



Evaluation: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV

Schlussbericht Projekt AdoASSIP

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



17. Juni 2025
Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

EVALUATION: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV

Schlussbericht Projekt AdoASSIP

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

IMPRESSUM

Vertrag	21.051
Evaluiertes Projekt:	Ado ASSIP: Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten (Projekt-Nr. PGV03.083/4)
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 AdoASSIP. [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
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
HETS-FR	Hochschule für Soziale Arbeit Fribourg, HES-SO
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute, Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut
TAU	Treatment as Usual, Standardbehandlung
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum.....	2
Abkürzungen	3
Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	5
1. Management Summary.....	6
2. Ausgangslage und Kontext	8
3. Evaluationsgegenstand und Zweck.....	9
4. Evaluationsdesign und Methoden	9
4.1 Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung.....	11
4.2 Summative Evaluation: Outcome und Impact	12
4.2.1 Multiplikator*innen	12
4.3 Betroffene und Angehörige	12
4.4 Impact.....	13
5. Ergebnisse.....	14
5.1 Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung.....	14
5.2 Summative Evaluation	21
5.2.1 Multiplikator*innen	21
5.2.2 Outcome II: Betroffene und Angehörige.....	29
6. Schlussfolgerungen	34
7. Empfehlungen	35
8. Anhang	39
8.1 Dateninstrumente	39
8.1.1 Fragebogen Konsortiumevaluation (Umsetzung).....	39
8.1.2 Fragebogen Kursevaluation (Outcome I)	43
8.1.3 Fragebogen Zuweisende 2021	47
8.1.4 Fragebogen für Multiplikator*innen (Outcome I).....	49
8.1.5 Fragebogen für Multiplikator*innen (Outcome I).....	57
8.1.6 Gesprächsleitfaden für Betroffene (Outcome II).....	59
8.1.7 Gesprächsleitfaden für Angehörige (Outcome II).....	66
8.2 Wirkungsmodell	73
8.3 Ergänzende Tabelle.....	74
8.4 Literaturverzeichnis.....	75

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Methodentabelle der AdoASSIP Evaluation	11
Tabelle 2. Unterschiede zwischen ASSIP und AdoASSIP	14
Tabelle 3. Kostenanalyse AdoASSIP 2021-2024	16
Tabelle 4. Überblick zu Teilnehmenden und Kantonen	18
Tabelle 5. Beschreibung der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Zuweisung	19
Tabelle 6. Zeitaufwand und Kostendeckung der Intervention.....	74

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. Robin Z App mit Avataren	15
Abbildung 2. AdoASSIP Webseite	21
Abbildung 3. Übersicht Kursevaluation AdoASSIP (März 2022 n=10; April 2022 n=10; Mai 2022 n=12; November 2022 n=8).....	23
Abbildung 4. Bekanntheit AdoASSIP (Befragung Zuweisende 2021; n=28).....	24
Abbildung 5. Bedarf nach Kurztherapieprogramm nach Suizidversuch (Befragung Zuweisende 2021; n=25)	25
Abbildung 6. Bekanntheit AdoASSIP (Vergleich Zuweiserbefragung 2021; n=28 und 2023; n=26).....	25
Abbildung 7. Anteil Zuweisende, die in den letzten 12 Monaten Patient*innen überwiesen haben (Vergleich Zuweiserbefragung 2021; n=19 und 2023; n=26).....	26
Abbildung 8. Informationsquellen über AdoASSIP (n=51).....	27
Abbildung 9. Berufsgruppen, an die Multiplikator*innen AdoASSIP empfohlen haben (n=30)...	27

1. MANAGEMENT SUMMARY

Hintergrund. Das altersspezifische Präventionsprogramm AdoASSIP basiert auf der etablierten und als wirksam befundenen Kurzintervention ASSIP® (Attempted Suicide Short Intervention Program) für Erwachsene. Im Rahmen von AdoASSIP wurde sie systematisch auf die Bedürfnisse von Jugendlichen angepasst und angewendet. Das Projekt hat zum Ziel, das Wiederholungsrisiko von Suizidversuchen bei Jugendlichen nach stationärer oder akutpsychiatrischer Betreuung zu reduzieren. Die Intervention beinhaltet ein Vorgespräch und vier Sitzungen. In einem narrativen Interview wird die Geschichte des Suizidversuchs erzählt und auf Video aufgezeichnet. In der zweiten Sitzung wird das Video analysiert, um das Verständnis für die suizidale Krise zu vertiefen. In der dritten Sitzung wird ein Notfallplan erarbeitet. Zum Vorgespräch und zur letzten Sitzung werden die Familienangehörigen eingeladen. Anschliessend finden während zwei Jahren weitere Kontakte statt, um nachzufragen, wie es den Jugendlichen geht und um sie an ihren Notfallplan zu erinnern.

Zum Projekt gehörten zudem die Ausbildung von AdoASSIP Therapeut*innen und die Bekanntmachung bei relevanten Fachpersonen sowie deren Vernetzung. Ausserdem war die Prüfung von alternativen Finanzierungsmodellen im Projektantrag ausgelegt, um noch während der Projektdauer eine längerfristige Integration des Projekts in die Regelversorgung voranzutreiben.

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. Die externe Evaluation wendete verschiedene Methoden an, darunter Dokumentenanalysen, regelmässige informelle Diskussionen mit den Projektträgern, die Teilnahme am jährlichen Meeting des Projektkonsortiums, Online-Befragungen, papierbasierte Fragebögen und qualitative Interviews.

Ergebnisse. AdoASSIP wurde an der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) in Zürich pilotiert und in insgesamt 13 (Halb-) Kantonen in der Deutschschweiz und der Romandie implementiert. Insgesamt wurden 328 Betroffene während der Projektlaufzeit mit AdoASSIP therapiert. Fast zwei Drittel wurden in den Kantonen Bern und Zürich behandelt. Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag bei 15.8 Jahren, weibliche Patient*innen machten 77% der Behandelten aus.

Nach der Pilotierung von AdoASSIP im Jahre 2021 wurde das Vorgespräch unter Einbezug der Eltern und des/der betroffenen Jugendlichen vor der Narrativsitzung am Anfang der Intervention hinzugefügt. Durch diese zusätzliche Sitzung konnte die Abbruchrate gesenkt werden. Auch andere Anpassungen wurden vorgenommen: Zu Beginn wird eine Vereinbarung mit den Betroffenen unterzeichnet, und als Bedingung für eine Teilnahme muss bereits vor der ersten Sitzung die weiterführende Therapie nach Abschluss von AdoASSIP aufgegleist sein.

Die bereits bestehende Robin Z App wurde für AdoASSIP erweitert. Sie liefert Informationen und Tipps zu verschiedenen Themen und kann Einträge in mehreren Kategorien erfassen: ein Logbuch, Wochenziele, Stärken, positive Erlebnisse und Aktivitäten, Symptome, einen Krisenplan und Medikamente.

AdoASSIP Therapeut*innen wurden 47 ausgebildet, 23 mehr als ursprünglich ausgelegt. Die Schulungen wurden sehr positiv bewertet, insbesondere wegen der vielen Fallbeispiele und Rollenspiele. 2024 wurden Online-Schulungen eingeführt und ein neuer Fortbildungsweg

entwickelt, der die Weiterbildung und Zertifizierung zum/zur Supervisor*in und zum/zur AdoASSIP Instruktor*in bietet.

Weitere Berufsgruppen, die an der Intervention beteiligt sind, sind Psycholog*innen, Ärzt*innen und medizinisches Pflege- und Betreuungspersonal. Sie sind entweder als Zuweisende oder Nachbehandelnde oder während des stationären Aufenthalts mit den Betroffenen in Kontakt. Durch Informationsanlässe wurden die verschiedenen Berufsgruppen auf AdoASSIP aufmerksam gemacht. Laut Schätzungen der Projektträger wurden so etwa 2000 Fachpersonen erreicht. Die Bekanntheit von AdoASSIP unter Fachpersonen stieg über die Projektdauer deutlich an. Dennoch blieb die tatsächliche Anzahl zugewiesener Patient*innen weitgehend unverändert. Laut den AdoASSIP Therapeut*innen stellt die Rekrutierung der Jugendlichen eine der grössten Herausforderungen des Projekts dar.

Die Jugendlichen fühlen sie sich durch die Therapie in ihrer Not ernst genommen und lernen, individuelle Warnsignale zu erkennen. Der Wunsch nach zusätzlichen Gesprächen wurde sowohl von Jugendlichen als auch Eltern geäussert, was die Bedeutung einer gut organisierten Nachbetreuung unterstreicht. Sowohl die betroffenen Jugendlichen als auch die Angehörigen berichteten, dass die Therapiegespräche dabei helfen, Hemmungen abzubauen und das Tabuthema Suizid anzusprechen.

Die grösste Herausforderung für betroffene Jugendliche und deren Angehörige besteht in der erfolgreichen Anwendung der während des Programms identifizierten Strategien und die konkrete Beanspruchung des Helfersystems, zu dem neben den Eltern und Therapeut*innen auch Freunde und andere Bezugspersonen gehören. Andere wichtige Herausforderungen liegen in der Kommunikation zwischen den Fachleuten und der Einbeziehung der im Programm erworbenen Kenntnisse und Strategien in die Therapie, die die Jugendlichen parallel oder im Anschluss an das Programm absolvieren.

Diskussion. Bei der Umsetzung des Projekts zeigte sich, dass die Nachfrage nach einer Intervention an der stationär-ambulanten Schnittstelle bei allen Zielgruppen vorhanden ist. Suizidalität bei Jugendlichen verhält sich jedoch anders und Massnahmen, die bei Erwachsenen eine Wirkung entfalten, können womöglich sogar negative Auswirkungen zeigen, beispielsweise können Gruppendiskussionen Nachahmungseffekte haben. Suizidversuche bei Jugendlichen sind zudem manchmal impulsiver als bei Erwachsenen, so dass es schwierig ist, den Verlauf der Krise nachzuverfolgen.

Die Möglichkeit zur Weiterbildung und Zertifizierung zum/zur Supervisor*in und zum/zur AdoASSIP Instruktor*in könnte der hohen Personalfuktuation entgegenwirken, die zu Verlust von Wissen und Erfahrung bei den Fachpersonen an den beteiligten Institutionen führte. AdoASSIP wurde bislang vor allem über persönliche Netzwerke bekanntgemacht, während andere Informationskanäle wie Fachzeitschriften oder digitale Informationsplattformen weniger genutzt wurden

Eine wichtige Stärke des Programms besteht im kollaborativen Aufarbeitungsprozess der suizidalen Krise der Jugendlichen mit einer Fachperson. Der narrative Ansatz und die nicht wertende Einstellung der Fachperson ermöglichen den betroffenen Jugendlichen, Abstand und Perspektive zu gewinnen und sich selbst und ihre Situation besser zu verstehen und zu reflektieren.

Sowohl Bedarf als auch Nutzen des Programmes aus Sicht der betroffenen Jugendlichen und ihrer Eltern konnten im Rahmen der externen Evaluation nachgewiesen werden. Das hohe Interesse an einer Schulung zum/zur AdoASSIP Therapeut*in und an den Informationsveranstaltungen weist zudem auf die Bedeutsamkeit der Thematik unter Fachkreisen hin.

2. AUSGANGSLAGE UND KONTEXT

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden 25% aller Todesfälle auf Suizide zurückgeführt. Sie sind in dieser Altersgruppe neben Unfällen die häufigste Todesursache überhaupt in der Schweiz wie auch international (Berger et al., 2015; WHO, 2014). Die Anzahl Suizidversuche bei Heranwachsenden nahmen in den letzten Jahren zu (Duffy et al., 2019; Godoy Garraza et al., 2019; Keyes et al., 2019), bei weiblichen Minderjährigen in der USA gibt es Hinweise, dass auch die Suizide zunehmen (Ruch et al., 2019; Steck et al., 2018). Die aktuellen Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sowie die steigende Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Notfalldienste der Schweiz durch diese Zielgruppe bestätigen diese Beobachtungen (Peter & Tuch, 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.

Das altersspezifische Präventionsprogramm AdoASSIP basiert auf der etablierten und als wirksam befundenen Kurzintervention ASSIP® (Attempted Suicide Short Intervention Program) für Erwachsene (Gysin-Maillart et al., 2016). Es besteht aus fünf Sitzungen, die zusätzlich zur Standardtherapie, angeboten werden, und einem zweijährigen Nachfolgekontakt. Endzielgruppe von AdoASSIP sind Jugendliche und junge Erwachsene, die mindestens einen Suizidversuch begangen haben. Die Intervention wurde spezifisch auf Jugendliche angepasst. Dabei werden Familienangehörige oder andere Sorgeberechtigte auch in die Behandlung miteinbezogen, wenn das von den Betroffenen akzeptiert wird. In einem Vorgespräch wird die Motivation und Eignung des/der Jugendlichen zusammen mit den Eltern und dem/der Therapeut*in abgeklärt. Die nächsten drei Sitzungen sind direkt von der ursprünglichen Methode übernommen. In einem narrativen Interview wird die Geschichte des Suizidversuchs erzählt und auf Video aufgezeichnet. In der zweiten Sitzung wird das Video analysiert, um das Verständnis für die suizidale Krise zu vertiefen. In der dritten Sitzung wird ein Notfallplan erarbeitet. Bei AdoASSIP wird er als Leporello oder in eine App integriert angeboten. Zur letzten Sitzung werden die Familienangehörigen nochmals eingeladen. Der zweijährige Kontakt, der auf die Kurztherapie folgt, wird über E-mail oder SMS angeboten. Zu den Projektmassnahmen gehörten auch die Bekanntmachung des Projekts bei relevanten Fachpersonen (potentielle Therapeut*innen, aber auch Zuweisende und Nachbehandelnde) sowie die Ausbildung von AdoASSIP-Therapeut*innen, die sich mit den Nachbehandelnden vernetzen, um über die Kantone hinweg eine tragfähige und nachhaltige Versorgung der Jugendlichen nach Suizidversuch aufzubauen und sicherzustellen.

Durch das AdoASSIP Angebot sollten Betroffene Ressourcen und Hilfsangebote vermehrt nutzen. Dadurch sollte ihr Selbstmanagement verbessert werden, was längerfristig zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit führen sollte. Auch Angehörige sollten besser informiert sein über bestehende Hilfsangebote und aktiv in die Therapie miteinbezogen werden. Fachpersonen sollten informiert, geschult und miteinander vernetzt werden. Weniger Suizide und Suizidversuche bei Jugendlichen sowie weniger Rehospitalisierungen waren übergreifende Ziele 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) wurden von GFCH mit der externen Evaluation des Projekts AdoASSIP beauftragt. Im Rahmen der Evaluation wurden Zielerreichung, Erfolgsfaktoren, Hindernisse und Wirksamkeit des Projekts überprüft. Die Evaluation diente der Qualitätssicherung und generierte evidenzbasiertes Wissen für die Integration präventiver Praktiken im Bereich der Suizidprävention. Ziel war es, die von GFCH vorgegebenen Evaluationsbereiche (Konzept, Input, Umsetzung, Output, Outcome Multiplikator*innen, Outcome Betroffene und Angehörige, 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 bei den Multiplikator*innen, zu denen medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen gehörten (Jugendpsychiater*innen, Jugendpsycholog*innen, Pflegefachpersonen). Die summative Evaluation hatte auch zum Ziel, die Wirkungen der Massnahmen auf Betroffene und Angehörige/Bezugspersonen zu untersuchen, beispielsweise Veränderungen in der Selbstwirksamkeit und im Selbstmanagement.

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 bei Jugendlichen für die gesamte Schweiz ist zu tief, um messbare Unterschiede zwischen den Jahren, vor allem auf regionaler Ebene, zu erwarten.

4. EVALUATIONSDESIGN UND METHODEN

Die Methodik zur externen Evaluation von AdoASSIP ist nachfolgend zusammenfassend dargestellt (

Tabelle 1).

Tabelle 1. Methodentabelle der AdoASSIP Evaluation

Hauptfragen	Zielgruppen	Methode	Stichprobe	Zeitpunkt Datenerhebung
Konzept, Inputs und Prozesse (formativ)				
Konzept	AdoASSIP Team	Dokumentanalyse Diskussionen		2021-2024
Inputs und Kosten	AdoASSIP Team	Kostenanalyse		2021-2024
Projektfortschritt und Umsetzung	AdoASSIP Team	Dokumentanalyse Diskussionen		2021-2024
Outcome I – Multiplikator*innen (summativ)				
Zuweisungsprozesse	Zuweisende	Fragebogen (online)	39 30	Okt 2021 Juni 2023
Zufriedenheit mit AdoASSIP Schulungen	Kursteilnehmende	Fragebogen (online und papierbasiert)	40	März - Nov 2022
Netzwerke; Häufigkeit, Qualität und Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Erfahrungen mit AdoASSIP	Multiplikator*innen	Fragebogen (online)	100	Okt 2022 - Okt 2023
Förderfaktoren/Barrieren der interprofessionellen Zusammenarbeit, Erfahrungen mit AdoASSIP	Multiplikator*innen	Interviews	4	2023-2025
Outcome II – Betroffene und Angehörige				
Wahrnehmung der Projektleistungen	Betroffene	Interviews	13	2023-2024
Wahrnehmung der Projektleistungen	Angehörige	Interviews	16	2023-2024
Impact (summativ)				
<i>Keine externe Evaluation</i>				

4.1 Formative Evaluation: Konzept, Inputs und Umsetzung

Die Konzeptevaluation betrachtete kurz- und langfristige Ziele, die im Projektantrag ausgelegt waren 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. Dabei wurden alle Ausgaben kategorisiert (Personal, Schulungen und Ausbildungen, Infrastruktur und Material, weitere Kosten) und in einmalige oder laufende Kosten eingeteilt sowie in Kosten, die durch GFCH oder durch Eigenleistungen gedeckt wurden. Die Matrix wurde jährlich anhand der letzten Projektabrechnung aktualisiert. Für die Prozessevaluation wurde der Umsetzungsfortschritt mit den Projektträgern zweimal jährlich besprochen. 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 Projektinhalt, Projektleitung und Durchführung, Kommunikation, Finanzen und zur Konsortiummitgliedschaft gestellt (Anhang 8.1.1). Der Fragebogen wurde im Papierformat auf Deutsch oder Englisch ausgeteilt und vor Ort von den Anwesenden ausgefüllt.

4.2 Summative Evaluation: Outcome und Impact

4.2.1 Multiplikator*innen

Kursevaluation

Ab März 2022 wurden vier Grundausbildungen für AdoASSIP Therapeut*innen evaluiert. Es wurde eine Umfrage entwickelt, mit dem Ziel, die Zufriedenheit mit den Kursinhalten sowie die Wahrnehmung der Befragten bezüglich Kompetenzen in der Behandlung von Betroffenen zu erfassen (Anhang 8.1.2). Die Teilnehmenden füllten den Fragebogen entweder im Anschluss an den Kurs aus oder nahmen online an der Evaluation teil. Die Auswertung der Daten erfolgte anonymisiert.

Zuweiserbefragung

Im März 2021 wurde eine Befragung der AdoASSIP Zuweisenden durchgeführt. Die Befragung wurde der standardmässig durchgeführten Zuweiserbefragung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) angehängt. Sie umfasste soziodemografische Fragen, Fragen zum Bekanntheitsgrad und Inhalt von AdoASSIP, sowie Fragen zum Zuweisungsprozess (Anhang 8.1.3). Eine gekürzte Version der Zuweiserbefragung wurde erneut zwischen Juni und August 2023 durchgeführt.

Multiplikator*innenbefragung

Ziel der Multiplikator*innenbefragung war es, Erkenntnisse zur Zielerreichung (Bekanntheit, Weiterempfehlung, Nutzung) von AdoASSIP zu gewinnen. Die Befragung wurde als Querschnittsstudie mittels strukturierter Online-Fragebögen durchgeführt (Anhang 8.1.4). Zielgruppe waren Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die in der Suizidprävention tätig sind. Die Befragung wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachverbänden und Organisationen verbreitet: Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) sowie die Föderation der Schweizer Psycholog*innen und Psychologen (FSP) verschickten den Fragebogen im Oktober 2022 jeweils per Newsletter. Die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) verschickte den Fragebogen im Mai 2023 an ihre 600 Mitglieder, wobei eine Rücklaufquote von 9% erzielt wurde. Über die KJPP Zürich wurde der Fragebogen im Oktober 2023 an 221 Personen versendet, mit einer Rücklaufquote von 11%. Darüber hinaus wurde die Befragung auf weiteren Plattformen wie Ipsilon.ch, Nebelmeer.ch und Dargebotene Hand veröffentlicht. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert ausgewertet.

