



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

„Thurgauer Bündnis gegen Depression“ und „Luzerner Bündnis gegen Depression“: Vergleich der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsbefragungen

Autorin:
Brigitte Müller

Basel, 16. Dezember 2009

Institut Kinder- und Jugendhilfe
Institut Soziale Arbeit und Gesundheit

Tiersteinallee 57
4053 Basel
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten

T +41 61 337 27 61
F +41 61 337 27 95
T +41 62 311 95 97
F +41 62 311 96 31

Zusammenfassung

Der Vergleich der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsumfragen zu den „Bündnissen gegen Depression“ in den Kantonen Luzern und Thurgau zeigte **wenige Unterschiede**. Zu nennen sind lediglich kleine Unterschiede hinsichtlich der Organisation der Selbsthilfe, die im Kanton Luzern weiter entwickelt und für Aussenstehende transparenter ist, im Bereich der ambulanten psychiatrischen Dienste, deren Stellenwert im Kanton Thurgau höher scheint und in Bezug auf die Frage, was oder wer einer als depressiv beschriebenen Person helfen könnte, bei der die Luzerner Bevölkerung eher die Unterstützung durch Fachpersonen empfahl, während im Thurgau die Hilfe durch das private Umfeld favorisiert wurde.

Die **Ähnlichkeit der beiden Kantone** hinsichtlich der demografischen Struktur und dem Urbanisierungsgrad trägt sicher zu diesem Resultat bei, darüber hinaus können die übereinstimmenden Resultate der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsbefragungen als **gegenseitige Validierung** gewertet werden. Die Übertragbarkeit der Resultate auf andere Kantone muss differenziert beurteilt werden. In Bezug auf die in den Bedarfsanalysen thematisierten Problematiken kann davon ausgegangen werden, dass der Informations-, Sensibilisierungs- und Weiterbildungsbedarf von Hausärztinnen und -ärzten und beruflichen Zielgruppen (Lehrkräfte, Pflegefachpersonal, Seelsorge etc.) und das Risiko der Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen (Migrantinnen und Migranten, ältere Menschen und Betagte) in anderen Kantonen ähnlich gelagert sind. Wahrgenommene Lücken und Bedarfe hinsichtlich der Angebote für Betroffene und Angehörige, insbesondere des **Ausbaus und der Bedürfnisse im Bereich der Selbsthilfe, aber auch im Bereich der interinstitutionellen Zusammenarbeit** dürften jedoch kantonal unterschiedlich ausgeprägt sein. Hier könnten insbesondere der Urbanisierungsgrad und sowie bereits laufende Projekte in diesen Felder zentrale Einflussgrößen sein.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Ziele.....	3
3	Vorgehen	3
4	Vergleich der Bedarfsanalysen.....	4
4.1	Methoden.....	4
4.2	Hausärztinnen und Hausärzte	5
4.3	Öffentlichkeitsarbeit.....	5
4.4	Multiplikatoren und berufliche Zielgruppen	6
4.5	Betroffene und Angehörige.....	7
5	Bevölkerungsbefragung.....	8
5.1	Fragestellungen und Methoden	8
5.2	Soziodemografische Merkmale und Angaben zur Betroffenheit.....	8
5.3	Wissen über Symptome und Ursachen	9
5.4	Handlungsbedarf, Möglichkeiten der aktiven Bewältigung	11
5.5	Hilfe und Unterstützung	12
5.6	Informationsstand und Einstellungen	14
5.7	Interpretation	16
6	Fazit und Ausblick	18
6.1	Kantonale Unterschiede	18
6.2	Zentrale Aspekte für künftige „Bündnis“-Projekte.....	18
6.3	Nachhaltigkeit, Fokussierung, Koordination/Kooperation.....	20
6.4	Wissenschaftliche Begleitung, Evaluation und Qualitätsstandards	21
	Anhang.....	23

1 Ausgangslage

Die Kantone Luzern und Thurgau haben in den Jahren 2007/2008 (Luzern) bzw. 2009 (Thurgau) im Vorfeld der kantonalen Kampagnen „Luzerner Bündnis gegen Depression“ und „Thurgauer Bündnis gegen Depression“¹ von der FHNW HSA (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Institut Kinder- und Jugendhilfe) Bedarfsanalysen bzw. eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchführen lassen, um die **Kampagneninterventionen optimal auf die lokalen Gegebenheiten abstimmen** zu können. Das Luzerner „Bündnis“-Projekt wurde zudem während der letzten Projektphase von der FHNW HSA evaluiert.

Das Konzept des „Bündnis gegen Depression“ (im Folgenden auch BgD genannt) hat eine **verbesserte Behandlung und Unterstützung von Menschen mit depressiven Erkrankungen zum Hauptziel** und sieht Massnahmen und Aktivitäten auf vier Ebenen vor: Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten (inkl. Weiterbildung), Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung von Multiplikatoren und Zielgruppen (z.B. Seelsorgende, Lehrpersonen, Altenpflegekräfte) sowie Angebote für Angehörige und Betroffene. In der Schweiz bestehen in verschiedenen Kantonen „Bündnisse“, sie unterscheiden sich jedoch stark bezüglich institutioneller Anbindung, Finanzierungsstruktur und Projektdauer. Folgende Kantone haben bereits ein BgD durchgeführt oder planen ein entsprechendes Projekt: Bern, Zug, Genf, Luzern, Thurgau, Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen, Graubünden, Zürich.

2 Ziele

Der Vergleich der Bedarfsanalysen sowie der Bevölkerungsbefragungen der beiden BgD-Projekte verfolgt folgende Ziele:

1. Die Kantone Luzern und Thurgau gewinnen Aufschluss darüber, inwieweit sich die lokalen Verhältnisse und Problemstellungen sowie das Wissen über Depressionen in der Bevölkerung in den **beiden Kantonen gleichen bzw. unterscheiden**.
2. Wird der Kantonsvergleich interessierten Behörden und Institutionen zugänglich gemacht oder veröffentlicht, bieten die Darstellung und Interpretation der Unterschiede und Gemeinsamkeiten sowie der punktuellen Einbezug der Evaluation des „Luzerner Bündnisses gegen Depression“ eine **breite Wissensbasis für allfällige weitere BgD-Projekte**.
3. Die erweiterte Analyse der qualitativen und quantitativen Daten ermöglicht interessierten Behörden und Institutionen, die verwendeten **Datenerhebungsstrategien und -instrumente zu reflektieren** und Doppelspurigkeiten bei allfälligen eigenen Bündnis-Projekten zu vermeiden.

3 Vorgehen

Die beiden Bedarfsanalysen, denen qualitative Daten (Interviews mit Expertinnen und Experten, Gruppendiskussionen mit Betroffenen und Angehörigen) zugrunde liegen, wurden bezüglich der vier Bereiche des BgD-Konzepts (Hausärztinnen und -ärzte, Multiplikatoren, Öffentlichkeitsarbeit, Betroffene und Angehörige) **systematisch verglichen und die zentra-**

¹ Websites: www.luzerner.buendnis.ch und www.buendnis-gegen-depression.tg.ch. Auf der Website des „Thurgauer Bündnis gegen Depression“ findet sich auch der Bericht zur Bedarfsanalyse.

len Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Die getroffenen Massnahmen bzw. deren Evaluation im „Luzerner Bündnis“ wurden ebenfalls in den Vergleich einbezogen. Die Datensätze der repräsentativen Bevölkerungsbefragungen wurden zusammengeführt und mittels deskriptiver Statistiken, Grafiken sowie vereinzelt inferenzstatistischer Verfahren statistisch verglichen.

Allfällige Unterschiede zwischen den Projekten, die auf unterschiedliche Organisationsstrukturen und Finanzierungsmodalitäten bzw. Ressourcen zurückzuführen sind, werden im vorliegenden Bericht nicht erörtert.

