



Evaluation des Projekts PsyYoung – Transkantonale Früherkennung und -intervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsene mit Risikostatus

Schlussbericht

Autor*innen

- Dr. Aureliano Crameri
- Lic. Phil. Brigitte Eich-Stierli
- Prof. Dr. Agnes von Wyl

Projektleitende Wirkungsmanagement

Gesundheitsförderung Schweiz

- Dr. Giovanna Raso
- Dr. Giada Gianola

Evaluation im Auftrag von
Gesundheitsförderung Schweiz

Bern, Oktober 2025



**Angewandte
Psychologie**

PsyYoung Transkantonale Früherkennung und -intervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Risikostatus

Schlussbericht der Evaluation

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Departement Angewandte Psychologie
Zentrum Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

Aureliano Cramer, Dr.
Brigitte Eich-Stierli, lic.phil.
Agnes von Wyl, Prof. Dr.

Zürich, 13. Mai 2025

Impressum

Vertragsnummer:	20.033
Evaluiertes Projekt:	PsyYoung: Transkantonale Früherkennung und -intervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Risikostatus (Projekt-Nr. PGV02.053)
Laufzeit der Evaluation:	Januar 2020 – Mai 2025
Datenerhebungsperiode:	September 2020 – März 2025
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung Schweiz:	Giada Gianola, Projektleiterin Wirkungsmanagement Dr. Giovanna Raso, Projektleiterin Wirkungsmanagement
Meta-Evaluation:	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:	keine Übersetzung
Zitiervorschlag:	Cramer, A., Eich-Stierli, B., & von Wyl, A. (2025). <i>PsyYoung: Transkantonale Früherkennung und -intervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Risikostatus, Schlussbericht der Evaluation</i> . Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Departement Angewandte Psychologie.
Korrespondenzadresse:	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Psychologisches Institut Pfungstweidstrasse 96 Postfach 707 8037 Zürich www.zhaw.ch/psychologie/pi

Inhalt

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Gegenstand und Zweck der Evaluation	1
2	Methodik.....	1
3	Ergebnisse.....	3
3.1	Konzept.....	3
3.2	Umsetzung	7
3.3	Outcomes	8
3.4	Hinweise auf Impact.....	20
4	Fazit und Empfehlungen.....	21
5	Literaturverzeichnis	24
6	Anhang A.....	27
7	Anhang B.....	28

Executive Summary

Das Projekt „PsyYoung“ fokussierte auf die transkantonale Früherkennung und Frühintervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit erhöhtem Psychoserisiko. Im Fokus dieses dreisprachigen (Französisch, Deutsch, Englisch) Pilotprojekts, welches in den Kantonen Waadt, Genf und Basel-Stadt umgesetzt wurde, stand die Optimierung der Früherkennung bei jungen Menschen bei gleichzeitiger Minimierung unnötiger Psychiatisierung. Die Massnahmen waren ausgerichtet auf die Standardisierung der Prozesse für die Diagnostizierung und Behandlung von Psychosen. Eine verbesserte Vernetzung und Koordination über die gesamte Versorgungskette hinaus beabsichtigte eine nachhaltige Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Lebensqualität und des Funktionsniveaus der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Die drei übergeordneten Projektziele waren: (a) eine verbesserte Lebensqualität und Funktionalität der Patient*innen, (b) eine daraus folgende Reduktion der direkten und indirekten Gesundheitskosten und (c) eine längerfristige Verankerung der Früherkennung in der Gesundheitsversorgung.

Für die externe Evaluation des Konzepts, der Umsetzung und der Outcomes, die von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) durchgeführt wurde, wurden klinische Dokumentationen sowie Befragungen von Patient*innen, Angehörigen, Multiplikator*innen und Projektträgern in der Zeitperiode 2020–2025 herangezogen.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass PsyYoung einen nachweisbaren Mehrwert für die psychiatrische Versorgung junger Menschen mit Psychoserisiko leistet. Die Analysen zeigen eine Reduktion der Hospitalisierungsrate und der Arbeits- und Schulabsenzen sowie eine reduzierte Einnahme von Neuroleptika und Benzodiazepinen. Zudem verbesserten sich die psychosoziale Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen. Die Ergebnisse deuten auf ein erhebliches Potenzial zur Reduktion direkter und indirekter Gesundheitskosten hin.

Aus den Evaluationsergebnissen lassen sich vier Optimierungsempfehlungen für das Management der projektbeteiligten Kliniken ableiten:

1. Die Sensibilisierung und Schulung sollte gezielt auf den Bildungsbereich ausgeweitet werden, um stigmafreie Zugänge zu schaffen und eine frühzeitige Prävention zu ermöglichen.
2. Die spezialisierten Zentren sollten transdiagnostische Ansätze stärker berücksichtigen, um Patient*innen mit komplexen Komorbiditäten den Zugang zu ermöglichen.
3. In allen Zentren sollten Angebote für Angehörige etabliert werden, einschliesslich regelmässiger Informations- und Austauschmöglichkeiten sowie psychologischer Unterstützung.
4. Das Fortbildungskonzept sollte differenziert werden, um der Heterogenität der Zielgruppen (medizinische und nichtmedizinische Fachpersonen) besser gerecht zu werden.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) fördert Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit (Gesundheitsförderung Schweiz, 2021). Die Projektförderung findet im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie) statt. Mit den Projekten sollen präventive Praktiken entlang der Gesundheitspfade mit den folgenden eng verbundenen Zielen etabliert werden: (1) Förderung der Lebensqualität und Autonomie von erkrankten Menschen oder Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko, (2) Reduzierung des Behandlungsbedarfs und (3) Dämpfung der Gesundheitskosten. Diese Ziele werden erreicht, indem einerseits das Selbstmanagement der Betroffenen gefördert wird, andererseits die Schnittstellen zwischen den umgebenden Systemen des Gesundheits-, Sozial- und Gemeinwesens und den darin tätigen Akteur*innen optimiert werden.

1.2 Gegenstand und Zweck der Evaluation

Gegenstand der Projektevaluation ist das Projekt PsyYoung, das von 2020 bis 2025 durch die PGV-Projektförderung unterstützt wurde. Die Evaluation schloss sowohl formative Aspekte wie die Umsetzung und die damit verbundenen Erfolgsfaktoren und Hindernisse als auch summative Aspekte wie Zielerreichung und Wirksamkeit ein. Diesbezüglich wurde das Wissen, die Einstellung und das Verhalten der Zielgruppen und schliesslich die Struktur, Kultur und Verhältnisse der Gesundheitsversorgung berücksichtigt.

Die Evaluation soll die Projektträger unterstützen, eine Qualitätssicherung garantieren und evidenzbasiertes Wissen für die PGV generieren. Die erarbeiteten Daten und Analyse fliessen in die Gesamtevaluation der Projektförderung PGV ein.

Die Schwerpunkte der Evaluation basierten auf den Vorgaben des Pflichtenhefts (Aus-schreibung) vom 19. November 2019 und wurden im vorliegenden Bericht in folgende Gruppen unterteilt: (I) **Konzept**, (II) **Umsetzung**, (III) **Outcome** bei **Multiplikator*innen** und auf der **Verhältnisebene** sowie **Outcome** bei **Patient*innen** und **Angehörigen** und (IV) Hinweise auf **Impact**.

2 Methodik

Die Datenquellen, auf die sich die Evaluation stützte, sind in den Tabellen 1 und 2 aufgelistet. Neben den Dokumenten zum Projekt waren erhobene qualitative und quantitative Daten von zentraler Bedeutung für den vorliegenden Bericht. Die umfangreichste Datenquelle war die Clinical Report Form (CRF), ein Formular, auf dem die Case Manager die Ergebnisse der vier Assessments¹ mit den Patient*innen protokollierten. Die CRF umfasste ebenfalls die Antworten der Patient*innen (T0 und T3) zu den beiden Le-

¹ T0: bei Aufnahme, T1: nach vier Monaten, T2: nach 8 Monaten, T3: nach 12 Monaten

bensqualitätsfragebögen WHOQOL-BREF und EQ-5D-5L. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden mithilfe der Faktorenanalyse aus den Items der beiden genannten Fragebögen zwei Skalen gebildet: Eine erfasste die Emotionale Stabilität (11 Items, $\alpha = 0,89$), die andere die Leistungsfähigkeit (6 Items, $\alpha = 0,85$).

Von den Patient*innen, die die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme unterschrieben haben, lagen für **212** Personen Daten aus der CRF vor, die für die Bewertung der Outcomes verwertbar waren. Die Projektleitung meldete in ihrem Jahresbericht 2024 insgesamt **1176** zugewiesene Patient*innen (davon 582 mit einem negativen Befund). Es handelte sich um klinikinterne Zahlen, auf die das Evaluationsinstitut keinen Zugang hatte und die deshalb in dem folgenden Bericht nicht berücksichtigt werden konnten. Grundsätzlich hat das Evaluationsteam nur Zugang zu patientenbezogenen Daten, die gemäss dem von den Ethikkommissionen der jeweiligen Kantone bewilligten Antrag für Studienzwecke zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Eine weitere Datenquelle waren die Befragungen mit Patient*innen, Angehörigen, Multiplikator*innen und Casemanager*innen, die entweder telefonisch, postalisch oder online durchgeführt wurden. Von den 212 Patient*innen mit einer ausgefüllten CRF konnten 79 zusätzlich telefonisch befragt werden.

Das CHUV war die einzige am Projekt teilnehmende Institution, die Angehörige in die Behandlung einbezog. Zur Bewertung deren Zufriedenheit mit der professionellen Unterstützung erhielten 90 Angehörige einen Fragebogen per Post. Zwanzig Personen sandten den ausgefüllten Fragebogen zurück.

Verschiedene Stichproben von Multiplikator*innen wurden im Rahmen der Fortbildungen und Versorgungskonferenzen mittels Online-Befragungen erfasst, während Zuweisende zusätzlich telefonisch befragt wurden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1. Überblick über Datenquellen zur Evaluation der Outcomes

Datenquelle	Stichproben- grösse	Überprüfte Outcomes
Clinical Report Form (CRF)	212	O1, O2, O3
Befragungen		
Patient*innen (telefonische Befragungen)	79	O3
Angehörigen (postalische Befragungen)	20	O3
Case Manager (telefonische und online Befragungen)	15	O2
Zuweisende (telefonische Befragungen)	33	O1
Fortbildungsteilnehmende (Online-Befragungen)	180	O4
Konferenzteilnehmende (Online-Befragungen)	45	O4

Die Auswertungen der quantitativen Daten werden in deskriptiver Form im Kapitel 3 präsentiert. Die Kennwerte der Regressionsmodelle, die für die inferenzstatistische Überprüfung der Unterschiede bzw. Zusammenhänge verwendet wurden, sind im Anhang B aufgeführt.