Semi-strukturierte Interviews mit Multiplikator*innen

Im Rahmen der Evaluation wurden vier semi-strukturierte Interviews mit Fachpersonen (drei psychologische Psychotherapeut*innen, eine Ärztin) durchgeführt, um tiefere Einblicke in die praktischen Erfahrungen mit AdoASSIP zu erhalten. Die Gespräche dauerten jeweils etwa 45 Minuten und basierten auf einem Interviewleitfaden (Anhang 8.1.5). 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.

4.3 Betroffene und Angehörige

Die Outcome II Evaluation untersuchte mittels Interviews die Wahrnehmung der AdoASSIP-Programmleistungen aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen.

Nach der Entscheidung der Ethikkommission am 01. März 2023, welche die Studie als Qualitätssicherung klassifizierte, wurden das genaue Rekrutierungsverfahren 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 Anhänge 8.1.6 und 8.1.7).

Insgesamt wurden zwischen Oktober 2023 und November 2024 29 Interviews durchgeführt, zwölf in Zürich (neun weibliche und drei männliche Personen) und 17 in Bern (zwölf weibliche, vier männliche und eine non-binäre Person). Acht Interviews wurden per Videokonferenz durchgeführt, 17 per Telefon und vier vor Ort. Die durchschnittliche Länge betrug 47 Minuten (min: 00:21:12 – max: 01:18:30). Dreizehn Befragte waren Jugendliche: fünf aus Zürich mit einem Durchschnittsalter von 15.8 Jahren und acht aus Bern mit einem Durchschnittsalter von 17.3 Jahren. Sechzehn Befragte waren Angehörige: sieben aus Zürich mit einem Durchschnittsalter von 51.3 Jahren und neun aus Bern mit einem Durchschnittsalter von 52.8 Jahren. Jeweils sechs Dyaden (Betroffene Person und Angehörige gehören zusammen) wurden in Bern und Zürich interviewt. In Zürich betrug die Zeitspanne zwischen Programmabschluss und Interview 1-3 Monate, in Bern hingegen 1-2.5 Jahre. Die unterschiedlichen Zeitspannen ergaben sich aus den unterschiedlichen Rekrutierungsverfahren. In Bern wurden seitens des Projektträgers alle Personen angefragt, die das Programm bereits abgeschlossen hatten. In Zürich hingegen wurden die Patient*innen direkt an der letzten Programmsitzung zur Teilnahme an der Evaluation angefragt. In den Berner Interviews wurden häufig Angaben gemacht, die nicht direkt AdoASSIP zuzuordnen sind. Da viele Betroffene mehrere Programme (z.B. AtR!Sk, @home) oder verschiedene Therapiestationen durchlaufen hatten, fiel es ihnen manchmal schwer, die Inhalte und Wirkungen der jeweiligen Programme klar zu unterscheiden.

Die Gespräche wurden audioaufgezeichnet, teilweise transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Im März und Dezember 2024 wurden vorläufige Ergebnisse dem Projektträger präsentiert.

4.4 Impact

Der Projektträger stellte in den Jahren 2021 und 2022 beim KJPP einen formellen Antrag, um zusammen mit dem Evaluationsteam eine Kosten-Nutzen-Analyse auf Basis administrativer Sekundärdaten durchzuführen. Ursprünglich war geplant, die Jahreskosten von PUK (Psychiatrische Universitätsklinik)-Patienten nach einem Suizidversuch, die das AdoASSIP Programm durchlaufen haben mit einer gematchten Kontrollgruppe von PUK Patienten zu vergleichen, die nicht am AdoASSIP Programm teilnahmen. Während der Projektlaufzeit wurden jedoch das Klinikinformationssystem ersetzt und die Datenschutzerfordernungen verschärft. Das neue System war bis zum Abschluss des AdoASSIP-Projekts noch nicht funktionsfähig. So konnte ohne schriftliches Einverständnis keine Kontrollgruppe aus dem neuen Klinikinformationssystem ausgewählt werden. Dadurch und aufgrund der PUK-internen Richtlinien zur Verarbeitung von Klinikdaten liess sich die ursprünglich vorgesehene Kosten-Nutzen-Analyse bis Projektende nicht umsetzen.

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

AdoASSIP ist eine Adaption der bewährten ASSIP® Kurztherapie für Erwachsene, die in Bern entwickelt und validiert wurde und bereits in weiteren Ländern (Finnland, Litauen, Schweden, Belgien, Österreich und USA) eingesetzt wird. Für AdoASSIP wurde ASSIP® systematisch auf Jugendliche angepasst (Tabelle 2). Die angepasste Kernintervention beinhaltet ein Vorgespräch unter Einschluss der Eltern, die drei ursprünglichen Sitzungen und eine abschliessende Familiensitzung. Auch der/die nachbehandelnde Therapeut*in kann bei der letzten Sitzung dabei sein. Im Anschluss an die Kerntherapie finden während zwei Jahren Outreach-Kontakte mittels eines Feedback-Fragebogens zu AdoASSIP statt. Bei den Outreach-Kontakten geht es darum, die Betroffenen an den Notfallplan zu erinnern und sich allgemein nach ihrem Befinden zu erkundigen. Der Fragebogen fragt beispielsweise, ob die Intervention für die betroffene Person von Nutzen war, ob sie sie weiterempfehlen würde sowie ob und wie oft die verschiedenen Werkzeuge angewendet werden.

Tabelle 2. Unterschiede zwischen ASSIP und AdoASSIP

	ASSIP®	AdoASSIP
Kernintervention	3 Sitzungen 1. Narratives Interview 2. Videoanalyse 3. Erarbeitung des Notfallplans	5 Sitzungen 1. Vorgespräch (mit Eltern, nicht therapeutisch) 2. Narratives Interview 3. Videoanalyse 4. Erarbeitung des Notfallplans 5. Abschlusssitzung (mit Eltern und ev. Nachbehandelnden)
Einschlusskriterien	Erwachsene Person nach Suizidversuch	Jugendliche und junge Erwachsene nach Suizidversuch Gesicherte Nachfolgetherapie
Vereinbarung	nein	ja
Werkzeuge	Notfallplan als Leporello	Notfallplan als Leporello oder in Robin Z App
Outreach-Elemente	Briefliche Kontaktaufnahme alle 3-6 Monate während zwei Jahren	Kontaktaufnahme telefonisch, per E-Mail oder SMS alle drei Monate während zwei Jahren Fragebogen zu Nutzen und Anwendung der Werkzeuge von AdoASSIP

Die bereits bestehende Robin Z App wurde für AdoASSIP erweitert (Abbildung 1). Sie ist optisch auf Jugendliche zugeschnitten. Sie liefert Informationen und Tipps zu verschiedenen Themen und kann Einträge in mehreren Kategorien erfassen: ein Logbuch, Wochenziele, Stärken, positive Erlebnisse und Aktivitäten, Symptome, einen Krisenplan und Medikamente. Die App beinhaltet auch eine Erinnerungsfunktion und die Möglichkeit, Feedback an die Entwickler zu geben. Auf Wunsch der/des Jugendlichen können die Daten in verschlüsselter Form mit dem/der Therapeut*in geteilt werden.

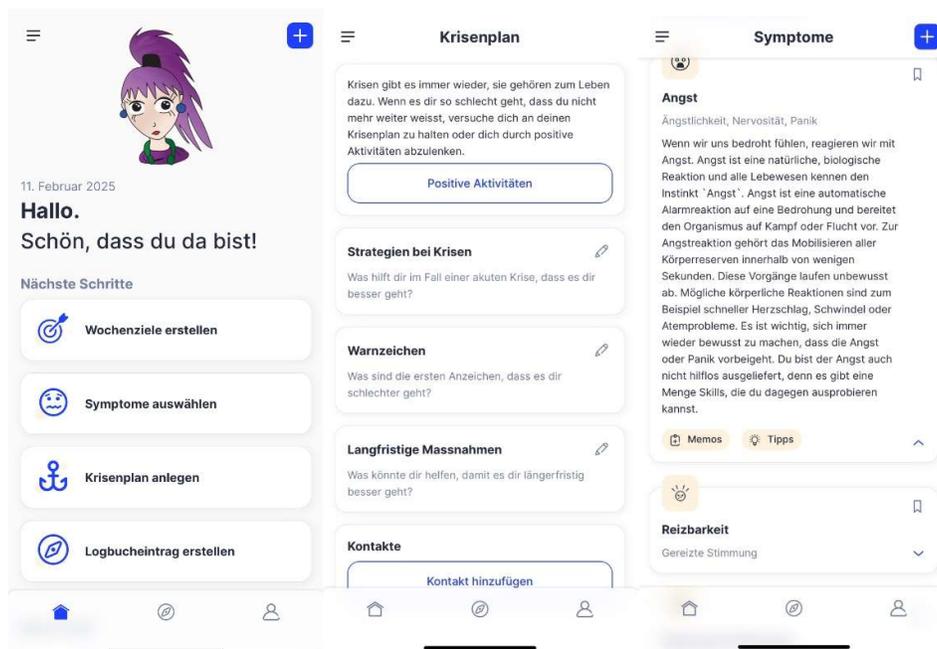


Abbildung 1. Robin Z App mit Avataren

Die App ist in vier Sprachen (deutsch, englisch, französisch, italienisch) erhältlich. Die Jugendlichen schreiben ihre Einträge selbständig in die App, was in einer beliebigen Sprache gemacht werden kann. Die AdoASSIP Intervention wird bislang nur mit Jugendlichen durchgeführt, die eine der Landessprachen oder Englisch sprechen, da ein Narrativ mit einem Übersetzer laut der Projektleitung nicht gut funktionieren würde. Die schriftlichen Hausaufgaben gibt es auf Deutsch und Französisch. Wenn die Therapie in einer anderen Sprache stattfindet, werden sie mündlich besprochen.

Inputs - Kosten

Die Gesamtausgaben von AdoASSIP von 2021-2024 beliefen sich auf CHF 2'218'279 (Tabelle 3). Davon wurden 27.5% durch Eigenmittel abgedeckt, ausschliesslich für die Personalkosten der Projektleitung. Die Lohnkosten der Projektkoordinatorin wurden von GFCH abgedeckt. Im ersten Projektjahr wurden Mittel für die Adaption der Methode (Anpassung der Schulungsmaterialien, Integration in RobinZ App) investiert, Kosten welche einmalig waren. Für Schulungen und Supervisionen von AdoASSIP Therapeut*innen wurden im zweiten Jahr die grössten Aufwendungen verwendet. Die Kosten für die Intervention durch die Finanzierung der Therapeut*innen Löhne stiegen mit zunehmender Anzahl betreuter Jugendlicher mit jedem Jahr an. Im ersten Jahr (2021), in dem erst die Pilotierung in Zürich stattfand, wurden rund CHF 59'000 verwendet, im letzten Projektjahr (2024) waren es CHF 252'000. Die gesamten laufenden Kosten machten mit CHF 2'129'981 96% der Projektausgaben aus. Im Durchschnitt waren das CHF 6'494 pro betreute Person.

Tabelle 3. Kostenanalyse AdoASSIP 2021-2024

	Personalkosten Management	Personalkosten Therapeuten	Schulungen, Ausbildung	Infrastruktur Material	Anderes	Total
laufend	CHF 853'285	CHF 1'145'193	CHF 0	CHF 0	CHF 131'503	CHF 2'129'981
einmalig	CHF 0	CHF 0	CHF 32'059	CHF 56'239	CHF 0	CHF 88'298
GFCH	CHF 242'755	CHF 1'145'193	CHF 32'059	CHF 56'239	CHF 131'503	CHF 1'607'749
Eigenleistungen	CHF 610'530	CHF 0	CHF 0	CHF 0	CHF 0	CHF 610'530
Total	CHF 853'285	CHF 1'145'193	CHF 32'059	CHF 56'239	CHF 131'503	CHF 2'218'279
	38.5%	51.6%	1.4%	2.5%	5.9%	100.0%
laufend	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	96.0%
einmalig	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	4.0%
GFCH	28.4%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	72.5%
Eigenleistungen	71.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	27.5%

Die Kosten für die ambulanten Therapiesitzungen werden von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen, sowohl für die drei Kernsitzungen als auch für das Vorgespräch und die Familiensitzung. Der Zeitaufwand für die Therapeut*innen für diese Leistungen beträgt etwa 460 Minuten pro Fall (Anhang 8.3, Tabelle 6). Dazu kommen geschätzte 190 Minuten für die Rekrutierung und die Vor- und Nachbereitungen einzelner Sitzungen (29.2% der Gesamtzeit von 650 Minuten), die nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt sind. Bei einem geschätzten Stundenlohn von CHF 154 entspricht dies durchschnittlich CHF 488 pro Patient*in, die in Zukunft aus anderen Quellen finanziert werden müssen. Würden 100 Jugendliche von AdoASSIP profitieren, entspräche damit der extern zu finanzierende Betrag rund CHF 50'000.

Bei stationären Patient*innen sind die Kosten für die AdoASSIP Therapie nicht in der TARPSY Tagespauschale inbegriffen, die den Aufenthalt und die Standardbehandlung (Treatment as Usual, TAU) abdeckt. Zusätzliche Interventionen wie AdoASSIP werden separat verrechnet. In Zukunft wird AdoASSIP nur noch für ambulante oder aus der stationären Therapie entlassene Patient*innen angeboten, damit sie stabil und bereits gut in eine reguläre Therapie eingebunden sind, um optimal von AdoASSIP zu profitieren.

Umsetzung und Outputs

AdoASSIP wurde am KJPP in Zürich pilotiert und planmässig in insgesamt 13 (Halb-) Kantonen in der Deutschschweiz und der Romandie implementiert. Weitere Interessenten kamen während der Projektlaufzeit dazu, so die Organisation Triaplus, die in den Kantonen Uri, Schwyz und Zug arbeitet, und die Psychiatrischen Dienste des Kantons Aargau sowie der Kanton Solothurn. Damit deckt das Projekt mehr als die Hälfte aller Kantone der Schweiz ab. Kantonale Unterschiede bestehen hinsichtlich der Zuweisung, der Ausschlusskriterien, der Durchführung des Vorgesprächs sowie der Schnittstellen zu Zuweisenden und Nachbehandelnden. Beispielsweise wird im Kanton Bern niemand aufgrund einer Diagnose ausgeschlossen, an anderen Institutionen kann ein unbehandeltes Trauma ein Ausschlusskriterium sein. An allen Institutionen ist aber bei Patient*innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) besondere Vorsicht geboten wird. In Bern macht dieselbe Person das Vorgespräche und die Narrativsitzung, die unmittelbar aufeinander folgen. In Zürich führt nicht der/die AdoASSIP Therapeut*in das Vorgespräch durch und der/die Jugendliche kriegt einige Tage Bedenkzeit, bevor die Kerntherapie mit der Narrativsitzung beginnt. Die Dokumentation und Untersuchung dieser kontextabhängigen Unterschiede liefern Hinweise zu Erfolgsfaktoren und Herausforderungen der Projektumsetzung – auch wenn die Fallzahlen in einzelnen Kantonen gering ist.

Anpassungen

Die während der Projektlaufzeit vorgenommenen Anpassungen dienten dazu, die Abbruchrate zu senken und die Intervention noch stärker auf die Zielgruppe auszurichten. Nach der

planmässigen Pilotierung von AdoASSIP im Kanton Zürich 2021 wurde das Vorgespräch hinzugefügt. Es dient dazu, die Eignung und das Interesse des/der Jugendlichen an einer Programmteilnahme abzuklären. Es hat keinen therapeutischen Charakter, sondern ist vielmehr psycho-edukativer Natur. Diese zusätzliche Sitzung trug dazu bei, die Abbruchrate an der PUK von 50% auf unter 10% zu senken. Ausserdem wurde neu eine Vereinbarung mit den Betroffenen unterzeichnet, und die Bedingung der gesicherten Nachfolgetherapie nach Abschluss von AdoASSIP musste erfüllt sein. Die Vereinbarung wird von der/dem Betroffenen, den Sorgeberechtigten sowie den verantwortlichen Therapeut*innen und Ärzt*innen unterzeichnet, um der Kurztherapie zuzustimmen. Sie regelt den Verlauf der Therapie und betont, dass die intensive Auseinandersetzung mit dem Suizidversuch kurzfristig Suizidgedanken reaktivieren kann. Daher sind regelmässige Termine mit dem/der behandelnden Therapeut*in und eine enge Begleitung durch die primären Bezugspersonen notwendig. Im Verlauf der Therapie stellte sich heraus, dass die Jugendlichen bei verschiedenen Teilen des Programms intensiver unterstützt werden mussten, so beispielsweise bei der Formulierung von langfristigen Zielen und je nach Entwicklungsstand bei den Hausaufgaben, die nach der ersten Sitzung aufgegeben werden. Aufgrund dieser Anpassungen wurde die Pilotphase verlängert und anschliessend nochmals vom Projektträger evaluiert.

Schulungen

Die Ausbildung von AdoASSIP Therapeut*innen war Teil des Projekts. Daneben sind weitere professionelle Berufsgruppen in die Intervention involviert, Psycholog*innen, Ärzt*innen und medizinische Pflege- und Betreuungspersonen. Sie sind entweder als Zuweisende oder Nachbehandelnde oder während des stationären Aufenthalts mit den Betroffenen in Kontakt.

Die Ausbildung zum/zur AdoASSIP Therapeut*in erfolgt in zweitägigen Präsenzs Schulungen. Insgesamt wurden 47 AdoASSIP Therapeut*innen ausgebildet, 23 mehr als ursprünglich ausgelegt. Aufgrund des hohen Interesses an den AdoASSIP Schulungen werden seit 2024 Online-Schulungen auf OLAT, der digitalen Lernplattform der Universität Zürich, angeboten. Ergänzt werden sie durch einen obligatorischen Praxistag. Bisher haben elf Personen die Online-Schulung und den Praxistag erfolgreich absolviert.

Die hohe Personalfuktuation an den beteiligten Institutionen führte zu Verlust von Wissen und Erfahrung bei den Fachpersonen. Das neue Angebot der Online-Schulungen soll dieser Entwicklung entgegenwirken. Ein neuer Fortbildungsprozess, der 2024 entwickelt wurde, erlaubt die Weiterbildung und Zertifizierung zum/zur Supervisor*in und zur/zum AdoASSIP Instruktor*in.

Bei den Ausgebildeten bestand ein Geschlechterungleichgewicht, es wurden bedeutend mehr Frauen (80%) als Männer zu AdoASSIP Therapeut*innen ausgebildet.

Da die obligatorischen Supervisionen der neu ausgebildeten AdoASSIP Therapeut*innen durch den/die Auszubildende*in viel Zeit und Ressourcen benötigt, wurden monatliche Gruppensupervisionen eingeführt, bei denen mehrere AdoASSIP Therapeut*innen das Video einer Narrativsitzung und bei Bedarf auch die darauffolgenden Sitzungen diskutieren.

Intervention bei Betroffenen

Insgesamt wurden 328 Betroffene während der Projektlaufzeit mit AdoASSIP therapiert. Obwohl der Bedarf an einer gezielten Suizidpräventionsintervention bei Jugendlichen hoch zu sein scheint, wurde das ausgelegte Ziel, 850 Jugendliche zu behandeln bei Weitem nicht erreicht. In erster Linie ist das wohl darauf zurückzuführen, dass der Aufwand insgesamt unterschätzt wurde. Einige Jugendliche waren noch nie in einer Therapie gewesen, so dass die Nachfolgetherapie, die ein Einschlusskriterium für AdoASSIP ist, noch nicht organisiert war. Viele Jugendliche erfüllten zwar die Einschlusskriterien, entschieden sich aber gegen eine Teilnahme. Fast zwei Drittel wurden in den Kantonen Bern und Zürich behandelt (Tabelle 4).