4 Vergleich der Bedarfsanalysen

4.1 Methoden

Mit der Bedarfsanalyse bei verschiedenen Fachpersonen² wurde eine Einschätzung darüber angestrebt,

1. in welchem Ausmass Fachleute aus verschiedenen Gebieten in ihrer Arbeit mit depressiv erkrankten Personen zu tun haben,
2. wie sie den Zugang dieser Personen zu adäquater Behandlung/Beratung und Informationen über die Erkrankung und professionelle Unterstützungsangebote einschätzen und
3. welche Personen oder Personengruppen besonders gefährdet sind, keine oder ungenügende Unterstützung bzw. Informationen zu erhalten,
4. ob die Fachpersonen selbst über die Erkrankung und bestehende Unterstützungsangebote genügend informiert sind,
5. welche Lücken im Unterstützungssystem wahrgenommen werden,
6. wo und bei wem Weiterbildungsbedarf besteht, und
7. in welchem Ausmass die Fachstellen und Institutionen, die mit depressiv erkrankten Personen zu tun haben, untereinander vernetzt sind.

Von depressiven Erkrankungen betroffene Personen sowie Angehörige wurden danach gefragt,

1. welche Unterstützungsangebote sie kennen und nutzen,
2. ob sie sich durch die bestehenden Angebote ausreichend unterstützt fühlen und
3. ob sie über genügend Wissen und Informationen über depressive Erkrankungen und deren Behandlung verfügen.
4. Ein weiteres Thema war die Wahrnehmung von depressiven Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und die gesellschaftliche Stigmatisierung von Betroffenen.

Die Evaluation des „Luzerner Bündnis gegen Depression“ beruhte hauptsächlich auf der erneuten Befragung der Expertinnen und Experten am Ende der Projektlaufzeit sowie einer Selbstevaluation anhand der Qualitätskriterien der Schweizerischen Gesundheitsförderung.

² Im Kanton Luzern wurden Experten aus folgenden Berufsfeldern befragt: Hausärztinnen/-ärzte, Alterswesen, Spitex/Pflege, IV, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Seelsorge, Wirtschaft/Arbeitswelt. Im Kanton Thurgau lag der Fokus bei Fachpersonen, deren Ausbildung und Tätigkeit nicht ausschliesslich auf Personen mit depressiven oder anderen psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind, die aber häufig den ersten Kontakt mit Betroffenen haben und/oder denen eine zentrale Funktion in der Früherkennung, einer adäquaten Triage sowie unter Umständen einer längerfristigen Unterstützung zukommt: Hausärztinnen/-ärzte, Alterswesen, Spitex/Pflege, Mütter-/Väterberatung, Jugendberatung, Sozialdienst, Pro Infirmis, Freiwilligenarbeit, Seelsorge.

4.2 Hausärztinnen und Hausärzte

Im Bereich der medizinischen Grundversorgung wurden in beiden Kantonen identische Gegebenheiten und Problematiken geschildert: Hausärztinnen und -ärzten kommt eine **zentrale Funktion bei der frühen Erkennung und Triage von Personen mit depressiven Erkrankungen** zu. Bezüglich der Diagnostik und Behandlung gewisser Risikogruppen (Menschen über 65 Jahre, Migrantinnen und Migranten) wurde ein Optimierungsbedarf festgestellt, ebenso wurde die Weiterverweisung an niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater aufgrund fehlender Kapazitäten als problematisch beschrieben.

Zur Verbesserung der geschilderten Problematiken wurde beiden Kantonen empfohlen, die Hausärztinnen und -ärzte **weiterzubilden und die Vernetzung mit niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern** zu fördern (z.B. durch gemeinsame Weiterbildungen).

Bei der Umsetzung des „Luzerner Bündnis gegen Depression“ waren die Hausärztinnen und -ärzte durch eine Vertretung direkt in die Projektsteuerung miteinbezogen, auf der Website der Hausärztevereinigung wurde ein Screening-Instrument für depressive Erkrankungen aufgeschaltet und den Hausärztinnen und -ärzten stand Informationsmaterial zu Verfügung. Fachleute aus der Luzerner Psychiatrie gestalteten zudem eine Weiterbildung für Hausärztinnen und -ärzte mit. In der Evaluation zeigte sich, dass die im BgD-Konzept vorgesehene Fokussierung auf die Hausärztinnen und -ärzte dazu führen kann, dass diese sich **nicht primär unterstützt, sondern aufgrund der ihnen zugeschriebenen Wissensdefizite auch ungerechtfertigt kritisiert fühlen**. Die im Kanton Luzern befragten Expertinnen und Experten wiesen zudem darauf hin, dass die Probleme der Vernetzung und Weiterverweisung an niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater **strukturell bedingt** sind und durch die „Bündnis“-Aktivitäten nicht verändert oder behoben werden können.

4.3 Öffentlichkeitsarbeit

Die Aktivitäten bezüglich Öffentlichkeitsarbeit sind im Rahmen des BgD-Konzepts bereits **stark vorstrukturiert**, es steht eine Vielzahl an Vorlagen und Vorschlägen zu Verfügung³. Beiden Kantonen wurde empfohlen, die Broschüre einer möglichst breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, aufgrund der Erfahrungen in Luzern wurde im Thurgau zudem die „aktive Bewirtschaftung“ der Broschüren empfohlen, d.h. die Projektleitung sollte die Stellen und Institutionen, an denen die Broschüre aufgelegt war, aktiv mit neuen Broschüren beliefern. Eine weitere Empfehlung war, die Broschüre **in die Sprachen wichtiger Migrationsgruppen zu übersetzen** (Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Albanisch, Türkisch, Tamilisch⁴), da Migrantinnen und Migranten in den beiden Bedarfsanalysen klar als Risikogruppe bezüglich ungenügender Information und adäquater Behandlung identifiziert wurden.

Im Rahmen der Evaluation des „Luzerner Bündnis gegen Depression“ zeigte sich, dass trotz der zahlreichen Aktivitäten (grosse Anzahl und breite Streuung der Informationsbroschüre, intensive Medienarbeit mit Artikeln, „Testimonials“ von Multiplikatoren und Inseraten zu Veranstaltungen, Website, Aktionswochen, Grossveranstaltung für Betroffene und Ange-

³ vgl. z.B. www.buendnis-depression.de oder www.eaad.net

⁴ In Italien, Spanien, Portugal, Slowenien und weiteren europäischen Ländern bestehen bereits „Bündnisse gegen Depression“ mit den entsprechenden Broschüren. Eine Nutzung dieser Ressourcen über die „European Alliance Against Depression“ wurde bisher noch nicht realisiert. Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ hat zudem die Broschüre auf Türkisch und fünf weitere Sprachen übersetzt: www.berlinerbuendnisgegendepression.de

hörige) die Expertinnen und Experten den Erfolg und die **Wirkung der Öffentlichkeitsarbeit eher kritisch beurteilten**, insbesondere was die Nachhaltigkeit der Aktivitäten anbelangt. Eine grosse Anzahl und die weite Verbreitung der Informationsbroschüre und die Pressearbeit eignen sich gemäss Expertenmeinung zwar gut zur Erreichung des BgD-Ziels der Sensibilisierung und Information der Bevölkerung, allerdings war deren direkte „Wirkung“ in der Allgemeinbevölkerung im Rahmen der durchgeführten Evaluation nicht einschätzbar. Es ist aber zu bedenken, dass **Veränderungen des Problembewusstseins** und der Einstellungen der Öffentlichkeit nur langsam und durch wiederkehrende Information und mittels einfacher Botschaften (vgl. STOP-AIDS-Kampagne) zu erreichen sind.

4.4 Multiplikatoren und berufliche Zielgruppen

Multiplikatoren sind Personen, die aufgrund ihrer Stellung in der Öffentlichkeit und/oder ihrer beruflichen Tätigkeit über die Möglichkeit verfügen, die Verbreitung bestimmter Wertvorstellungen, Meinungen und Kenntnisse in der öffentlichen Meinung nachhaltig zu beeinflussen. Dies geschieht durch Informations- und Meinungsübermittlung in sozialen Netzwerken oder über Medienauftritte. Solche Personen sind in den „Bündnis“-Projekten im Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit von Bedeutung (s.o.), während die Sensibilisierung und Information der beruflichen Zielgruppen, d.h. Fachpersonen und -stellen, die in ihrer Arbeit häufig mit depressiven Menschen zu tun haben, vor allem der Früherkennung und Frühintervention depressiver Erkrankungen dient.