3 Ergebnisse

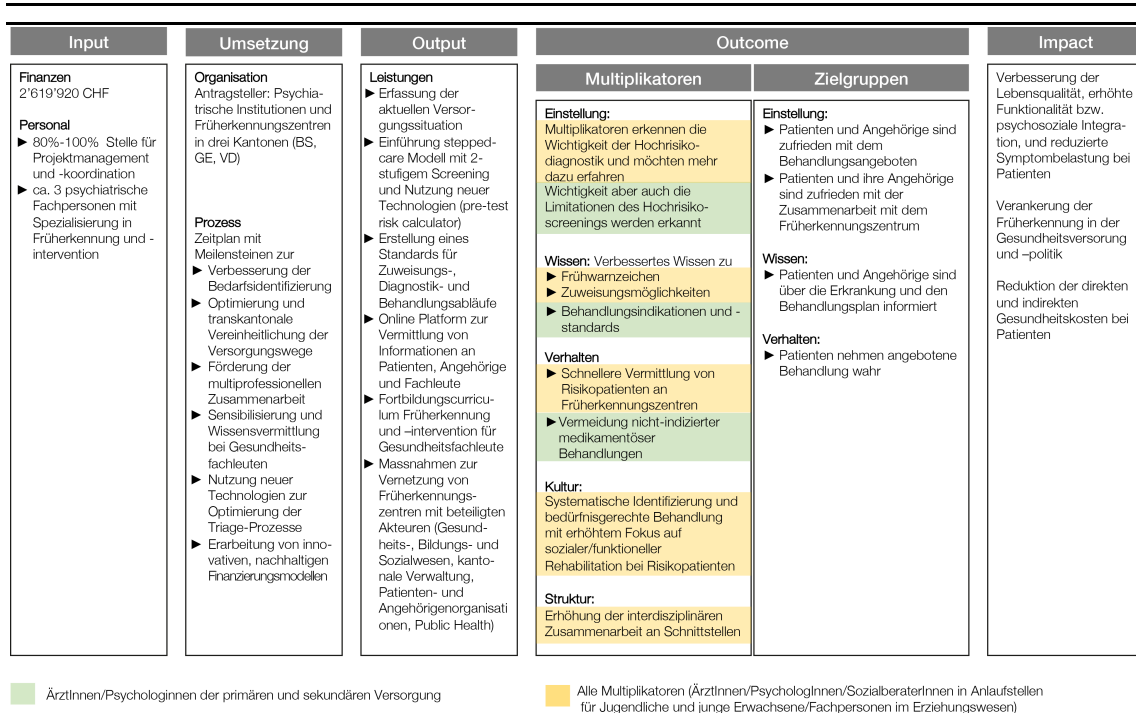
3.1 Konzept

Das im Folgenden evaluierte Projekt „PsyYoung“ wurde von **den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPKB)**, dem **Psychiatriedepartment des Universitätsklinikums Waadt (CHUV)** sowie dem **Kinderspital der Universitätskliniken Genf (HUG)** getragen. Das Projekt förderte die Früherkennung und Frühbehandlung bei jungen Menschen mit einem erhöhten Risiko, eine Psychose zu entwickeln, bei gleichzeitiger Vermeidung unnötiger Psychiatrisierung und nicht-indizierter Behandlungen. Es handelte sich um eine indizierte Prävention psychotischer Störungen während der Prodromalphase (Phase vor dem Ausbruch des vollständigen Störungsbildes), die gezielt bei jungen Personen betrieben wurde, die bestimmte biologische, soziale oder psychische Anzeichen mit einem prädiktiven Charakter für den Ausbruch einer Psychose aufwiesen. Das Wirkungsmodell des Projekts ist in Abbildung 1 und in Abbildung A1 abgebildet. Entsprechend diesem Modell förderte das Projekt die Entwicklung und Innovation in folgenden Punkten: (1) Vernetzung von spezialisierten Früherkennungszentren mit den beteiligten Akteuren, insbesondere mit Fachpersonen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen, (2) Wissensvermittlung, insbesondere bei Fachpersonen bezüglich Früherkennung und -intervention, (3) Erarbeitung von Leitlinien bezüglich Zuweisung, Diagnostik und Behandlung.

Die wichtigsten Zielgruppen waren (1) Jugendliche und junge Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für eine Psychose (15 – 25 Jahre), (2) Fachpersonen, die mit jungen Menschen mit einem Risikostatus in Kontakt treten (Psychiatrie, Therapie, soziale Arbeit, Allgemeinmedizin, Erziehung, usw.) und (3) Angehörige von jungen Menschen in einem Risikostatus.

In den folgenden drei Bereichen ist ein Impact der Projektmassnahmen zu erwarten: (a) eine verbesserte Lebensqualität und Funktionalität der Patienten*innen, (b) eine daraus folgende Reduktion der direkten und indirekten Gesundheitskosten und (c) eine längerfristige Verankerung der Früherkennung in der Gesundheitsversorgung.

Abbildung 1. Wirkungsmodell



Das oben dargestellte Wirkungsmodell wurde durch neun² konkrete Massnahmen operationalisiert, die systematisch zur Erreichung von fünf Hauptoutcomes beitragen sollten. Tabelle 2 zeigt die Zuordnung dieser Massnahmen zu den jeweiligen Projektzielen sowie die dabei generierten Outputs und verwendeten Evaluationsquellen.

² Ursprünglich waren zehn Massnahmen vorgesehen. Massnahme M2 - die Übersetzung und Validierung des Selbstbeurteilungs-Instruments Prodromal Questionnaire (PQ-16) ins Deutsche und Französische - entfiel, da diese bereits vor Projektbeginn realisiert worden war.

Tabelle 2. Überblick zur Umsetzung des Projekts

Massnahme	Outputs	Projektziele / Outcomes	Quelle der Evaluation
M1. Erfassung der Versorgungssituation	• Umfrage bei den beteiligten Zentren	O1. Verbesserte Identifizierung von Bedarf für spezialisierte Zuweisung bei jungen Menschen	• Publizierte Ergebnisse in Bailey et al. (2024) • Clinical Report Form (CRF) • Feedback der Zuweisenden
M3. Behandlungsabläufe festlegen	• Standard Operating Procedure (SOP)	O3. Verbesserung der Verläufe bei jungen Patient*innen mit erhöhtem Psychoserisiko	• SOP • CRF • Feedback der Patient*innen • Feedback der Angehörige
M4. Erstellung einer Online-Plattform	• Webseite https://psyyoung.ch	O4. Sensibilisierung und Wissensvermittlung im Gesundheits- und Bildungswesen	• Zugriffstatistiken
M5. Vereinheitlichung Assessment-Tools	• Assessment Battery version 4	O2. Optimierung der Versorgungswege für Patient*innen mit positivem Screening O3. Verbesserung der Verläufe bei jungen Patient*innen mit erhöhtem Psychoserisiko	• Publizierte Ergebnisse in Conchon et al. (2023)

Tabelle 1. Überblick zur Umsetzung des Projekts (Fortsetzung)

Massnahme	Outputs	Projektziele / Outcomes	Quelle der Evaluation
M6. Versorgungskonferenz	• Zwei eintägige Versorgungskonferenzen • Netzwerkarbeit	O4. Sensibilisierung und Wissensvermittlung im Gesundheits- und Bildungswesen	• Powerpoint-Präsentationen • Feedback der Teilnehmenden • Liste der Stakeholders
M7. Multiaxiales Assessment	• SOP Klassifikationstafel für Behandlungspläne	O2. Optimierung der Versorgungswege für Patient*innen mit positivem Screening	• SOP Klassifikationstafel für Behandlungspläne • CRF
M8. Fortbildungscurriculum	• Schulungsmaterial unter https://learning.psyyoung.ch/ • 16 Fortbildungen	O4. Sensibilisierung und Wissensvermittlung im Gesundheits- und Bildungswesen	• Schulungsmaterial • Prüfungsergebnisse • Feedback der Teilnehmenden
M9. Prädiktives Machine-learning Modell	• Pretest Risk Calculator als Excel-Tabelle	O2. Optimierung der Versorgungswege für Patient*innen mit positivem Screening	• Publierte Ergebnisse in Sprüngli et al. (2024) • Feedback der Case-Manager*innen
M10. Strategiepapier "Früherkennung und -intervention"	• Strategiepapier «Improving access to care for young people at risk of psychosis in Switzerland.»	O5. Grundlage für nachhaltige Finanzierungsmodelle erarbeiten	• Strategiepapier

Die Kernelemente des Wirkungsmodells werden im Projektantrag vom 15.8.2019 und in dem Strategiepapier «Improving access to care for young people at risk of psychosis in Switzerland.» vom April 2025 beschrieben.

Frühinterventionsprogramme haben zwei zentrale Prioritäten:

1. Sicherstellen, dass Personen mit einer ersten psychotischen Episode (FEP) unverzüglich behandelt werden
2. Identifizierung von Menschen mit einem erhöhten Risiko für eine Psychose (**At Risk Mental States** [ARMS] oder auch **Clinical High Risk** [CHR]), bevor sich das vollständige Krankheitsbild entwickelt

Die Förderung dieser Früherkennung und Frühintervention mit präventivem Charakter stützt sich auf folgende Hauptmassnahmen:

1. Die Früherkennungszentren mit den Fachpersonen (die Multiplikator*innen) auf dem Feld stärker vernetzen
2. Diese Fachpersonen bezüglich der Problematik und der Lösungsansätze aufklären
3. Die diagnostischen Mittel sowohl bei den externen Fachpersonen als auch in den Zentren optimieren (Leitlinienentwicklung)

Der Impact dieser Massnahmen ist in den folgenden drei Bereichen zu erwarten:

- a) Eine verbesserte Lebensqualität und Funktionalität der Patient*innen
- b) Eine daraus folgende Reduktion der direkten und indirekten Gesundheitskosten
- c) Eine längerfristige Verankerung der Früherkennung in der Gesundheitsversorgung

Aus der Perspektive der Evaluation wird dieses Wirkungsmodell vor allem aus den folgenden Gründen als sinnvoll erachtet: Es strebt einen multiperspektivischen Impact an. Die Wirkung wird aus verschiedenen relevanten Perspektiven betrachtet: patientenbezogen (Lebensqualität), ökonomisch (Kostenreduktion) und systemisch (Verankerung im Gesundheitssystem). Die Praktikabilität ist gegeben, da die beschriebenen Massnahmen konkret und umsetzbar sind, was die Anwendbarkeit des Modells erhöht. Es verbindet praxisorientierte Elemente (Fortbildungscurriculum) mit diagnostischen Werkzeugen (multiaxiales Assessment) sowie strategischer Planung (Strategiepapier). Mit dieser ausgewogenen Herangehensweise werden sowohl die unmittelbaren Bedürfnisse der Fachpersonen als auch die langfristige Systemintegration und Qualitätssicherung adressiert.