Die Betroffenen werden zum Zeitpunkt der Rekrutierung elektronisch, mittels RedCap, registriert. Das Erfassungs- und Monitoring-System schickt dann jeweils automatisch eine Erinnerung, wann die Outreach-Kontakte fällig sind. Alle beteiligten Institutionen haben Zugang zur Software und sind dazu angehalten, ihre Patient*innen einzutragen. So ist es einfach, eine umfassende Übersicht zu AdoASSIP zu erstellen, jedoch werden die Patient*innen teils vor und teils nach dem Vorgespräch registriert. Daher sind die Abbruchraten teilweise sehr hoch. Insbesondere im Kanton Waadt, wo auch diejenigen mitgezählt wurden, die sich noch vor Beginn der ersten Therapiesitzung gegen eine Teilnahme entschieden. In St. Gallen/Appenzell Innerrhoden/Appenzell Ausserrhoden nahmen sechs Jugendliche nicht alle Termine wahr, weil sie in eine Klinik eintraten.

Tabelle 4. Überblick zu Teilnehmenden und Kantonen¹

Kanton	Anzahl Jugendliche, die sich für eine Ado ASSIP Therapie anmeldeten	Anzahl Abbrüche
Bern	115	18.3% (21)
Basel-Land	13	15.4% (2)
Basel-Stadt	4	<i>Keine Angabe</i>
Genf	30	10% (3)
Luzern/Obwalden/Nidwalden	4	0% (0)
St. Gallen/Appenzell Innerrhoden/Appenzell Ausserrhoden	19	52.6% (10)
Schwyz/Uri (Triaplus)	16	25% (4)
Thurgau (Psychiatrische Dienste und Clienia)	5	0% (0)
Waadt	55	69.4% (38)
Zürich	94	9.6% (9)
Alle beteiligten Kantone	355	24.5% (87)

Was den Zugang und die Zuweisung des Projekts angeht, muss sich jeder Kanton selbst organisieren. In einigen Kantonen läuft der Zuweisungsprozess noch nicht wie gewünscht, weil sie erst später mit der Umsetzung von AdoASSIP begannen und stärker von direkten Zuweisungen und damit vom Bekanntheitsgrad des Projekts abhängig sind. In Zürich und Bern hingegen werden Betroffene direkt über die zentrale Notfallstelle des KJPP bzw. des UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) zugewiesen.

Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag bei 15.8 Jahren, weibliche Patient*innen machten 77% der Behandelten aus (

Tabelle 5). Diese unausgeglichene Geschlechterrate ist nicht überraschend, da Mädchen generell häufiger von Suizidversuchen betroffen sind (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Die häufigste Primär- und Sekundärdiagnose war eine Affektstörung. Andere mehrfach auftretende Diagnosen waren PTSD, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Autismus und Soziale Phobie. Bei der ursprünglichen ASSIP Therapie bei Erwachsenen sind Persönlichkeitsstörungen ein Ausschlusskriterium, deshalb sollten diese Patient*innen

¹ Es waren nicht für jeden Kanton die Zahlen von Ende 2024 erhältlich, da sie teilweise verspätet nachgeliefert wurden. Daher ergibt die Gesamtzahl der Jugendlichen nicht 328 wie oben erwähnt.

besonders genau verfolgt und allfällige gruppenspezifische Anpassungen bei den Massnahmen geprüft werden.

Tabelle 5. Beschreibung der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Zuweisung

Betroffene (n=328)	
Alter	Durchschnitt: 15.8 Jahre Bandbreite: 9 Jahre 11 Monate- 21 Jahre 6 Monate
Geschlecht	Weiblich: 77% Männlich: 19% Andere: 4%
Setting	Ambulant : 79% Stationär : 17% Tageklinik : 1% Keine Therapie : 3%
Anzahl vergangener Suizidversuche	1 : 44% 2 : 17% 3 : 14% >4 : 25%

Während der Pilotphase kam es zu insgesamt vier schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen, beispielsweise ein erneuter Suizidversuch. Daraufhin wurde ein Expert*innen-Komitee zusammengestellt, um die Sicherheit der Teilnehmenden zu gewährleisten. Es wurde zeitnah über schwerwiegende unerwünschte Ereignisse informiert, um diese zu dokumentieren und analysieren.

Der Feedback-Fragebogen, der drei Monate nach der letzten Sitzung an die Betroffenen verschickt wird, wurde insgesamt 66 Mal ausgefüllt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 20%, was eher tief ist. Vermutlich sind die Rückmeldungen in positiver Richtung verzerrt, da Personen mit negativen Erinnerungen ans Programm den Fragebogen eher nicht ausfüllen werden. Die Antworten bieten dennoch einige wertvolle Hinweise. Der Durchschnittswert der Frage, ob die Therapie hilfreich war, lag bei 5.91 auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr hilfreich) mit einer Tendenz zum höheren Bereich. Der Sicherheitsplan wurde tendenziell selten konsultiert (durchschnittlich 5.7 Mal im letzten Monat, n=62), jedoch gaben mehr Personen an, dass sie bei einer Krise den Notfallplan und die Strategien konsultieren würden. Knapp die Hälfte der Befragten benutzte die Robin Z App nie im vergangenen Monat, nur drei Personen gaben an, diese 20 Mal oder mehr benutzt zu haben (n=62). Als Alternative wird nun auch die SERO App empfohlen, die einfacher aufgebaut ist, jedoch im Design weniger auf Jugendliche zugeschnitten ist. Diese App wurde im Rahmen des parallellaufenden PGV Suizidpräventionsprojekts SERO entwickelt.

Konsortium

Bei der Konsortiumbefragung zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit dem Projektverlauf und der Projektleitung sowie deren Kommunikation. Die Mitglieder schätzten das Konsortium, weil es die interne Vernetzung und den Erfahrungsaustausch förderte. Verbesserungsmöglichkeiten sahen die Mitglieder bei der Rekrutierung von Betroffenen und bei der Vernetzung mit den Zuweisenden und anderen Akteuren. Als Hindernisse für ein längerfristiges Gelingen des Projekts wurden die hohe Personalfuktuation, der zeitliche Aufwand für die Therapie, die fehlende systematische Evaluation und die unsichere längerfristige Finanzierung (siehe Abschnitt Nachhaltigkeit) genannt. Der zeitliche Aufwand für die Therapie ist für die Therapeut*innen insbesondere anfangs gross. Zunehmende Routine senken den Zeitaufwand. Daher muss die Methode regelmässig

angewendet werden, und die Therapeut*innen müssen von der zuständigen Klinikleitung im klinischen Alltag entlastet werden, damit sie sich die notwendige Vorbereitungszeit nehmen können.

Um die Vernetzung auch in Zukunft weiter zu stärken, wurde eine Koordinationsstelle gegründet, die als Schnittstelle zwischen den beteiligten Akteuren dient und Massnahmen zur Vernetzung, zum Erfahrungsaustausch und zur Prozessoptimierung koordiniert. Zudem setzt sie Empfehlungen um, die auf Evaluierungen und Feedback des Konsortiums basieren, sorgt für Qualitätssicherung und überwacht das Zertifizierungsprogramm. Sie ist an der PUK Zürich angesiedelt. Regionale Unterschiede in diesen zwei Punkten sollten weiterhin dokumentiert und analysiert werden, damit Prozesse kontinuierlich optimiert werden können.

Bekanntmachung

Durch Informationsanlässe wurden die verschiedenen Berufsgruppen auf AdoASSIP aufmerksam gemacht. Insgesamt wurden laut Projektträger schätzungsweise etwa 2000 Fachpersonen über Informationsveranstaltungen erreicht. Die Kommunikation zwischen Zuweisenden, stationären Therapeuten und Nachbehandelnden wurde aktiv gefördert, beispielsweise durch den Einbezug der/des nachbehandelnden Therapeuten in die letzte Sitzung. Insbesondere bei dieser jungen Zielgruppe ist die nahtlose Betreuung vor und nach der Therapie zu gewährleisten. In den ländlichen Kantonen ist das Projekt noch weniger bekannt, da personelle Ressourcen für die Bekanntmachung beschränkt sind und es schwieriger ist, viele Fachpersonen auf einmal zu erreichen.

In Zürich, Bern und Genf werden auch in Zukunft laufend Fortbildungen und Informationsveranstaltungen ausgelegt. Für die ländlichen Kantone wird es weiterhin eine Herausforderung sein, das Projekt bekannt zu machen und damit die Zuweisung zu stärken.

AdoASSIP wurde auch an Konferenzen präsentiert, beispielsweise an der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 2024.

Webseite

Die Homepage im Kanton Zürich ist in die Webseite der Universität Zürich integriert (Abbildung 2)². Sie wurde im letzten Projektjahr grundlegend überarbeitet und ist jetzt sehr ansprechend und übersichtlich gestaltet. Mehrere Notfallnummern und andere Hilfsangebote sind leicht ersichtlich. Besonders hervorzuheben sind die spezifischen Informationen für Angehörige und die neue Klarheit, welche Informationen und Links für welche Zielgruppen relevant sind. Informationen und Links zu Partnerinstitutionen sind vorhanden, die Links führen jedoch nicht direkt zu den AdoASSIP-spezifischen Seiten der Institutionen, sondern zu den allgemeinen Landeseiten.

² <https://www.adoassip.uzh.ch/de.html>

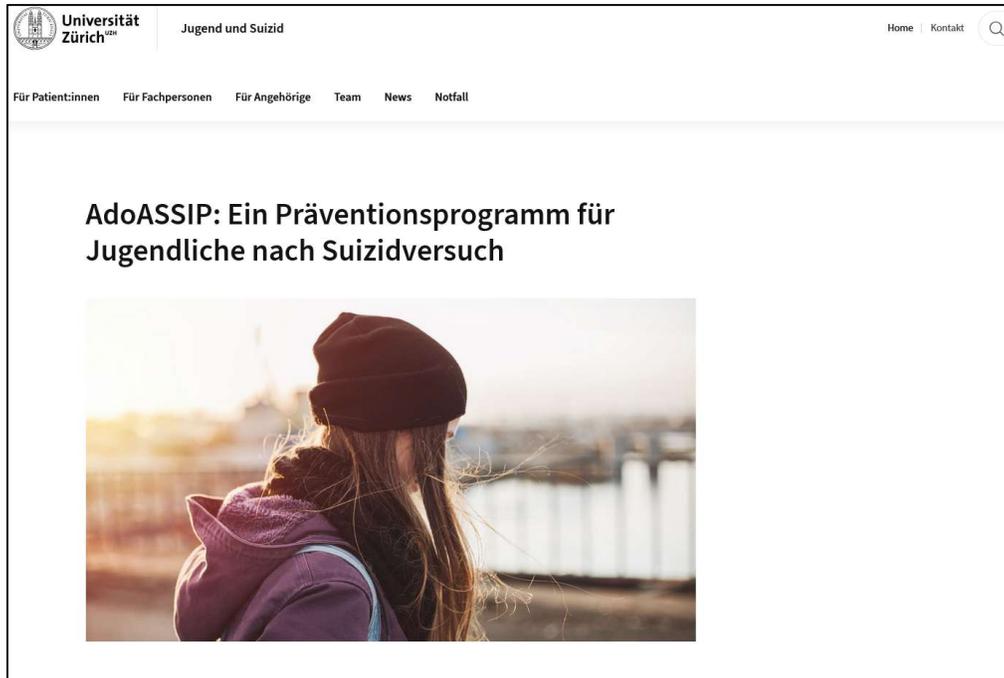


Abbildung 2. AdoASSIP Webseite

Nachhaltigkeit

Im Projektplan war die Prüfung von alternativen Finanzierungsmodellen enthalten, um noch während der Projektdauer eine längerfristige Integration des Projekts in die Regelversorgung voranzutreiben. Konkret wurden Verträge mit Krankenkassen und Kantonen angestrebt sowie die Anerkennung durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz.

Die langfristige Finanzierung ist eine Herausforderung, da einige Komponenten insbesondere im ambulanten Bereich nicht kostendeckend abrechenbar sind. Für den stationären Bereich wurde ein neuer CHOP-Code für suizidpräventive Massnahmen eingereicht. Das Projekt erhielt von der Bangerter-Rhyner-Stiftung eine Übergangsfinanzierung von CHF 50'000 für 2025. Es ist zudem Teil eines Nachfolgeprojekts in Zusammenarbeit mit den anderen drei PGV-Suizidpräventionsprojekten, das Mitte 2025 bei GFCH eingereicht werden soll. Um die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) zu belegen, wurden zwei Gesuche (als Grant und als Klinische Studie) für eine randomisierte Kontrollstudie beim Schweizerischen Nationalfonds eingereicht, deren Finanzierung noch offensteht.

5.2 Summative Evaluation

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

5.2.1 Multiplikator*innen

Kursevaluation

Die zweitägigen Kurse fanden an den folgenden Daten statt: 30./31.03.2022 in Zürich, 27./28.04.2022 in Zürich, 04./05.05.2022 in Lausanne sowie 16./17.11.2022 in Zürich. Insgesamt wurden 47 Personen ausgebildet. Es wurde eine Rücklaufquote von rund 85% erreicht, d.h. 40 Personen füllten den Fragebogen aus. Die Gesamtnote für die AdoASSIP Therapeutenausbildung fiel sehr positiv aus. 45% der Teilnehmenden bewerteten den Kurs mit *gut* und 55% mit *sehr gut*. Am Ende des Kurses fühlte sich ein Grossteil der Teilnehmenden in

der Lage, das erlernte Wissen in der Praxis anzuwenden (Abbildung 3). Dies deutet darauf hin, dass der Kurs nicht nur theoretisch als wertvoll empfunden wurde, sondern auch einen konkreten Nutzen für die berufliche Praxis hatte.

Während des Projekts wurde zudem ein Online-Schulungskonzept mit einem Praxistag entwickelt, das 2024 umgesetzt wurde. Die praktische Durchführung des Praxistags erfolgte erstmals 2025, wodurch das Schulungsangebot nachhaltig erweitert wurde. Das Konzept wurde von GFCH finanziert und bisher haben elf Personen die Online-Schulung erfolgreich abgeschlossen.

Die Auswertung der Rückmeldungen aus den offenen Textfeldern ergab, dass insbesondere die besprochenen Fallbeispiele und Rollenspiele als wertvoll wahrgenommen wurden (18 Nennungen). Auch die Kompetenz der Referenten, ihr Engagement, ihre Didaktik und ihr Präsentationsstil, wurden 17-mal als positiver Aspekt des Kurses hervorgehoben. Zudem gaben die Teilnehmenden an, dass der Kurs einem klar strukturierten Aufbau folgte (acht Nennungen), einen hohen Praxisbezug aufwies (acht Nennungen) und ausreichend Raum für den fachlichen Austausch sowie den Erfahrungsaustausch bot (acht Nennungen). Auch die Intervention AdoASSIP selbst sowie das ansprechende Kursmaterial wurden gelobt. Die Verbesserungsvorschläge betrafen hauptsächlich die Wahrnehmung, dass sich die Inhalte des im März durchgeführten Kurses teilweise wiederholten, was von drei Teilnehmenden angemerkt wurde. Die teilweisen Redundanzen in den Kursinhalten könnten darauf zurückgeführt werden, dass es in diesem Kurs COVID-bedingt zu einer kurzfristigen Umstellung des Kursablaufs kam. In den anderen Kursen wurde dies nicht bemängelt. Drei weitere Teilnehmende wünschten sich zusätzliche Fallbeispiele, um das Verständnis zu vertiefen. Alle übrigen Vorschläge wurden jeweils nur einmal genannt. Diese Rückmeldungen verdeutlichen, dass die praxisnahe Gestaltung, die interaktive Vermittlung sowie die hohe fachliche Kompetenz der Referenten geschätzt wurden und wesentlich zum positiven Gesamteindruck der Schulung beitrugen.

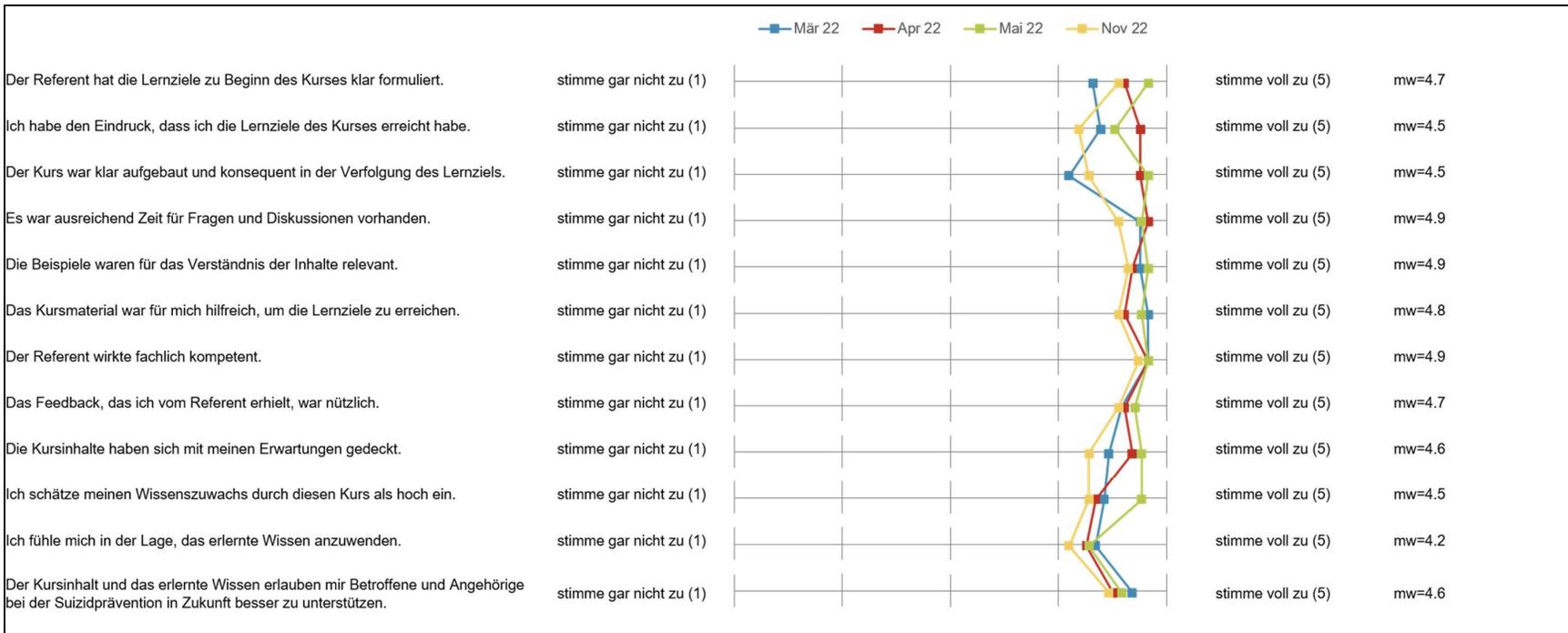


Abbildung 3. Übersicht Kursevaluation AdoASSIP (März 2022 n=10; April 2022 n=10; Mai 2022 n=12; November 2022 n=8)

Zuweiserbefragung

In der ersten Zuweiserbefragung mit 28 Personen im März 2021 wurde die Frage *Ist Ihnen die Kurzintervention zur Suizidprävention nach Suizidversuchen AdoASSIP bei Jugendlichen bekannt?* von knapp einem Drittel der Befragten mit *ja* beantwortet. Beinahe 40% gaben an, die Intervention zum Teil zu kennen (Abbildung 4).