In beiden Kantonen wurden Multiplikatoren aus Gesundheitsdiensten, Politik, Medien, Wirtschaft, Kirche und Kultur von Beginn an **in die Gestaltung des „Bündnisses“ einbezogen und regelmässig informiert**. Aufgrund der Erfahrungen in Luzern kann davon ausgegangen werden, dass durch den gemeinsamen Einsitz in Gremien mit Vertretenden der Zielgruppen und Betroffenen und Angehörigen das Verständnis für das Thema stark gefördert, die Vernetzung verschiedener Institutionen gestärkt und wichtige Anstösse für künftige Zusammenarbeit geschaffen werden.

Beide Bedarfsanalysen zeigten einen **deutlichen Weiterbildungs- und Sensibilisierungsbedarf bei verschiedenen beruflichen Zielgruppen**, deren Weiterbildung auch im BgD-Konzept vorgesehen ist. Es wurde empfohlen, die Broschüren zwecks Information dieser Fachpersonen an nicht-psychiatrische Institutionen zu verteilen und für die beruflichen Zielgruppen sowohl gemeinsame⁵ wie auch berufsspezifische Weiterbildungen durchzuführen. Wie die Evaluation des Luzerner Projekts zeigt, kann die breite Streuung der Informationsbroschüre als geeignete Form zur Zielerreichung der Sensibilisierung und des Wissenszuwachses bei Multiplikatoren und nicht-psychiatrischen Berufsgruppen gewertet werden. Mit Weiterbildungsveranstaltungen für Seelsorgende (Mitarbeitende der kirchlichen Besuchsdienste), Pflegefachpersonen und Alters- und Pflegeheimmitarbeitende wurden in Luzern drei wichtige Berufsgruppen angesprochen, die in ihrer täglichen Arbeit häufig mit depressiv erkrankten Personen konfrontiert sind. Inwieweit diese Aktivitäten langfristig zum BgD-Ziel der Früherkennung und Frühintervention beitragen, kann nach der relativ kurzen Laufzeit des „Luzerner Bündnisses gegen Depression“ nicht eingeschätzt

⁵ Das „Zuger Bündnis gegen Depression“ führte mit grossem Erfolg eine „Impulstagung“ für verschiedene Berufsgruppen durch (www.zugerbueendnis.ch/bueendnis/docs/s12_13.pdf). Diese diente nebst der Sensibilisierung auch der Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen und der Förderung des gegenseitigen Verständnisses für berufs- und arbeitsfeldspezifische Zielsetzungen, Interventionsmöglichkeiten und Perspektiven.

werden. Wie bei den Hausärztinnen und -ärzten stellt sich die Frage nach der Nachhaltigkeit der Intervention, wenn die Weiterbildungen nur einmalig angeboten werden.

4.5 Betroffene und Angehörige

Im Bereich der Angebote für Betroffene und Angehörige ergaben beide Bedarfsanalysen ähnliche Resultate. Die Altersgruppe der über **65-Jährigen wurde als die Risikogruppe mit dem grössten Handlungsbedarf identifiziert**. Bezüglich der mangelhaften Diagnostik und psychiatrischen Unterversorgung sollen hier einerseits Weiterbildungen für Fachpersonen im Alters- und Pflegebereich und in der Seelsorge Abhilfe schaffen, wie sie im Kanton Luzern durchgeführt wurden, oder auch Informationsveranstaltungen im Rahmen von BgD-Aktionswochen oder durch Organisationen wie pro senectute. Eine weitere wichtige Risikogruppe, die zudem relativ schwer erreichbar ist, sind **Migrantinnen und Migranten**. Eine Möglichkeit der Verbesserung des Zugangs dieser Gruppe zu Informationen und Behandlung besteht neben der Übersetzung der Informationsbroschüre in der Organisation fremdsprachiger Veranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (s.o.) sowie der Information von kulturellen Multiplikatoren in Kulturvereinigungen und ähnlichen Organisationen (z.B. Gewerkschaften).

Bei der Befragung von Betroffenen und Angehörigen zeigten sich in beiden Kantonen ähnliche Bedarfslagen. So wird das bestehende Hilfsangebot, das sich durch eine **Vielzahl an Unterstützungs- und Beratungsangeboten auszeichnet, oft als unübersichtlich und fragmentiert wahrgenommen** bzw. sind bestehende Angebote den Adressaten nicht bekannt (z.B. Sprechstunden für Angehörige, Notfallrufnummern). Die Informationsbroschüre vermag hier ein Stück weit Abhilfe zu schaffen. In Bezug auf psychiatrische Versorgungsstrukturen wurde in beiden Kantonen ein **Optimierungsbedarf in der Behandlungskette** hervorgehoben, insbesondere bezüglich der fehlenden Kapazitäten niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater (s.o.). Im Kanton Thurgau wurden die Externen Psychiatrischen Dienste sowohl von Fachpersonen wie auch von Betroffenen und Angehörigen als äusserst wichtiges und hilfreiches Angebot beurteilt. Unklar bzw. umstritten blieben hingegen in beiden Bedarfsanalysen die Anerkennung, die Rolle und der Stellenwert psychologischer Psychotherapie als wichtiger Bestandteil des Unterstützungssystems, dies wurde von den befragten Expertinnen und Experten teilweise auf die Finanzierung über die Zusatzversicherung und sich daraus ergebende Zugangsschwierigkeiten zurückgeführt. Ein für Betroffene und Angehörige zentrales Thema ist die niederschwellige professionelle Unterstützung; hier wurde ein grosses Bedürfnis nach **aufsuchender Hilfe zuhause** ausgedrückt. Diese Form der Unterstützung wird im Kanton Luzern unabhängig vom „Luzerner Bündnis gegen Depression“ in Form des Pilotprojekts „Gemeindeintegrierte Akutbehandlung“ bereits getestet und evaluiert. Im Rahmen der Psychiatrie-Spitex besteht im Thurgau eine ähnliche Form aufsuchender Hilfe, allerdings ist das Angebot noch wenig ausgebaut und bekannt. Die Befragung von Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der beiden Bedarfsanalysen zeigte insgesamt in beiden Kantonen Bedürfnisse bezüglich der psychiatrischen Versorgungsstruktur. Diese liegen jedoch ausserhalb des Handlungsspielraums und der Kompetenzen der „Bündnisse gegen Depression“.

Im Bereich der **Selbsthilfe** zeigten sich gewisse Unterschiede zwischen den Kantonen. So bestehen im Kanton Luzern Selbsthilfegruppen sowohl für Betroffene wie auch für Angehörige, die der Selbsthilfeorganisation equilibrium angegliedert sind, darüber hinaus bestehen Selbsthilfegruppen der VASK Luzern (Vereinigung der Angehörigen von Schizophre-

nie- und Psychischkranken). Die Befragung von Betroffenen und Angehörigen im Kanton Thurgau zeigte, dass die Selbsthilfe weder für Betroffene noch für Angehörige sehr weit ausgebaut ist und aus Sicht der befragten Personen viele Bedürfnisse nicht abdecken kann. Durch den Verein Selbsthilfe ist im Kanton Thurgau allerdings eine gute Grundlage vorhanden, um Selbsthilfegruppen ins Leben zu rufen. In beiden Kantonen zeigte sich die Schwierigkeit, dass die Neugründung und der Ausbau von Selbsthilfegruppen sowie die „Anwerbung“ neuer Mitglieder grosser Anstrengung bedarf, die viele Betroffene und Angehörige in ihrer bereits belasteten Lebenssituation nicht leisten können.

5 Bevölkerungsbefragung

5.1 Fragestellungen und Methoden

Die **repräsentative Bevölkerungsbefragung** hatte zum Ziel, das Wissen in der Allgemeinbevölkerung über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen zu erfassen und so Anhaltspunkte zur Gestaltung der Sensibilisierungs-Kampagne zu gewinnen. Es wurde erhoben,

1. welches Wissen über depressive Erkrankungen bzw. Symptome in der Bevölkerung besteht
2. wie die Einstellung gegenüber depressiven Erkrankungen ist,
3. welche Behandlungsmöglichkeiten – einschliesslich antidepressiver Medikamente – bekannt sind bzw. in Betracht gezogen werden,
4. welches Wissen über spezifische Informations- und Unterstützungsangebote im Kanton Thurgau besteht,
5. in welchen Medien bisher Informationen zu depressiven Erkrankungen wahrgenommen wurden.