3.2 Umsetzung

Die oben beschriebenen Früherkennungen und Frühbehandlungen wurden in den folgenden drei Universitätskliniken angeboten: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

(UPKB), Psychiatriedepartment des Universitätsklinikums Waadt (CHUV) und Universitätskliniken Genf (HUG). In den UPKB wird die entsprechende Dienststelle **BEATS** (Basel Early Treatment Service) genannt und betreut sowohl Jugendliche als auch Erwachsene. Im CHUV werden Jugendliche und Erwachsene von getrennten Teams betreut: Das Programm **TIPP** (traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques) ist für Erwachsene und das Programm **ERA** (évaluation du risque psychotique à l'adolescence) für Jugendliche zuständig. In den HUG wurden die Früherkennungsassessments im Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (**SPEA**) angeboten. Dort konnten auch Patient*innen des Programms **JADE** (jeunes adultes avec troubles psychiques débutants) und Klient*innen des Office Médico-pédagogique (**OMP**) zugewiesen werden.

Um den Impact der Früherkennungen und Frühbehandlungen zu verstärken, wurden im Rahmen des Projekts neun Massnahmen realisiert (Tabelle 1). Sechs davon wurden bis Ende 2021 umgesetzt. Die anderen drei, nämlich die Erarbeitung des Fortbildungscurriculums in Lausanne und Genf (M8), die Entwicklung eines multiaxialen Assessments (M7) und die Ausarbeitung eines Strategiepapiers zur Früherkennung und Frühintervention (M10) wurden zwischen 2022 und 2025 umgesetzt.

Zu den Erfolgsfaktoren des Projekts zählten (1) die grosse und sich gegenseitig ergänzende Expertise der Beteiligten im Bereich Früherkennung und Frühintervention und (2) der grosse Einsatz von internen Personalressourcen seitens der beteiligten Institutionen.

3.3 Outcomes

O1 Verbesserte Identifizierung von Bedarf für spezialisierte Zuweisung bei jungen Menschen

Zur Überprüfung dieses Outcomes wurden die folgenden Indikatoren analysiert. Die ersten drei wurden von den Projektträger*innen im Projektantrag von 15.8.2019 aufgeführt. Weitere zwei Indikatoren (d, e) wurden im Rahmen der Evaluation zusätzlich definiert.

- a) Anzahl der **Zuweisungen** von jungen Menschen mit Hochrisiko bzw. mit einer ersten Episode einer Psychose an die beteiligten spezialisierten Frühinterventionsstellen (Anzahl Zuweisungen mit einem positiven Befund)
- b) Anteil der **späten Erstzuweisungen** (d. h. jeweils erst nach einem stationären Aufenthalt) an Früherkennungsstellen.
- c) Anteils der Hochrisikopatienten, die bei Erstzuweisung bereits mit **Antipsychotika** mediziert sind
- d) Prognostische **Validität** des Screeningsinstruments PQ-16
- e) **Zufriedenheit** der Zuweisenden mit dem Angebot der Früherkennungsstellen

Für 212 Patient*innen, die die Einverständniserklärung unterschrieben hatten, standen klinische Daten aus dem CRF für die Outcome-Evaluation zur Verfügung. Das Durchschnittsalter der Patient*innen betrug 20,8 Jahre (Min: 15; Max: 35³). Bei der Geschlechterverteilung überwogen mit 59% leicht die Jungen bzw. Männer. In Ausbildung befanden sich 54% der Personen, weitere 19% waren Teilzeit oder Vollzeit beschäftigt. In Basel wurden 88, in Waadt 94 und in Genf 30 Patient*innen rekrutiert. Die klinischen Gruppen innerhalb der Gesamtstichprobe verteilten sich wie folgt: 85 bzw. 61 Personen gehörten den Gruppen FEP bzw. CHR (im Folgenden als „CHR-P“ bezeichnet) an, 51 Personen erhielten eine andere Diagnose (im Folgenden als „CHR-N“ bezeichnet) und bei neun Personen konnte keine eindeutige Diagnose gestellt werden. Die Patient*innen der Gruppe CHR-N wurden als negative Fälle in die Studie aufgenommen, um die prognostische Validität des PQ-16 (Prodromal-Questionnaire; Isig et al., 2012) zu überprüfen.

Anzahl Fälle mit einem positiven Befund

Ein primäres Ziel des Projekts war es, die Anzahl der Zuweisungen mit positivem Befund zu erhöhen, also jener Patient*innen, die in eine Frühintervention eingebunden werden können. Um einen möglichen positiven Trend zu überprüfen, wurde die Anzahl der Zuweisungen in Abhängigkeit zum Zeitpunkt analysiert (siehe Tabelle 3 und Tabelle B1).

Als Zeiteinheit wurde das Quartal gewählt. Der Rekrutierungszeitraum der Studie umfasst zehn vollständige Quartale (2021-2 bis 2023-3). Es war keine Zunahme der Häufigkeit im Laufe der Zeit, weder für die CHR-P noch für die FEP, feststellbar.

Tabelle 3. Rekrutierte Fälle mit unterschriebener Einverständniserklärung

Quartal	CHR-N	CHR-P	FEP	Neuroleptika vor der Zuweisung (%)		Hospitalisation vor der Zuweisung (%)	
				CHR-P	FEP	CHR-P	FEP
2021-2	5	3	10	50,0	50,0	100,0	50,0
2021-3	2	3	9	0,0	80,0	0,0	81,8
2021-4	7	7	11	33,3	77,8	36,4	58,1
2022-1	7	9	7	28,6	90,0	36,4	38,9
2022-2	6	7	7	44,4	100,0	26,5	46,4
2022-3	6	6	6	57,1	71,4	74,1	53,3
2022-4	4	6	7	16,7	83,3	42,9	100,0
2023-1	4	3	9	83,3	100,0	85,2	97,2
2023-2	11	4	5	0,0	77,8	25,0	94,3
2023-3	2	7	9	75,0	100,0	63,6	100,0

Anmerkungen. CHR-N: kein Risiko-Status, CHR-P: mit Risiko-Status, FEP: Erste psychotische Episode

³ Die ursprüngliche Altersspanne von 15 bis 25 Jahren wurde im Laufe des Projekts auf 35 Jahre erhöht.

Anteil später Erstzuweisungen

Eine signifikante Abnahme des Anteils der späten Überweisungen an ein spezialisiertes Zentrum, das heisst erst nach einem stationären psychiatrischen Aufenthalt, konnte nicht festgestellt werden (siehe Tabelle 3 und Tabelle B2). In der Gruppe CHR-P war diesbezüglich sogar ein unerwünschter Anstieg feststellbar.

Anteils der Hochrisikopatienten mit verschriebenen Neuroleptika

Eine signifikante Abnahme des Anteils der Hochrisikopatienten, die bei Erstzuweisung bereits mit Antipsychotika mediziert waren, konnte nicht festgestellt werden (siehe Tabelle 3 und Tabelle B3).

Prognostische Validität des Screeningsinstruments PQ-16

Die zuweisenden Fachpersonen wurden angewiesen, potenzielle positive Fälle mithilfe des PQ-16 zu identifizieren. Dabei handelt es sich um ein Selbsteinschätzungsinstrument mit 16 Items. Der Verdacht eines Hochrisikos besteht, wenn der Patient oder die Patientin mindestens 6 Punkte erreicht. Er oder sie gilt dann als Kandidat bzw. Kandidatin für eine umfassende Abklärung in einem spezialisierten Zentrum.

Mit den vorliegenden kleinen Stichproben konnten wir die prognostische Validität des Instruments nicht vollständig testen. Die Mittelwerte in Tabelle 4 sowie die Ergebnisse des Regressionsmodells (Tabelle B4) deuteten jedoch darauf hin, dass das Instrument bei CHR-P sensitiver ist als bei den beiden anderen Gruppen. Es kann daher bei der Identifizierung von Hochrisikopatienten hilfreich sein.

Tabelle 4. Punktzahl beim Screening PQ-16

Diagnose	N	Mittelwert	SD
CHR-N	57	8,8	3,8
CHR-P	61	10,4	2,6
FEP	85	7,8	4,1

Anmerkungen. CHR-N: kein Risiko-Status, CHR-P: mit Risiko-Status, FEP: Erste psychotische Episode. SD: Standardabweichung

Zufriedenheit der Zuweisenden

Die Antworten der 33 Fachpersonen – mehrheitlich Psychiater*innen und Psycholog*innen –, die telefonisch zum Angebot der spezialisierten Zentren befragt wurden, sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Aus den Rückmeldungen liess sich eine überwiegend positive Zusammenarbeit mit den spezialisierten Zentren entnehmen. Der Mehrwert des Angebots für die psychiatrische Versorgung wurde anerkannt.

Die beiden wichtigsten Zentren des Projekts, BEATS in Basel und TIPP in Lausanne, unterscheiden sich in ihren Behandlungskonzepten. Während in Basel das traditionelle ambulante Setting angeboten wird, gibt es in Lausanne ein aufsuchendes gemeindepsychiatrisches Angebot (Assertive Community Treatment, Baumann et al., 2013). Ein mobiles Team aus Case Managern klärt therapieresistente Patient*innen oder solche, die eine längere ambulante Beurteilung benötigen, ab und bindet sie ein, bevor sie an die Ambulanz überwiesen werden können. Im Programm TIPP werden zudem Angehörige in die Behandlung einbezogen.