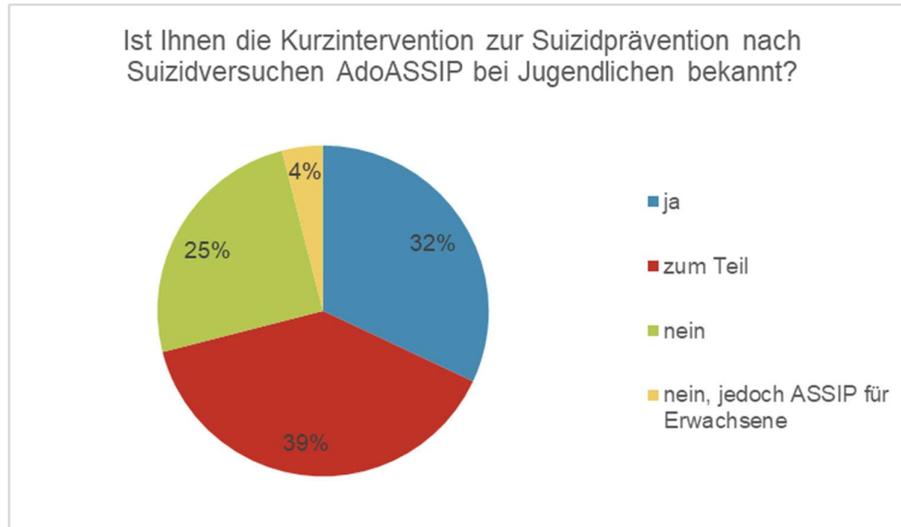


Abbildung 4. Bekanntheit AdoASSIP (Befragung Zuweisende 2021; n=28)

Knapp die Hälfte der 19 befragten Zuweisenden (47%) gab an, durch *Andere Kanäle* von AdoASSIP gehört zu haben. Genannt wurden hier: Kolleg*innen (n=4) und Patient*innen, die die Kurzintervention durchlaufen haben (n=2). Mit Informationsveranstaltungen/-flyer konnten sieben von 19 Zuweisenden erreicht werden. Sechs Zuweisende erfuhren über Fachzeitschriften von AdoASSIP. Dies unterstreicht die Bedeutung direkter Kommunikation in der Verbreitung des Programms.

Etwas mehr als die Hälfte der 20 befragten Zuweisenden (55%) berichtete, den Inhalt von AdoASSIP, einschliesslich Ablauf und Einschlusskriterien, zu kennen. Die Mehrheit (84%, n=19) hatte in den letzten zwölf Monaten jedoch keine Jugendlichen nach einem Suizidversuch für die Behandlung mit AdoASSIP zugewiesen. Da die erste Befragung in einer relativ frühen Phase des Projekts durchgeführt wurde, wurde davon ausgegangen, dass AdoASSIP zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend etabliert war und es gegebenenfalls noch wenige Gelegenheiten für Zuweisende gab, Patient*innen anzumelden.

80% der 15 befragten Zuweisenden verfügten nicht über alle erforderlichen Informationen zu AdoASSIP, insbesondere zu den Eignungskriterien, dem zeitlichen Ablauf, der Anzahl der Sitzungen und dem ergänzenden Charakter zur bestehenden Therapie. Teilnehmende, die dies erwähnten, nannten als Gründe fehlende Informationen (n=2), Unklarheit darüber, wo oder wie sie detaillierte Angaben erhalten könnten (n=1) oder gaben an, sich aufgrund mangelnder Konfrontation mit Suizidalität zuletzt nicht mit der Intervention befasst zu haben (n=1). Auch bei diesen Ergebnissen spielt möglicherweise der frühe Erhebungszeitpunkt und damit noch bestehende Unsicherheiten eine Rolle. 86% (n=7) der befragten Zuweisenden waren mit dem Zuweisungsprozess zufrieden oder eher zufrieden. Diese hohe Zufriedenheit zeigt, dass die bestehenden Abläufe für die Mehrheit der Befragten als effizient wahrgenommen werden.

70% der befragten Zuweisenden (n=17) gaben an, kein Interesse an einer Ausbildung zum/-r zertifizierten AdoASSIP-Therapeut*in zu haben. Die Frage nach dem Bedarf nach einem mit nachsorgenden Einrichtungen koordinierten Kurztherapieprogramm für Personen nach einem Suizidversuch wurde von 60% der Befragten mit sehr hoch oder hoch bewertet (Abbildung 5). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass AdoASSIP von den Zuweisenden als sinnvolle Ergänzung wahrgenommen wird.



Abbildung 5. Bedarf nach Kurztherapieprogramm nach Suizidversuch (Befragung Zuweisende 2021; n=25)

Der Vernetzungsgrad und die Zusammenarbeit am Übergang stationär-ambulant bei der Betreuung von Personen nach einem Suizidversuch wurde von etwa der Hälfte der Befragten (n=13) als sehr hoch, hoch oder eher hoch eingeschätzt.

Der Vergleich der Ergebnisse der Zuweiserbefragung 2021 und 2023 zeigt eine deutliche Zunahme der Bekanntheit von AdoASSIP. Während 2021 32% der Befragten angaben, AdoASSIP zu kennen, waren es 2023 bereits 77%. Gleichzeitig sank der Anteil derjenigen, die das Programm nur teilweise kannten von 39% auf 8%, und der Anteil derjenigen, die AdoASSIP gar nicht kannten, verringerte sich von 25% auf 15% (Abbildung 6).

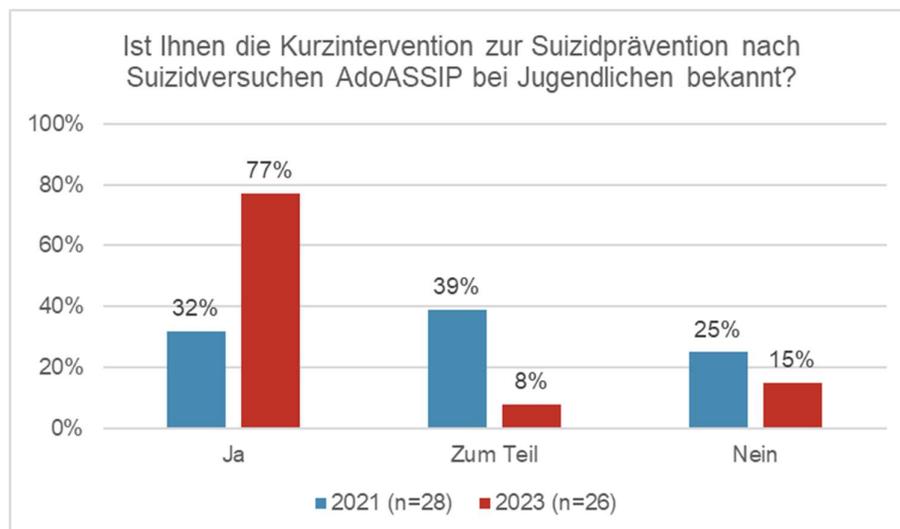


Abbildung 6. Bekanntheit AdoASSIP (Vergleich Zuweiserbefragung 2021; n=28 und 2023; n=26)

Trotz dieser gestiegenen Bekanntheit blieb die Anzahl zugewiesener Patient*innen nahezu unverändert. 2021 hatten 16% der Befragten in den letzten zwölf Monaten Patient*innen für AdoASSIP zugewiesen, 2023 waren es 15%. Der Anteil derjenigen, die keine Zuweisung vornahmen, lag mit 84% bzw. 85% konstant hoch (

Abbildung 7). Diese Ergebnisse zeigen, dass die Bekanntheit von AdoASSIP über die Jahre deutlich gestiegen ist. Dennoch blieb die tatsächliche Anzahl zugewiesener Patient*innen weitgehend unverändert. Dies deutet darauf hin, dass trotz höherer Sichtbarkeit weiterhin Hürden bestehen, die eine aktive Umsetzung erschweren.

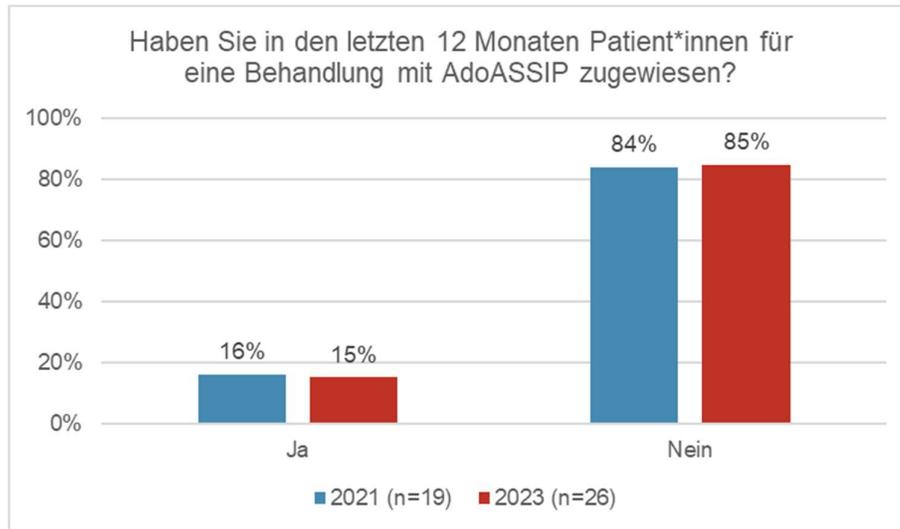


Abbildung 7. Anteil Zuweisende, die in den letzten 12 Monaten Patient*innen überwiesen haben (Vergleich Zuweiserbefragung 2021; n=19 und 2023; n=26)

Wahrnehmung und Umsetzung von AdoASSIP aus Sicht der Multiplikator*innen

Demografische Merkmale der befragten Multiplikator*innen

Insgesamt wurde die Befragung von 100 Personen beantwortet. Der Anteil weiblicher Teilnehmenden lag bei 58.5%. Die Mehrheit der Befragten war zwischen 50 und 69 Jahre alt. Psychiater*innen stellten die grösste Berufsgruppe dar (54.0%), gefolgt von psychologischen Psychotherapeut*innen (19.0%) und anderen Berufen (z. B. Schulpsychologie, Sozialpädagogik, Sportwissenschaft, Körpertherapie). Ärztliche Grundversorger*innen sowie Psychiater*innen waren ebenfalls vertreten.

Umsetzung und Wahrnehmung von AdoASSIP durch Multiplikator*innen

Die Ergebnisse der Multiplikator*innenbefragung zeigen, dass 73% der Teilnehmenden AdoASSIP zum Befragungszeitpunkt kannten. Die Mehrheit der Teilnehmenden (69%) erfuhr über Berufs-Kolleg*innen von AdoASSIP, gefolgt von Informationsveranstaltungen (37%), während das Internet (8%) und andere Quellen (14%) eine untergeordnete Rolle spielten (Abbildung 8). Dies deutet darauf hin, dass auch bei anderen Fachpersonen neben den oben beschriebenen Zuweisenden direkte Kommunikationswege entscheidend für die Verbreitung des Programms waren.

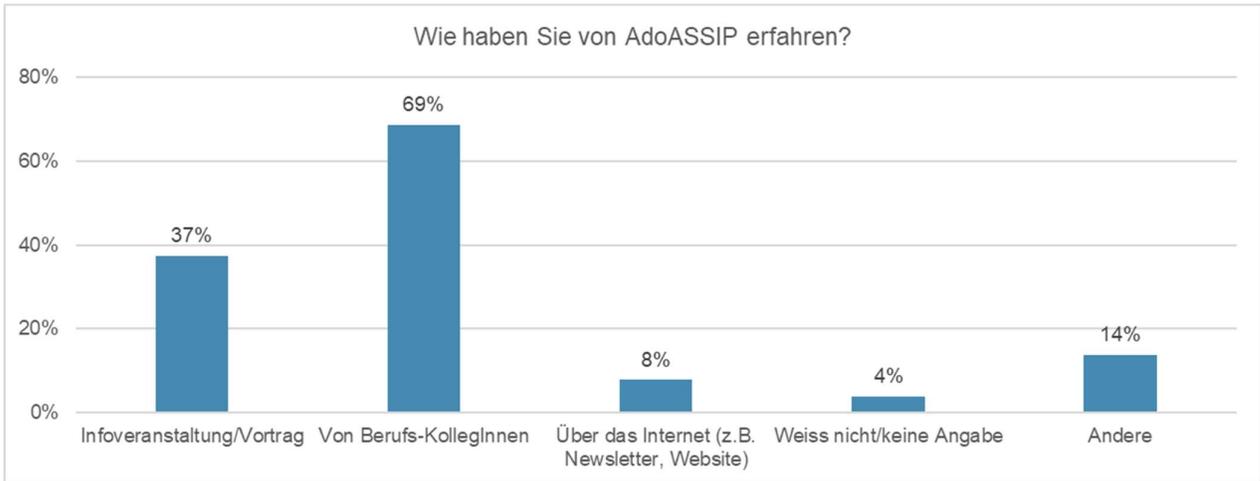


Abbildung 8. Informationsquellen über AdoASSIP (n=51)

Von den befragten Personen gaben 39% an, bereits Patient*innen für AdoASSIP angemeldet zu haben. Bereits an andere Gesundheitsfachpersonen weiterempfohlen wurde AdoASSIP von 59%. Diese Empfehlungen richteten sich zu 60% an psychologische Psychotherapeut*innen, gefolgt von Psychiater*innen (17%) und ärztlichen Grundversorger*innen (10%). Sozialarbeiter*innen und andere Berufe wurden jeweils zu 7% angesprochen (Abbildung 9). Diese Ergebnisse zeigen, dass AdoASSIP in bestimmten Fachkreisen gut verankert ist, jedoch in anderen Bereichen noch Sensibilisierungsbedarf besteht.

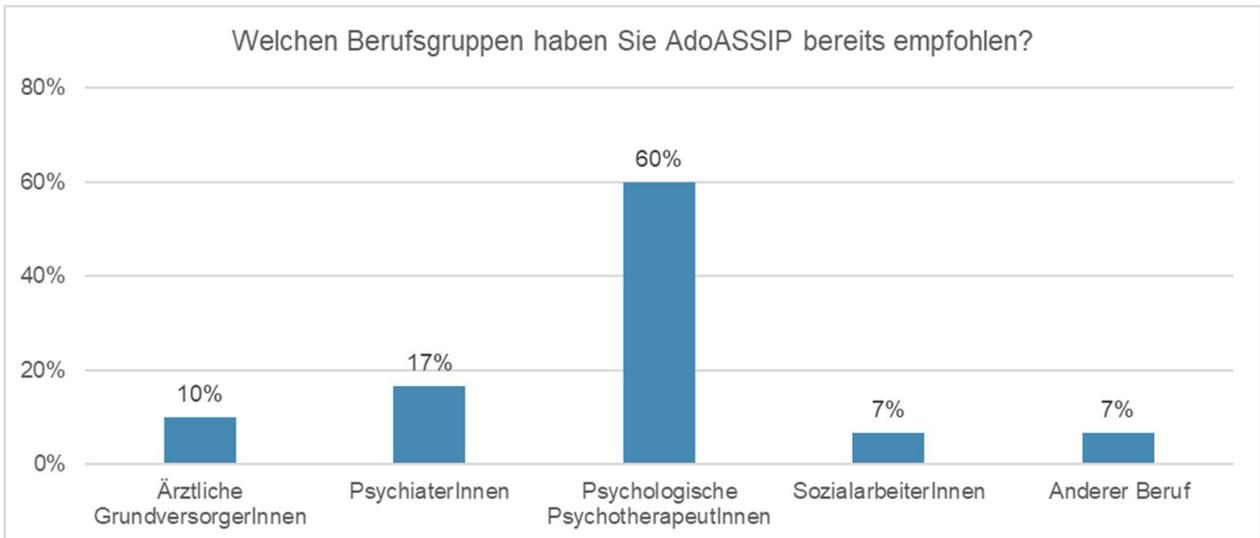


Abbildung 9. Berufsgruppen, an die Multiplikator*innen AdoASSIP empfohlen haben (n=30)

Erfahrungen und Einschätzung zu AdoASSIP aus Sicht der Multiplikator*innen

Im Rahmen der Evaluation wurden vier Interviews mit Fachpersonen aus verschiedenen beruflichen Kontexten durchgeführt, um ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu AdoASSIP zu erfassen.

AdoASSIP wurde von den interviewten Fachpersonen als wertvolle Ergänzung in der Behandlung suizidaler Jugendlicher wahrgenommen. Besonders die klare Struktur der Intervention und die gezielte Aufarbeitung des Suizidversuchs wurden als hilfreich beschrieben.

„Es ist ein Kurzprojekt mit ganz klaren Vorgaben und klarem Ablauf. Oft ist Therapie eher schwammig, aber hier gibt es eine klare Struktur, und das hat mich angesprochen.“
(TN_01)

Diese Struktur erleichtert die Integration in bestehende Behandlungsabläufe und gibt den Therapeut*innen eine klare Orientierung.

Neben der strukturierten Vorgehensweise wurde auch die Möglichkeit, das Thema Suizidalität gezielt aufzugreifen und therapeutisch zu bearbeiten, positiv bewertet. Eine Fachperson betonte:

*„Für die fallführenden Therapeut*innen ist es eine Entlastung, weil wir das Thema Suizidalität übernehmen und aufarbeiten. Sie können sich dann auf andere Themen konzentrieren.“* (TN_03)

Dies zeigt, dass AdoASSIP nicht nur für Jugendliche eine wertvolle Intervention darstellt, sondern auch für Behandelnde eine Entlastung bieten kann.

Die Rekrutierung von Jugendlichen für AdoASSIP stellte jedoch eine Herausforderung dar. Trotz steigender Bekanntheit bleibt die tatsächliche Teilnahme hinter den Erwartungen zurück.

„Es ist ein bisschen zäh, aber ich glaube, das ist mit neuen Sachen so – es braucht einfach Zeit, bis sich das rumspricht.“ (TN_02)

Diese Einschätzung verdeutlicht, dass neben der reinen Informationsverbreitung weitere Massnahmen erforderlich sind, um eine rasche Integration in die Versorgungspraxis zu gewährleisten.

Als besonders herausfordernd wurden Verzögerungen im Anmeldeprozess beschrieben, da Therapeut*innen erst im Verlauf der Behandlung erneut auf das Angebot aufmerksam machen und die Entscheidung der Jugendlichen und Eltern oft Zeit benötigt. Eine Fachperson beschrieb:

*„Wir dürfen die Patient*innen nicht direkt anfragen, das heisst, die Behandelnden müssen zuerst mit ihnen und den Eltern sprechen. Und dann geht es teilweise über einen Monat von der ersten Anfrage bis zum Ja oder Nein.“* (TN_04)

Eine frühzeitigere Integration von AdoASSIP in die Aufklärungsgespräche nach einem Suizidversuch sowie strukturierte Abläufe für die Information und Einwilligung der Eltern könnten den Entscheidungsprozess beschleunigen und sicherstellen, dass betroffene Jugendliche schneller Zugang zur Intervention erhalten. Gleichzeitig ist es wichtig, in dieser sensiblen Phase Überforderung zu vermeiden und den Betroffenen und Familien ausreichend Zeit für eine informierte Entscheidung zu geben. Daher werden gewisse Verzögerungen im Anmeldeprozess wohl unvermeidbar bleiben.

Um AdoASSIP besser in der Praxis zu verankern, wurde eine verstärkte Sensibilisierung der Zuweisenden als notwendig erachtet, welche auch mit einem beachtlichen Ressourcenaufwand verbunden ist. Eine befragte Fachperson erklärte:

„Ich habe AdoASSIP im Kinderspital, im Kantonsspital und bei den niedergelassenen Psychiatern vorgestellt und Flyer verteilt. Jetzt bin ich wieder bereit für die zweite Runde, um Mails zu schicken: Hallo, es gibt uns noch, bitte nicht vergessen!“ (TN_02)

Das zeigt, dass die kontinuierliche Kommunikation mit potenziellen Zuweisenden essenziell ist, um das Programm langfristig zu etablieren, jedoch auch mit einem grossen Aufwand verbunden ist. Zusätzlich zur direkten Ansprache von Zuweisenden durch regelmässige E-Mails und persönliche Kontakte könnte die Sichtbarkeit von AdoASSIP durch systematische Erinnerungen, wie Newsletter-Updates gestärkt werden. Auch die Einbindung in bestehende Weiterbildungen

oder Fallbesprechungen könnte dazu beitragen, das Programm langfristig im Bewusstsein der Fachpersonen zu verankern.

5.2.2 Outcome II: Betroffene und Angehörige

Im Rahmen der Outcome II Evaluation wurden 13 betroffene Jugendliche und 16 Angehörige befragt. Unterstützung und Hilfestellung zum Thema Suizidalität wurden sowohl von den betroffenen Jugendlichen als auch von deren Eltern im Allgemeinen sehr begrüsst. Auf die Frage nach der Entscheidung am Programm teilzunehmen, antwortete über die Hälfte der befragten Angehörigen für „jede Hilfe dankbar“ zu sein. Das Gefühl von Erleichterung darüber, nicht mehr allein mit ihren Sorgen zu sein, wurde insbesondere bei den Angehörigen deutlich. Auf Seiten der betroffenen Jugendlichen stach die Äusserung hervor, sich in ihrer Not endlich ernst genommen zu fühlen.