Die Befragung erfolgte mittels eines teilweise strukturierten Fragebogens, der auf der Basis der oben beschriebenen Ziele konstruiert wurde und sich an bestehenden Befragungen in der Schweiz und im Ausland orientiert. Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte durch Frau Brigitte Müller und Frau Renate Gutmann (FHNW HSA) und wurde durch ein externes Expertenreview qualitativ geprüft. Die Befragung erfolgte in Form eines CATI („computer assisted telephone interview“) durch das Sozial- und Marktforschungsinstitut Demoscope. Die Luzerner Befragung wurde Ende Juni/Anfang Juli 2008 durchgeführt, diejenige im Thurgau im April 2009. Aus der Grundgesamtheit der erwachsenen Bevölkerung der beiden Kantone (über 15-Jährige) wurde eine Zufallsstichprobe der Haushalte gezogen und mit einer Alters- und Geschlechtsquote kombiniert (Random-Quota-Methode). Diese Vorgehensweise erlaubt weitgehend repräsentative Aussagen bezogen auf die anvisierte Grundgesamtheit. Im Kanton Luzern wurden 802 Personen befragt, im Kanton Thurgau 504.

5.2 Soziodemografische Merkmale und Angaben zur Betroffenheit

In den Telefoninterviews wurden die Personen gefragt, ob sie in ihrem Umfeld (Familie, Verwandte, Arbeit etc.) jemanden kennen, der schon einmal wegen einer Depression be-

handelt wurde⁶. Tabelle 1 enthält die entsprechenden Angaben. Es bestehen keine statistischen Unterschiede zwischen den Kantonen.

Tab. 1: Betroffenheit (n=1297)

		Luzern		Thurgau		Total	
		n	%	n	%	n	%
Betroffen	nicht betroffen	275	34.5	158	31.6	433	33.4
	privates Umfeld	477	59.8	321	64.2	798	61.5
	selbst betroffen	25	3.1	10	2.0	35	2.7
	beruflich mit Thematik zu tun	20	2.5	11	2.2	31	2.4
Insgesamt	betroffen (selbst, Umfeld, Beruf)	522	65.5	342	68.4	864	66.6

Tabelle 2 enthält Angaben zu den soziodemografischen Merkmalen der befragten Personen.

Tab. 2: Beschreibung der Stichprobe (n=1306)

		Luzern		Thurgau		Total	
		n	%	n	%	n	%
Geschlecht	Frau	411	51.2	256	50.8	667	51.1
	Mann	391	48.8	248	49.2	639	48.9
Alter	15-29 Jahre	185	23.1	110	21.8	295	22.6
	30-49 Jahre	289	36.0	184	36.5	473	36.2
	50-69 Jahre	222	27.7	148	29.4	370	28.3
	70 Jahre und älter	106	13.2	62	12.3	168	12.9
Bildung	obligatorische Schule	106	13.4	59	11.7	165	12.7
	Berufsschule/Mittelschule	459	58.0	322	63.9	781	60.3
	Fachhochschule/Universität	226	28.6	123	24.4	349	26.9
Wohnort	Stadt [†]	452	56.4	244	48.4	696	53.3
	Land	350	43.6	260	51.6	610	46.7
Muttersprache	Deutsch/Schweizerdeutsch	725	90.4	457	90.7	1182	90.5
	Andere	77	9.6	47	9.3	124	9.5

[†] Unterschied zwischen TG und LU signifikant ($p < 0.001$)

5.3 Wissen über Symptome und Ursachen

Wie im BgD-Konzept⁷ empfohlen, wurde für die Bevölkerungsbefragungen eine **Fallvignette** ohne Verwendung des Begriffs „Depression“ verwendet. Dieses Vorgehen erlaubt es, abzuschätzen, inwieweit ein depressives Symptombild überhaupt mit der Erkrankung assoziiert wird, welche Ursachenkonzepte dazu bestehen und welche Interventionsmöglichkeiten vorgeschlagen werden. Aufgrund dieser Empfehlungen wurde für den vorliegenden

⁶ Es wurde nicht gefragt, ob die Befragten selber betroffen sind. Entsprechende Antworten wurden aber separat kategorisiert (vgl. Tab. 2). Die Angaben haben aus diesem Grund keinerlei epidemiologische Aussagekraft.

⁷ Althaus, D., Schäfer, R. & Hegerl, U. (2003). Empfehlungen zur Planung und Durchführung regionaler Antidepressionskampagnen: Das Bündnis-Kursbuch. München: Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Fragebogen eine Depressions-Vignette entwickelt, die eine fiktive Person⁸ mit depressiven Erlebens- und Verhaltensweisen beschreibt. Die Symptome werden in Anlehnung an das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, diagnostisches Kategoriensystem psychischer Erkrankungen) beschrieben.

Vignette (nach Wang, ISPM Zürich)

Version männlich: Peter ist 30 Jahre alt. Seit einigen Wochen fühlt er sich ungewöhnlich traurig und elend. Obwohl er immer müde ist, schläft er fast jede Nacht schlecht. Peter hat keinen Appetit und hat abgenommen. Er kann sich nicht auf seine Arbeit konzentrieren und schiebt Entscheidungen vor sich her. Sogar alltägliche Aufgaben scheinen zuviel für ihn zu sein. Sein Chef hat dies mitbekommen und macht sich Gedanken über Peters sinkende Arbeitsleistung.

Version weiblich: Anna ist 30 Jahre alt. Seit einigen Wochen fühlt sie sich ...

Den befragten Personen wurde zuerst am Telefon die oben beschriebene Fallvignette vorgelesen, danach wurde ihnen die Frage gestellt: „Wie würden Sie sich Peters/Annas Zustand **erklären**? Bitte nennen Sie vier mögliche Erklärungen, die Ihnen spontan in den Sinn kommen.“ Die Antworten wurden in einem vorgegebenen Kategoriensystem möglicher Erklärungen und Ursachenzuschreibungen kodiert, welches sich an bereits bestehende Kategoriensystemen orientiert⁹.

Tabelle 3 zeigt, welche Ursache oder Begründung die befragten Personen spontan als Erstes nannten. Es ist anzunehmen, dass diese **erste Nennung die Ursachenkonzepte in der Bevölkerung am besten reflektiert** und im Falle eigener Betroffenheit auch handlungsleitend ist¹⁰. Die Ergebnisse zeigen, dass rund 44% der Befragten das beschriebene Symptombild in der Fallvignette spontan als psychisches Problem, Depression oder Burnout erkannte. Am zweithäufigsten wurden Belastungen als Ursache oder Erklärung für den Zustand der beschriebenen Person genannt (25%). Zwischen den beiden Kantonen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der spontanen Ursachenzuschreibung.

Tab. 3: Spontane Ursachenkonzepte (n=1269)

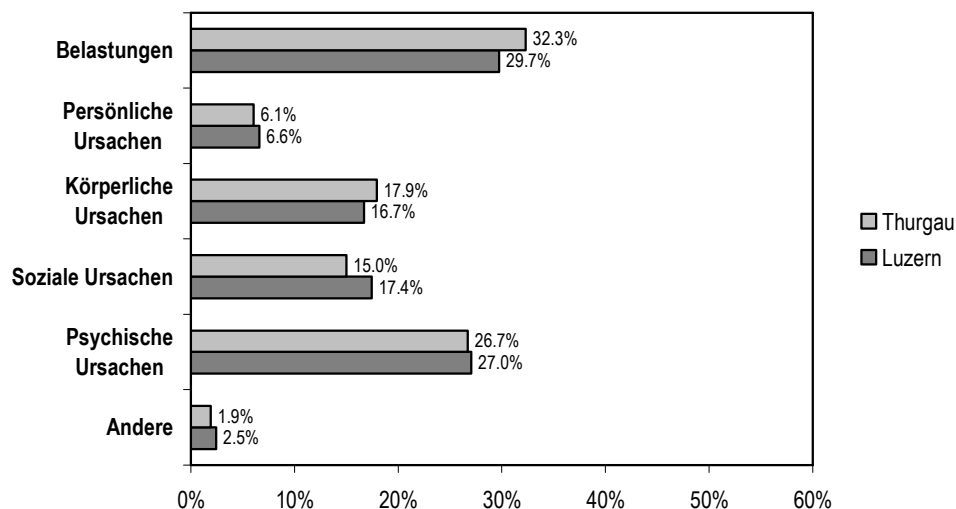
	Luzern		Thurgau		Total	
	n	%	n	%	n	%
Belastungen	200	25.9	117	23.5	317	25.0
Persönliche Ursachen	28	3.6	14	2.8	42	3.3
Körperliche Ursachen	96	12.4	79	15.9	175	13.8
Soziale Ursachen	104	13.5	66	13.3	170	13.4
Psychische Ursachen	339	43.9	215	43.3	554	43.7
Andere	5	0.6	6	1.2	11	0.9

⁸ Den Befragten wurde nach Zufallsauswahl die weibliche oder männliche Form der Vignette vorgelegt, um Geschlechtseffekte zu vermeiden.