Die engen Einschlusskriterien, die eine Zuweisung von Patient*innen mit anderen Hauptdiagnosen verhindern, werden bei beiden Zentren bemängelt.

Tabelle 5. Rückmeldungen der Zuweisenden zum Angebot der spezialisierten Zentren

Positiv
• Das Angebot ist hilfreich für eine Zweitmeinung oder für eine Differentialdiagnose • Hilfreiche Abklärungen bei komplexen Fällen • Differenzierte Berichterstattung • Gute Behandlungsempfehlungen • Generell gute Erreichbarkeit der Case Manager, gute Kommunikation • Einbezug der Angehörigen (TIPP) • Langfristige Betreuung der Patienten möglich (TIPP) • Teilnahme an der Fallbesprechung möglich (TIPP)
Kritisch
• Wartezeiten bis zum ersten Termin manchmal zu lang (BEATS) • Unzureichende Informationen bezüglich des Ablaufs der Abklärung (Flyer für Patienten wäre wünschenswert) • Keine externen Abklärungen in forensischen Einrichtungen (BEATS) • Enge Einschlusskriterien (z.B. keine bipolaren Störungen) • Wenig Präsenz in bestimmten Regionen

Anmerkungen. Zuweisende aus folgenden Zentren: BEATS (Basel, Jugendliche und Erwachsene), TIPP (Lausanne, Erwachsene), ERA (Lausanne, Jugendliche), SPEA (Genf, Jugendliche)

O2 Optimierung der Versorgungswege für Patient*innen mit positivem Screening

Für die Analyse dieses Outcomes wurden folgende Indikatoren, die im Projektantrag formuliert wurden, herangezogen:

- a) Anteil zugewiesener Patient*innen, für die ein individualisierter **Behandlungsplan** innerhalb von 1 Monat erstellt wurde
- b) Anteil der Patient*innen, die **mindestens ein Angebot** des individualisierten Behandlungsplans wahrnehmen
- c) Direkte und indirekte **Gesundheitskosten** in den ersten 12 Monaten nach Zuweisung
- d) **Benutzerfreundlichkeit** des Risk-Calculators

Individualisierte Behandlungspläne

Die Analyse der CRF-Daten ergab, dass 50 % der Behandlungspläne innerhalb von 2,8 Wochen und 75 % innerhalb von acht Wochen erstellt wurden. Für die übrigen 25 % war eine Zeit von bis zu 32 Wochen erforderlich.

Abbildung 2. Häufigkeiten der Indikationen im Behandlungsplan (N=183)

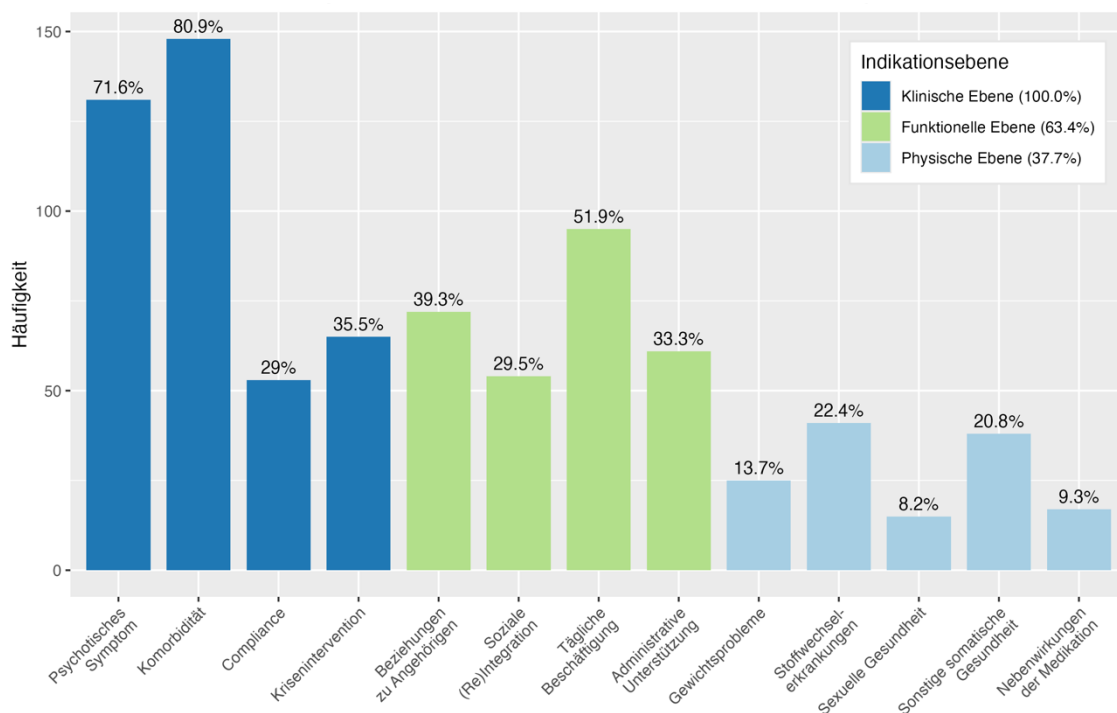


Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit der Behandlungsziele innerhalb der multiaxialen, multiprofessionellen Intervention, die in den individualisierten Behandlungsplänen vorgeschlagen wurden. An erster Stelle stand die Therapie psychotischer Symptomatik und komorbider Störungen. In mindestens 50% der Fälle wurden Interventionen zur Förderung des psychosozialen Funktionsniveaus vorgeschlagen. Darüber hinaus waren bei mindestens einem Fünftel der Fälle Interventionen zur Behandlung von somatischen Beschwerden indiziert.

Die Angaben aus dem CRF belegen, dass 89% der Patienten*innen mindestens ein Angebot aus dem Behandlungsplan in Anspruch nehmen.

Gesundheitskosten

Um den Einfluss der begleitenden Frühintervention auf die direkten bzw. indirekten Gesundheitskosten zu explorieren, wurden die psychiatrischen Hospitalisationen bzw. die Absenzen von Schule oder Arbeit im Laufe der 12-monatigen Begleitung in den spezialisierten Zentren analysiert. Die Prozentzahlen in Tabelle 6 und die Ergebnisse der Regressionsanalyse (Tabelle B5) zeigten eine progressive Abnahme der Hospitalisationen während der spezialisierten Begleitung. Bezüglich der mittleren Aufenthaltsdauer war kein zeitabhängiger Trend zu erkennen.

Tabelle 6. Psychiatrische Hospitalisationen im Laufe der Begleitung (N=144 Patient*innen)

Zeitpunkt	Anzahl Beobachtungen	Hospitalisationen in den letzten 4 Monaten		
		N	%	Mittlere Aufenthaltsdauer
T0: Aufnahme	144	55	38,2	28,8
T1: nach 4 Monaten	122	21	17,2	47,3
T2: nach 8 Monaten	106	7	6,6	72,3
T3: nach 12 Monaten	98	5	5,1	23,0

Der Anteil an Patient*innen, die über Absenzen in der Schule oder am Arbeitsplatz berichteten, nahm im Laufe der 12-monatigen Begleitung signifikant ab (siehe Tabellen 7 und B6). Die durchschnittliche Anzahl Fehltag nahm ebenfalls progressiv ab.

Tabelle 7. Absenzen von Schule oder Arbeit im Laufe der Begleitung

Zeitpunkt	Total Fälle	Absenzen in den letzten 4 Monaten		
		N	%	Mittelwert Fehltag
T0: Aufnahme	144	71	49,3	47,2
T1: nach 4 Monaten	136	39	28,7	36,1
T2: nach 8 Monaten	122	29	23,8	29,4
T3: nach 12 Monaten	116	28	24,1	26,5

Risk-Calculator

Mit Patientendaten aus den beteiligten Zentren wurde die Vorhersagegenauigkeit des Risk Calculators berechnet (Sprüngli et al., 2023). Seine Diskriminationsfähigkeit lag je nach Auswertungsvorgehen zwischen *nur minimal über dem Zufall* bis *schwach* (Harell's C = 0.51 – 0.69). Die Bewertung der Benutzerfreundlichkeit durch neun Casemanager*innen ergab mit einem Mittelwert von 2,8 auf einer Skala von 1 bis 5 ein knapp genügendes Ergebnis.

O3 Verbesserung der Verläufe bei jungen Patient*innen mit erhöhtem Psychoserisiko

Für die Analyse dieses Outcomes zog das Evaluationsteam folgende Indikatoren heran:

- a) Einschätzung der **Lebensqualität und Funktionalität**
- b) Angewiesenheit auf **Medikamente**
- c) **Zufriedenheit der Patient*innen** mit der Beratung bzw. mit dem angebotenen Behandlungsplan
- d) **Zufriedenheit der Angehörigen** mit der angebotenen Unterstützung

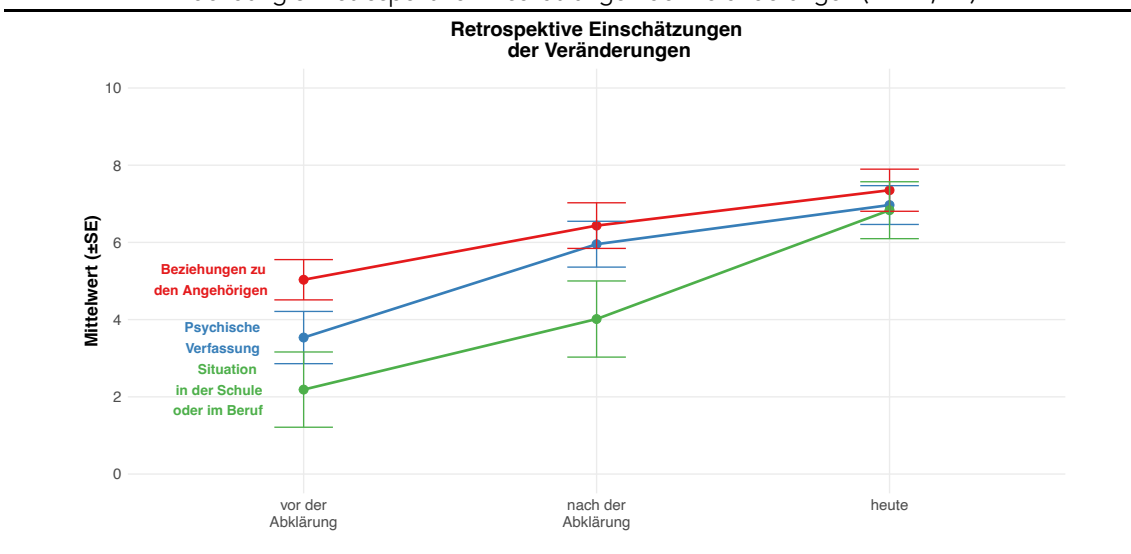
Lebensqualität und Funktionalität

Die Lebensqualität wurde bei T0 und T3 gemessen (Tabelle 8). Dabei zeigte sich, dass Patient*innen, die bereits eine Frühintervention erhalten hatten, bei T0 im Durchschnitt signifikant höhere Werte auf beiden Lebensqualitätsskalen aufwiesen als Patient*innen, die eine solche Intervention noch nicht erhalten hatten. In beiden Gruppen nahm die Lebensqualität im Laufe der Begleitung signifikant zu (Tabellen B7 und B8).

