpersonen (Outcome I)

Im Rahmen der externen Evaluation von ASSIP Home Treatment durch das Schweizerische Tropen- und Public Health Institute (Swiss TPH) werden die durchgeführten Informationsveranstaltungen evaluiert. Wir bitten Sie, sich einige Minuten Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens zu nehmen. Die Befragung erfolgt anonym.

Welche Informationsveranstaltung haben Sie besucht?

- ☐ Informationsveranstaltung für Fachpersonen
☐ Informationsveranstaltung für Betroffene und Angehörige

Haben Sie die Informationsveranstaltung als betroffene Person oder als Angehörige/-r einer betroffenen Person besucht?

- ☐ Betroffene/-r
☐ Angehörige/-r
☐ Ich möchte diese Frage nicht beantworten

An welchem Datum haben Sie an der Informationsveranstaltung teilgenommen? DD-MM-YYYY

Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe

Jahrgang

Nur Fachpersonen:

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- ☐ Arzt/Ärztin
☐ Psychologe/-in
☐ Therapeut/-in (Physio, Ergo, etc.)
☐ Medizinisches Pflege- und Betreuungspersonal
☐ Weitere medizinische Fachpersonen
☐ Professionelles nicht-medizinisches Unterstützungspersonal
☐ Nicht-medizinisches Personal von ambulanten Einrichtungen
☐ Forschende
☐ Andere und zwar:

Evaluation Informationsveranstaltung	stimm e gar nicht zu				stimm e voll zu	Keine Ant- wort
	1	2	3	4	5	0
1. Die Informationsveranstaltung hat mir insgesamt gut gefallen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Die Inhalte wurden interessant, angemessen und verständlich vermittelt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Der zeitliche Umfang der Veranstaltung war angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. <u>Nur Fachpersonen:</u> Der Inhalt hatte einen hohen Bezug zu meiner beruflichen Praxis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. <u>Nur Betroffene und Angehörige:</u> Der Inhalt hatte einen hohen Bezug zu meiner persönlichen Situation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich schätze meinen persönlichen Informationszuwachs als hoch ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nur Fachpersonen:

Ziehen Sie in Erwägung zukünftig ASSIP-Home Treatment Kurse zu besuchen?

Falls ja, welcher? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Basiskurs zum Thema suizidales Erleben & Verhalten
- ☐ Vertiefungskurs zum Thema suizidales Erleben & Verhalten
- ☐ ASSIP (Home Treatment) Ausbildung für Therapeut:*innen

Nur Betroffene:

Ziehen Sie in Erwägung sich für die Kurztherapie von ASSIP Home Treatment anzumelden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

Nur Angehörige:

Würden Sie die ASSIP Home Treatment Kurztherapie in Ihrem Umfeld weiterempfehlen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

Weitere Kommentare und Anmerkungen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

8.1.5. Fragebogen Kursevaluation (Outcome I)

Diese Evaluation ist Teil des durch Gesundheitsförderung Schweiz finanzierte Projekt «Evaluation der Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung». Das Schweizerische Tropen- und Public Health Institute (Swiss TPH) evaluiert begleitend in jährlichen Befragungen die durchgeführten Kurse und Schulungen. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, um die Fragen zu beantworten. Dadurch helfen Sie, das Angebot ständig zu verbessern. Alle Antworten werden anonym behandelt. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Angaben zum Kurs

Durchführungsdatum

Kursbezeichnung

Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe

Jahrgang

Beruf

☐ Arzt/Ärztin

☐ Psychologe/-in

☐ Therapeut/-in (Physio, Ergo, etc.)

☐ Medizinisches Pflege- und Betreuungspersonal

☐ Weitere medizinische Fachpersonen

☐ Professionelles nicht-medizinisches Unterstützungspersonal

☐ Nicht-medizinisches Personal von ambulanten Einrichtungen

☐ Forschende

☐ Anderer und zwar:

In welchem Bereich sind Sie derzeit tätig?

☐ Einzel-/Gruppenpraxis

☐ Spital

☐ Psychiatrie

☐ Spitex

☐ Anderer und zwar

Kursevaluation	stimm e gar nicht zu				stimm e voll zu	Keine Ant- wort
	1	2	3	4	5	
1. Der Referent hat die Lernziele zu Beginn des Kurses klar formuliert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe den Eindruck, dass ich die Lernziele des Kurses erreicht habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Der Kurs war klar aufgebaut und konsequent in der Verfolgung des Lernziels.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Es war ausreichend Zeit für Fragen und Diskussionen vorhanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Die Beispiele waren für das Verständnis der Inhalte relevant.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Das Kursmaterial war für mich hilfreich, um die Lernziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Der Referent wirkte fachlich kompetent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Das Feedback, das ich vom Referent erhielt, war nützlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Die Kursinhalte haben sich mit meinen Erwartungen gedeckt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich schätze meinen Wissenszuwachs durch diesen Kurs als hoch ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Ich fühle mich in der Lage, das erlernte Wissen anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Der Kursinhalt und das erlernte Wissen erlauben mir Betroffene und Angehörige bei der Suizidprävention in Zukunft besser zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Interprofessionelle Zusammenarbeit

13. In diesem Kurs wurden Themen, die eine bessere Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Disziplinen in der Suizidprävention betreffen, behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Ich konnte mir in diesem Kurs Kompetenzen zur integrierten Versorgung von Suizidbetroffenen und Angehörigen aneignen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Ich schätze den Vernetzungsgrad und die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen in der Suizidprävention grundsätzlich als gut ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16. Ich persönlich bin ein/-e Befürworter/-in der interprofessionellen Zusammenarbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gesamtbeurteilung des Kurses

	schlecht	schwach	un- genügend	genügend	gut	sehr gut
Ich gebe dem Kurs insgesamt folgende Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Was hat Ihnen gut gefallen?

Welche Verbesserungsvorschläge und weiteren Kommentare haben Sie?

.....
.....
.....

Wären Sie bereit, uns für weiterführende Fragen zur Verfügung zu stehen? Da diese Evaluation anonym erfolgt, bitten wir Sie um Ihre Kontaktangaben. Vielen Dank!

Name:

E-Mail:

Telefonnummer:

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung der Fragen!