⁹ 1. Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1996). Public attitudes towards psychiatric treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 94, 326-336. 2. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, B. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 32, 143-148. 3. Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2003). Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 253, 248-251. 4. Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health, 89, 1328-1333.

¹⁰ Eine detaillierte Beschreibung der Kategorien findet sich im Anhang.

Im Kanton Luzern wurden insgesamt 2437 Nennungen gemacht, im Kanton Thurgau 1717¹¹. Es zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Kantonen¹². Über alle gemachten Nennungen gesehen (Grafik 1) wurden Belastungen weitaus am häufigsten (total 31,0%) als Ursache bzw. Begründung der beschriebenen Situation genannt. Psychische Ursachen machten rund ein Viertel der Nennungen (total 26,9%) aus, während körperliche und soziale Ursachen in 17,3% bzw. 16,2% der Fälle genannt wurden.



Grafik 1: Genannte Ursachen in % der Nennungen (TG n=1717, LU n=2437)

5.4 Handlungsbedarf, Möglichkeiten der aktiven Bewältigung

Nach der Frage nach Erklärungen und Begründungen für die beschriebene Situation wurden die Teilnehmenden gebeten, eine Einschätzung darüber abzugeben, ob die beschriebene Person (Peter/Anna) „etwas tun müsste, um sein/ihr Befinden zu verändern“. 98,5% der Befragten im Kanton Luzern und 97,4% im Kanton Thurgau antworteten mit „Ja“, d.h. sie sahen aufgrund der beschriebenen Situation einen **Handlungsbedarf**.

Es wurde sodann gefragt, was die beschriebene Person „**tun könnte**, damit es ihm/ihr besser geht“. Tabelle 4 zeigt, dass etwas weniger als die Hälfte der befragten Personen spontan – d.h. bei der ersten Nennung im Telefoninterview – empfiehlt, in der beschriebenen Situation medizinisch-psychiatrische, psychologische oder beratende Unterstützung zu suchen (44,7%), wobei die meisten Nennungen auf „Arzt“ und „Hausarzt“ (insgesamt 30,9%¹³) entfielen. Knapp die andere Hälfte der Befragten empfiehlt hingegen, das Befinden durch individuelles Handeln zu verbessern (49,6%), wobei hier hauptsächlich vorgeschlagen wurde, Hilfe und Unterstützung im sozialen Umfeld zu suchen (27,0%) oder sich durch Aktivitäten, Hobbies, Sport u.ä. abzulenken (insgesamt 13,6%). Der Chi-Quadrat-Test ergibt ein auf dem 5%-Niveau signifikantes Resultat. Dies bedeutet, dass sich die Kantone hier unterscheiden, was auf die unterschiedlichen Häufigkeiten bei der Kategorie „Medizi-

¹¹ Es können gegenüber den Auszählungen in den Kantonsberichten geringfügige Abweichungen in den Anzahl Nennungen bestehen. Dies liegt daran, dass für den Kantonsvergleich nicht kategorisierte Antworten neu kodiert wurden.

¹² Da es sich um eine Auszählung der gemachten Nennungen handelt, und somit eine befragte Person zwischen ein und vier Mal in einer Kategorie ist, werden keine Chi-Quadrat-Tests durchgeführt, da dies eine verzerrende Gewichtung jener Personen, die mehr Antworten gaben, bedeuten würde.

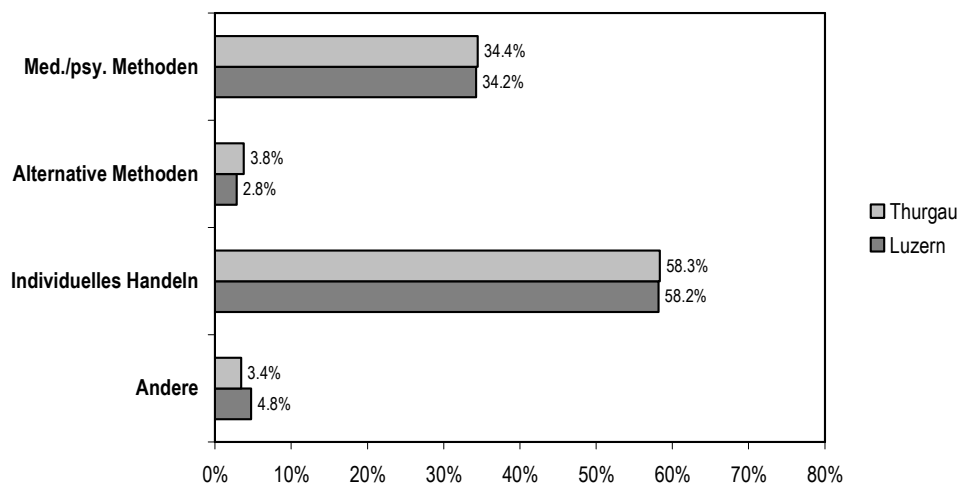
¹³ Eine Beschreibung der Unterkategorien findet sich im Anhang, die Zahlen werden nicht im Detail wiedergegeben.

nische oder psychosoziale Unterstützung“, „individuelles Handeln“ und „anderes“ zurückzuführen ist.

Tab. 4: Spontane Bewältigungsempfehlungen (n=1263)

	Luzern		Thurgau		Total	
	n	%	n	%	n	%
Medizinische oder psychosoziale Unterstützung	333	43.0	231	47.3	564	44.7
Alternative Methoden	10	1.3	10	2.0	20	1.6
Individuelles Handeln	391	50.5	236	48.4	627	49.6
Andere	41	5.3	11	2.3	52	4.1

Im Kanton Luzern wurden insgesamt 2467 Nennungen gemacht, im Kanton Thurgau 1539. Es zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Kantonen¹⁴. Über alle gemachten Nennungen gesehen (Grafik 2) wurde die Bewältigung durch individuelles Handeln am häufigsten als adäquate Bewältigungsstrategie angesehen (total 58,2%), rund ein Drittel der Nennungen bezogen sich auf Hilfe durch medizinisch-psychiatrische, psychologische, beratende Fachpersonen (34,3%). Nur wenige Nennungen beinhalteten alternative Methoden (3,3%). In der Kategorie „andere“ wurden vor allem Selbstreflexion als Bewältigungsmöglichkeit genannt: „das Leben überdenken“, „sich dem Problem stellen“, „nachdenken“, „eigene Bedürfnisse klären“, „Ursache suchen“.



Grafik 2: Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung in % der Nennungen (TG n=1539, LU n=2467)

5.5 Hilfe und Unterstützung

Während die vorhergehende Frage mit der Formulierung, was die beschriebene Person „tun“ könnte um ihr Befinden zu verbessern, auf die Vorstellungen über aktive Bewältigungsmöglichkeiten fokussiert war, stand bei der nächsten Interviewfrage vor allem die Einschätzung verschiedener **Unterstützungsmöglichkeiten** im Vordergrund. Die Formulierung der Frage lautete: „Was oder wer könnte Peter/Anna Ihrer Meinung nach in dieser

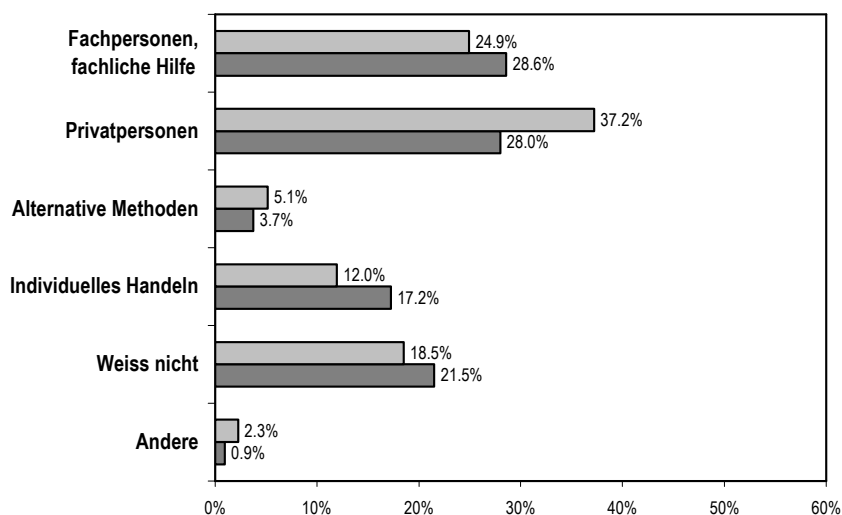
¹⁴ Vgl. Fussnote 13.