Tabelle 8. Veränderung der emotionalen Stabilität und der Leistungsfähigkeit

Patient:in erhielt bereits eine Behandlung in einem spezialisierten Zentrum						
	Nein			Ja		
Zeitpunkt	N	Emotionale Stabilität (M)	Leistungsfähigkeit (M)	N	Emotionale Stabilität (M)	Leistungsfähigkeit (M)
T0: Aufnahme	77	2,8	3,0	45	3,3	3,4
T3: nach 1 Jahr	48	3,2	3,3	26	3,7	3,7

Abbildung 3. Retrospektive Einschätzungen der Veränderungen (N=79, T1)



Anmerkung. Bewertungsskala zwischen 0=äusserst schlecht und 10 =äusserst gut

Zum Zeitpunkt T1 konnte ein Teil der Stichprobe telefonisch befragt werden. Abbildung 3 zeigt ihre retrospektive Einschätzung ihres Funktionsniveaus vor der Abklärung im spezialisierten Zentrum, nach der Abklärung und zum Zeitpunkt der Befragung. In allen drei befragten Dimensionen – Schule/Arbeit ($t = 4,3^*$), Familie ($t = 4,6^*$) und psychische Verfassung ($t = 3,7^*$) – konnten signifikante Verbesserungen festgestellt werden.

Angewiesenheit auf Medikamente

Die Verschreibung von Neuroleptika an Patient*innen mit einem erhöhten Risiko für eine Psychose ist kontraindiziert, da sie zu gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen führen kann, während der präventive Nutzen unklar ist (Moncrieff, 2006). Die Daten aus der CRF zeigten, dass fast 43% der Personen in der CHR-P-Gruppe bereits vor der Aufnahme mit Neuroleptika mediziert wurden.

Wie die Prozentzahlen in Tabelle 9 bzw. die Ergebnisse der Regressionsanalyse in Tabelle B9 zeigen, nahm der Anteil der Patient*innen, die Neuroleptika einnehmen, während der 12-monatigen Begleitung in einem spezialisierten Zentrum signifikant ab.

Tabelle 9. Einnahme von Neuroleptika

Zeitpunkt	CHR-P			FEP		
	N	% nein	% ja	N	% nein	% ja
T0: Aufnahme	61	57,4	42,6	84	14,3	85,7
T1: nach 4 Monaten	51	62,7	37,3	73	17,8	82,2
T2: nach 8 Monaten	38	63,2	36,8	67	23,9	76,1
T3: nach 12 Monaten	40	65,0	35,0	57	35,1	64,9

Anmerkungen. CHR-P: mit Risiko-Status, FEP: Erste psychotische Episode.

Tabelle 10. Einnahme von Benzodiazepinen

	N	% nein	% ja
T0: Aufnahme	145	57,9	42,1
T1: nach 4 Monaten	124	74,2	25,8
T2: nach 8 Monaten	105	75,2	24,8
T3: nach 12 Monaten	97	76,3	23,7

Eine weitere Klasse von Medikamenten, die gesundheitsschädliche Wirkungen haben, sind Benzodiazepine. Eine längerfristige Einnahme dieser Medikamente führt unter anderem zu kognitiven Beeinträchtigungen, emotionaler Abstumpfung und Motivationsverlust (Barker et al., 2004; Micheline et al., 1996).

Zum Zeitpunkt der Aufnahme nahmen 42% der Patient*innen der Gruppen CHR-P und FEP einen solchen Arzneistoff ein. Das häufigste Präparat war Lorazepam (Handelsname Temesta).

Im Laufe der 12-monatigen Begleitung in einem spezialisierten Zentrum nahm der Anteil an Patient*innen, die Benzodiazepine einnehmen, signifikant ab (Tabellen 10 und B10).

Zufriedenheit der Patient*innen

Zum Zeitpunkt T3 füllten 72 Patient*innen den Client Satisfaction Questionnaire (CSI) aus. Der erreichte Skalenmittelwert betrug 5,8 auf einer Skala zwischen 1 (nie) und 7 (trifft immer zu), was einer mittleren Bewertung zwischen „oft“ und „fast immer“ zufrieden entspricht.

Zufriedenheit der Angehörigen

Das Programm TIPP in Lausanne ist die einzige teilnehmende Institution im Projekt, die Angehörige in die Behandlung einbezieht. Zur Evaluation des Angebots wurden bei einer Stichprobe von Angehörigen folgende Fragen gestellt:

- Was hat Ihnen als Angehöriger am meisten geholfen?
- Was hat Sie in Ihren Beziehungen zu den Fachleuten des Interventionszentrums positiv beeindruckt?
- Was hat Sie negativ beeindruckt?
- Was sollte das Interventionszentrum anbieten, um Ihnen als Angehörigem zu helfen oder Ihre Situation zu erleichtern

Zwanzig Personen haben an der postalischen Befragung teilgenommen (11 Mütter, 8 Väter und ein Geschwister). Aus ihren Rückmeldungen können folgende positive Aspekte identifiziert werden:

- Information und Kommunikation (Behandlungsinformationen, Aufklärungsmaterial, Austausch mit Fachpersonal)
- Fachliche Kompetenz und gute Organisation der Nachsorge
- Gruppenangebote und Austausch mit anderen Betroffenen
- Familientherapeutische Angebote

Folgende Kritische Punkte gehen aus den Antworten hervor:

- Ungenügender Umfang der Betreuung (verkürzte Termine bzw. zu wenig Termine, erschwerte Erreichbarkeit der zuständigen Fachperson, zu wenig Informationen)
- Gelegentliches Fehlen einer empathischen Haltung (Arroganz einzelner Ärzte, manchmal das Gefühl, allein gelassen zu werden)
- Mangelnde Lösungsmöglichkeiten, wenn der Patient die angebotene Hilfe ablehnt

Folgende hilfreiche Faktoren wurden von den Befragten hervorgehoben:

- Regelmässige Informationen und Austausch
- Angehörigengruppen und psychologische Unterstützung
- Bewältigungsstrategien und praktische Hilfe (Umgang mit Krisen, Verarbeitung der eigenen Emotionen, Unterstützung durch soziale Dienste)

Die Angehörigen waren insgesamt mit der Behandlung zufrieden: Ihre Zufriedenheitswerte erreichten einen Mittelwert von 4,2 auf einer Skala von 1 bis 5. Die berichteten kritischen Punkte deuteten jedoch darauf hin, dass die Behandlung für die Betroffene aufgrund von Zeit- und Ressourcenmangel nicht immer optimal verlief.

O4 Sensibilisierung und Wissensvermittlung im Gesundheits- und Bildungswesen

Für die Beurteilung dieses Outcomes standen folgende Informationen zur Verfügung:

- a) Rückmeldungen der Teilnehmenden der **Fortbildungen**
- b) Rückmeldungen der Teilnehmenden der **Versorgungskonferenzen**
- c) Anzahl **Vertreter** der Interessensgruppen

Rückmeldungen zu den Fortbildungen

Abbildung 4. Rückmeldungen der Fortbildungsteilnehmenden

Positives Feedback

- **Allgemein positiv**
 - Dank für die Veranstaltung
 - Positive Bewertung der Organisation
- **Lehrreich/Interessant**
 - Veranstaltung als spannend und informativ bewertet
 - Neue Einsichten und Verständnis für Thematik

Kritische Punkte und Verbesserungsvorschläge

Veranstaltungsformat

- **Veranstaltungsdauer**
 - Wunsch nach ganztägiger Veranstaltung statt Halbtage
 - Kritik an zu dichtem Programm für die verfügbare Zeit
- **Diskussionsraum**
 - Wunsch nach mehr Zeit für Fragen und Diskussion
 - Bedürfnis nach Austausch unter den Teilnehmenden
 - Zu wenig interaktive Elemente
- **Kursunterlagen**
 - Bedarf an schriftlichen Materialien zum Nachschlagen
 - Handouts für die praktische Anwendung gewünscht

Praxisbezug

- **Mehr Fallbeispiele**
 - Wunsch nach konkreten Fallvignetten
 - Bedarf an praxisnahen Beispielen zur Erkennung von Risikozuständen
- **Mehr praktische Werkzeuge**
 - Bedarf an konkreten Tools für die eigene Praxis
 - Wunsch nach praktischen Handlungsansätzen

Vermittlung psychopathologischer Inhalte

- **Diagnose/Symptomatik**
 - Interesse an vertiefter Behandlung von Symptomerkenntnis
 - Wunsch nach besserer Abgrenzung verschiedener Zustände
 - Teils als redundant wahrgenommen (besonders Früherkennung)
- **Zu viel Fachwissen**
 - Für nicht-medizinisches Fachpersonal zu technisch
 - Zu starke Fokussierung auf medizinische Aspekte