8.1.6. Fragebogen für Multiplikator*innen (Outcome I)

Abschnitt 1: Berufspraxis

1.1 Sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit mit suizidgefährdeten Personen konfrontiert?	
☐ Ja	☐ Nein
1.2 Wie häufig sind Sie mit suizidgefährdeten Personen konfrontiert?	
☐ Täglich ☐ Mehrmals pro Woche ☐ Wöchentlich ☐ Monatlich ☐ Seltener	
1.3 Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?	
☐ Ärztliche Grundversorger*innen (<i>Fachärzt*innen für Allgemeine Innere Medizin, Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin, Praktische Ärzt*innen</i>) ☐ Psychiater*innen ☐ Psychologische Psychotherapeut*innen ☐ Pflegefachpersonen ☐ Sozialarbeiter*innen ☐ Andere Beruf (bitte angeben):	
1.4 Wo sind Sie derzeit beruflich tätig?	
☐ Einzel-/Gruppenpraxis ☐ Somatisches Spital ☐ Psychiatrische Klinik ☐ Spitex/aufsuchende Hilfe ☐ Alters-/Pflegeheim ☐ Online- oder Telefonberatung im Gesundheits- oder Sozialwesen ☐ Nicht im Gesundheits- oder Sozialwesen tätig, sondern:	
1.5 Zu wie viel Stellenprozent sind Sie im Bereich Ihrer oben genannten Tätigkeit derzeit angestellt oder selbstständig tätig?	
Bitte angeben:	
1.6 Wie würden Sie die Region charakterisieren, in der Sie arbeiten?	
☐ Grössere Stadt (über 50,000 Einwohner*innen) ☐ Städtischer Raum / Agglomeration (über 20,000 Einwohner*innen) ☐ Ländlicher Raum	
1.7 Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie im Gesundheits- und Sozialwesen?	
☐ 0-5 Jahre ☐ 6-10 Jahre ☐ 11-15 Jahre ☐ 16-25 Jahre ☐ 26-35 Jahre ☐ Über 35 Jahre	

Abschnitt 2: Mitgliedschaft in Netzwerken

2.1 Sind Sie Teil eines oder mehrerer berufs- und/oder institutionsübergreifender Suizidpräventions-Netzwerke?
<i>Unter einem Netzwerk wird ein unterschiedlich stark institutionalisiertes verbindliches Zusammenwirken verschiedener Akteure (Personen, Gruppen, Organisationen, Institutionen) zur Erreichung längerfristiger, komplexer Ziele (z.B. Reduktion der Suizide und Suizidversuche) verstanden.</i>
☐ Nein ☐ Ja, namentlich:

2.1.1 **Wenn ja, in welchen Kantonen befinden sich Ihre wichtigsten Kooperationspartner?**

- ☐ Aargau (AG)
- ☐ Appenzell Ausserrhoden (AR)
- ☐ Appenzell Innerrhoden (AI)
- ☐ Basel-Landschaft (BL)
- ☐ Basel-Stadt (BS)
- ☐ Bern (BE)
- ☐ Freiburg (FR)
- ☐ Genf (GE)
- ☐ Glarus (GL)
- ☐ Graubünden (GR)
- ☐ Jura (JU)
- ☐ Luzern (LU)
- ☐ Neuenburg (NE)
- ☐ Nidwalden (NW)
- ☐ Obwalden (OW)
- ☐ Schaffhausen (SH)
- ☐ Schwyz (SZ)
- ☐ Solothurn (SO)
- ☐ St. Gallen (SG)
- ☐ Thurgau (TG)
- ☐ Tessin (TI)
- ☐ Uri (UR)
- ☐ Waadt (VS)
- ☐ Wallis (VD)
- ☐ Zug (ZG)
- ☐ Zürich (ZH)
- ☐ Gesamte Schweiz

2.2 **Sind Sie Teil eines oder mehrerer informeller berufs- und/oder institutionenübergreifenden Netzwerke im Bereich der Suizidprävention?**

Unter einem informellen Netzwerk werden informelle Austauschformate ohne formale Verbindlichkeit verstanden (z.B. Gruppendiskussionen, Rundtischgespräche). Ziele werden nicht explizit vereinbart und mit Ressourcenzuordnung und Aktionsplänen verknüpft.

☐ Nein

☐ Ja

2.2.1 **Wenn ja, in welchen Kantonen befinden sich Ihre wichtigsten informellen Netzwerkpartner im Bereich der Suizidprävention?**

Bitte machen Sie Angaben zu jeder Berufsgruppe.

z.B. Gesundheitsversorger wie Spitäler aber auch NGOs oder Behörden

- ☐ Aargau (AG)
- ☐ Appenzell Ausserrhoden (AR)
- ☐ Appenzell Innerrhoden (AI)
- ☐ Basel-Landschaft (BL)
- ☐ Basel-Stadt (BS)
- ☐ Bern (BE)
- ☐ Freiburg (FR)
- ☐ Genf (GE)
- ☐ Glarus (GL)
- ☐ Graubünden (GR)
- ☐ Jura (JU)
- ☐ Luzern (LU)
- ☐ Neuenburg (NE)

- ☐ Nidwalden (NW)
- ☐ Obwalden (OW)
- ☐ Schaffhausen (SH)
- ☐ Schwyz (SZ)
- ☐ Solothurn (SO)
- ☐ St. Gallen (SG)
- ☐ Thurgau (TG)
- ☐ Tessin (TI)
- ☐ Uri (UR)
- ☐ Waadt (VS)
- ☐ Wallis (VD)
- ☐ Zug (ZG)
- ☐ Zürich (ZH)
- ☐ Gesamte Schweiz

Abschnitt 3: Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

3.1 Wie häufig arbeiten Sie im Rahmen der Suizidprävention mit Fachpersonen der folgenden Berufsgruppen zusammen?

Bitte machen Sie Angaben zu jeder Berufsgruppe.

	Mind. 1x/Tag	Mind. 1x/Woche	Mind. 1x/Monat	Einige Male pro Jahr	Seltener	Nie	Weiss nicht
Ärztliche Grundver- sorger*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychiater*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychologische Psy- chotherapeut*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegefachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialarbeiter*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2 Wie schätzen Sie die Beziehungsqualität der Zusammenarbeit mit Fachpersonen der folgenden Berufsgruppen ein?

Bitte machen Sie Angaben zu jeder Berufsgruppe.

Eine gute Beziehungsqualität zeichnet sich durch eine kooperative Zusammenarbeit aus.

Eine schlechte Beziehungsqualität zeichnet sich durch Konkurrenzdenken und/oder konflikt-behaftete Zusammenarbeit aus

	Sehr schwierig	Schwierig	Eher schwierig	Genügend	Gut	Ausgezeichnet	Weiss nicht
Ärztliche Grundver- sorger*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychiater*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychologische Psy- chotherapeut*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegefachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialarbeiter*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abschnitt 4: Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Folgenden geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen innerhalb der Suizidprävention und-versorgung.