„Er hat mich ernst genommen. Hat auch meine Gefühle ernstgenommen. Er hat nichts runter gespielt und das finde ich sehr wichtig, weil das sehr oft passiert.“ (ID313)

Nutzen des Programms aus der Perspektive von betroffenen Jugendlichen und deren Angehörigen

Kollaborative Aufarbeitung der suizidalen Krise

Die grosse Stärke des AdoASSIP Programms aus der Perspektive der Befragten, liegt in dem kollaborativ angelegten Aufarbeitungsprozess der suizidalen Krise. Durch den auf Augenhöhe umgesetzten narrativen Ansatz gewinnen Jugendliche an Selbsterkenntnis und dem Gefühl der Anerkennung.

„Sie haben mir mega viel Zeit gegeben [...] Ich hatte Therapeuten, die viel Druck aufgesetzt haben, und ich bin eine Person, die ihre Zeit braucht, sonst sage ich einfach nichts mehr. Und sie hier haben mir richtig viel Zeit gegeben, um zu besprechen und zu überlegen, was ist in diesem Moment passiert, warum habe ich das gemacht. Das hat mich richtig unterstützt, wenn ich zurückdenke.“ (ID333)

Jugendliche berichteten von der Erleichterung und manchmal auch von der Schwierigkeit, erfahren zu haben, wie und warum es zu suizidalen Gedanken und Handlungen kommt. Die daraus gewonnene Fähigkeit, ihre individuellen Warnsignale zu erkennen, ist ein wertvolles Resultat für die Jugendlichen und ihre Eltern. Für diesen Prozess ist die gemeinsame Erarbeitung der eigenen Geschichte durch das Gespräch ausschlaggebend.

„Die Geschichte schreiben und das alles zusammenfassen, das war nicht einfach, aber das war trotzdem gut [...] Durch das Fragestellen sind mir wieder Sachen in Sinn gekommen, die mir sonst nicht eingefallen waren. Da hatte ich die ganze Vergangenheit wieder vor mir gehabt – konnte sie anschauen – das war gut.“ (ID315)

Der positive Effekt, Abstand und Perspektive durch das gemeinsame Ansehen und Diskutieren der Videoaufzeichnung zu gewinnen, wurde auch wiederholt genannt. Dabei wurden insbesondere die aufklärende Wirkung „sich selbst sprechen zu hören“ und „sich selbst [zu] sehen“ betont, auch wenn dieser Moment für einige Jugendliche besonders schwierig war. Jugendliche berichteten, dadurch das eigene Verhalten und die Gedanken und Gefühle (besser) zu verstehen, und in manchen Fällen die der Eltern.

„Es war ein bisschen komisch, mir selbst zuzuhören [...] Auf die eine Art hatte es nachher so einen anderen Blickwinkel auf gewisse Sachen gegeben, dass man anders über Sachen nachdenkt, dass man Sachen anders wahrgenommen hat, weil man sie hört und nicht nur denkt.“ (ID328)

Demnach kommt das AdoASSIP Programm seinem Ziel nach, bei den Betroffenen „tieferes Verständnis für die eigene Suizidalität zu schaffen“ (Berger & Michel, 2024). Dabei ist die nicht-stigmatisierende Perspektive besonders fördernd.

Verbesserte Kommunikation zwischen betroffenen Jugendlichen und ihren Eltern

Die Programmteilnahme trug teilweise zur Verbesserung der oftmals blockierten Kommunikation zwischen Kind und Eltern bei. Auf Seiten der Jugendlichen konnte, infolge der Aufarbeitung der Krise, mitunter eine Öffnung über das Thema Suizid zu sprechen, beobachtet werden. Ein Abbau der Hemmungen, dieses Tabuthema anzusprechen, gab es auch bei Angehörigen. In anderen Fällen wurde gelernt, Gemütszustände und Bedürfnisse verbal oder auch durch erarbeitete Techniken zu kommunizieren. In wieder anderen Fällen wirkten der Aufarbeitungsprozess und die Familiensitzung medial und verbesserten so das Verständnis zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern.

„Ich wusste, dass meine Eltern fast keine Nacht mehr schlafen. Es beschäftigt sie so stark [...] ich habe dann viele Sachen für mich behalten [...] Es war ein langer Prozess die Kommunikation zu meinen Eltern wiederaufzubauen.“ (ID328)

Erkennen von individuellen Warnzeichen und Umsetzung von erarbeiteten Massnahmen

Ein Ziel von AdoASSIP ist, die Teilnehmenden dazu zu befähigen, ihre „individuellen Warnzeichen kennenzulernen, die einer suizidalen Krise vorausgehen, um gefährliche Situationen frühzeitig zu erkennen und darauf reagieren zu können“ (Berger & Michel, 2024).

Warnsignale sind laut den Befragten eine Reihe von Verhaltens-, Gefühls- oder Gedankenänderungen, die auf eine suizidale Krise hinweisen können. Obgleich dies nicht ausnahmslos auf die Teilnahme am AdoASSIP Programm zurückzuführen ist, bestätigten die Aussagen der Befragten, dass die grosse Mehrheit unter ihnen ihre individuellen Warnzeichen, respektive die der betroffenen Person erkennen können.

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

Drei Viertel der Befragten äusserten sich zum Sicherheitsplan und zu seiner Anwendung, wobei ihn die Hälfte als hilfreich empfand. Fast alle, die ihn genutzt haben, hielten ihn für wertvoll. Bereits die blosse Existenz kann ein wichtiges Gefühl der Sicherheit bei Betroffenen wie auch Angehörigen vermitteln.

Herausforderungen aus der Perspektive von betroffenen Jugendlichen und deren Angehörigen

Strategien erarbeiten und anwenden

Während einige der Teilnehmenden angaben, dass der Sicherheitsplan aufgrund des narrativen Aufarbeitungsprozesses der suizidalen Krise, besonders hilfreich sei, hatte fast ein Viertel der befragten Jugendlichen Schwierigkeiten in der Erarbeitung, was in einzelnen Fällen zu einem Abbruch der Sitzung führte. In anderen Fällen führten die Schwierigkeiten dazu, dass der erstellte Plan am Ende als ineffektiv wahrgenommen wurde.

„Grundsätzlich habe ich einen, aber ich finde ihn Quatsch. Ich hatte nie Skills, die mir helfen. Jetzt stehen da irgendwelche drauf [...] wenn die Situation schlimm ist, hilft gar nichts.“ (ID306)

Es ist erwähnenswert, dass alle befragten Jugendlichen, die Schwierigkeiten mit der Erarbeitung des Plans hatten, auch angaben, sie hätten das Programm „zu einem falschen Moment“ absolviert.

Die Hälfte der Befragten gab an, dass sie die Warnsignale erkennen würden, jedoch nicht mit ihnen umgehen könnten. Darin besteht die grösste Herausforderung der Befragten. Beispielsweise wurde erwähnt, dass die auf dem Sicherheitsplan aufgeführten Strategien in einer Krisensituation nicht helfen würden. Betroffene berichteten, dann bereits in einer Situation zu sein, in der sie sich nicht helfen möchten oder sich nicht im Stande dazu sehen, die Massnahmen, die auf dem Plan festgehalten wurden, umzusetzen.

„In den Situationen war es mir wie egal. [...] Ich habe den Notfallplan eine Zeit lang über mein Bett gehängt, aber einfach ignoriert [...] Ich wollte gar nichts davon wissen.“ (ID315)

Zudem schlugen mehrere befragte Jugendliche vor, dass man in einer zusätzlichen Sitzung „Skills gemeinsam anschauen kann“ (ID313).

„Es wäre nützlich gewesen zu schauen, wie wende ich die Strategien an. Es wäre wohl nützlicher gewesen, das wie zu üben, anstatt auf ein Papier aufzuschreiben.“ (ID311)

Auch für Angehörige wäre ein Einüben konkreter Strategien hilfreich.

„Ich wäre froh, sie hätte Strategien. Wenn es so etwas gäbe, was ich mit ihr einüben könnte. Das wäre wertvoll, aber ich glaube nicht, dass man das in viermal durchbringt.“ (ID307)

Diese Aussagen weisen darauf hin, dass zusätzliche Sitzungen, die im Therapeutenhandbuch neben den vier Standardsitzungen vorgesehen sind, den Teilnehmenden nicht zur Wahl standen. Diese könnten dazu dienen, entwickelte Strategien zu vertiefen und zu üben.

Konkrete Hilfestellungen zur Kontrolle und zum Umgang mit eigenen Gedanken und Gefühlen wurden insbesondere von betroffenen Jugendlichen benötigt, wohingegen Eltern Strategien für eine konstruktive Kommunikation im Alltag und effektive Intervention in Krisensituationen forderten. So hätte sich ein befragtes Elternteil sehr gewünscht, Informationen zum Umgang oder Erkennung von Risikosituationen zu erhalten:

„Das wäre genau das, was ich mir gewünscht hätte. Dabei habe ich oft gedacht, helf mir damit umzugehen.“ (ID312)

Ein Grossteil der befragten Angehörigen begrüsst den Notfallplan, der zur Befriedigung ihres Sicherheitsbedürfnisses beiträgt. Eine Minderheit der Angehörigen gab an, Schwierigkeiten zu haben, den Plan zu verstehen und wünschte sich eine einfache, auf sie zugeschnittene Kommunikation von Seiten der Fachpersonen.

Ein anderer Grund für eine ausbleibende Anwendung der festgehaltenen Massnahmen können vorangegangene schlechte Erfahrungen mit dem Notfallzentrum sein. Diese machen es für betroffene Jugendlichen unmöglich, sich an das Notfallzentrum zu wenden. Als Beispiel extremer Fälle berichtete ein*e Jugendliche*r, dass er/sie und seine/ihre 'Mitpatient*innen' „lieber sterben“ (ID313) würden als in die geschlossene psychiatrische Einrichtung zurückzukehren. Ein*e andere*r berichtet, er/sie sei am Telefon mit Worten beschimpft worden, wie *das Notfallzentrum sei kein „Ferienhotel“* (ID339):

„Sie haben gesagt, ich mache es nur wegen Aufmerksamkeit und dass ich Ostern zerstöre. Das macht es noch schwieriger sich dort zu melden. Andere Personen, die auch dort waren, erzählen das auch [...] Deswegen habe ich aufgehört mich zu melden.“ (ID339)

Diese Aussagen reflektieren auch das starke Bedürfnis der betroffenen Jugendlichen sich in ihrer Not ernst genommen zu fühlen. So illustriert der/die Jugendliche den positiven Vergleich zur AdoASSIP Fachperson:

„Der Therapeut hatte keine Vorurteile gehabt, wie im Notfallzentrum [...] dort haben sie mich nicht ernst genommen. Er hat mich ernst genommen und dann konnte ich ihm alles erzählen.“ (ID339)

Nur ein kleiner Teil der Befragten äusserte sich konkret zur Anwendung der Robin Z App. Einige Betroffene nutzten die App aktiv für den Sicherheitsplan und schätzten dessen digitale Anpassungsmöglichkeit. Zudem zeigte sich, dass nicht alle Befragten die App kannten. Angehörige äusserten Unsicherheiten bezüglich der von den Betroffenen verwendeten Apps, da sie diese nicht voneinander unterscheiden konnten: Patient*innen in Bern nutzen eine zusätzliche Messenger App, die insbesondere für akute Notfälle oder kurzfristige Unterstützung in Risikosituationen der direkten Kommunikation zum Notfallzentrum dient.

Knapp die Hälfte der betroffenen Jugendlichen wendete sich bei Bedarf an das Helfersystem. Dabei wendeten sie sich gleichermassen an die eigene Familie, den Freundeskreis oder den/die ambulante Therapeut*in. Knapp ein Drittel der befragten Jugendlichen holte sich keine Unterstützung beim Helfersystem, wofür verschiedene individuelle Gründe angegeben wurden, beispielsweise, dass sich die betroffene Person in einer Krisensituation nicht helfen möchte, respektive kann. Die anderen beantworteten die Frage nicht oder hatten nach eigenen Angaben bisher keine Hilfe benötigt.

Die Vielfalt der Bedürfnisse, an die die Erarbeitung von Massnahmen angepasst werden sollte, lässt sich vermutlich auch auf die unterschiedlichen Krankheitsbilder und Profile suizidgefährdeter Jugendlicher zurückzuführen, die auch im Therapeutenhandbuch betont werden. Im Übrigen sind in der adoleszenten Lebensphase die Entwicklung von konstruktiven Strategien im Umgang mit Alltagssituationen eine Herausforderung, die Jugendliche lange Zeit begleitet. Trotz alledem hat das AdoASSIP Programm noch Potenzial, dem Ziel näher zu kommen „neue Bewältigungsstrategien zu fördern, die langfristig helfen, künftige Krisen anders zu bewältigen“ (Berger & Michel, 2024).

Kommunikation zwischen Fachpersonen

Die Mehrheit der Befragten konnte die Kommunikation zwischen Fachpersonen nur schwer einschätzen, weshalb nur wenige Daten zum Austausch zwischen AdoASSIP-Therapeut*innen und der weiterführenden Begleitung (ambulant oder stationär) vorliegen. Einzelne Personen gaben an, dass kein Kontakt stattfand, während andere berichteten, dass wichtige Informationen weitergegeben wurden, um eine bestmögliche Betreuung nach Programmabschluss zu gewährleisten.

Auffällig ist, dass der Austausch insbesondere dann stattfand, wenn der/die ambulante Therapeut*in entweder beim selben Arbeitgeber wie der/die AdoASSIP-Therapeut*in tätig war und/oder das Programm selbst empfohlen hatte.

Andere waren nicht in der Lage, die im Rahmen des Programms erarbeiteten Strategien in ihrer weiteren therapeutischen Betreuung zu nutzen oder weiterzuentwickeln.

„In der Klinik war der Notfallplan von AdoASSIP gar kein Thema mehr [...] Es wurde nicht gefragt, ob ich schon einen habe – es wurde einfach immer wieder ein neuer entwickelt.“ (ID339)

Die kontinuierliche Bearbeitung und Anpassung der entwickelten Strategien ist jedoch notwendig für deren erfolgreiche Anwendung, wie im Therapeutenhandbuch und in Aussagen von Befragten beschrieben wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass eine verbesserte Wirkung des Programms

erzielt wird, wenn die Teilnahme am AdoASSIP Programm durch eine therapeutische Anbindung ergänzt wird.

Therapeutische Anbindung und Nachbetreuungsbedarf

Zum Programm gehört ein Outreach-Element, das einen regelmässigen Kontakt mit den Patient*innen über zwei Jahre nach Programmende umfasst. Da die Zürcher Interviews innerhalb von drei Monaten nach der letzten Sitzung stattfanden, lagen hier nur wenige Daten vor. Unter den Befragten, die dazu Auskunft geben konnten und sich an den Kontakt erinnerten, wurde dieser meistens als hilfreich wahrgenommen. Zwei Jugendliche gaben an, sie hätten die erhaltenen E-Mails als „stressig“ empfunden, denn sie hätten sie emotional aufgewühlt.

Die Befragten betonten mehrfach, wie wichtig es ist, eine nach dem Programmabschluss weiterführende Betreuung in Anspruch nehmen zu können, was jedoch nicht immer der Fall war (im Gegensatz zu den Empfehlungen im Handbuch, (Berger & Michel, 2024)). Sowohl betroffene Jugendliche als auch deren Eltern äusserten das Bedürfnis nach einer Nachbetreuung respektive Anschlusstherapie.

„Dass man anschliessend eine Therapie, die passt, weiterempfiehlt. Nicht, dass man das macht und nachher einfach nichts hat [...] dass man eine Therapieempfehlung bekommt oder etwas Ähnliches. Das fände ich hilfreich.“ (ID339)

Partizipation der Eltern und Familiensitzung

Fast die Hälfte der befragten Personen gaben Leistungsanpassungswünsche in Zusammenhang mit der Partizipation der Eltern an, was sowohl die Jugendlichen als auch die Elternteile einschliesst, insbesondere in Form von mehr Einbezug oder einer Einzelsitzung. Diese würde erlauben, Fragen, Sorgen und Nöte der Eltern zu adressieren sowie mehr Wissen und Aufklärung, um die verschiedenen Diagnosen ihrer Kinder und den Umgang mit suizidalem Verhalten wie auch der Kommunikation mit den Betroffenen zu vermitteln.

„Ich hatte immer das Gefühl, dass meinen Eltern Unterstützung und ein Therapeut oder ein Ort, an dem sie über diese Sachen sprechen können, wie würde guttun. Sie haben zwar mitbekommen, was abläuft [...] Sie selber konnten nirgends gross darüber reden, ihre Probleme erzählen oder ihre Fragen stellen.“ (ID328)

Während die Familiensitzung in einigen Fällen als nützlich erwähnt wurde, haben insbesondere Jugendliche sie teilweise als herausfordernd erlebt. So schildert ein*e Betroffene*r seine/ihre Erfahrungen:

„Die Geschichte wird dann vor der ganzen Familie vorgelesen [...] Auch wenn ich ein gutes Verhältnis zu meinen Eltern habe, das ist wirklich einfach Horror [...] In dem Moment war ich nicht in der Lage mitzureden, also war es ein Gespräch über mich.“ (ID313)

In vereinzelt Fällen haben sich Eltern während der Sitzung ungehört und unverstanden gefühlt, da sie nicht die Möglichkeit hatten, sich zum Gesagten zu äussern. Dasselbe gilt mitunter auch für betroffene Jugendliche, wie sich in der obigen Aussage zeigt.

Suizidalität nach Programmende

Ein quantitatives Ziel des AdoASSIP Programms besteht darin, die Rückfallquote der Suizidversuche zu verringern. Nach Angaben der Befragten stellt sich heraus, dass über die Hälfte der betroffenen Jugendlichen nach dem Programmabschluss noch mindestens einen Suizidversuch machte (5 bei AdoASSIP Bern und 2 bei AdoASSIP Zürich).

„In dieser Zeit, als ich das Programm absolviert habe, hat es geholfen [...] Nachdem das Programm fertig war, ging es wieder schlechter, weil es zu viel aufgewühlt hat und nicht richtig abgeschlossen werden konnte.“ (ID339)

Diese Ergebnisse sind möglicherweise auf die Schwierigkeiten zurückzuführen, die bei der Mobilisierung von Strategien oder Ressourcen, sowie der therapeutischen Anbindung, genannt wurden und betreffend Bern mit der längeren Zeitspanne zwischen Programmabschluss und Interview. Ferner sind multiple Suizidversuche bei dieser Altersgruppe von Betroffenen nicht aussergewöhnlich (Mehanovic et al., 2024).

Gleichwohl kann vielerorts eine Verbesserung der eigenen Situation festgestellt werden, sowie ein verbesserter Umgang mit suizidalem Verhalten (siehe auch Abschnitt *Erkennen von individuellen Warnzeichen und Umsetzung von erarbeiteten Massnahmen*). Allgemeine Einschätzungen der Situation zum Interviewzeitpunkt wurden sowohl auf therapeutische Massnahmen als auch auf Medikamentenumstellungen zurückgeführt. Auch kontextbedingte Veränderungen wie Schulabschluss, Lehrabbruch oder Auszug wurden als Faktoren einer verbesserten Situation angegeben.

„Ich habe immer noch keine Motivation oder Freude, aber es ist besser [...] Früher hatte ich den Zustand keine Sekunde mehr ertragen.“ (ID306)

„Ich hatte nach meinem Versuch viel mehr Flashbacks und das ist für mich sehr sehr emotional und anstrengend gewesen. Und jetzt nach ASSIP habe ich das Gefühl, ist es viel weniger und viel weniger schlimm.“ (ID300)

Zum Teil war es für die Befragten schwierig, zwischen verschiedenen Programmen zu differenzieren und bestimmte Strategien, erworbene Fähigkeiten und Interventionsmöglichkeiten sowie deren nachträgliche Wirkung einem spezifischen Programm zuzuschreiben.