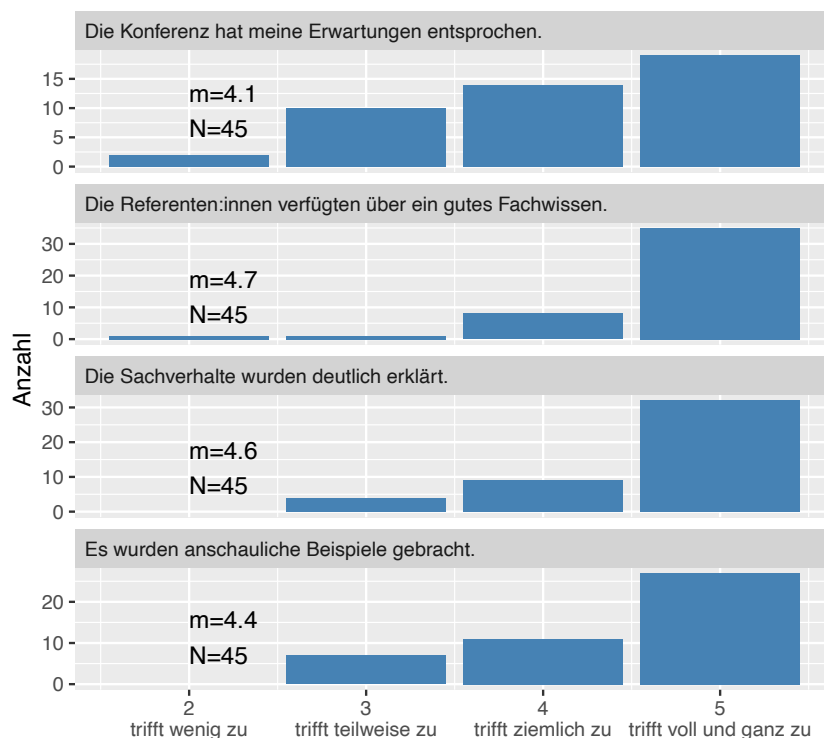
In den Jahren 2022 bis 2024 wurden in den drei Kantonen 16 dokumentierten Fortbildungen zur Früherkennung und Frühbehandlung von Patient*innen mit erhöhtem Psychoserisiko durchgeführt. Insgesamt nahmen 400 Fachpersonen daran teil. Für die Evaluation wurden die Rückmeldungen von 180 Fragebögen ausgewertet, die die Teilnehmenden am Ende der Fortbildung zur Wissensüberprüfung ausgefüllt hatten. Aus diesen Fragebögen konnten insgesamt 77 qualitative Rückmeldungen verarbeitet werden. Abbildung 4 zeigt eine Zusammenfassung dieser Rückmeldungen.

Am Schluss einer Fortbildung wurde das Wissen der Teilnehmenden mit 10 Fragen (z.B. Welche Symptome können während einer Psychose auftreten?) getestet. In sieben der acht durchgeführten Fortbildungen hatten gemäss Wissensprüfung mehr als 80% der Teilnehmenden die Lernziele erreicht (Note von mindestens 4). Das ursprünglich formulierte Projektziel wurde somit erreicht. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden zeigten jedoch auch Verbesserungsmöglichkeiten auf: mehr Diskussionsraum, mehr praktische Werkzeuge und getrennte Kurse für medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen.

Rückmeldungen zu den Versorgungskonferenzen

Im Rahmen des Projekts wurden zwei eintägige Versorgungskonferenzen mit Vorträgen und Diskussionsrunden organisiert. Die erste Konferenz fand im Dezember 2021 mit 66 Teilnehmenden statt, die zweite im November 2023 mit 79 Teilnehmenden. Wie es in Abbildung 5 ersichtlich ist, liegen die Mittelwerte der Bewertungen im oberen Bereich der Bewertungsskala zwischen „trifft ziemlich zu“ und „trifft voll und ganz zu“. Dies deutet auf eine allgemein gute Zufriedenheit mit den Angeboten der Versorgungskonferenzen hin.

Abbildung 5. Bewertung der Versorgungskonferenzen



Anzahl Vertreter*innen der Interessensgruppen

Im Kontext der Früherkennung, die mit den oben genannten Zielen verbunden ist (verbesserte Lebensqualität/Funktionalität, Kostenreduktion und Verankerung der Früherkennung), spielen externe Akteure eine entscheidende Rolle. Tabelle 11⁴ zeigt eine Zusammenfassung der verschiedenen Interessensgruppen, deren Vertreter*innen im Rahmen des Projekts kontaktiert wurden, um sie über das Projekt PsyYoung zu informieren. Ein Drittel der Kontaktpersonen sind Psychiater*innen, die in medizinischen Institutionen oder in eigener Praxis arbeiten.

⁴ Bei den Häufigkeiten in Tabelle 11 handelt es sich um eine Kategorisierung der Stakeholder-Liste, die die Projektleitung dem Evaluationsinstitut am 12.03.2025 übermittelte.

Tabelle 11. Anzahl Vertreter der Interessensgruppen

Bereich	BS	GE	VD	Total	%
Psychiatrie	17	12	21	50	31,4%
Psychotherapie	12	0	7	19	11,9%
Sozialarbeit	3	12	3	18	11,3%
Bildung	5	5	6	16	10,1%
Pädiatrie	13	2	1	16	10,1%
Beratung	6	2	5	13	8,2%
Behörde	5	7	0	12	7,5%
Allgemeine Medizin	7	2	1	10	6,3%
Public Health	0	0	3	3	1,9%
Pflege	2	0	0	2	1,3%
Total	70	42	47	159	100,0%

05. Grundlage für nachhaltige Finanzierungsmodelle erarbeiten

Gemäss Projektantrag war in Zusammenarbeit mit den wichtigen Kostenträgern (Krankenkassen, Kantone, regionale IV-Stellen bzw. BSV, Spitaladministrationen) eine Erarbeitung von Finanzierungsmodellen vorgesehen, die den komplexen Versorgungs- und Wiedereingliederungsbedürfnissen der Zielpatientenpopulation gerecht werden. Die Empfehlungen sollten in einem Strategiepapier zusammengefasst werden.

Das entstandene Strategiepapier «Improving access to care for young people at risk of psychosis in Switzerland» vom April 2025 erfüllt aber aus folgenden Gründen nur teilweise diesen Zweck:

- **Fehlende konkrete Finanzierungsmodelle:** Im Text fehlen detaillierte Kostenstrukturen, Budgetpläne und Vorschläge für spezifische Finanzierungsquellen.
- **Begrenzte Nachhaltigkeitsanalyse:** Es werden wenig konkrete Strategien für dauerhafte Finanzierung präsentiert.
- **Fehlende Skalierungsanalyse:** Es fehlt eine Hochrechnung der Kosten für eine schweizweite Implementierung

3.4 Hinweise auf Impact

Die folgenden Ergebnisse der Evaluation deuten auf einen Impact der Früherkennung und Frühintervention auf Ebene der Patientenversorgung, des Gesundheitssystems sowie der gesellschaftlichen Kosten hin:

- Reduktion der Hospitalisationsrate
- Reduktion der Absenzen von Schule und Arbeit
- Reduktion der Einnahme von Neuroleptika
- Reduktion der Einnahme von Benzodiazepinen
- Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus

Eine Reduktion der Hospitalisationsrate impliziert eine Verhinderung von Krankheitseskalationen und eine Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen. Ambulante Behandlungen sind im Vergleich zu Hospitalisationen weniger kostenintensiv, finden in einem weniger restriktiven Umfeld statt und erleichtern die soziale Integration, sowie die Alltagsfunktionalität der Betroffenen.

Eine Reduzierung der Absenzen verringert nicht nur die indirekten Gesundheitskosten, die durch Produktivitätsverluste entstehen, sondern verbessert auch die soziale Teilhabe der Betroffenen. Dadurch ist trotz psychischer Vulnerabilität der Erhalt der Ausbildungs- und Berufsfähigkeit möglich, soziale Isolation und die damit verbundene Verschlechterung der psychischen Gesundheit können vorgebeugt werden und die Lebensqualität und wirtschaftliche Selbstständigkeit können sich langfristig verbessern.

Neuroleptika können die Symptome einer Psychose wirksam lindern oder beseitigen. Die langfristige Einnahme dieser Medikamente birgt jedoch auch Gesundheitsrisiken, wie eine Reduktion des Gehirnvolumens (Ho et al., 2011), eine Verminderung der Gedächtnisleistungen (Husa et al., 2014) und der kognitiven Flexibilität (Hori et al., 2006). Bei Patienten mit Risikostatus bleibt der präventive Nutzen dieser Medikamentengruppe unklar (Thompson et al., 2018; Van der Gaag et al., 2013). Laut Leitlinien sollten Neuroleptika nicht zur Prävention einer Psychose verschrieben werden (NICE, 2014).

Viele Patient*innen, die unter beginnenden psychotischen Symptomen leiden, haben erhebliche Ängste. Bei ihnen besteht die Gefahr, dass sie Benzodiazepine einnehmen, da diese angstlösend, beruhigend und schlaffördernd wirken. Ein Absetzen dieser Medikamente ist nur mit erheblichem Aufwand möglich (Liebrenz et al., 2015). Die langfristige Einnahme dieser Arzneimittel kann zu verminderten kognitiven Leistungen (Golombok et al., 2009) sowie zu einer Antriebsverminderung (Ashton, 1986) führen. Konsument*innen berichten von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (Reid Finlayson et al., 2022). Es ist davon auszugehen, dass die Effekte von Benzodiazepinen zu vermehrten Arbeitsausfällen führen können.

Die Reduktion der Einnahme von Neuroleptika und Benzodiazepinen im Laufe der 12-monatigen Begleitung in einem spezialisierten Zentrum leistet einen präventiven Beitrag im Hinblick auf Absenzen am Arbeitsplatz bzw. das Risiko einer Invalidität.

4 Fazit und Empfehlungen

Insgesamt bestätigt die Evaluation den Mehrwert des Projekts für die psychiatrische Versorgung. Die Ergebnisse belegen positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen sowie ein erhebliches Potenzial zur Reduzierung sowohl direkter als auch indirekter Gesundheitskosten.