*Unter interprofessioneller Zusammenarbeit verstehen wir eine Reihe von Beziehungen und Interaktionen, die es ermöglichen, das Wissen, die Erfahrung und die Kompetenzen verschiedener Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens zum Wohl der Patient*innen und Patienten sowie deren Angehörigen zu bündeln und zu teilen.*

	Stimme gar nicht zu					Stimme voll zu	Weiss nicht
Interprofessionelles Klima							
4.1 Ich habe das Gefühl, dass ich Hilfe und Unterstützung von den anderen Fachleuten erhalte, mit denen ich in interprofessionellen Gruppen arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2 Andere Fachleute in der interprofessionellen Zusammenarbeit sind gewillt mir zuzuhören, wenn ich Probleme habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3 In interprofessionellen Gruppen erlebe ich Wertschätzung von den anderen Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.4 Es ist mir noch nie so vorgekommen, dass Fachleute anderer Berufsgruppen nicht verstanden haben, was ich vermitteln wollte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.5 In den interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, bekomme ich relevante Rückmeldungen auf meine Beiträge.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.6 Wir (die Mitarbeitenden) werden von unseren Vorgesetzten dazu ermutigt, interprofessionelle Zusammenarbeit voranzubringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.7 Alle Fachleute haben eine Vorstellung von den rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen, unter denen die interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konflikt							
4.8 Manche Fachleute dominieren interprofessionelle Treffen mit ihren Ansichten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.9 Gewisse Fachleute legen die grundsätzlichen Annahmen in interprofessionellen Gruppen fest.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.10 Es kann vorkommen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht funktioniert, weil bestimmte Professionen die Treffen dominieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.11 Manche Fachleute verhalten sich auf eine Art und Weise, die interprofessionelle Kollaboration schwierig macht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.12 Für interprofessionelle Zusammenarbeit braucht man Offenheit und nicht alle Fachleute können diesem Anspruch gerecht werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rollenerwartung und geteilte Ziele							
4.13 Meine Erfahrung ist es, dass die Rollen in der interprofessionellen Zusammenarbeit immer klar definiert sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.14 Ich erlebe meinen Verantwortungsbereich in der interprofessionellen Zusammenarbeit als klar definiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.15 Jede/-r kennt den Verantwortungsbereich der anderen Fachleute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.16 In den meisten interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, sind wir uns einig, was Priorität hat..	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.17 In den interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, ist der Austausch von Informationen nie ein Problem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivation							
4.18 Ich schätze die Arbeit in interprofessionellen Gruppen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.19 Ich kann meine Kreativität und meine Ideen in der Arbeit mit interprofessionellen Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.20 Ich empfinde es als persönliche Weiterentwicklung, wenn ich in interprofessionellen Gruppen arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.21 Ich verfolge klare Ziele in der interprofessionellen Zusammenarbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abschnitt 5: Suizidprävention: Massnahmen und Sensibilisierung

5.1 Ist Ihnen der «Nationale Aktionsplan Suizidprävention» vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein Begriff? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht sicher
5.2 Kennen eines oder mehrere der folgenden Suizidpräventionsprojekte? ☐ AdoASSIP – Suizidprävention nach Suizidversuchen bei Jugendlichen ☐ ASSIP Home Treatment – Attempted Suicide Short Intervention Program ☐ ASSIP en Suisse Romande ☐ SERO – Suizidprävention: einheitlich, regional, organisiert
5.3.Ht Wie haben Sie von ASSIP Home Treatment erfahren? ☐ Informationsveranstaltung/Vortrag ☐ Von Berufs-Kolleg*innen ☐ Über das Internet (z.B. Newsletter, Website) ☐ Weiss nicht/keine Angabe ☐ Andere, nämlich:
5.4.Ht Haben Sie bereits Patient*innen für eine Behandlung mit ASSIP Home Treatment angemeldet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.5.Ht Haben Sie ASSIP Home Treatment bereits anderen Gesundheitsfachpersonen empfohlen? ☐ Ja ☐ Nein
5.5.1.Ht Welchen Berufsgruppen haben Sie ASSIP Home Treatment bereits empfohlen? ☐ Ärztliche Grundversorger*innen ☐ Psychiater*innen ☐ Psychologische Psychotherapeut*innen ☐ Pflegefachpersonen stationär ☐ Pflegefachperson ambulant (bspw. Spitex, selbstständig Tätige) ☐ Sozialarbeiter*innen ☐ Anderer Beruf, bitte angeben:
5.6.Ht Sind Sie in einer der Partner-Organisationen von ASSIP Home Treatment tätig? ☐ Nein

☐ Ja, UPD Bern ☐ Ja, PUK Zürich ☐ Ja, CHUV Lausanne ☐ Ja, CNP Neuenburg ☐ Ja, Sanatorium Kilchberg						
5.6.1.Ht Der Rekrutierungsprozess neuer Patient*innen läuft gut.						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.6.2.Ht Kommentare zum Rekrutierungsprozess:						
5.7.1.Ht Der Anmeldeprozess für neue Patient*innen ist klar und verständlich.						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.7.2.Ht Kommentare zum Anmeldeprozess:						
5.8.1.Ht Das Informationsmaterial für neue Patient*innen ist nützlich und vollständig.						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.8.2.Ht Kommentare zum Informationsmaterial:						
5.9.1.Ht Die Anzahl neu rekrutierter Patient*innen entspricht unseren Zielen.						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.9.2.Ht Kommentare zur Anzahl neu rekrutierter Patient*innen:						
5.10.1.Ht Die Anzahl ASSIP Therapeut*innen ist ausreichend um den Therapiebedarf zu decken.						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.10.2.Ht Kommentare zur Anzahl Therapeut*innen:						
5.11.1.Ht Dropouts werden dokumentiert und entsprechend Massnahmen ergriffen.						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.11.2.Ht Kommentare zu Dropouts:						
5.12.1.Ht Die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden funktioniert gut						
☐ Stimme gar nicht zu					☐ Stimme voll zu	☐ Weiss nicht/keine Angabe
5.12.2.Ht Kommentare zu Zuweisenden:						
5.4 Wurden Sie im Rahmen Ihrer aktuellen Tätigkeit je zum Thema Suizidprävention geschult?						
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht/keine Angabe						
5.5 Welche Massnahmen würden Sie als hilfreich einschätzen um in Fachkreisen für Suizidprävention zu sensibilisieren?						
☐ Schulungen/Kurse ☐ Individuelle Weiterbildungen ☐ Stärkung des Austauschs zwischen Fachpersonen ☐ Solche Massnahmen sind unnötig ☐ Andere, nämlich:						

5.6 **Haben Sie den Eindruck, dass die aktuellen Massnahmen zur Suizidprävention in der Schweiz angemessen sind?**

☐ Überhaupt nicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Voll und ganz	☐ Weiss nicht/keine Angabe
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	---

Abschnitt 6: Statistische Angaben

6.1 **Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.**

- ☐ Weiblich
☐ Männlich
☐ Divers
☐ Keine Angabe

6.2 **Welcher Altersgruppe gehören Sie an?**

- ☐ 0-19 Jahre
☐ 20-29 Jahre
☐ 30-39 Jahre
☐ 40-49 Jahre
☐ 50-59 Jahre
☐ 60-69 Jahre
☐ 70 Jahre und älter