„Grundsätzlich merke ich eine extreme Verbesserung, aber ich kann das nicht zurückführen darauf, was es genau war. Vielleicht ist es die Kombination aus allem.“ (ID303)

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

AdoASSIP hat zum Ziel, das Wiederholungsrisiko von Suizidversuchen bei Jugendlichen nach stationärer oder akutpsychiatrischer Betreuung zu reduzieren. Die Therapie ist hochaktuell angesichts der steigenden Anzahl psychischer Probleme bei Jugendlichen, insbesondere bei jungen Frauen (Brändlin, 2022). Bei der Umsetzung des Projekts zeigte sich, dass die Nachfrage nach einer Intervention an der stationär-ambulanten Schnittstelle bei Jugendlichen vorhanden ist, dennoch war die Rekrutierung von Betroffenen eine Herausforderung. Viele Jugendliche wollten die Therapie nicht in Anspruch nehmen, und die Zuweisung durch externe Fachpersonen lief auch gegen Ende der Projektlaufzeit noch nicht optimal trotz eines erhöhten Bekanntheitsgrads des Projekts.

Die Schulungen zum/zur AdoASSIP Therapeut*in stiessen auf reges Interesse, insbesondere bei weiblichen Fachpersonen, vermutlich, weil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie generell mehr Frauen vertreten sind. Die Personalfuktuation ist hoch in diesem Bereich. Die neuen Möglichkeiten zur Weiterbildung könnten dazu motivieren, weiterhin in diesem Bereich zu arbeiten. Die Gruppensupervisionen für AdoASSIP Therapeut*innen, die die Einzelsupervisionen teilweise ersetzten, waren gut besucht, halfen dabei Ressourcen zu sparen und dienten sowohl dem Austausch als auch der Vernetzung.

Der aktive Einbezug der Eltern wurden bei allen Zielgruppen als wichtiger, wenn auch herausfordernder Bestandteil der Behandlung ausgelegt. Meistgenannte Nutzen des Programms laut den Jugendlichen und deren Angehöriger bezogen sich auf die Aufarbeitung der suizidalen Krise, die Kommunikation zwischen betroffenen Jugendlichen und deren Eltern, sowie auf die individuellen Warnzeichen. Wesentliche Herausforderungen, die von Betroffenen und

Angehörigen identifiziert wurden, bezogen sich auf die Anwendung von Strategien und Massnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, auf die Kommunikation zwischen Fachpersonen und die therapeutische Anbindung, sowie auf die Partizipation der Eltern.

Ein ausschlaggebender Erfolgsfaktor für AdoASSIP waren die hochmotivierten Teams an den involvierten Institutionen, insbesondere am KJPP in Zürich, wo die Projektleitung lag. Die jeweiligen Führungspersonen, die auch das Konsortium bildeten, zeigten sich bereit, verschiedene Aspekte des Projekts kritisch zu hinterfragen und Anpassungen vorzunehmen. Sie waren offen für Synergien mit den anderen Suizidpräventionsprojekten und befassten sich frühzeitig mit der Verankerung der Intervention in die Regelversorgung. Obwohl die nachträglichen Anpassungen zu einer Verzögerung im Projektplan geführt haben, waren sie ein wichtiger Erfolgsfaktor des Projekts, und es ist begrüssenswert, dass Schwachstellen erkannt und Lösungsansätze gesucht und gefunden wurden. Die Anpassungen wie auch die Projektentwicklung bei AdoASSIP wurden jedoch ausschliesslich von Fachpersonen vorgenommen, Betroffene und Angehörige wurden nicht als Experten aus Erfahrung miteinbezogen.

Die Erweiterung des ursprünglichen ASSIP® Programms durch kontinuierliche Anpassungen aufgrund neuer Erkenntnisse war daher eine besondere Stärke des Programms und machte den Ansatz noch zielgerichteter. Suizidalität bei Jugendlichen verhält sich anders als bei Erwachsenen und Massnahmen, die bei Erwachsenen eine Wirkung entfalten, können womöglich sogar negative Auswirkungen zeigen, beispielsweise können Gruppendiskussionen Nachahmungseffekte haben. Suizidversuche bei Jugendlichen sind zudem manchmal impulsiver als bei Erwachsenen, so dass es schwierig ist, den Verlauf der Krise nachzuverfolgen. AdoASSIP setzte eine gesicherte Folgetherapie nach Abschluss der AdoASSIP Sitzungen als Teilnahmevoraussetzung voraus. Der Miteinbezug der/des Nachbehandelnden ist besonders hilfreich für eine kontinuierliche Betreuung nach Abschluss der Kerntherapie, ein zentrales Anliegen der PGV-Suizidpräventionsprojekte. Dadurch leistet das Projekt einen wichtigen Beitrag dazu, die Gesundheitsversorgungslücke im Bereich der Suizidprävention bei Jugendlichen zu schliessen. Es schien daher lohnenswert, dem Programm die notwendigen Ressourcen und Mittel für seine Weiterentwicklung und dauerhafte Implementierung zur Verfügung zu stellen.

7. EMPFEHLUNGEN

Die formulierten Empfehlungen basieren auf den Erkenntnissen der externen Evaluation und richten sich an die Konsortiummitglieder, Mitarbeitende der neuen Koordinationsstelle und AdoASSIP Therapeut*innen.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Projekts

Der Vergleich der Umsetzung zwischen den einzelnen Regionen ist von besonderem Interesse, um allfällige Anpassungen in den Behandlungsschemen zu beobachten.

- Es empfiehlt sich, auch weiterhin offen gegenüber neuen Therapieanpassungen zu bleiben, diese zu erproben, zu evaluieren und gegebenenfalls zu integrieren.
- Regionale Unterschiede sollten genutzt werden, um verschiedene Ansätze in der Zuweisung, Umsetzung und Vernetzung zu vergleichen.
- Ein wichtiger Punkt zur fortlaufenden Entwicklung des Projekts ist der Einbezug der Jugendlichen als Expert*innen aus Erfahrung. Betroffene könnten dabei auch Beiträge zur Verbesserung leisten und somit als Akteure auf Augenhöhe dienen.
- Trotz tiefer Rücklaufquote sollten die Zufriedenheitsbefragungen bei den Betroffenen weiterhin durchgeführt werden, um zu ermitteln, ob die längerfristige anzuwendenden

Werkzeuge wie die App und der Sicherheitsplan das Selbstmanagement fördern und regelmässig benutzt werden.

- Es ist zu empfehlen, das Komitee, das sich mit den schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen befasst, über das Projektende hinaus beizubehalten, um eine längerfristige Analyse zu ermöglichen und alarmierende Signale frühzeitig zu erkennen. Gerade bei Suizidversuchen ist es wichtig, Einzelfälle genau anzuschauen, jedoch ist aus epidemiologischer Sicht zu bedenken, dass das Programm trotz einzelner Rückschläge insgesamt sinnvoll und wirksam sein kann.

Empfehlungen zur Ausbildung

Die neue Online-Ausbildung und das Weiterbildungsangebot stellen einen vereinfachten Zugang dar und einen Anreiz für Fachpersonen, sich zum/zur AdoASSIP Therapeuten*in ausbilden zu lassen.

- Um die Qualität der Ausbildung zu gewährleisten, sollte die neue Online-Ausbildung evaluiert werden. Wird der gleiche Fragebogen wie bisher für die Präsenzs Schulungen angewendet, ist ein direkter Vergleich möglich.
- Der zeitliche Aufwand für die Therapie ist insbesondere für neue Therapeut*innen gross. Darauf sollte während der Ausbildung hingewiesen werden, damit genügend Zeit eingeplant wird und die Unterstützung der Vorgesetzten gewährleistet ist.

Empfehlungen zur Bekanntmachung

In Zürich, Bern und Genf sind auch in Zukunft laufend Fortbildungen und Informationsveranstaltungen geplant. Eine neue Koordinationsstelle fördert die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen. AdoASSIP wird vor allem über persönliche Netzwerke bekannt gemacht, während andere Informationskanäle bislang weniger genutzt werden. Die kontinuierliche Information über AdoASSIP ist essenziell, um die Intervention langfristig in den Behandlungsalltag zu integrieren.

- Die Präsenz von AdoASSIP in Fachzeitschriften sowie auf digitalen Informationsplattformen könnte verstärkt werden, um eine breitere Fachöffentlichkeit zu erreichen. Regelmässige Newsletter sowie gezielte E-Mail-Erinnerungen sollten genutzt werden, um AdoASSIP bei Fachkräften präsent zu halten.
- Eine engere Vernetzung mit bestehenden Weiterbildungsangeboten in der Suizidprävention könnte dazu beitragen, AdoASSIP langfristig in der Fachlandschaft zu konsolidieren.
- Kleinere Kantone sollten wirksame Strategien entwickeln, um die Bekanntmachung des Projekts in ihren Regionen voranzutreiben, da die Zuweisung in diesen Gebieten nur erfolgt, wenn das Projekt bei den zuständigen Fachpersonen bekannt ist.
- Der Nutzen der Koordinationsstelle sollte evaluiert werden. Möglicherweise kann dabei derselbe Fragebogen wie für die Evaluation des Konsortiummeetings angewendet werden.

Empfehlungen zur Zuweisung

Lange Entscheidungswege zwischen Behandelnden, Jugendlichen und Eltern verzögern die Anmeldung zu AdoASSIP und erschweren somit die Teilnahme. Viele Jugendliche möchten keine Hilfe annehmen und entscheiden sich daher gegen das Programm.

- Eine frühzeitige Aufklärung über AdoASSIP im Rahmen der Erstgespräche mit Jugendlichen und ihren Familien könnte helfen, Entscheidungsprozesse zu verkürzen.
- Es sollten klare Abläufe für die Kommunikation zwischen den Beteiligten definiert werden, um den Anmeldeprozess effizienter zu gestalten, ohne die Familien zu überfordern.

- Die Integration in bestehende Fallbesprechungen kann den Austausch unter Behandelnden fördern und Unsicherheiten im Zuweisungsprozess reduzieren.

Empfehlungen zur Kommunikation unter Fachleuten

Weitere Herausforderungen liegen in der Kommunikation zwischen den Fachleuten und der Einbeziehung der im Programm erworbenen Kenntnisse und Strategien in die Therapie, die die Jugendlichen parallel oder im Anschluss an das Programm absolvieren.

- Besondere Aufmerksamkeit sollte der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten gewidmet werden, um Synergien zu nutzen und die Kontinuität der Versorgung zwischen AdoASSIP und der therapeutischen Nachsorge besser zu gewährleisten. Verbesserungen in diesem Bereich können dazu führen, dass der Nutzen des Programms noch stärker zum Tragen kommt.
- Ebenso könnte die Anschlusstherapie stärker auf den Vorteilen des Programms aufbauen. Das Einüben und Anpassen der Strategien sollten als Teil einer Anschlusstherapie sichergestellt werden.

Empfehlungen zum Vorgespräch

Der narrative Ansatz und die nicht wertende Einstellung der Fachperson ermöglichen den betroffenen Jugendlichen, sich selbst und ihre Situation besser zu verstehen und zu reflektieren sowie Warnsignale zu erkennen.

- Insbesondere für die betroffenen Jugendlichen scheint es wichtig, während dem Vorgespräch darauf zu achten, den Sinn und die Wichtigkeit des Zeitpunkts des Programmbeginns, der häufig kurz nach einem etwaigen Suizidversuch oder einer Krisensituation erfolgt, zu diskutieren. Das könnte dazu führen, dass die Betroffenen sich offener und empfänglicher für die verschiedenen Programmelemente zeigen.

Empfehlungen zur Angehörigenarbeit

Die Kontinuität der Betreuung sowie der Einbezug der Eltern stellen ebenfalls Schwerpunkte dar. Die Berücksichtigung dieser Elemente kann zu einer erhöhten Wirksamkeit von AdoASSIP beitragen. Die grösste Herausforderung für betroffene Jugendliche und deren Angehörige besteht in der erfolgreichen Anwendung der während des Programms identifizierten Strategien und die konkrete Beanspruchung des Helfersystems. Aus Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern ist ein verstärkter Einbezug der Angehörigen wünschenswert.

- Es könnte optional eine Einzelsitzung für Angehörige angeboten werden oder zu anderen Diensten oder Unterstützungsangeboten innerhalb des (Versorgungs-) Netzwerks informiert werden. Solch ein Vorgehen würde auch auf der Aufforderung nach mehr Flexibilität und Anpassung des Programms auf individuelle Bedürfnisse und Situationen nachkommen. In der Einzelsitzung ginge es um Psychoedukation, darum die Fragen der Angehörigen anzuhören und, mit Berücksichtigung der Vertraulichkeit, diese zu beantworten.
- Bei Bedarf und mit Einverständnis der Jugendlichen, könnten die Eltern stärker in die Erstellung des Sicherheitsplans und seine konkreten Anwendungen einbezogen werden. Wenn Angehörige auf dem Sicherheitsplan stehen, respektive eine aktive oder passive Rolle im Helfersystem haben sollen, sollten diese noch detaillierter über den Sicherheitsplan, die enthaltenen Elemente und Anwendungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.
- Da die Familiensitzung als ein wichtiger aber auch oft schwieriger Moment erlebt wird, sollte laut den Befragten besondere Aufmerksamkeit auf ihre Vorbereitung und Durchführung gelegt werden: Jugendlichen und Eltern sollten über den genauen Ablauf und Inhalt im Voraus informiert werden. Es sollte Zeit genommen werden, etwaige Fragen oder Zweifel aufzunehmen, wie im Therapeutenhandbuch erwähnt.

Empfehlungen zum Erstellen und Anwenden des Sicherheitsplans

Da fast alle Personen, die zumindest einige Komponenten des Sicherheitsplans verwendet hatten, diesen als nützlich empfanden, ist es wichtig, die konkrete Anwendung dieses Plans zu fördern. Es scheint noch Potenzial in Bezug auf die Annahme und Anwendung des Plans zu bestehen.

- Ein zusätzlicher Fokus auf ein Einüben konkreter Strategien während der Sitzung wäre hilfreich zu diesem Zweck.
- Das Anfügen zusätzlicher Sitzungen im Rahmen der AdoASSIP Therapie gemäss den individuellen Bedürfnissen könnte einen Mehrwert bieten.
- Es wäre sinnvoll, mit den Jugendlichen und ihren Eltern noch intensiver zu besprechen, welche Faktoren die Umsetzung des Sicherheitsplans begünstigen oder behindern können.

Empfehlungen zu digitalen Applikationen

Die Aktualisierung und Pflege der Apps wie auch der Webseite verursachen laufende Kosten. Es existieren zahlreiche Suizidpräventions-Apps. Die Robin Z App ist ansprechend gestaltet und bietet viele Anwendungsmöglichkeiten, da sie nicht nur bei AdoASSIP eingesetzt wird. Der erste Eindruck für eine*n Anwender*in kann überwältigend sein und der Aufwand zu Beginn hoch bis erste hilfreiche Einträge vorhanden sind. Im Rahmen von AdoASSIP wird als mögliche Alternative auch die SERO App empfohlen.

- Um sie zu gegebener Zeit durch eine einzige App zu ersetzen ist es empfehlenswert, die Nutzung sowie die Stärken und Schwächen der beiden Apps zu analysieren. Dies kann auf Basis von Nutzerdaten oder Befragungen geschehen.
- Die Webseite muss weiterhin gepflegt und aktualisiert werden, damit Links funktionieren und Angaben auf dem neusten Stand sind. Auch sollte sie mit anderen Suizidpräventionsprojekten verlinkt werden, damit die Projektlandschaft in der Schweiz weniger fragmentiert erscheint.

Empfehlungen zur Nachhaltigkeit

Es ist zu erwarten, dass die geplante randomisierte Kontrollstudie Hinweise auf den langfristigen Nutzen von AdoASSIP liefern wird. Die Ergebnisse werden jedoch erst in einigen Jahren vorliegen.

- Um die Intervention zu evaluieren, wäre eine Kosten-Nutzen-Analyse weiterhin anzustreben, da diese anhand von Sekundärdaten durchgeführt werden kann.
- Obwohl die Zahlen zu klein für signifikante Veränderungen sind, sollte die Anzahl Suizide bei Jugendlichen beobachtet werden.

8. ANHANG

8.1 Dateninstrumente

8.1.1 Fragebogen Konsortiumevaluation (Umsetzung)

Die **Konsortiumbefragung der kantonalen AdoASSIP Verantwortlichen** wird ab 2022 einmal jährlich nach dem Konsortiumtreffen im Rahmen der externen Evaluation von Ado ASSIP 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 Ado ASSIP 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 in Ihrem Kanton?

Ja

Teilweise:

Nein

- 2a. Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in Ihrem Kanton?

3. Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten bei der Rekrutierung von Patienten in Ihrem Kanton?

Ja, nämlich...

Nein, die Möglichkeiten werden schon ausgeschöpft.

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

Kommunikation

5. Sind Sie zufrieden mit der Häufigkeit der internen Kommunikation zu Ado ASSIP durch die Projektleitung an die kantonalen AdoASSIP Verantwortlichen?

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 Ado ASSIP durch die Projektleitung?

Ja, die Informationen werden gut vermittelt

Teilweise:

Nein, ich hätte Verbesserungsvorschläge:

Finanzen

7. Sind Sie zufrieden mit den Bemühungen der Projektleitung 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 weiteren Massnahmen schlagen Sie vor für eine langfristige Etablierung des Projekts?

Konsortiummitgliedschaft

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

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

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

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

10. Entspricht der Arbeitsaufwand als Mitglied im Konsortium Ihren Erwartungen?

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

11. Ist die Häufigkeit der Konsortiumssitzungen zielführend?

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

Weitere Bemerkungen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Sollten Sie weitere Fragen oder Bemerkungen zu diesem Fragebogen haben, wenden Sie sich bitte an Sarah Rajkumar, sarah.rajkumar@swisstph.ch oder Telefon +41 61 284 8352

8.1.2 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 Fachrichtung

Psychotherapeut/-in Fachrichtung

Psychologe/-in Fachrichtung

Pflegefachperson Fachrichtung

Anderer und zwar

In welchem Bereich sind Sie derzeit tätig?

Einzel-/Gruppenpraxis

Spital

Psychiatrie

Spitex

Anderer und zwar

Kursevaluation	stimme gar nicht zu				stimme voll zu		Keine Antwort
	1	2	3	4	5		
1. Der Referent hat die Lernziele zu Beginn des Kurses klar formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ich habe den Eindruck, dass ich die Lernziele des Kurses erreicht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Der Kurs war klar aufgebaut und konsequent in der Verfolgung des Lernziels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Es war ausreichend Zeit für Fragen und Diskussionen vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Die Beispiele waren für das Verständnis der Inhalte relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Das Kursmaterial war für mich hilfreich, um die Lernziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Der Referent wirkte fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Das Feedback, das ich vom Referent erhielt, war nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Die Kursinhalte haben sich mit meinen Erwartungen gedeckt.	<input type="checkbox"/>					
10. Ich schätze meinen Wissenszuwachs durch diesen Kurs als hoch ein.	<input type="checkbox"/>					
11. Ich fühle mich in der Lage, das erlernte Wissen anzuwenden.	<input type="checkbox"/>					
12. Der Kursinhalt und das erlernte Wissen erlauben mir Betroffene und Angehörige bei der Suizidprävention in Zukunft besser zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>					
Interprofessionelle Zusammenarbeit						
13. In diesem Kurs wurden Themen, die eine bessere Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Disziplinen in der Suizidprävention betreffen, behandelt.	<input type="checkbox"/>					
14. Ich konnte mir in diesem Kurs Kompetenzen zur integrierten Versorgung von Suizidbetroffenen und Angehörigen aneignen.	<input type="checkbox"/>					
15. Ich schätze den Vernetzungsgrad und die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen in der Suizidprävention grundsätzlich als gut ein.	<input type="checkbox"/>					
16. Ich persönlich bin ein/-e Befürworter/-in der interprofessionellen Zusammenarbeit.	<input type="checkbox"/>					

Gesamtbeurteilung des Kurses

	schlecht	schwach	un- genügend	genügend	gut	sehr gut
Ich gebe dem Kurs insgesamt folgende Note:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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!