Situation helfen?“. Wie Tabelle 5 zeigt, beantwortete rund ein Fünftel der Befragten (total 22,1%) diese Frage mit „weiss nicht“, während ein Viertel (24,3%) fachliche bzw. medizinisch-psychiatrische oder psychosoziale Hilfe¹⁵ empfahl. Die Mehrheit der Befragten (37,2%) war jedoch der Ansicht, dass Hilfe am ehesten bei Personen im privaten Umfeld oder allenfalls bei Vorgesetzten zu suchen wäre, und 11,6% empfehlen wie schon in der vorhergehenden Fragen, die Situation durch individuelles Handeln zu bewältigen. Die Bevölkerung der beiden Kantone unterscheidet sich signifikant in ihren Erstantworten auf die Frage nach der besten Unterstützung ($p < 0.01$), die Unterschiede zeigen sich in allen Kategorien, besonders deutlich jedoch bezüglich der Kategorien „Fachpersonen, fachliche Hilfe“ und „Privatpersonen“.

Tab. 5: Spontane Unterstützungsempfehlungen (n=1251)

	Luzern		Thurgau		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fachpersonen, fachliche Hilfe	203	26.4	101	20.9	304	24.3
Privatpersonen	256	33.3	209	43.3	465	37.2
Alternative Methoden	22	2.9	23	4.8	45	3.6
Individuelles Handeln	98	12.8	47	9.7	145	11.6
Weiss nicht	182	23.7	94	19.5	276	22.1
Anderes	7	0.9	9	1.9	16	1.3

Die Unterschiede in den ersten Antworten spiegeln sich auch in der Gesamtzahl der Nennungen wieder (Grafik 3). Im Kanton Luzern wurden insgesamt 2228 Nennungen gemacht, im Kanton Thurgau 1497. Während im die Thurgauer Bevölkerung im Vergleich zu Luzern die Unterstützung durch Personen aus dem privaten Umfeld oder eine vorgesetzte Person¹⁶ als geeignet wertet, wird im Kanton Luzern häufiger fachliche Unterstützung oder individuelles Handeln empfohlen.



Grafik 3: Unterstützungsmöglichkeiten in % der Nennungen (TG n=1497, LU n=2228)

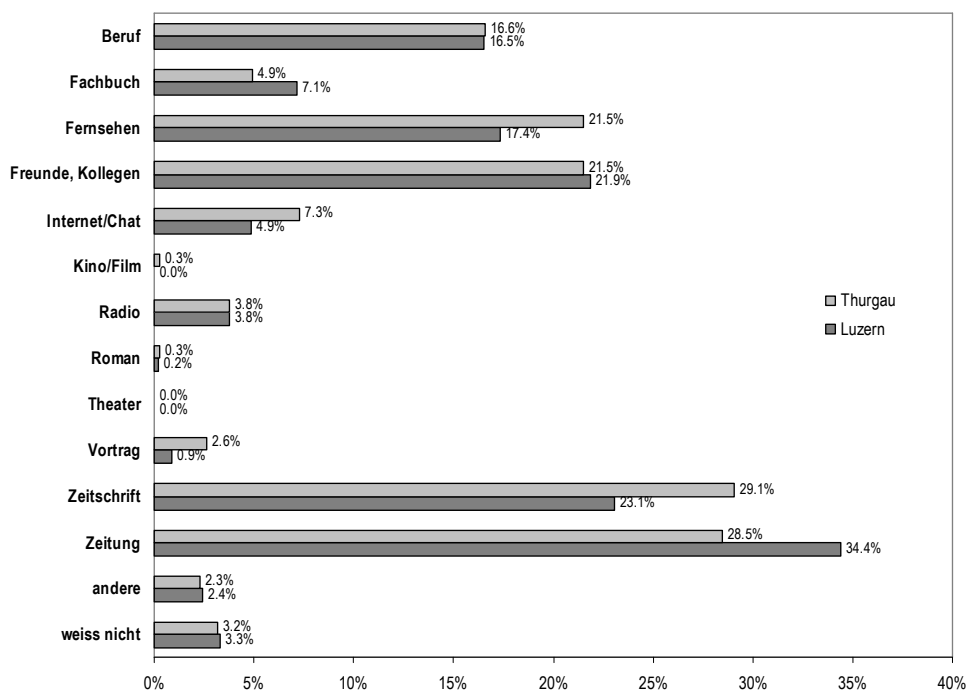
¹⁵ Eine Beschreibung der Unterkategorien findet sich im Anhang, die Zahlen werden nicht im Detail wiedergegeben.

¹⁶ Vgl. Fussnote 13.

5.6 Informationsstand und Einstellungen

Die Personen wurden gefragt, ob sie „in den letzten 12 Monaten **etwas über Depressionen gehört oder gelesen**“ hätten? 71,8% der Personen im Kanton Luzern und 68,3% der Personen beantworteten diese Frage mit „Ja“. Grafik 4 zeigt die Antworten auf die Frage, über welche Kanäle oder Medien die Befragten die Informationen zu Depression erhalten hatten¹⁷.

Am häufigsten wurden Zeitschriften und Zeitungen genannt als Informationsquelle genannt. Bei der Nachfrage, aus welchen Zeitschriften und Zeitungen die Informationen stammten, wurden sehr unterschiedliche Printmedien benannt: 20minuten, Beobachter, Blick, Bodenseezeitung, coop- und Migros-Zeitung, Glückspost oder andere Illustrierte, medizinische Fachzeitschriften, Neue Luzerner Zeitung, NZZ, Schweizer Familie, Sonntagszeitungen, Tages-Anzeiger, Thurgauer Zeitung, verschiedene Gesundheitshefte und Gratishefte in Apotheken oder Drogerien. Je ein Fünftel der Befragten hatte Informationen zu Depressionen aus dem Fernsehen oder über Freundinnen, Freunde oder Kolleginnen und Kollegen erhalten. 17% der Personen hatten Informationen zu Depressionen im beruflichen Zusammenhang erhalten. Jeweils weniger als 10% der Personen nannten das Internet, das Radio, Fachbücher, Vorträge oder auch die eigene Erfahrung als relevante Informationsquellen.

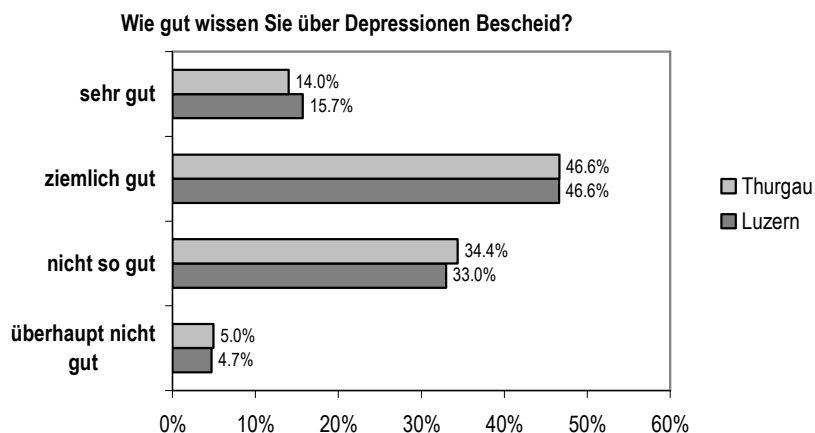


Grafik 4: Informationskanäle (TG n=344, LU n=576)

Diejenigen Personen, die in den letzten zwölf Monate etwas über Depressionen gelesen oder gehört hatten, wurden im folgenden nach ihrer Einschätzung des eigenen Wissens befragt (vgl. Grafik 5). Hier zeigt sich, dass zwar über die Hälfte der befragten Personen glauben, dass sie ziemlich gut oder sehr gut über Depressionen Bescheid wissen (60,6%),

¹⁷ Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Ja-Antworten, nicht auf die Gesamtzahl der Befragten.

dass aber mehr als ein Drittel von sich sagt, nicht so gut (34,4%) oder sogar überhaupt nicht gut Bescheid zu wissen (5%).