6.3 **Bitte geben Sie Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an.**

- ☐ Obligatorische Schule
☐ 1-jährige Ausbildung/Brückenangebot
☐ Fachmittelschule/Diplommittelschule
☐ Berufslehre im Betrieb (EFZ, EBA)/Anlehre/Berufsschule/Handelsschule
☐ Gymnasiale Maturität/Lehrkräfteseminar
☐ Berufs-/Fachmaturität
☐ Berufsprüfung mit eidg. Fachausweis/höhere Fachprüfung mit eidg. Diplom/Meisterdiplom
☐ Höhere Fachschule (HF)
☐ Bachelor: Universität, ETH, Fachhochschule, pädagogische Hochschule (inklusive Diplom FH/PH)
☐ Masterabschluss: Universität, ETH, Fachhochschule oder Pädagogische Hochschule (einschliesslich Lizenziat/Diplom Universität/ETH)
☐ Doktorat/Habilitation
☐ Keine Angabe

6.4 **In welchem Kanton arbeiten Sie?**

- ☐ Aargau (AG)
☐ Appenzell Ausserrhoden (AR)
☐ Appenzell Innerrhoden (AI)
☐ Basel-Landschaft (BL)
☐ Basel-Stadt (BS)
☐ Bern (BE)
☐ Freiburg (FR)
☐ Genf (GE)
☐ Glarus (GL)
☐ Graubünden (GR)
☐ Jura (JU)
☐ Luzern (LU)
☐ Neuenburg (NE)
☐ Nidwalden (NW)
☐ Obwalden (OW)

- ☐ Schaffhausen (SH)
- ☐ Schwyz (SZ)
- ☐ Solothurn (SO)
- ☐ St. Gallen (SG)
- ☐ Thurgau (TG)
- ☐ Tessin (TI)
- ☐ Uri (UR)
- ☐ Waadt (VS)
- ☐ Wallis (VD)
- ☐ Zug (ZG)
- ☐ Zürich (ZH)
- ☐ Gesamte Schweiz

8.1.7. Gesprächsleitfaden für Multiplikator*innen (Outcome I)

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kollaboration in der Suizidprävention

Teilnehmer/-in	
Ort, Datum	
Zeit	

Einstiegsfragen	– Was ist Ihr derzeitiger Beruf? – Wie lange sind Sie in diesem Beruf tätig? – Mit wie viel Stellenprozent arbeiten Sie? – Wo arbeiten Sie? – Bitte beschreiben Sie, welche Rolle Sie in Ihrer Organisation in der der Betreuung und Behandlung von Personen mit erhöhtem Suizidrisiko spielen.
IPZ in der Suizidprävention	– Sind Sie mit dem Begriff «interprofessionelle Zusammenarbeit» (IPZ) vertraut? Wenn ja, was verstehen Sie darunter? – Mit welchen Berufsgruppen arbeiten Sie in der Versorgung von Personen mit erhöhtem Suizidrisiko hauptsächlich zusammen? Mit welchen Berufsgruppen haben Sie weniger Kontakt? – Funktioniert die Zusammenarbeit mit bestimmten Berufsgruppen besser respektive mit anderen weniger gut? Welche sind dies? Wo sehen Sie die Gründe hierfür? – Erschweren unterschiedliche Denkweisen verschiedener Akteure die IPZ? – Welche Möglichkeiten gibt es für verschiedene Berufsgruppen, sich bei der Suizidprävention zu koordinieren? – Wie wichtig ist es, dass verschiedene Berufsgruppen bei der Suizidprävention und in der Versorgung von Personen mit erhöhtem Suizidrisiko zusammenarbeiten? Warum ist dies wichtig? – Welchen Nutzen haben Personen mit erhöhtem Suizidrisiko Ihrer Meinung nach davon, wenn die Professionen enger zusammenarbeiten?
Erfahrungen mit ASSIP flex	– Wie wurden Sie auf ASSIP flex aufmerksam? – Hat sich seit dem Start von ASSIP flex im 2021 die IPZ in der Region verändert? – Falls ja: In welcher Weise hat ASSIP flex die IPZ verändert? – Was würden Sie als den positivsten Effekt des Projektes <u>in Bezug auf die IPZ</u> sehen? (z.B. <i>Vernetzung Helfersystem, Aufbau verlässlicher Beziehungen zwischen Fachpersonen und Patienten, Verbesserung Behandlungskontinuität</i>) – Was würden Sie als den positivsten Effekt des Projekts in Bezug auf den Patientennutzen sehen? (Leidensdruck, Verhinderung weiterer Suizidversuche/Rehospitalisierungen) – Welche Probleme ergaben sich im Projekt ASSIP flex in der IPZ?
ASSIP flex Intervention	– Erleichtert die Anwendung der ASSIP flex Intervention die IPZ mit anderen Fachpersonen im Team? Wenn ja: auf welche Weise? – Erleichtert die Anwendung der ASSIP flex Intervention die IPZ mit Fachpersonen ausserhalb des Teams (Fokus Schnittstelle stationär/ambulant)? Wenn ja: auf welche Weise?

	– Wie verändert der Einsatz der ASSIP flex Intervention Ihre persönliche klinische Arbeit? (pos./neg.)
Optimierung	– Welche Aktivitäten/Initiativen zur Verbesserung der IPZ in der Suizidprävention halten Sie für notwendig? – Was glauben Sie kann auf einer institutionellen/strukturellen Ebene getan werden, um die IPZ in Ihrem Arbeitsumfeld zu verbessern? Welche Anreize könnten für die IPZ gesetzt werden? – Gibt es Aspekte, die auf politischer/Systemebene berücksichtigt werden müssten, um eine IPZ zu erleichtern?

8.1.8. Gesprächsleitfaden für Betroffene (Outcome II)

GESPRÄCHSLEITFADEN SUIZIDPRÄVENTION FÜR BETROFFENE PERSONEN

Liebe Dame/Lieber Herr

Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie akzeptiert haben, uns für ein Gespräch im Rahmen einer Studie zu treffen. Die Studie wird durch die Projektförderung der Gesundheitsförderung Schweiz finanziert. Durch das Gespräch möchten wir gerne Näheres von Ihnen erfahren über Ihre Erfahrungen mit dem ASSIP Home Treatment (ASSIP HT)-Programm. Es gibt somit weder richtige noch falsche Antworten auf die gestellten Fragen.

Das Gespräch dürfte etwa 45 Min. dauern. Es besteht kein Zwang, alle Fragen zu beantworten, die ich Ihnen stellen werde. Sie haben auch jederzeit das Recht, das Gespräch abubrechen, ohne sich rechtfertigen zu müssen.

Lassen Sie mich bitte wissen, wenn Sie sich während des Gesprächs unwohl fühlen, damit wir das Gespräch abbrechen und Massnahmen erwägen können, zum Beispiel eine Pause, einen längeren Unterbruch oder den Beizug einer fachlichen Unterstützung. Sollte ich mich während des Gesprächs unbehaglich fühlen, kann ich ebenfalls das Gespräch unterbrechen oder abbrechen.

Falls Sie sich im Anschluss an unser Gespräch unwohl fühlen, werde ich Sie auf Ihren Sicherheitsplan aufmerksam machen.

Wir garantieren Ihnen strikte Vertraulichkeit. Ihr Name wird nirgends öffentlich erscheinen. Bei der Verarbeitung und der Analyse der Daten werden alle Angaben zu Ihrer Person, die eine Identifizierung ermöglichen könnten, entfernt.