Kontaktangaben für Rückfragen: Eva Hollenstein, E-Mail: eva.hollenstein@swisstph.ch, Tel.Nr.: +41 61 284 92 93

8.1.3 Fragebogen Zuweisende 2021

Ado ASSIP Zuweiserbefragung – Omnibus Zuweiserbefragung KJPP Zürich

AdoASSIP (Attempted Suicide Short Intervention) ist eine Kurzintervention zur Suizidprävention nach Suizidversuchen bei Jugendlichen. Jugendliche nach Suizidversuchen und deren Familien nehmen in Ergänzung zur bestehenden Therapie an einem Kurzprogramm zur Rückfallprävention von Suizidversuchen sowie zur Suizidprävention teil. AdoASSIP soll die Vernetzung ambulanter und stationärer Akteure fördern und so einen proaktiven und integrativen Umgang mit adoleszenten suizidalen Verhaltensweisen sichern, insbesondere nach stationären und akutpsychiatrischen Kriseninterventionen (z.B. auf Notfallstationen).

Das Swiss TPH evaluiert begleitend in jährlichen Befragungen den Bekanntheitsgrad und die Zufriedenheit der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte mit AdoASSIP. Alle Antworten werden anonym behandelt.

Nr.	Frage	Antwortkategorie
1	Ist Ihnen die AdoASSIP-Kurzintervention zur Suizidprävention nach Suizidversuchen bei Jugendlichen bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein weiter zu 2 <input type="checkbox"/> zum Teil <input type="checkbox"/> keine Antwort
1.1	Durch welche Kanäle ist Ihnen AdoASSIP bekannt? (Mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Publikation in Fachzeitschrift <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltung /-flyer <input type="checkbox"/> Kongress <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Print/Digitale Medien <input type="checkbox"/> Andere: Freitext <input type="checkbox"/> keine Antwort
1.2	Kennen Sie die Handlungsempfehlungen der AdoASSIP-Kurzintervention, wie z.B. den Ablauf oder die Einschlusskriterien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein weiter zu 1.4 <input type="checkbox"/> keine Antwort
1.3	Welche Handlungsempfehlungen der AdoASSIP Kurzintervention kennen Sie?	Freitext
1.4	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Jugendliche nach einem Suizidversuch für die Behandlung mit Ado ASSIP zugewiesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Antwort
1.5	Waren alle notwendigen Informationen zum Programm (Eindeutigkeit Eignungskriterien, zeitlicher Ablauf ab SV bis erste Sitzung, Informationsschreiben und Einverständniserklärung für Patienten) in zweckmässiger Form verfügbar?	<input type="checkbox"/> ja weiter zu 1.7 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Antwort

1.6	Warum nicht?	Freitext
1.7	Wie zufrieden waren Sie mit dem Zuweisungsprozess insgesamt (Vorhandensein Zuweisungsschreiben/-formular, Kontaktperson für Rückfragen, Verfügbarkeit Termine für Erstsitzung)?	<input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> eher zufrieden <input type="checkbox"/> eher unzufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> keine Antwort
1.8	Haben Sie Interesse an einer Ausbildung zum/-r zertifizierten AdoASSIP-Therapeuten/-in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiss nicht <input type="checkbox"/> keine Antwort
2	Wie schätzen Sie den Bedarf nach einem mit nachsorgenden Einrichtungen koordinierten Kurztherapieprogramm für Jugendliche nach einem Suizidversuch ein?	<input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> eher hoch <input type="checkbox"/> eher gering <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering <input type="checkbox"/> keine Antwort
3	Wie schätzen Sie den Vernetzungsgrad und die Zusammenarbeit am Übergang stationär-ambulant bei der Betreuung von Personen nach einem Suizidversuch ein?	<input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> eher hoch <input type="checkbox"/> eher gering <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> sehr gering <input type="checkbox"/> keine Antwort
4	Wären Sie bereit, uns für weiterführende Fragen zur Verfügung zu stehen? Da die Befragung anonym ist, bitten wir Sie in diesem Fall um ihre Kontaktangaben. Vielen Dank!	Name: Freitext E-Mail: Freitext Telefonnummer: Freitext

8.1.4 Fragebogen für Multiplikator*innen (Outcome I)

Fragebogen zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Suizidprävention

Abschnitt 1: Berufspraxis

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

Abschnitt 2: Mitgliedschaft in Netzwerken

2.1 Sind Sie Teil eines oder mehrerer berufs- und/oder institutionsübergreifender Suizidpräventions-Netzwerke?

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.

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 Grundversorger*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiater*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Psychotherapeut*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegfachpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 konfliktbehaftete Zusammenarbeit aus

	Sehr schwierig	Schwierig	Eher schwierig	Genügend	Gut	Ausgezeichnet	Weiss nicht
Ärztliche Grundversorger*innen	<input type="checkbox"/>						
Psychiater*innen	<input type="checkbox"/>						
Psychologische Psychotherapeut*innen	<input type="checkbox"/>						
Pflegfachpersonen	<input type="checkbox"/>						
Sozialarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>						

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					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.	<input type="checkbox"/>						
4.2 Andere Fachleute in der interprofessionellen Zusammenarbeit sind gewillt mir zuzuhören, wenn ich Probleme habe.	<input type="checkbox"/>						
4.3 In interprofessionellen Gruppen erlebe ich Wertschätzung von den anderen Fachkräften.	<input type="checkbox"/>						
4.4 Es ist mir noch nie so vorgekommen, dass Fachleute anderer Berufsgruppen nicht verstanden haben, was ich vermitteln wollte.	<input type="checkbox"/>						
4.5 In den interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, bekomme ich relevante Rückmeldungen auf meine Beiträge.	<input type="checkbox"/>						
4.6 Wir (die Mitarbeitenden) werden von unseren Vorgesetzten dazu ermutigt, interprofessionelle Zusammenarbeit voranzubringen.	<input type="checkbox"/>						

4.7 Alle Fachleute haben eine Vorstellung von den rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen, unter denen die interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet.	<input type="checkbox"/>						
Konflikt							
4.8 Manche Fachleute dominieren interprofessionelle Treffen mit ihren Ansichten.	<input type="checkbox"/>						
4.9 Gewisse Fachleute legen die grundsätzlichen Annahmen in interprofessionellen Gruppen fest.	<input type="checkbox"/>						
4.10 Es kann vorkommen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht funktioniert, weil bestimmte Professionen die Treffen dominieren.	<input type="checkbox"/>						
4.11 Manche Fachleute verhalten sich auf eine Art und Weise, die interprofessionelle Kollaboration schwierig macht.	<input type="checkbox"/>						
4.12 Für interprofessionelle Zusammenarbeit braucht man Offenheit und nicht alle Fachleute können diesem Anspruch gerecht werden.	<input type="checkbox"/>						
Rollenerwartung und geteilte Ziele							
4.13 Meine Erfahrung ist es, dass die Rollen in der interprofessionellen Zusammenarbeit immer klar definiert sind.	<input type="checkbox"/>						
4.14 Ich erlebe meinen Verantwortungsbereich in der interprofessionellen Zusammenarbeit als klar definiert.	<input type="checkbox"/>						
4.15 Jede/-r kennt den Verantwortungsbereich der anderen Fachleute.	<input type="checkbox"/>						
4.16 In den meisten interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, sind wir uns einig, was Priorität hat..	<input type="checkbox"/>						
4.17 In den interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, ist der Austausch von Informationen nie ein Problem.	<input type="checkbox"/>						
Motivation							
4.18 Ich schätze die Arbeit in interprofessionellen Gruppen.	<input type="checkbox"/>						
4.19 Ich kann meine Kreativität und meine Ideen in der Arbeit mit interprofessionellen Gruppen einbringen.	<input type="checkbox"/>						
4.20 Ich empfinde es als persönliche Weiterentwicklung, wenn ich in interprofessionellen Gruppen arbeite.	<input type="checkbox"/>						
4.21 Ich verfolge klare Ziele in der interprofessionellen Zusammenarbeit.	<input type="checkbox"/>						

Abschnitt 5: Suizidprävention: Massnahmen und Sensibilisierung

5.1 Ist Ihnen der „Nationale Aktionsplan Suizidprävention“ vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein Begriff?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht sicher
5.2 Kennen eines oder mehrere der folgenden Suizidpräventionsprojekte?
<input type="checkbox"/> AdoASSIP – Suizidprävention nach Suizidversuchen bei Jugendlichen <input type="checkbox"/> ASSIP Home Treatment – Attempted Suicide Short Intervention Program

<input type="checkbox"/> ASSIP en Suisse Romande <input type="checkbox"/> SERO – Suizidprävention: einheitlich, regional, organisiert							
5.3.Ad Wie haben Sie von AdoASSIP erfahren?							
<input type="checkbox"/> Informationsveranstaltung/Vortrag <input type="checkbox"/> Von Berufs-Kolleg*innen <input type="checkbox"/> Über das Internet (z.B. Newsletter, Website) <input type="checkbox"/> Weiss nicht/keine Angabe <input type="checkbox"/> Andere, nämlich:							
5.4.Ad Haben Sie bereits Patient*innen für eine Behandlung mit AdoASSIP angemeldet?							
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht/keine Angabe							
5.5.Ad Haben Sie AdoASSIP bereits anderen Gesundheitsfachpersonen empfohlen?							
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							
5.5.1.Ad Welchen Berufsgruppen haben Sie Ado ASSIP bereits empfohlen?							
<input type="checkbox"/> Ärztliche Grundversorger*innen <input type="checkbox"/> Psychiater*innen <input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> Pflegefachpersonen stationär <input type="checkbox"/> Pflegefachperson ambulant (bspw. Spitex, selbstständig Tätige) <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter*innen <input type="checkbox"/> Anderer Beruf, bitte angeben:							
5.4 Wurden Sie im Rahmen Ihrer aktuellen Tätigkeit je zum Thema Suizidprävention geschult?							
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht/keine Angabe							
5.5 Welche Massnahmen würden Sie als hilfreich einschätzen um in Fachkreisen für Suizidprävention zu sensibilisieren?							
<input type="checkbox"/> Schulungen/Kurse <input type="checkbox"/> Individuelle Weiterbildungen <input type="checkbox"/> Stärkung des Austauschs zwischen Fachpersonen <input type="checkbox"/> Solche Massnahmen sind unnötig <input type="checkbox"/> Andere, nämlich:							
5.6 Haben Sie den Eindruck, dass die aktuellen Massnahmen zur Suizidprävention in der Schweiz angemessen sind?							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Voll und ganz	<input type="checkbox"/> Weiss nicht/keine Angabe
Überhaupt nicht							

Abschnitt 6: Statistische Angaben

6.1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.	
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> 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

8.1.5 Fragebogen für Multiplikator*innen (Outcome I)

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kollaboration in der Suizidprävention

Teilnehmer/-in	
Ort, Datum	
Zeit	

Einstiegsfragen	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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? – Funktioniert die Zusammenarbeit mit bestimmten Berufsgruppen besser respektive mit anderen weniger gut? Welche sind dies? Wo sehen Sie die Gründe hierfür? – 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?
Erfahrungen mit AdoASSIP	<ul style="list-style-type: none"> – Wie wurden Sie auf das Projekt AdoASSIP aufmerksam? – Hat sich seit dem Start von AdoASSIP im Jahr 2021 die IPZ in der Region verbessert? – Falls ja: In welcher Weise und wie hat AdoASSIP die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert? – Haben Sie den Eindruck, dass AdoASSIP zu einem verbesserten Management durch Leistungserbringer von Patienten*innen (Vernetzung zwischen Helfernetz und Akteuren) beiträgt? – Was würden Sie als den positivsten Effekt von AdoASSIP in Bezug auf die IPZ sehen? – Welche Probleme ergaben sich im Projekt AdoASSIP in der IPZ? – Welche Möglichkeiten sehen Sie, Jugendliche nach einem Suizidversuch in Kontakt mit dem Programm zu bringen? Wie können sie besser motiviert werden, sich Hilfe zu suchen?
Rekrutierung	<ul style="list-style-type: none"> – Sind Sie zufrieden mit der Anzahl rekrutierter Patienten*innen? Haben Sie sich diesbezüglich konkrete Ziele gesetzt? Wenn ja, haben Sie die Ziele erreicht? – Wie verläuft die Rekrutierung von Patienten/-*innen für AdoASSIP an ihrer Institution? <i>[Anm.: Ablauf genau schildern lassen, von Kontaktaufnahme bis hin zu Follow-up]</i> – Welche Vorgänge in der Patientenrekrutierung benötigen besonders viele Ressourcen und weshalb? – Welche Vorgänge innerhalb der Patientenrekrutierung liessen sich verbessern und wie? – Was sind aus Ihrer Sicht Faktoren, die sich negativ auf die Patientenrekrutierung auswirken? (systemisch z.B. bürokratische

	<p>Hürden, strukturell z.B. Kommunikationsdefizite/fehlende Koordination, personell z.B. Fachkräftemangel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Was sind aus Ihrer Sicht essentielle Faktoren für einen erfolgreichen Rekrutierungsprozess? (systemisch z.B. polit. Umfeld, strukturell z.B. Zugänglichkeit/integrierte Versorgung personell z.B. geschulte Fachpersonen?
Optimierung	<ul style="list-style-type: none"> – 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?

8.1.6 Gesprächsleitfaden für Betroffene (Outcome II)

GESPRÄCHSLEITFADEN SUIZIDPRÄVENTION FÜR BETROFFENE PERSONEN

Guten Tag

Wir danken Dir herzlich, dass Du akzeptiert hast, mich für ein Gespräch zu treffen. Die Studie wird durch die Projektförderung der Gesundheitsförderung Schweiz finanziert. Durch das Gespräch möchten wir gerne Näheres von Dir erfahren über Deine Erfahrungen mit den Massnahmen/dem Programm AdoASSIP zur Suizidprävention. Es gibt somit weder richtige noch falsche Antworten auf die gestellten Fragen.

Das Gespräch wird etwa 45 Min. dauern. Du musst nicht jede Frage beantworten, wenn Du nicht möchtest und Du darfst das Gespräch jederzeit abbrechen, ohne Dich zu rechtfertigen.

Lass es mich bitte wissen, wenn Du Dich während des Gesprächs unwohl fühlst, damit wir das Gespräch abbrechen und Massnahmen erwägen können, zum Beispiel eine Pause, einen längeren Unterbruch oder den Beizug einer fachlichen Unterstützung. Sollte ich während des Gesprächs bemerken, dass Du Dich nicht gut fühlst und Bedenken haben, das Gespräch weiterzuführen, kann ich ebenfalls das Gespräch unterbrechen oder abbrechen *[Nur für Minderjährige (bei AdoASSIP): Für eine Rücksprache können wir uns an die projektverantwortliche Person wenden.]*

Im Anschluss an das Gespräch wirst Du von mir eine Liste mit Fachpersonen erhalten, an die Du Dich jederzeit wenden kannst.

Wir garantieren Dir strikte Vertraulichkeit. Dein Name 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 Dir eine unterschriebene Einwilligungserklärung. *[Ein Exemplar in Papierform anbieten und unterschreiben lassen, falls der Jugendliche/die Jugendliche das zugesendete Formular nicht unterschrieben mitgebracht hat. Vor dem Interview abklären, ob die gesetzliche Vertretung die Einwilligungserklärung für den Jugendlichen/die Jugendliche unterschrieben hat. Sind beide Einwilligungserklärungen unterschrieben, zur nächsten Frage übergehen. Anderenfalls das Gespräch abbrechen, sich beim Jugendlichen/bei der Jugendlichen für ihr Interesse bedanken und ihm/ihr erklären, dass wir ohne die explizite Einwilligung von Ihm/Ihr und die der gesetzlichen Vertretung das Gespräch nicht führen können.]*

Bist Du damit einverstanden, dass dieses Gespräch aufgezeichnet wird? Die Tonaufnahme erlaubt mir, mich auf das zu konzentrieren, was Du mir im Gespräch sagst, und ich kann mir das Gespräch danach in Ruhe anhören, um nichts zu verpassen. Die Audiodatei wird nicht mit Deinem 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 [für das Evaluationsteam]	Fragen	Mögliche Nachfragen/Ergänzungen	Hinweise/Bemerkungen
Einleitung	<p>Du bist hier beim Gespräch, weil Du an der PUK [oder UPD] an AdoASSIP teilgenommen hast.</p> <p>Gerne möchte ich mit Dir über das AdoASSIP-Programm und die Massnahmen sprechen, die Dir angeboten wurden, wie die App oder den Sicherheitsplan.</p>		
Rekrutierung	Wie wurden Dir die Massnahmen/das Programm angeboten?	<p>Haben die Massnahmen/hat das Programm Dich gleich überzeugt mitzumachen?</p> <p>Hast Du genügend Informationen über den Zweck und das Vorgehen/den Ablauf erhalten?</p>	
	Was war für Dich wichtig, dass Du Dich für das Programm entschieden hast?		
Wahrnehmungen bezüglich des Programms	Wie zufrieden bist Du im Allgemeinen mit dem AdoASSIP-Programm?	<p>Gibt es etwas, was Du besonders gut oder hilfreich fandest?</p> <p><i>[Zum Beispiel in Bezug auf: Rekrutierungsart, Anzahl Sitzungen, Qualität der erhaltenen Informationen, Sicherheitsplan, App etc.]</i></p>	
	Was ist für Dich der wichtigste Nutzen an Deiner Programmteilnahme?	Würdest Du mir bitte ein wenig mehr darüber erzählen/dazu sagen?	
	Gibt es etwas, was für Dich an AdoASSIP nicht hilfreich oder weniger hilfreich war?	Gab es etwas, was für Dich schwierig gewesen ist?	

		<p><i>[Zum Beispiel in Bezug auf: Rekrutierungsart, Anzahl Sitzungen, Qualität der erhaltenen Informationen, Sicherheitsplan, App etc.]</i></p> <p>Vielleicht noch etwas anderes?</p>	
	Denkst Du, dass es nötig ist, einzelne Massnahmen anzupassen?	<p>Wenn ja, welche? Wie sollten sie angepasst werden? Was schlägst Du vor?</p> <p>Würdest Du mir Deinen Vorschlag genauer erklären? Damit ich verstehen kann, um was es Dir geht oder was genau Dir wichtig ist. Wenn nein, aus welchen Gründen?</p>	
	Würdest du das Programm anderen Personen weiterempfehlen?	Warum?	
Einbindung	<p>Durftest Du Deine Meinungen und Bedürfnisse zu den Massnahmen/im Programm mitteilen?</p> <p>Ist der Therapeut/die Therapeutin darauf eingegangen und wurden sie berücksichtigt? <i>[Zum Beispiel beim Sicherheitsplan]</i></p>	<p>Wenn ja, würdest Du mir bitte erklären, wie/wodurch sie erfüllt wurden?</p> <p>Bist Du mit dem Ergebnis/den Ergebnissen zufrieden? Wenn nein, würdest Du mir bitte erklären, was gefehlt hat oder was anders gemacht hätte werden können?</p>	
Ablauf	Hattest Du während des Programms ausreichend Zeit, um die Strategien zu üben und den Sicherheitsplan zu entwickeln?	Wenn nein, wie viel mehr Zeit hättest Du benötigt?	

		Oder benötigst Du andere Unterstützung?	
Ressourcenanwendung und Nutzung der Hilfsangebote	Hast Du die Strategien und Hilfsmittel schon angewendet? <i>[Zum Beispiel: die App, Sicherheitsplan, Brief, kontaktieren von Fachkräften]</i>	Wenn ja, unter welchen Bedingungen? Wie hast Du sie genutzt? Wenn nein, aus welchen Gründen nicht? Würdest Du mir Deine Antwort genauer erklären? Was würde Deiner Meinung nach, eine aktive und regelmässige Anwendung fördern?	
	Wendest Du den Sicherheitsplan an, wenn Du Dich in einer Risikosituation befindest/fühlst?	Wenn nein, was könnte Dir noch helfen?	
	Übst du den Sicherheitsplan bzw. deine Strategien ein?	Hattest du dazu während der ASSIP-Sitzungen Zeit? Machst du das alleine oder in Begleitung eines anderen Therapeuten (ausserhalb von ASSIP)? Kennt dein Therapeut deine Strategien?	
	Was ist oder wäre nach dem Abschluss des Programmes hilfreich für dich?	Braucht es noch weitere bzw. andere Unterstützung als den Sicherheitsplan, die App und den Brief vom ASSIP-Therapeuten? Z.B. in Form eines persönlichen Kontakts mit dem ASSIP Therapeuten, etc.?	