Grafik 5: Einschätzung des eigenen Wissens über Depressionen (TG n=344, LU n=576)

Es wurde zudem gefragt, wie wichtig die Aufklärung der Bevölkerung zum Thema Depressionen eingeschätzt wird, hier antworteten 93,4% der Personen mit „ziemlich wichtig“ oder „sehr wichtig“ (Luzern 92,4%, Thurgau 94,4%). Nur 1% der Befragten in beiden Kantonen hielt die Aufklärung für „gar nicht wichtig“.

Als letztes wurde den Personen im Telefoninterview verschiedene Aussagen zum Thema Depression vorgelesen, und sie wurden aufgefordert, den Grad ihrer Zustimmung zu diesen Aussagen auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) zu äussern. Die Skala wurde dichotomisiert, d.h. es wurde für die Auswertung lediglich unterschieden, ob eine Person einer Aussage zustimmt oder nicht. Tabelle 6 zeigt die Antworten auf diese Einstellungs-Fragen. Es ergaben sich keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Kantonen.

Fast ein Viertel (total 24,4%) der befragten Personen denkt, dass eine Depression eigentlich gar keine Krankheit ist, während 11% der Personen der Aussage zustimmen, dass die Betroffenen selbst schuld an ihrer Situation sind. Die Mehrheit (72,0%) ist der Ansicht, dass Depressionen alle Menschen gleichermaßen treffen können – dies bedeutet umgekehrt, dass über ein Viertel der Meinung ist, Depressionen würden eben nicht alle Menschen treffen. Nur gerade knapp 9% denken, dass es richtig ist, anderen Personen eine Depression zu verschweigen, und ein Grossteil (93,5%) der Befragten glaubt, dass die Erkrankung behandelbar ist, wobei 88,1% der Personen der Ansicht sind, dass Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychologinnen und Psychologen im Falle einer Depressions-Erkrankung helfen können. Unsicherheit besteht in Bezug auf die medikamentöse Behandlung: hier antworteten 14,4% der Personen mit „weiss nicht“ und weitere 61% glauben, dass die entsprechenden Medikamente zu Abhängigkeit führen. (s. nächste Seite).

Tab. 6: Einstellungen

Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen? [†]	% der Zustimmung zu den Aussagen					
	Luzern		Thurgau		Total	
	n	%	n	%	n	%
„Depression ist eigentlich gar keine Krankheit.“	193	24.8	117	23.8	310	24.4
„Wer eine Depression hat, ist selber daran schuld.“	82	10.4	59	11.9	141	11.0
„Depressionen können alle Menschen gleichermaßen treffen.“	568	71.9	356	72.2	924	72.0
„Wer eine Depression hat, sollte besser nicht mit anderen darüber reden.“	76	9.6	39	7.8	115	8.9
„Eine Depression ist eine Krankheit, die behandelbar ist.“	731	93.5	459	93.5	1190	93.5
„Psychiater oder Psychologen können Menschen mit Depressionen helfen.“	697	88.9	444	89.3	1141	89.1
„Medikamente gegen Depressionen machen abhängig.“	489	61.0	306	60.8	795	61.0
Zustimmung						
„weiss nicht“	111	13.9	77	15.3	188	14.4

[†] Die Angabe „weiss nicht“ lag bei allen ausser der letzten Aussage zwischen 1 und 2%, diese Antworten wurden als fehlende Werte behandelt.

5.7 Interpretation

Die repräsentativen Telefonumfragen zeigten, dass rund **zwei Drittel der Bevölkerung vom Thema „Depression“ betroffen sind**, sei es, dass sie selber betroffen sind, oder jemand in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld. Angesichts der grossen Belastungen, der Angehörige ausgesetzt sind, unterstreichen diese Zahlen die beträchtliche gesundheitspolitische Relevanz des Themas.

Zur Erfassung der „mental health literacy“, d.h. dem Wissen und den Einstellungen über psychische Erkrankungen, die deren Erkennen sowie einen adäquaten Umgang damit erleichtern und zu deren Vorbeugung beitragen, wurde den Befragten eine Person mit depressiven Verhaltens- und Erlebensweisen geschildert, und sie wurden zunächst danach gefragt, was die Erklärung oder Begründung für den Zustand dieser Person sei. **Rund 44% erkannten die beschriebene Problematik spontan als psychisches Problem** (allgemeines psychisches Problem, Depression oder Burnout). In den Antworten, die die befragten Personen am Telefon gaben, **überwiegen Belastungen als Ursachenkonzept**, gefolgt von psychischen und körperlichen Ursachen¹⁸. Die gegenwärtig von vielen psychiatrischen Fachpersonen favorisierte Ätiologie einer endogenen und teilweise genetisch bedingten Stoffwechselstörung des Gehirns („brain disease“) scheint in der Bevölkerung kaum verankert zu sein.

Für die Früherkennung und Frühintervention bei depressiven Erkrankungen ist jedoch weniger die „richtige“ Diagnose der Symptome entscheidend, sondern vielmehr die Einstellung oder das Wissen, ob und wann Hilfe in Anspruch zu nehmen ist. 98% der Befragten sahen bei der beschriebenen Person einen Handlungsbedarf. Als Bewältigungsstrategien

¹⁸ Letzteres ist höchstwahrscheinlich auf die Hervorhebung körperlicher Depressionssymptome bei der Beschreibung der Person in der Vignette und die Tatsache, dass die genannten körperlichen Ursachen wie Eisenmangel oder Fehlfunktionen der Schilddrüse ähnliche Symptome hervorrufen können, zurückzuführen.

wurden vor allem die **Suche nach sozialer Unterstützung im privaten Umfeld oder andere individuelle Handlungen** wie Ablenkung, Sport, Hobbies etc. empfohlen. Etwas weniger als Hälfte der befragten Personen empfahl, eine medizinisch-psychiatrische oder andere Fachperson aufzusuchen. Die Antworten auf die Frage nach adäquater Unterstützung (wer oder was kann der beschriebenen Person helfen) verdeutlichten noch einmal den grossen Stellenwert, den die Bevölkerung der sozialen Unterstützung beimisst. Mehr als ein Drittel der Befragten rieten spontan, die Familie, Freundinnen und Freunde oder aber den Vorgesetzten oder die Vorgesetzte um Hilfe zu bitten. Ein weiteres Viertel rieten zu medizinisch-psychiatrischer oder anderer fachlicher Hilfe. Hier ergab sich auch ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kantonen: während die Luzerner Bevölkerung aufgrund der in der Vignette beschriebenen Symptome eher empfiehlt, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, sehen die Befragten aus dem Kanton Thurgau die Unterstützung durch Privatpersonen eher als geeignet an. Worauf dieser Unterschied zurückzuführen ist, kann aus dem vorhandenen Datenmaterial nicht schlüssig geklärt werden.

Auffallend ist – wiederum in beiden Kantonen – der hohe Anteil an Personen, die **angeben, nicht zu wissen, wer oder was der beschriebenen Person helfen könnte** – es ist rund ein Fünftel. Hier besteht offensichtlich ein Aufklärungsbedarf, durch welche Fachpersonen im beschriebenen Fall einer depressiven Störung Unterstützung zu erhalten ist.