Die wesentlichen positiven Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Verbesserte Identifizierung von Zuweisungsbedarf:**
 - Das Screeninginstrument PQ-16 erwies sich als hilfreich bei der Identifizierung von Hochrisikopatient*innen
 - Zuweisende Fachpersonen gaben überwiegend positive Rückmeldungen zum Angebot der spezialisierten Zentren
- **Optimierung der Versorgungswege:**
 - 50% der Behandlungspläne wurden innerhalb von 2,8 Wochen erstellt

- 89% der Patient*innen nahmen mindestens ein Angebot aus dem Behandlungsplan wahr
- Signifikante Abnahme der Hospitalisationsrate während der 12-monatigen Begleitung
- Signifikante Abnahme der Absenzen von Schule oder Arbeit
- Hohe Patientenzufriedenheit mit der Behandlung
- **Verbesserung der Patientenverläufe:**
 - Signifikante Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität
 - Reduktion der Einnahme von Neuroleptika und Benzodiazepinen
 - Positive Bewertung der Unterstützung durch Angehörige im TIPP-Programm im CHUV
- **Sensibilisierung und Wissensvermittlung:**
 - 400 Fachpersonen nahmen an Fortbildungen teil
 - Mehr als 80% der Teilnehmenden erreichten die Lernziele
 - Zwei erfolgreiche Versorgungskonferenzen mit über hundert Teilnehmenden

Die Evaluation hat jedoch auch verschiedene Verbesserungspotenziale aufgezeigt. Die folgenden Empfehlungen richten sich an das Management der Kliniken, die das Projekt getragen haben:

- **Multiplikator*innen.** Die spezialisierten Zentren priorisieren die Vernetzung mit psychiatrischen Facheinrichtungen, da deren diagnostische Expertise eine präzise Identifikation von Patient*innen mit Psychoserisiko ermöglicht. Um das Früherkennungspotential zu maximieren, sollten die spezialisierten Zentren ihre Sensibilisierungs- und Schulungsaktivitäten gezielt auf den Bildungsbereich ausweiten. Bildungseinrichtungen, beispielsweise auf der Sekundarstufe, können stigmatisierungsärmere Zugangswege als psychiatrische Institutionen bieten. Dort können präventive Massnahmen in bestehende Strukturen integriert werden. Frühzeitige Erkennung des Hochrisiko durch Lehrpersonen kann teure stationäre Behandlungen reduzieren.
- **Transdiagnostische Psychiatrie.** Ein wiederkehrender Kritikpunkt zuweisender Fachpersonen betrifft die restriktiven Einschlusskriterien der spezialisierten Zentren, die diagnostische Gruppen wie bipolare Störungen kategorisch ausschliessen. Die Integration transdiagnostischer psychiatrischer Methoden könnte eine effektive Lösung darstellen, da dieser Ansatz Interventionen priorisiert, die diagnoseübergreifend wirksam sind, statt die Versorgung an eng gefasste Störungskategorien zu binden. Ein Beispiel dafür ist das ambulante Programm JADE (Jeunes adultes avec troubles débutants) für junge Erwachsene mit beginnenden psychischen Störungen in Genf.
- **Angebote für Angehörige.** Das Programm TIPP beim CHUV ist das einzige umgesetzte Programm im PsyYoung-Projekt, die Angehörige in breitem Umfang in die Behandlung einbezieht. Alle spezialisierten Zentren sollten vergleichbare Angebote für Angehörige implementieren, darunter regelmässige Informations- und Austauschmöglichkeiten, strukturierte Angehörigengruppen, psychologische Unterstützung sowie praktische Hilfestellungen für den Umgang mit Krisensituationen.

- **Differenzierte Qualifizierungskonzepte für heterogene Multiplikator*innen.**
Die Rückmeldungen der Fortbildungsteilnehmenden offenbaren einen zentralen Optimierungsbedarf im Fortbildungskonzept: Schulungen mit einheitlichem Anforderungsniveau erweisen sich für die heterogene Zielgruppe als suboptimal. Während psychiatrische Fachpersonen sich durch redundante Grundlageninhalte substanziell unterfordert fühlen, sind nicht-medizinische Fachkräfte durch die fachliche Komplexität überfordert. Ein zielgruppenspezifisches Qualifizierungskonzept mit differenzierten Modulen für verschiedene Berufsgruppen würde den Erfolg der Wissensvermittlung steigern

5 Literaturverzeichnis

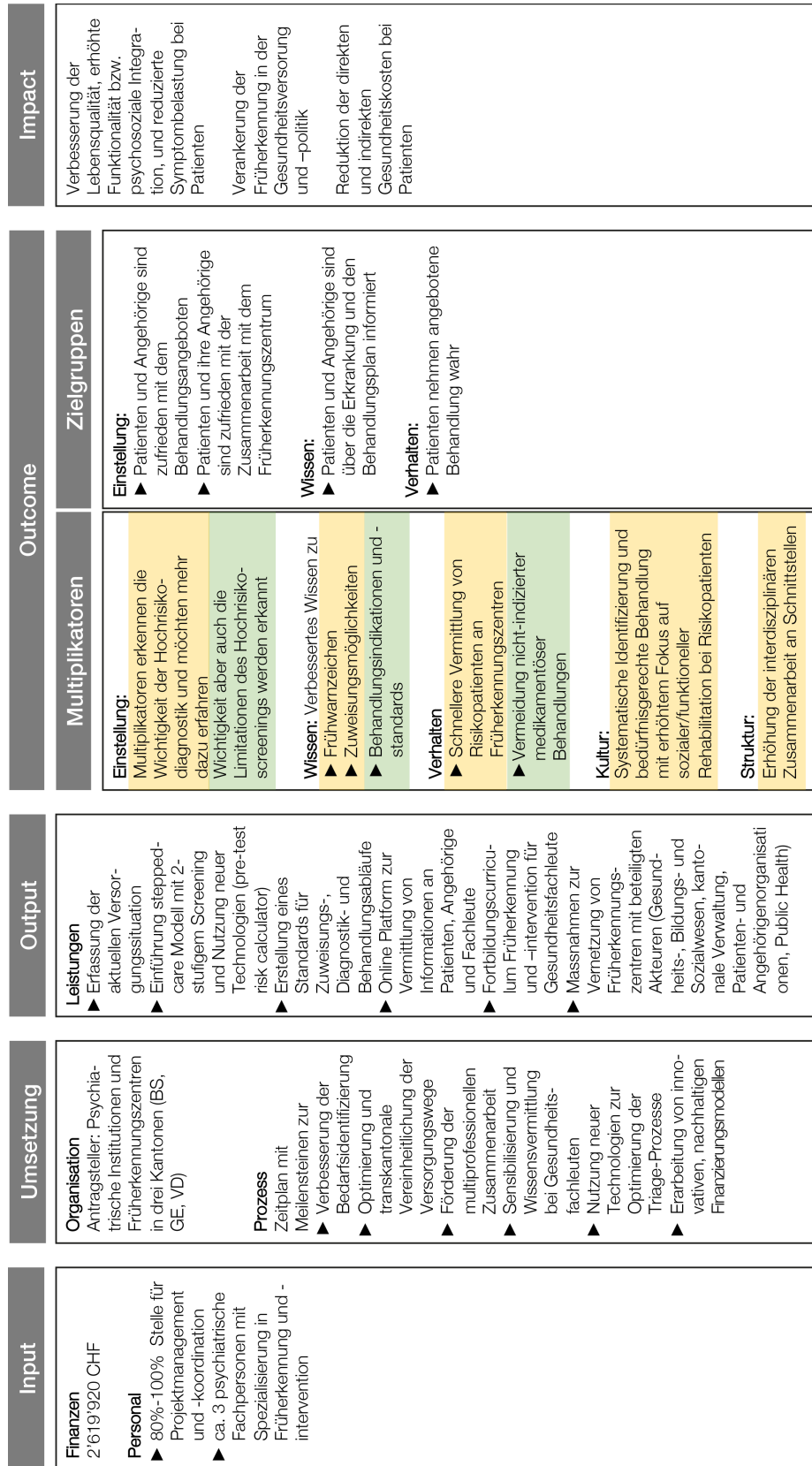
- Addington, J., Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, G. (2017). Canadian treatment guidelines for individuals at clinical high risk of psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 656-661.
<https://doi.org/10.1177/0706743717719895>
- Ashton, H. (1986). Adverse effects of prolonged benzodiazepine use. *Adverse Drug Reaction Bulletin*, 118(1), 440-443. <https://doi.org/10.1097/00044-9725-198606000-00001>
- Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: A meta-analysis. *CNS Drugs*, 18(1), 37-48.
<https://doi.org/10.2165/00023210-200418010-00004>
- Baumann, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., Bonsack, C., Do, K. Q., & Conus, P. (2013). Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(3), 322-328. <https://doi.org/10.1111/eip.12037>
- Bailey, B., Solida, A., Andreou, C., Plessen, K. J., Conus, P., Mercapide, M., Kasparidi, A., Conchon, C., Sprüngli-Toffel, E., Genoud, D., Caron, C., Golay, P., Curtis, L., Herbrecht, E., Huber, C. G., Alameda, L., & Armando, M. (2024). Pathways to care in youth and young adults at clinical high risk for psychosis in Switzerland: Current situation and clinical implementation of the PsyYoung project. *Early Intervention in Psychiatry*, 18(11), 960-967.
<https://doi.org/10.1111/eip.13540>
- Conchon, C., Sprüngli-Toffel, E., Alameda, L., Edan, A., Bailey, B., Solida, A., Plessen, K. J., Conus, P., Kapsaridi, A., Genoud, D., Cramer, A., Jouabli, S., Caron, C., Grob, C., Gros, J., Senn, S., Curtis, L., Liso Navarro, A., Barbe, R., ... Andreou, C. (2023). Improving Pathways to Care for Patients at High Psychosis Risk in Switzerland: PsyYoung Study Protocol. *Journal of Clinical Medicine*, 12(14), 4642. <https://doi.org/10.3390/jcm12144642>
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., ... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
- Gesundheitsförderung Schweiz (2021). *Konzept der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) 2021–2024*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Golombok, S., Moodley, P., & Lader, M. (2009). Cognitive impairment in long-term benzodiazepine users. *Psychological Medicine*, 18(2), 365-374.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700007911>
- Ho, B. C., Andreasen, N. C., Ziebell, S., Pierson, R., & Magnotta, V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: A longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 128-137.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.199>
- Hori, H., Noguchi, H., Hashimoto, R., Nakabayashi, T., Omori, M., Takahashi, S., Tsukue, R., Anami, K., Hirabayashi, N., Harada, S., Saitoh, O., Iwase, M.,