Selbstmanagement	Denkst Du, dass Du durch die Massnahmen/das Programm, die Risikosituationen und/oder die Suizidalität besser wahrnehmen kannst?	<p>Wenn ja, wie erkennst Du die Risikosituationen und Deine Suizidalität?</p> <p>Wenn nein, kannst Du mir erklären, weshalb Du diese Situationen nicht wahrnehmen oder zuordnen kannst? <i>[Vielleicht eine Idee oder Ahnung]</i></p>	
	Kannst Du durch die Massnahmen <i>[die App, Sicherheitsplan usw.]</i> besser mit Deinen Suizidgedanken und Deinem Suizidverhalten umgehen? Wie?	<p><i>[Zum Beispiel: Sofort Hilfe holen, sobald Du anfängst Pläne zu schmieden?]</i></p> <p>Kannst Du durch die Massnahmen/das Programm besser mit deinen Hauptsymptomen/-Probleme umgehen?</p>	
Helfersystem	<i>[wenn noch nicht erwähnt]</i> Weisst Du, wo Du Dich melden kannst, wenn es Dir schlecht geht oder Du in einer Krise bist?	<p>Wenn ja, wo? Wusstest Du schon vor dem Programm, wohin Du Dich in so einer Situation wenden kannst?</p> <p>Wenn nein, welche Meldemöglichkeit würde Dir in so einer Situation helfen? <i>[Zum Beispiel: in der App, ein Zettel im Portemonnaie, eine gespeicherte Telefonnummer]</i></p>	
	Als Du das letzte Mal Unterstützung benötigst hast, konnten Deine Eltern/Nahestehenden Dir Soforthilfe anbieten?	Wissen Deine Eltern/Nahestehenden, wo Du Dich melden kannst, wenn es Dir schlecht	

		<p>geht oder Du Dich in einer Krise befindest?</p> <p>Wolltest Du schon einmal das Fachpersonal kontaktieren, als es Dir schlecht ging oder aufgrund einer Krise?</p> <p>War das Fachpersonal sofort erreichbar?</p>	
	Hast du vom Miteinbezug deiner Familien profitiert?	Warum ja, warum nicht?	
Kommunikation (Trialog)	Hast Du das Gefühl, dass die Teilnahme an AdoASSIP, die Kommunikation zwischen Dir und den Therapeuten/Therapeutinnen/Ärzten/Ärztinnen erleichtert hat?	<p>Wie schätzt Du die Qualität der Kommunikation zwischen Dir und den Fachpersonen ein? Kannst Du mir Deine Einschätzung erklären?</p> <p>Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Welche?</p> <p>Wie schätzt Du die Qualität der Kommunikation zwischen den Fachpersonen ein?</p> <p>Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Welche?</p> <p>Wie könnte die Kommunikation verbessert werden?</p>	
	Hast Du das Gefühl, dass die Teilnahme an AdoASSIP, die Kommunikation zwischen Dir und Deinen Eltern/nahestehenden Personen erleichtert hat? Wenn ja, Wie?	Solche, die bei den Massnahmen mitmachen?	

	Wenn nein: wieso nicht?	Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen? Welche? Wie könnte die Kommunikation verbessert werden?	
Allgemeine Fragen und Abschluss	Vor dem Abschluss des Gespräches möchte ich Dir noch ein paar allgemeine Fragen stellen: In welchem Jahr wurdest Du geboren? Welchem Geschlecht fühlst Du Dich zugehörig? Wie ist Deine Wohnsituation? Bist du in einer Ausbildung oder besuchst Du eine Schule [oder anderes]?		

Abschluss

Wie geht es Dir am Ende dieses Gesprächs?

[Falls die/der Jugendliche sagt, es gehe ihr/ihm gut oder ziemlich gut: Ihr/ihm 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 Dir für Deiner Mithilfe. *[Je nach Art der entwickelten Beziehung eine persönlichere Formulierung suchen.]* Was Du gesagt/erzählt hast, bleibt vertraulich.

Falls Du später noch Fragen hast oder mir etwas sagen möchtest, dann kannst Du mir gerne auf diese E-Mail-Adresse schreiben: fr-hets-gfch-adoassip@hefr.ch.

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

Nochmals vielen Dank für Deine Teilnahme *[Den Gutschein anbieten]*.

[Aufnahme stoppen]

8.1.7 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 und die Erfahrungen Ihres Kindes zur Teilnahme am Suizidpräventionsprogramm AdoASSIP. 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 oder der Name Ihres Kindes 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 der Interviews benötigen wir von Ihnen *[Sie als Angehörige/Nahestehende Person und von der minderjährigen betroffenen Person plus dessen gesetzliche Vertretung]* eine unterschriebene Einwilligungserklärung. *[Ein Exemplar in Papierform anbieten und unterschreiben lassen, falls die Person, das zugesendete Formular nicht unterschrieben mitgebracht hat. Ist die Person auch die gesetzliche Vertretung des/der Jugendlichen, sie bitten ebenfalls die Einwilligung für das Interview des/der Jugendlichen zu unterschreiben, ansonsten muss die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters separat eingeholt werden. 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 [für das Evaluationsteam]	Fragen	Mögliche Nachfragen	Hinweise/Bemerkungen
----------------------------------	--------	---------------------	----------------------

<p>Einleitung</p>	<p>Sie sind hier beim Gespräch, weil Ihr Kind an der PUK nach einem Suizidversuch [oder UPD] in Behandlung war.</p> <p>Gerne möchte ich mit Ihnen über die Massnahmen zur Suizidprävention im Programm AdoASSIP sprechen, die Ihnen und Ihrem Kind angeboten wurden, wie die App oder den Sicherheitsplan.</p>		
	<p>[Wie stehen Sie zur betroffenen Person? Im Sinne von Mutter, Vater, gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter]</p>		
<p>Rekrutierung</p>	<p>Was wissen Sie über das Programm AdoASSIP?</p>	<p>Können Sie mir mehr darüber erzählen?</p>	
	<p>Wie wurde Ihnen das Programm/die Massnahmen AdoASSIP angeboten?</p>	<p>Wie oder wo haben Sie davon gehört?</p> <p>Hat es Sie gleich angesprochen oder benötigten Sie zusätzliche Informationen?</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>Wurde Ihnen der Zweck des Programms/der Massnahmen und das Verfahren ausreichend und verständlich erklärt?</p>	
	<p>Was war für Sie ausschlaggebend, dass Sie sich für das Programm/die Massnahmen entschieden haben?</p>		

Beteiligung am Programm	Wie und in welcher Form waren Sie am Programm AdoASSIP beteiligt?	Können Sie mir dies näher erklären?	
	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit dem Programm/den Massnahmen von AdoASSIP? <i>[Nur für diejenigen, die in das Programm involviert waren.]</i>	Können Sie mir mehr darüber erzählen?	
Wahrnehmungen bezüglich des Programms	Welche Elemente des Programms/der Massnahmen waren Ihrer Meinung nach am nützlichsten? Oder Ihrem Kind am nützlichsten?		
	Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Erfolge Ihrer Teilnahme? Oder die Erfolge der Teilnahme Ihres Kindes?	Würden Sie mir diese bitte näher beschreiben?	
	Gibt es etwas, was für Sie am Programm AdoASSIP nicht hilfreich, weniger hilfreich war oder Sie nicht ansprach? Gibt es Ihrer Meinung nach etwas was für Ihr Kind nicht/weniger hilfreich war?	Gab es etwas am Programm, was für Sie schwierig war? Vielleicht noch etwas anderes?	
	Denken Sie, das Programm/die Massnahmen AdoASSIP sollte/n angepasst werden?	Was würden Sie vorschlagen? Würden Sie mir Ihren Vorschlag näher erklären? Damit ich verstehen kann, um was es Ihnen genau geht.	
Ressourcenanwendung und Nutzung der Hilfsangebote	Haben Sie schon die Strategien/Massnahmen und Hilfsmittel, die Sie in der Familiensitzung	Wenn ja, unter welchen Bedingungen? Wie haben Sie sie genutzt?	

	gelernt/besprochen haben genutzt, um eine Notsituation Ihres Kindes zu erkennen?	Wenn nein, aus welchen Gründen nicht? Würden Sie mir Ihre Antwort näher erklären?	
	Haben Sie schon die Strategien/Massnahmen und Hilfsmittel, die Sie in der Familiensitzung gelernt/besprochen haben genutzt, um Ihr Kind in einer Notsituation/bei Suizidgefahr zu unterstützen?	Hilft Ihnen das dazugewonnene Wissen vom AdoASSIP-Programm für eine bessere Unterstützung Ihres Kindes im Vergleich zu früher? Konnten Sie ihrem Kind Soforthilfe anbieten? Haben Sie das Vertrauen, auf Ihr Kind zuzugehen und das Thema Suizidalität anzusprechen?	
	Haben Sie schon die Strategien/Massnahmen und Hilfsmittel, die Sie in der Familiensitzung gelernt/besprochen haben genutzt, um Ihrem Kind zu helfen, seine gelernten/erarbeiteten Massnahmen/Strategien einzusetzen?		
	Was würde Ihrer Meinung nach, die regelmässige Nutzung fördern? Oder die Umsetzung der Strategien erleichtern?		
Selbstmanagement	Denken Sie, Sie können nach dem AdoASSIP-Programm 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>	
	Denken Sie, Sie können nach dem AdoASSIP-Programm besser mit den Suizidgedanken und dem Suizidverhalten Ihres Kindes umgehen? Wie?	<i>[Zum Beispiel: Sofort Hilfe holen, sobald Sie etwas in diese Richtung bemerken?]</i> Können Sie besser mit Ihren Gefühlen oder Sorgen <i>[zum Beispiel Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung]</i> umgehen?	
	<i>[wenn relevant]</i> Haben sich Ihre Sorgen und Ängste Ihrem Kind gegenüber geändert? Welche Änderung haben Sie wahrgenommen? Schwächer, stärker oder einfach anders?	Bezüglich Suizidmodus Ihres Kindes?	
Helfersystem	Wissen Sie, wo Sie sich bei einer anbahnenden Krise und/oder Notsituation Ihres Kindes melden können?	Wenn ja, aufgrund der Programmteilnahme AdoASSIP 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	

		<p>Meldemöglichkeiten mit Ihnen angeschaut?</p> <p>Mussten Sie nach Ende des Programms AdoASSIP aufgrund einer Krise und/oder Notsituation das Fachpersonal kontaktiert?</p> <p>War das Fachpersonal sofort erreichbar?</p>	
Kommunikation (Trialog)	Haben Sie das Gefühl, dass die Teilnahme am Programm AdoASSIP, die Kommunikation zwischen Ihnen und der Ihrem Kind betreffend Suizidalität erleichtert hat? Wie?	<p>Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrem Kind ein?</p> <p>Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen?</p>	
	Haben Sie das Gefühl, dass die Teilnahme am Programm AdoASSIP, die Kommunikation zwischen Ihrem Kind und den Fachpersonen betreffend Suizidalität erleichtert hat? Wie?	<p>Wie schätzen Sie die Qualität der Kommunikation zwischen Ihrem Kind und den Fachpersonen ein?</p> <p>Gibt es Unterschiede zu früheren Erfahrungen?</p> <p>Hat sich Ihrer Meinung nach, die Kommunikation zwischen den Fachkräften verbessert?</p> <p>Was könnte die Kommunikation verbessern?</p>	
Allgemeine Fragen und Abschluss	<p>Vor dem Abschluss des Gespräches möchte ich Ihnen noch ein paar allgemeine Fragen stellen:</p> <p>Wie ist Ihr Geburtsjahr?</p>		

	Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig? Wie ist Ihre Wohnsituation? Wie ist Ihr Zivilstand? Was haben Sie für eine Ausbildung? Was ist Ihr Beruf?		
--	---	--	--

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-adoassip@hefr.ch.

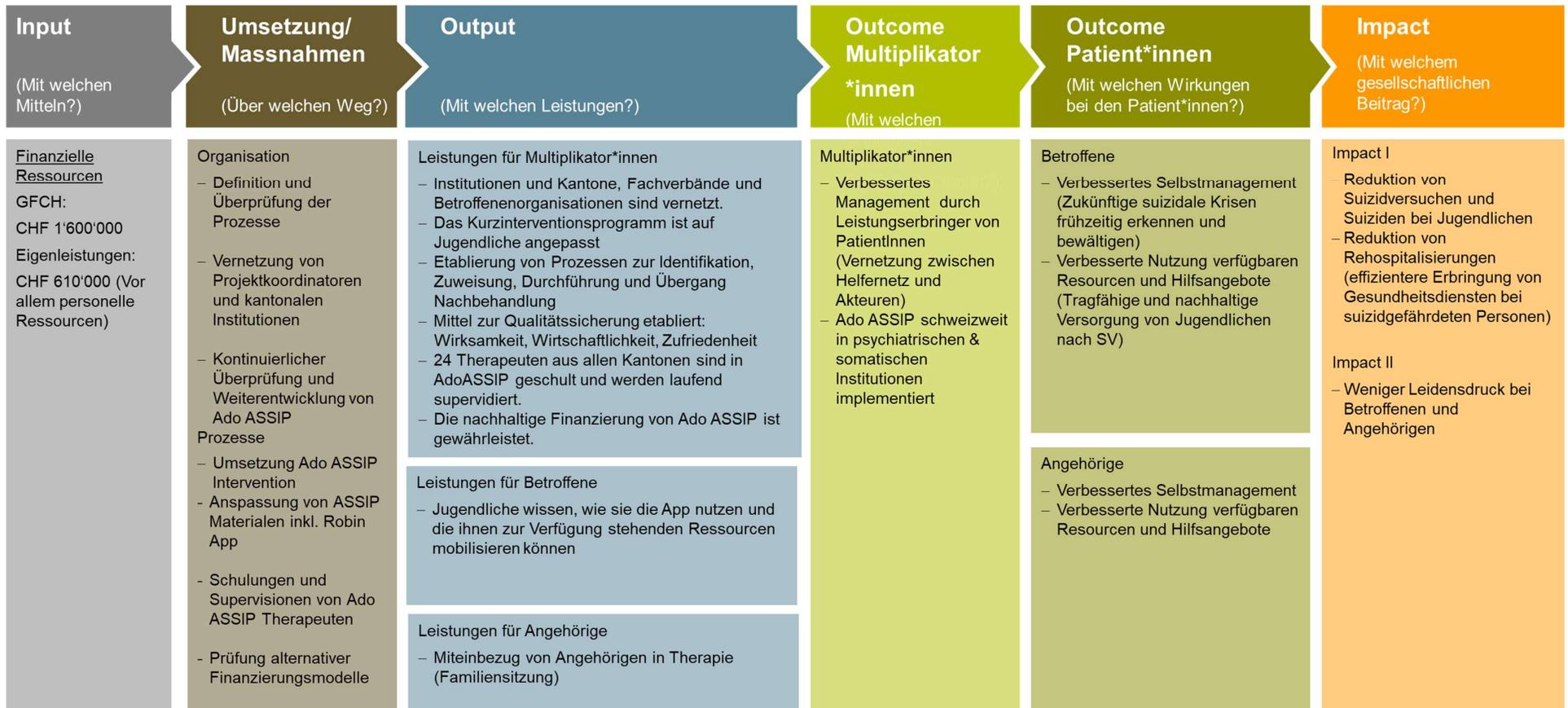
Erlauben Sie mir, in einer Woche nochmals mit Ihnen Kontakt aufzunehmen, um nachzufragen, wie es Ihnen geht? Ja/Nein *[Dies nur bei Personen erwähnen, denen es während des Interviews nicht gut ging.]*

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

[Aufnahme stoppen]

8.2 Wirkungsmodell

Wirkungsmodell Ado ASSIP



8.3 Ergänzende Tabelle

Tabelle 6. Zeitaufwand und Kostendeckung der Intervention

Tätigkeit	Beschreibung	Zeitaufwand (min)	Gedeckt durch Krankenversicherung
Vernetzung, Sensibilisierung und Prozessetablierung für Zuweisungen	z.B. mit Jugendsekretariat, Schulpsychologischer Dienst, allg. Notfallstation, etc. kontaktieren, damit Akteure wissen, dass es das gibt und die Jugendlichen zu rekrutieren.	30	
Rekrutierung	Screening und Identifikation von Jugendlichen nach SV, Vereinbarung Vorgespräche, Falleröffnung	30	0%
Vorbereitung Vorgespräch	Vorbereitung der Behandlungsvereinbarungen / Videoeverständniserklärung / Flyer	15	100%
Vorgespräch		45	100%
Nachbereitung Vorgespräch	Terminplanung, Information an ambulanter Behandler, Vereinbarungen einscannen und ablegen	30	0%
Vorbereitung 1. Sitzung	Hausaufgabe vorbereiten und drucken	15	100%
1. Sitzung		60	100%
Nachbereitung 1. Sitzung	Video transferieren, Admin (Abrechnung, Dokumentation)	30	0%
Vorbereitung 2. Sitzung	Videoplayback schauen, Szenen vorbereiten, prov. Fallkonzept schreiben, ausgefüllte Hausaufgabe vorbereiten	60	0%
2. Sitzung		90	100%
Nachbereitung 2. Sitzung	Admin (Abrechnung, Dokumentation)	15	100%
Vorbereitung 3. Sitzung	Fallkonzept schreiben inkl. Bedürfnisse, Warnzeichen, Notfallplan	40	100%
3. Sitzung		60	100%
Nachbereitung 3. Sitzung	Fallkonzept im Klinikinformationssystem ablegen und an Patient schicken, ggf. Fallkonzept an amb. Behandler schicken, Admin (Abrechnung, Dokumentation)	30	50%
Vorbereitung Familiensitzung	Fallkonzepte drucken, Vorbesprechung mit behandelnden Therapeuten	20	75%
Familiensitzung		90	100%
Nachbereitung Familiensitzung	Klinikinformationssystem updaten, Fallkonzept finalisieren und verschicken, Admin (Abrechnung, Dokumentation)	20	0%
Summe (Gesamt)		650	460 min (70.8%)

8.4 Literaturverzeichnis

- BAG. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*.
- Berger, G. E., Della Casa, A., & Pauli, D. (2015). Suizidalität bei Adoleszenten – Prävention und Behandlung. *Therapeutische Umschau*, 72(10), 619-632.
- Berger, G. E., & Michel, K. (2024). *Ein Präventionsprogramm für Jugendliche nach einem Suizidversuch. Therapiemanual*
- Unter Mitwirkung von Häberling I., Preisig M., Rizk M., Semple T., Blaser M., Pauli D., Walitza S., Eberhard S., Hansson A-L. .*
- Brändlin, R. (2022). *Überfordert und depressiv; die Mädchen sind verzweifelt und sehen keine Zukunft*
- Duffy, M. E., Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2019). Trends in Mood and Anxiety Symptoms and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Undergraduates, 2007-2018: Evidence From Two National Surveys. *J Adolesc Health*, 65(5), 590-598. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.04.033>
- Fässler, S., & Studer, S. (2018). *Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. G. Schweiz.
- Godoy Garraza, L., Kuiper, N., Goldston, D., McKeon, R., & Walrath, C. (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006-2015. *J Child Psychol Psychiatry*, 60(10), 1142-1147. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13058>
- 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>
- Keyes, K. M., Gary, D., O'Malley, P. M., Hamilton, A., & Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 54(8), 987-996. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01697-8>
- Mehanovic, E., Rosso, G., Cuomo, G. L., Diecidue, R., Maina, G., Costa, G., & Vigna-Taglianti, F. (2024). Risk Factors for Suicide Reattempt among Adolescents and Young Adults: The Role of Psychiatric Disorders. *Psychiatr Q*, 95(1), 69-84. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10064-5>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellvi, P., Pares-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebria, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodriguez-Jimenez, T., Rodriguez-Marin, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- 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. A., & Wyss, K. (2021). *Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung: Evaluationskonzept AdoASSIP*.
- Ruch, D. A., Sheftall, A. H., Schlagbaum, P., Rausch, J., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Trends in Suicide Among Youth Aged 10 to 19 Years in the United States, 1975 to 2016. *JAMA Netw Open*, 2(5), e193886. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3886>
- 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*.
- Steck, N., Egger, M., Schimmelmann, B. G., Kupferschmid, S., & Swiss National, C. (2018). Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(1), 47-56. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1019-6>

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.

WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.