Für die Durchführung des Interviews benötigen wir von Ihnen eine unterschriebene Einwilligungserklärung. *[Ein Exemplar in Papierform anbieten und unterschreiben lassen, falls die Person das zugesendete Formular nicht unterschrieben mitgebracht hat. Hat die Person unterschrieben, zur nächsten Frage übergehen. Anderenfalls das Gespräch abbrechen, sich bei der Person für ihr Interesse bedanken und ihr erklären, dass wir ohne ihre explizite Einwilligung das Gespräch nicht führen können.]*

Wären Sie einverstanden, dass dieses Gespräch aufgezeichnet wird? Die Tonaufnahme erlaubt mir, mich auf das zu konzentrieren, was Sie mir im Gespräch sagen und ich kann mir die Aufnahme danach in Ruhe anhören, um nichts zu verpassen. Die Audiodatei wird nicht mit Ihrem Namen beschriftet, sondern mit einem Pseudonym. *[Wenn ja, die Aufnahme starten und nochmals um Einverständnis fragen. Wenn nein, sich für das Notieren startklar machen!]*

Themen <i>[Für das Evaluations-team]</i>	Fragen	Mögliche Nachfragen/Ergänzungen	Hinweise/Bemerkungen
--	--------	---------------------------------	----------------------

Einleitung	Sie sind hier beim Gespräch, weil Sie am Programm ASSIP HT teilgenommen haben. Gerne möchte ich mit Ihnen über das ASSIP HT-Programm und die dazugehörigen Massnahmen sprechen, die Ihnen angeboten wurden, wie z.B. Leporello.		
Rekrutierung	Wie wurde Ihnen das ASSIP HT-Programm angeboten?	Hat es Sie gleich angesprochen oder brauchten Sie zusätzliche Informationen? Wurde Ihnen der Zweck und das Verfahren ausreichend und/oder verständlich erklärt?	
	Was war für Sie ausschlaggebend, dass Sie sich für das Programm entschieden haben?		
Wahrnehmungen bezüglich des Programms	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit dem ASSIP HT-Programm oder den Massnahmen?	Gibt es etwas, was Ihnen besonders zugesagt hat oder Sie besonders hilfreich empfanden? <i>[Zum Beispiel in Bezug auf: Rekrutierungsart, Anzahl Sitzungen, Qualität der erhaltenen Informationen, Sicherheitsplan bzw. Leporello etc.]</i>	
	Was ist/sind Ihrer Meinung nach, der wichtigste Nutzen/die wichtigsten Erfolge an Ihrer Teilnahme am ASSIP HT-Programm?	Würden Sie mir dies bitte näher beschreiben?	

	Gibt es etwas, was für Sie an den Massnahmen/am Programm nicht hilfreich oder weniger hilfreich war oder Sie nicht ansprach? Können Sie mir dies bitte näher erklären?	Gab es etwas, was für Sie schwierig war? <i>[Zum Beispiel in Bezug auf: Rekrutierungsart, Anzahl Sitzungen, Qualität der erhaltenen Informationen, Sicherheitsplan bzw. Leporello etc.]</i> Vielleicht noch etwas anderes?	
	Denken Sie, einzelne Massnahmen sollten angepasst werden?	Wenn ja, welche? Wie? Was würden Sie vorschlagen? Würden Sie mir Ihren Vorschlag näher erklären? Damit ich verstehen kann, um was es Ihnen genau geht.	
Einbindung	Wurden Ihre Meinungen und Bedürfnisse bei der Umsetzung der Massnahmen/des Programms <i>[zum Beispiel beim Sicherheitsplan]</i> beachtet und angemessen berücksichtigt?	Wenn ja, können Sie mir bitte ein paar Beispiele geben? Würden Sie mir bitte erklären, wie/wodurch sie erfüllt wurden? Würden Sie mir diese bitte näher beschreiben? Wenn nein, würden Sie mir bitte erklären, was gefehlt hat oder was anders gemacht hätte werden können?	
Ablauf	Während des Programms, hatten Sie damals ausreichend Zeit, um den Sicherheitsplan zu entwickeln?	Wenn nein, wie viel mehr Zeit hätten Sie benötigt?	

Ressourcenanwendung und Nutzung der Hilfsangebote	Haben Sie schon die Strategien und Hilfsmittel angewendet? <i>[Zum Beispiel: Leporello, Sicherheitsplan, Inanspruchnahme von Fachkräften]</i>	Wenn ja, unter welchen Bedingungen? Wie haben Sie sie genutzt? Wenn nein, aus welchen Gründen nicht? Würden Sie mir Ihre Antwort näher erklären? Was würde Ihrer Meinung nach, eine aktive und regelmässige Anwendung fördern?	
	Wenden Sie den Sicherheitsplan an, wenn Sie sich in einer Risikosituation befinden/fühlen oder sich Krisen anbahnen?	Wenn ja, was ist besonders hilfreich? Wenn nein, was könnte Ihnen noch helfen?	
	Haben Sie Angehörige oder nahestehende Personen in die Massnahmen miteinbezogen oder informiert?	Wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?	
Selbstmanagement	Denken Sie, Sie können durch die Massnahmen/das Programm, suizidale Krisen besser erkennen und darauf reagieren?	Wenn ja, können Sie mir näher erklären, was Sie in diesen Situationen wahrnehmen und wie? Wenn nein, können Sie mir erklären, weshalb Sie diese Situationen nicht wahrnehmen oder zuordnen können? <i>[Vielleicht eine Idee oder Ahnung]</i>	
	Inwieweit können Sie durch die Massnahmen <i>[wie Leporello]</i> besser mit Suizidgedanken und Suizidverhalten umgehen? Wie?	<i>[Zum Beispiel: Sofort Hilfe holen, sobald Sie anfangen Pläne zu schmieden?]</i> Können Sie durch die Massnahmen/das Programm besser mit den Gefühlen,	

		wie Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung umgehen <i>[wenn relevant]</i> ?	
Helfersystem	<i>[wenn noch nicht erwähnt]</i> Wissen Sie, wo Sie sich in einer anbahnenden suizidalen Krise und/oder Notsituation melden können?	Wenn ja, aufgrund der Massnahmen/des ASSIP HT-Programms? Oder war Ihnen die Meldemöglichkeit schon vorher bekannt? Wenn nein, was würden Sie für eine Meldemöglichkeit benötigen? <i>[Zum Beispiel: eine App, ein Zettel im Portemonnaie, eine gespeicherte Telefonnummer]</i>	
Kommunikation (Trialog)	Haben Sie das Gefühl, dass die Teilnahme an der Kurzintervention ASSIP die Kommunikation zwischen Ihnen und den Fachpersonen betreffend Suizidalität erleichtert hat?	Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und den Fachpersonen ein? Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Welche? Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen den Fachpersonen ein? Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Welche? Wie könnte die Kommunikation verbessert werden?	
	Haben Sie das Gefühl, dass die Teilnahme an der Kurzintervention ASSIP, die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihren Angehörigen/nahestehenden Personen betreffend Suizidalität erleichtert hat?	Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und Ihren Angehörigen/nahestehenden Personen ein?	

		Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Welche? Wie könnte die Kommunikation verbessert werden?	
	Haben Sie bei Angehörigen in Ihrem Umfeld vom Programm erzählt?	Wenn ja, worüber haben Sie gesprochen? Denken Sie, dass Ihre Angehörigen Interesse hätten, ein Interview zu geben? Wenn nein, aus welchem Grund nicht?	
Allgemeine Fragen und Abschluss	Vor dem Abschluss des Gespräches möchte ich Ihnen noch ein paar allgemeine Fragen stellen: Wie ist Ihr Geburtsjahr? Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig? Wie ist Ihr Zivilstand? Wie sieht Ihre Wohnsituation aus? Was haben Sie für eine Ausbildung? Was ist Ihr Beruf? War ASSIP HT Ihr erster Kontakt mit einem psychiatrischen Dienst?		

Abschluss

Wie geht es Ihnen am Ende dieses Gesprächs?

[Falls die Person sagt, es gehe ihr gut oder ziemlich gut: Ihr für alle Fälle die Liste der Kontaktpersonen übergeben.]

[Falls die Person sagt, sie fühle sich unbehaglich, oder falls sie diesen Eindruck gibt, mit ihr darüber sprechen und die Gefühle, die sie äussert, validieren. Die Person fragen, ob es für sie möglich wäre, mit einer nahestehenden Person oder einer Drittperson (aus ihrem eigenen Unterstützungsnetz) darüber zu sprechen. Sie auch dazu ermutigen, ihren Sicherheitsplan zu befolgen.]

Wir danken Ihnen für Ihre Verfügbarkeit und dass Sie akzeptiert haben, Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. *[Je nach Art der entwickelten Beziehung eine persönlichere Formulierung suchen.]* Ihre Aussagen werden streng vertraulich behandelt.

Falls Sie noch Fragen oder Anmerkungen haben, dann können Sie mich gerne auf dieser E-Mail-Adresse kontaktieren: fr-hets-gfch-assiphome@hefr.ch.

Erlauben Sie mir, in einer Woche nochmals mit Ihnen Kontakt aufzunehmen, um nachzufragen, wie es Ihnen geht? Ja/Nein *[Dies nur bei Personen erwähnen, denen es während des Interviews nicht gut ging.]*

Nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme und die Zeit, die Sie dafür aufgewendet haben.

[Aufnahme stoppen]

8.1.9. Gesprächsleitfaden für Angehörige (Outcome II)

GESPRÄCHSLEITFADEN SUIZIDPRÄVENTION FÜR ANGEHÖRIGE/NAHESTEHENDE DER BETROFFENEN PERSONEN

Liebe Dame/Lieber Herr

Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie akzeptiert haben, uns für ein Gespräch im Rahmen einer Studie zu treffen. Das Projekt wird durch die Projektförderung der Gesundheitsförderung Schweiz finanziert. Durch das Gespräch möchten wir gerne Näheres von Ihnen erfahren über Ihre Erfahrungen oder die Erfahrungen einer Ihnen verwandten oder bekannten Person, welche am Suizidpräventionsprogramm ASSIP Home Treatment (ASSIP HT) teilgenommen hat. Es gibt somit weder richtige noch falsche Antworten auf die gestellten Fragen.

Das Gespräch dürfte etwa 45 Min. dauern. Es besteht kein Zwang, alle Fragen zu beantworten, die ich Ihnen stellen werde. Sie haben auch jederzeit das Recht, das Gespräch abubrechen, ohne sich rechtfertigen zu müssen.

Bitte lassen Sie es mich wissen, falls Sie sich während des Gesprächs unwohl fühlen. Im Anschluss an das Gespräch werden Sie von mir eine Liste mit Kontaktpersonen erhalten. Sie können sich jederzeit an eine dieser Fachpersonen wenden.

Wir garantieren Ihnen strikte Vertraulichkeit. Ihr Name und der Name Ihrer verwandten oder bekannten Person wird nirgends öffentlich erscheinen. Bei der Verarbeitung und der Analyse der Daten werden alle Angaben zur Person, die eine Identifizierung ermöglichen könnten, entfernt.

Für die Durchführung des Interviews benötigen wir von Ihnen eine unterschriebene Einwilligungserklärung. *[Ein Exemplar in Papierform anbieten und unterschreiben lassen, falls die Person das zugesendete Formular nicht unterschrieben mitgebracht hat. Hat die Person unterschrieben, zur nächsten Frage übergehen. Anderenfalls das Gespräch abbrechen, sich bei der Person für ihr Interesse bedanken und ihr erklären, dass wir ohne ihre explizite Einwilligung das Gespräch nicht führen können.]*

Wären Sie einverstanden, dass dieses Gespräch aufgezeichnet wird? Die Tonaufnahme erlaubt mir, mich auf das zu konzentrieren, was Sie mir im Gespräch sagen und ich kann mir die Aufnahme danach in Ruhe anhören, um nichts zu verpassen. Die Audiodatei wird nicht mit Ihrem Namen beschriftet, sondern mit einem Pseudonym. *[Wenn ja, die Aufnahme starten und nochmals um Einverständnis fragen. Wenn nein, sich für das Notieren startklar machen!]*

Themen <i>[für das Evaluations-team]</i>	Fragen	Mögliche Nachfragen	Hinweise/Bemerkungen
Einleitung	Sie sind hier beim Gespräch, weil eine Ihnen verwandte oder bekannte Person		

	nach einem Suizidversuch am Programm ASSIP HT teilgenommen hat. Gerne möchte ich mit Ihnen über die Massnahmen zur Suizidprävention im Programm ASSIP HT sprechen, die Ihnen und Ihrer verwandten oder bekannten Person angeboten wurden, wie Leporello.		
	Wie stehen Sie zur betroffenen Person? [Im Sinne von Mutter, Vater, Freund]		
Beteiligung am Programm	Was wissen Sie über das Programm ASSIP HT?	Können Sie mir mehr darüber erzählen? (Sicherheitsplan/Leporello)	
	Wie und in welcher Form waren Sie am Programm ASSIP HT beteiligt?		
	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit dem Programm/den Massnahmen von ASSIP HT? <i>[Nur für diejenigen, die in das Programm involviert waren.]</i>	Können Sie mir mehr darüber erzählen?	
Wahrnehmungen bezüglich des Programms	Von dem was Sie über das Programm erfahren haben, welche Elemente bzw. Massnahmen waren Ihrer Meinung nach am nützlichsten im Umgang mit der direktbetroffenen Person? Oder für Ihr/Ihre/Ihren <i>[verwandte/bekannte Person]</i>?	Würden Sie mir diese bitte näher beschreiben?	
	Auf der Grundlage des Austauschs mit Ihrem Angehörigen gibt es etwas, was für Sie am Programm ASSIP HT nicht hilfreich, weniger hilfreich war oder Sie nicht ansprach?	Gab es etwas am Programm, was für Sie schwierig war? <i>[Zum Beispiel in Bezug auf die Rekrutierungsart.]</i>	