- Kajimoto, O., Takeda, M., Okabe, S., & Kunugi, H. (2006). Antipsychotic medication and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.004>
- Husa, A. P., Rannikko, I., Moilanen, J., Haapea, M., Murray, G. K., Barnett, J., Jones, P. B., Isohanni, M., Koponen, H., Miettunen, J., & Jääskeläinen, E. (2014). Lifetime use of antipsychotic medication and its relation to change of verbal learning and memory in midlife schizophrenia — An observational 9-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 158(1-3), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.035>
- Ising, H. K., Veling, W., Loewy, R. L., Rietveld, M. W., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M. C., Nieman, D. H., Wunderink, L., Linszen, D. H., & van der Gaag, M. (2012). The Validity of the 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to Screen for Ultra High Risk of Developing Psychosis in the General Help-Seeking Population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1288-1296. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs068>
- Liebrenz, M., Gehring, M. T., Buadze, A., & Caflisch, C. (2015). High-dose benzodiazepine dependence: A qualitative study of patients' perception on cessation and withdrawal. *BMC Psychiatry*, 15, Article 116. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0493-y>
- McGorry, P. D., Nelson, B., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., Thampi, A., Berger, G. E., Amminger, G. P., Simmons, M. B., Kelly, D., Thompson, A. D., & Yung, A. R. (2013). Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: Twelve-month outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 349-356. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07785>
- Michellini, S., Cassano, G. B., Frare, F., & Perugi, G. (1996). Long-term use of benzodiazepines: Tolerance, dependence and clinical problems in anxiety and mood disorders. *Pharmacopsychiatry*, 29(4), 127-134. <https://doi.org/10.1055/s-2007-979558>
- Moncrieff, J. (2006). Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(1), 3-13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00787.x>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (Clinical guideline CG178). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Reid Finlayson, A. J., Macoubrie, J., Huff, C., Foster, D. E., & Martin, P. R. (2022). Experiences with benzodiazepine use, tapering, and discontinuation: An Internet survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 12. <https://doi.org/10.1177/20451253221082386>
- Sprüngli-Toffel, E., Studerus, E., Curtis, L., Conchon, C., Alameda, L., Bailey, B., Caron, C., Haase, C., Gros, J., Herbrecht, E., Huber, C. G., Riecher-Rössler, A., Conus, P., Solida, A., Armando, M., Kapsaridi, A., Mercapide Ducommun, M., Klauser, P., Plessen, K. J., Urban, S., Edan, A., Nanzer, N., Liso Navarro, A., Schneider, M., Genoud, D., Michel, C., Kindler, J., Kaess, M., Oliver, D., Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., & Andreou, C. (2024). Individualized pretest risk estimates to guide treatment decisions in patients with clinical high risk for psychotic disorders. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2024.09.001>

- Thompson, A., Marwaha, S., & Broome, M. R. (2018). At-risk mental state for psychosis: Identification and current treatment approaches. *BJPsych Advances*, 22(3), 186-193. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015487>
- Van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., McGorry, P., & Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.004>

6 Anhang A

Abbildung A1: Wirkungsmodell des Projekts PsyYoung



ÄrztInnen/Psychologinnen der primären und sekundären Versorgung

Alle Multiplikatoren (ÄrztInnen/Psychologinnen/SozialberaterInnen in Anlaufstellen für Jugendliche und junge Erwachsene/Fachpersonen im Erziehungswesen)

7 Anhang B

Die folgenden Modelle wurden mit der brm-Funktion aus dem R-Paket brms berechnet. Es handelt sich um Bayesianische Regressionsmodelle, die mittels des Markov Chain Monte Carlo (MCMC) Verfahrens berechnet werden. Als Mass für die inferenzstatistische Bewertung der Regressionskoeffizienten wurde das "highest density interval" (HDI), auf Deutsch als "Hochdichte-Intervall" bezeichnet, herangezogen, das den Bereich angibt, innerhalb dessen der Regressionskoeffizient in der Population mit 95% Wahrscheinlichkeit liegt. Berühren oder überschreiten die Grenzen den Wert 0 bzw. bei exponentiellen Modellen (wie logistischen Regressionen) den Wert 1, so gilt der Regressionskoeffizient als nicht signifikant.

Tabelle B1. Poisson-Regression zur Schätzung der Anzahl Fällen (N=189 Patient*innen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	5,60	3,95	7,82
b_1 CHR-N	0,99	0,66	1,43
b_2 FEP	1,46	1,04	2,05
b_3 Quartal	0,99 ^{ns}	0,95	1,04

Anmerkungen. CHR-N: kein Risiko-Status, CHR-P: mit Risiko-Status (Referenzgruppe), FEP: Erste psychotische Episode. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. ns: nicht signifikant

Tabelle B2. Logistische Regression zur Schätzung des Anteils an Hospitalisationen vor der Zuweisung (N=135 Patient*innen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	0,39	0,25	0,60
b_1 Quartal	1,25*	1,15	1,37
b_2 FEP	4,35*	2,62	7,49
b_3 Quartal x FEP	0,87*	0,78	0,96

Anmerkungen. CHR-P: mit Risiko-Status (Referenzgruppe), FEP: Erste psychotische Episode. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant.

Tabelle B3. Logistische Regression zur Schätzung des Anteils an Patient*innen, die bereits vor der Zuweisung Neuroleptika einnehmen (N=135 Patient*innen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	0,31	0,09	0,91
b_1 Quartal	1,21	0,98	1,53
b_2 FEP	15,30*	3,43	80,33
b_3 Quartal x FEP	0,90 ^{ns}	0,64	1,23

Anmerkungen. CHR-P: mit Risiko-Status (Referenzgruppe), FEP: Erste psychotische Episode. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant. ns: nicht signifikant

Tabelle B4. Kategoriale Regression zur Schätzung der Diagnose anhand des PQ-16 (N=203 Patient*innen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
$b_{0,1}$ Achsenabschnitt (CH-N)	4,35	1,14	19,08
$b_{0,2}$ Achsenabschnitt (FEP)	4,01	0,86	21,70
$b_{1,1}$ CH-N	0,87*	0,75	0,99
$b_{1,2}$ FEP	0,80*	0,67	0,94

Anmerkungen. CHR-N: kein Risiko-Status, CHR-P: mit Risiko-Status (Referenzgruppe), FEP: Erste psychotische Episode. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant

Tabelle B5. Zero-inflated negativ-binomiales Regressionsmodell zur Schätzung einer psychiatrischen Hospitalisation während der Begleitung (N= 470 Beobachtungen)

Parameter	HDI 95%		
	Median	Untere Grenze	Untere Grenze
Fixe Effekte			
$b_{0,c}$ Achsenabschnitt	39,3	31,6	50,5
$b_{1,c}$ Zeitpunkt linear	1,0 ^{ns}	0,6	1,6
$b_{2,c}$ Zeitpunkt quadratisch	0,4	0,3	0,7
$b_{3,c}$ Zeitpunkt kubisch	0,7	0,4	1,1
Nullenüberschuss			
$b_{0,z}$ Achsenabschnitt	13,2	8,1	22,9
$b_{1,z}$ Zeitpunkt linear	7,3*	3,9	16,1
$b_{2,z}$ Zeitpunkt quadratisch	0,6	0,3	1,3
$b_{3,z}$ Zeitpunkt kubisch	0,8	0,4	1,6
$b_{4,z}$ FEP	0,4*	0,2	0,7

Anmerkungen. CHR-P: mit Risiko-Status (Referenzgruppe),
FEP: Erste psychotische Episode. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant. ns: nicht signifikant

Tabelle B6. Zero-inflated negativ-binomiales Regressionsmodell zur Schätzung der Absenzen von Schule oder Arbeit während der Begleitung (N= 518 Beobachtungen)

Parameter	HDI 95%		
	Median	Untere Grenze	Untere Grenze
Fixe Effekte			
$b_{0,c}$ Achsenabschnitt	33,1	28,1	39,3
$b_{1,c}$ Zeitpunkt linear	0,6*	0,5	0,9
$b_{2,c}$ Zeitpunkt quadratisch	1,1	0,8	1,5
$b_{3,c}$ Zeitpunkt kubisch	1,0	0,7	1,4
Nullenüberschuss			
$b_{0,z}$ Achsenabschnitt	1,4	1,2	1,8
$b_{1,z}$ Zeitpunkt linear	2,0*	1,3	3,1
$b_{2,z}$ Zeitpunkt quadratisch	0,6	0,4	1,0
$b_{3,z}$ Zeitpunkt kubisch	1,1	0,7	1,7
$b_{4,z}$ FEP	1,4*	1,2	1,8

Anmerkungen. CHR-P: mit Risiko-Status (Referenzgruppe),
FEP: Erste psychotische Episode. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant.

Tabelle B7. Lineare Regression zur Schätzung der empfundenen emotionalen Stabilität (N = 196 Beobachtungen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	2,96	2,82	3,10
b_1 Zeitpunkt	0,25*	0,09	0,41
b_2 Vorbehandlung	0,55*	0,32	0,77

Anmerkungen. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze.

*: signifikant. ns: nicht signifikant

Tabelle B8. Lineare Regression zur Schätzung der empfundenen Leistungsfähigkeit (N = 196 Beobachtungen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	3,12	2,97	3,28
b_1 Zeitpunkt	0,19*	0,02	0,37
b_2 Vorbehandlung	0,43*	0,18	0,68

Anmerkungen. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze.

*: signifikant. ns: nicht signifikant

Tabelle B9. Logistische Regression zur Schätzung der Einnahme von Neuroleptika (N= 471 Beobachtungen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	3,6	2,7	4,8
b_1 Zeitpunkt linear	0,6*	0,4	0,9
b_2 Zeitpunkt quadratisch	0,9	0,6	1,4
b_3 Zeitpunkt kubisch	1,0	0,6	1,4
b_4 CHR-P	0,2*	0,1	0,2

Anmerkungen. CHR-P: mit Risiko-Status, FEP: Erste psychotische Episode (Referenzgruppe), HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant.

Tabelle B10. Logistische Regression zur Schätzung der Einnahme von Benzodiazepinen (N=471 Beobachtungen)

Parameter	Median	HDI 95%	
		Untere Grenze	Untere Grenze
b_0 Achsenabschnitt	0,40	0,32	0,49
b_1 Zeitpunkt linear	0,56*	0,36	0,83
b_2 Zeitpunkt quadratisch	1,41	0,93	2,14
b_3 Zeitpunkt kubisch	0,86	0,56	1,30

Anmerkungen. HDI: Hochdichte-Intervall mit unterer und oberer Grenze. *: signifikant.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte Psychologie

Pfingstweidstrasse 96
Postfach
CH-8037 Zürich

Telefon +41 58 934 83 10
Fax +41 58 935 83 10

E-Mail info.psychologie@zhaw.ch
Web zhaw.ch/psychologie