		Vielleicht noch etwas anderes?	
	Denken Sie, das Programm/die Massnahmen von ASSIP HT sollte/n angepasst werden?	Wenn Ja, was würden Sie vorschlagen? Würden Sie mir Ihren Vorschlag näher erklären? Damit ich verstehen kann, um was es Ihnen genau geht. Wenn nein, wieso nicht?	
Selbstmanagement	Denken Sie, Sie können durch den Austausch über das Programm ASSIP HT Risikosituationen besser einschätzen?	Wenn ja, können Sie mir näher erklären, was Sie in diesen Situationen wahrnehmen? Wenn nein, können Sie mir erklären, weshalb Sie diese Situationen nicht wahrnehmen oder zuordnen können? <i>[Vielleicht eine Idee oder Ahnung]</i>	
Selbstmanagement	Denken Sie, Sie können durch den Austausch über das Programm ASSIP HT besser mit den Suizidgedanken und dem Suizidverhalten von Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> umgehen? Wie?	<i>[Zum Beispiel: Sofort Hilfe holen, sobald Sie etwas in diese Richtung bemerken?]</i> Wenn Ja, können Sie besser mit den Gefühlen Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung umgehen? Wenn nein, was hat Ihnen dazu gefehlt?	
Helfersystem	<i>[wenn relevant]</i> Hilft Ihnen das dazugewonnene Wissen vom Programm ASSIP HT für eine bessere Unterstützung von Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> ?	Haben Sie das Vertrauen, auf Ihre/n <i>[verwandte/bekannte Person]</i> zuzugehen und das Thema Suizidalität anzusprechen?	
Helfersystem	Wissen Sie, wo Sie sich bei einer anbahnenden Krise und/oder Notsituation bei Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> melden können?	Wenn ja, aufgrund der Programmteilnahme an ASSIP HT oder war Ihnen die Meldemöglichkeit schon vorher bekannt?	

		Wenn nein, besteht vielleicht noch Unklarheit darüber, was zu tun ist oder irgendwelche Unsicherheiten Ihrerseits? <i>[falls die Frage verneint wurde]</i> Wurden die Meldemöglichkeiten mit Ihnen angeschaut? Mussten Sie nach Ende des Programms ASSIP HT aufgrund einer Krise und/oder Notsituation das Fachpersonal kontaktiert? War das Fachpersonal sofort erreichbar?	
Selbstmanagement	<i>[wenn relevant]</i> Haben sich Ihre Sorgen und Ängste gegenüber Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> geändert? Wie? Welche Änderung haben Sie wahrgenommen? Schwächer, stärker oder einfach anders?	Im Allgemeinen? Bezüglich Suizidmodus von Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i>?	
Kommunikation (Dialog)	Haben Sie das Gefühl, dass die Teilnahme am Programm ASSIP HT, die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> betreffend Suizidalität erleichtert hat? Wie?	Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Personen]</i> ein? Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen?	
	Haben Sie das Gefühl, dass die Teilnahme am Programm ASSIP HT, die Kommunikation zwischen Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> und den Fachpersonen betreffend Suizidalität erleichtert hat? Wie?	Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen Ihrer/m <i>[verwandten/bekannten Person]</i> und den Fachpersonen ein? Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Hat sich Ihrer Meinung nach, die Kommunikation zwischen den Fachkräften verbessert?	

		Was könnte die Kommunikation verbessern?	
Allgemeine Fragen und Abschluss	Vor dem Abschluss des Gespräches möchte ich Ihnen noch ein paar allgemeine Fragen stellen: Wie ist Ihr Geburtsjahr? Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig? Wie ist Ihre Wohnsituation? Wie ist Ihr Zivilstand? Was haben Sie für eine Ausbildung? Was ist Ihr Beruf? War ASSIP HT Ihr erster Kontakt mit einem psychiatrischen Dienst?		

Abschluss

Wie geht es Ihnen am Ende dieses Gesprächs?

[Falls die Person sagt, es gehe ihr gut oder ziemlich gut: Ihr für alle Fälle die Liste der Kontaktpersonen übergeben.]

[Falls die Person sagt, sie fühle sich unbehaglich, oder falls sie diesen Eindruck gibt, mit ihr darüber sprechen und die Gefühle, die sie äussert, validieren. Die Person fragen, ob es für sie möglich wäre, mit einer nahestehenden Person oder einer Drittperson (aus ihrem eigenen Unterstützungsnetz) darüber zu sprechen. Sie auch dazu ermutigen, mit einer Fachperson auf der Liste (dem verteilten Dokument) Kontakt aufzunehmen.]

Wir danken Ihnen für Ihre Verfügbarkeit und dass Sie akzeptiert haben, Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. *[Je nach Art der entwickelten Beziehung eine persönlichere Formulierung suchen.]* Ihre Aussagen werden streng vertraulich behandelt.

Falls Sie noch Fragen oder Anmerkungen haben, dann können Sie mich gerne auf dieser E-Mail-Adresse kontaktieren: fr-hets-gfch-assiphome@hefr.ch.

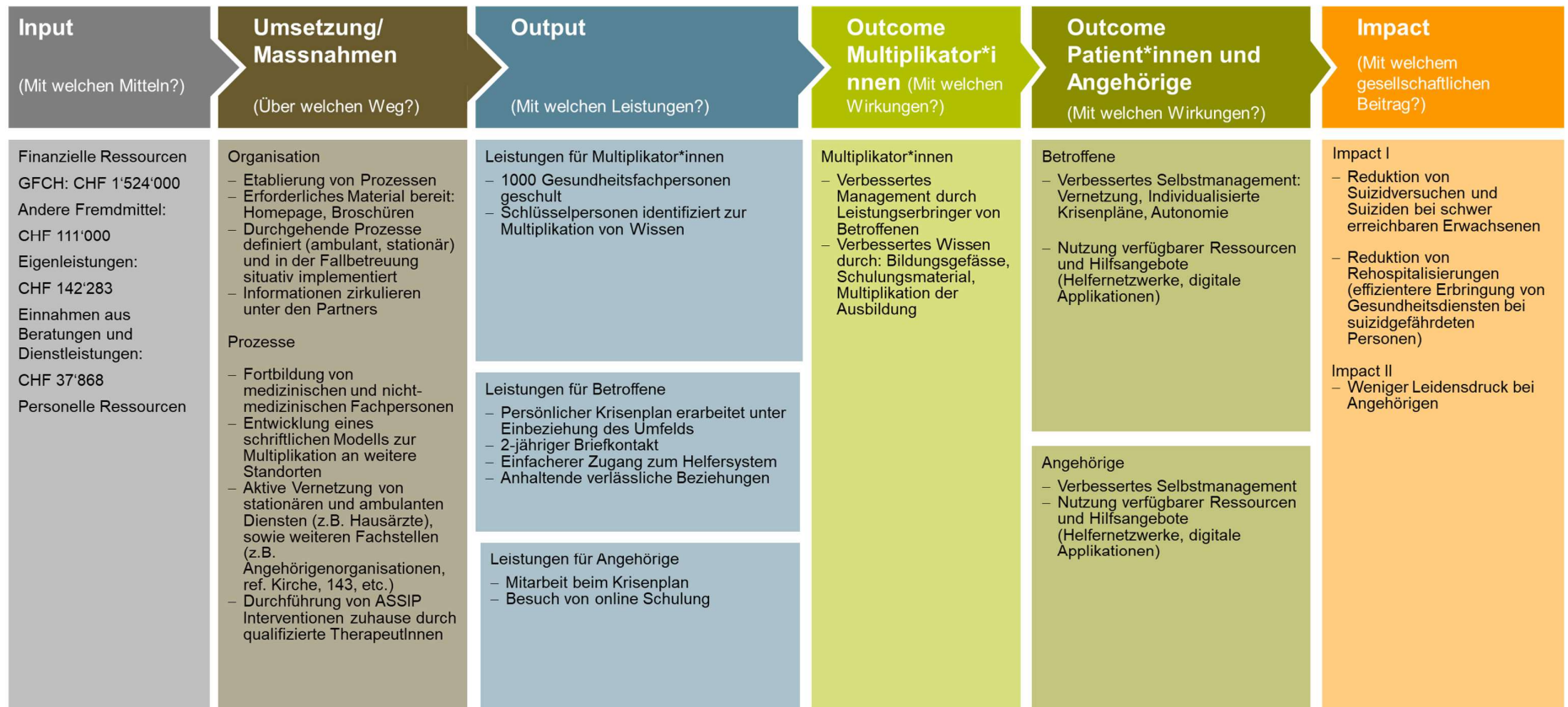
Erlauben Sie mir, in einer Woche nochmals mit Ihnen Kontakt aufzunehmen, um nachzufragen, wie es Ihnen geht? Ja/Nein *[Dies nur bei Personen erwähnen, denen es während des Interviews nicht gut ging.]*

Nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme und die Zeit, die Sie dafür aufgewendet haben.

[Aufnahme stoppen]

8.2. WIRKUNGSMODELL

Wirkungsmodell ASSIP Flex



8.3. ERGÄNZENDE TABELLEN

Tabelle 7. Mitglieder der Begleitgruppe

Institution	Kanton	Art der Organisation	Person
BAG		Netzwerkpartner	Esther Walther
Gesundheitsförderung Schweiz		Netzwerkpartner	Franziska Widmer
FSP		Netzwerkpartner	Manuel Niethammer
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)	Bern	Zuweisende Stelle	Sven Streit, Prof. Dr. med. Dr. Phil., Leiter Interprofessionelle Grundversorgung,
Verband Kanton Bern, Spitex	Bern	Zuweisende Stelle	Roger Guggisberg
Notfallzentrum Inselspital	Bern	Zuweisende Stelle	Susanne Eichenberger, Dr. med.
Netzwerks Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP	Bern	Zuweisende Stelle	Sybille Glauser, lic. Phil.
Kanton Zürich, Programm Suizidprävention	Zürich	Netzwerkpartner	Martina Blaser, Leitung Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich
Sanatorium Kilchberg	Zürich	Umsetzungspartner	Dr. med. Johann Wenzel Schicho Nachfolger M. Marchese ab Ende Sept. 2024
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Zürich	Umsetzungspartner, Netzwerkpartner	Sebastian Olbrich, PD Dr. med., Leitender Arzt, Leiter Zentrum für Depressionen, Angsterkrankungen und Psychotherapie
CHUV Lausanne	Waadt	Umsetzungspartner	Laurent Michaud, Dr. med., Médecin associé
CNP Neuchâtel	Neuenburg	Umsetzungspartner	Stéphane Saillant, Dr. med., Médecin-chef du département de psychiatrie de l'adulte

Tabelle 8. Mitglieder der Arbeitsgruppe

Institution	Kanton	Art der Organisation	Person
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)	Bern	Zuweisende Stelle	Stéphanie Baggio
Reformierten Kirche Bern-Jura-Solothurn	Bern	Zuweisende Stelle	Helena Durtschi Theologin VDM; Sozialarbeiterin FH
SBK	Bern	Zuweisende Stelle	Esther Gerber
CHUV Lausanne	Waadt	Umsetzungspartner	Claire Jaggi, ASSIP HT Therapeutin
Die Dargebotene Hand 143	Bern	Zuweisende Stelle	Franziska Nydegger

8.4. LITERATURVERZEICHNIS

- BAG. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*.
- Fässler, S., & Studer, S. (2018). *Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. G. Schweiz.
- Frei, A., Aschenbrenner, L. M., Firnenburg, D., Cattapan, K., Michaud, L., Saillant, S., Olbrich, S., Werdin, S., Wyss, K., Sedlinska, M. A., Walther, S., & Gysin-Maillart, A. (2025). Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Selbstwirksamkeit in der Behandlung von Patient/-innen mit suizidalem Erleben und Verhalten: Eine Subanalyse. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*.
- Frei, A., Aschenbrenner, L. M., Sedlinska, M. A., von Strauss und Torney, F., Cattapan, K., Michaud, L., Saillant, S., Olbrich, S., Homan, S., Werdin, S., Wyss, K., Adorjan, K., Walther, S., & Gysin-Maillart, A. (2025). ASSIP flex Suizidprävention flexibel und nachhaltig: Ein Behandlungsangebot für Menschen nach einem Suizidversuch. *Therapeutische Umschau* 82(2), 62-68.
- Gysin-Maillart, A. (2020a). *Projekt: ASSIP Home Treatment-Anhang Projektbeschreibung_Hintergrund*. UPD.
- Gysin-Maillart, A. (2020b). *Projektantrag ASSIP Home Treatment*. UPD.
- Gysin-Maillart, A. (2025). *Jahresbericht PGV 2024*.
- 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>
- 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>
- Monn, A., Villar de Araujo, T., Rüesch, A., Kronenberg, G., Hörmann, C., Adank, A., Roman, Z., Schoretsanitis, G., Rufer, M., Seifritz, E., Kleim, B., & Olbrich, S. (2025). Randomized controlled trial for the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP): An independent non-replication study. *Journal of Affective Disorders*, 382, 59-67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.023>
- Peter, C., & Tuch, A. (2024). *Suizidales erleben und Verhalten - Inder der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024)*.
- Rajkumar, S., Fink, G., Castelli Dransart, D., & Wyss, K. (2021). *Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung: Evaluationskonzept ASSIP Home Treatment*.
- 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*.
- Walter, E., Duetz Schmucki, M., Bürli, C., Amstad, F., Haas, A., Schibli, D., & Kaufmann, M. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. B. f. G. BAG.