Nach ihrem Informationsstand gefragt, gaben mehr als zwei Drittel der befragten Personen an, in den letzten zwölf Monaten Informationen zum Thema Depression gehört oder gelesen zu haben, dies vor allem aus **Zeitungen, Zeitschriften oder dem Fernsehen**. Auch aus dem privaten Umfeld hatte rund ein Fünftel der Befragten Informationen über Depressionen erhalten. Rund 40% der befragten Personen schätzten aber ihren eigenen Informationsstand als „nicht so gut“ ein und über 90% gaben an, die Aufklärung der Bevölkerung zur Thematik sehr wichtig oder wichtig zu finden¹⁹. Weitere Anhaltspunkte zu Wissen und Wissenslücken bezüglich Depressionen und ihren Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Einstellungsfragen. Es zeigt sich, dass zwar die **Mehrheit der Bevölkerung einigermassen gut informiert** ist, aber bei einer beträchtlichen Minderheit **gravierende Wissenslücken und stigmatisierende Einstellungen** bestehen. Rund ein Viertel der Befragten glaubt, dass eine Depression „eigentlich gar keine Krankheit“ ist. Immerhin ein Zehntel ist sogar der Ansicht, dass die Betroffenen „selber schuld“ an ihrer Erkrankung sind. Ein Drittel glaubt, dass Depressionen nicht „alle Menschen gleichermassen“ treffen²⁰ können. Erstaunlicherweise scheint die Einstellung gegenüber der Tabuisierung negativ zu sein – nur gerade 9% der Befragten denken, dass es für Betroffene besser ist, nicht über die Erkrankung zu reden. Allerdings muss hier beachtet werden, dass eine vorhandene Einstellung längst nicht immer zum entsprechenden einstellungskohärenten Verhalten führt. Rund 90% der Bevölkerung glaubt, dass Depressionen behandelbar sind und die Behandlung durch psychiatrische oder psychologische Fachpersonen hierzu geeignet ist²¹. Grosse Unsicherheit besteht in Bezug auf die medikamentöse Behandlung der Depressionen – rund 14% der Befragten wissen nicht, ob die entsprechenden Medikamente zu Abhängigkeit führen können, und 60% denken, dass antidepressive Medikamente abhängig ma-

¹⁹ Es ist davon auszugehen, dass bei diesem hohen Zustimmungsggrad auch Effekte der „sozialen Erwünschtheit“ eine Rolle spielten.

²⁰ Diese Ansicht ist nicht zwingend als Wissenslücke zu interpretieren, entspricht sie doch vielen theoretischen Modellen zu Depression, die von einer der Erkrankung vorausgehenden bestehenden genetischen oder psychischen Vulnerabilität ausgehen, die nicht bei allen Menschen gleich ausgeprägt ist.

²¹ Es besteht ein offensichtlicher Widerspruch zu jenem Viertel der Befragten, die glauben, Depression sei „keine Krankheit“.

chen. Dieser hohe Anteil ist jedoch nicht nur als mangelndes Wissen über moderne Antidepressiva zu interpretieren, sondern wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen, dass bei depressionsbedingten Schlafstörungen häufig Benzodiazepine verschrieben werden.

6 Fazit und Ausblick

6.1 Kantonale Unterschiede

Im Rahmen des Vergleichs der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsumfragen in den Kantonen Luzern und Thurgau zeigten sich **wenige Unterschiede**. Zu nennen sind lediglich kleine Unterschiede hinsichtlich der Organisation der Selbsthilfe, die im Kanton Luzern weiter entwickelt und für Aussenstehende transparenter ist, im Bereich der ambulanten psychiatrischen Dienste, deren Stellenwert im Kanton Thurgau höher scheint und in Bezug auf die Frage, was oder wer einer als depressiv beschriebenen Person helfen könnte, bei der die Luzerner Bevölkerung eher die Unterstützung durch Fachpersonen empfahl, während im Thurgau die Hilfe durch das private Umfeld favorisiert wurde.

Die **Ähnlichkeit der beiden Kantone** hinsichtlich der demografischen Struktur und dem Urbanisierungsgrad trägt sicher zu diesem Resultat bei, darüber hinaus können die übereinstimmenden Resultate der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsbefragungen als **gegenseitige Validierung** gewertet werden. Die Übertragbarkeit der Resultate auf andere Kantone muss differenziert beurteilt werden. In Bezug auf die in den Bedarfsanalysen thematisierten Problematiken kann davon ausgegangen werden, dass der Informations-, Sensibilisierungs- und Weiterbildungsbedarf von Hausärztinnen und -ärzten und beruflichen Zielgruppen (Lehrkräfte, Pflegefachpersonal, Seelsorge etc.) und das Risiko der Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen (Migrantinnen und Migranten, ältere Menschen und Betagte) in anderen Kantonen ähnlich gelagert sind. Wahrgenommene Lücken und Bedarfe hinsichtlich der Angebote für Betroffene und Angehörige, insbesondere des **Ausbaus und der Bedürfnisse im Bereich der Selbsthilfe, aber auch im Bereich der interinstitutionellen Zusammenarbeit** dürften jedoch kantonal unterschiedlich ausgeprägt sein. Hier könnten insbesondere der Urbanisierungsgrad und sowie bereits laufende Projekte in diesen Felder zentrale Einflussgrößen sein.

6.2 Zentrale Aspekte für künftige „Bündnis“-Projekte

Aus der Synopsis der beiden Bedarfsanalysen und Bevölkerungsbefragungen sowie der Evaluation des „Luzerner Bündnis gegen Depression“ werden im Folgenden die wichtigsten Aspekte zusammengefasst, die bei künftigen BgD-Projekten berücksichtigt werden sollten.

- **Projektorganisation und -finanzierung:**

- In Bezug auf die Projektstruktur hat sich in den beiden untersuchten „Bündnis“-Projekten der Einbezug von Vertretenden aus verschiedensten Arbeitsfeldern sowie Angehörigen und Betroffenen in projektsteuernde und -begleitende Gremien als sehr positiv erwiesen, da für Fachleute in dieser Form interinstitutionelle Zusammenarbeit konkret und unkompliziert gefördert wurde und für Betroffene und Angehörige Schlagwörter wie „Empowerment“ und Partizipation praktisch umgesetzt wurden.

- Trotz verschiedener möglicher Projektorganisationsstrukturen und Finanzierungsmodellen (vgl. z.B. Zuger, Berner und Luzerner „Bündnisse gegen Depression“) sind die finanziellen Ressourcen häufig begrenzt. Aspekte der Fokussierung und Koordination (s.u.) könnten in künftigen BgD-Projekten zwecks optimaler Nutzung der Ressourcen stärker berücksichtigt werden.
- **Hausärztinnen und -ärzte:**
 - Die Erfahrungen in Luzern haben gezeigt, dass Hausärztinnen und -ärzte in ihrer wichtigen Rolle bei der Früherkennung depressiver Erkrankung und der Triage durch Weiterbildungen unterstützt werden können. Es muss jedoch bedacht werden, dass zahlreiche Hausärztinnen und -ärzte über ein sehr gutes Fachwissen bezüglich Depressionen verfügen und sich durch die Ausrichtung des „Bündnisses gegen Depression“ auf vermutete Schwachstellen bei der Diagnostik und Behandlung der Erkrankung in der Allgemeinmedizin ungerechtfertigt kritisiert fühlen. Ebenso stellt sich die Frage, in welcher Form Weiterbildungen zum Thema „Depression“ für Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen, so dass eine gewisse Nachhaltigkeit gewährleistet ist.
 - Strukturell bedingte Schwierigkeiten, denen sich Hausärztinnen und Hausärzten bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenübersehen, so z.B. die Verrechnung von Gesprächsminuten bei TARMED und insbesondere auch Probleme bei der Überweisung, die sich durch einen Mangel an niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater ergeben, könnten sich in Zukunft noch verschärfen. Die Bearbeitung dieser Probleme liegt ausserhalb des Handlungsspielraums des BgD und muss auf anderer Ebene bearbeitet werden.
- **Öffentlichkeitsarbeit:**
 - Die BgD-Broschüre, insbesondere die Kernbotschaften und die Listen mit allen bestehenden Unterstützungsangeboten, kann als sinnvolles und effizientes Mittel zur Sensibilisierung und Information breiterer Bevölkerungsschichten angesehen werden, allerdings muss auch hier die Frage nach der Nachhaltigkeit gestellt werden, falls die Broschüre nicht kontinuierlich aktualisiert und immer wieder verteilt und aufgelegt wird.
 - Aufgrund der Evaluation des „Luzerner Bündnisses gegen Depression“ sollte im Bereich Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit den beschränkten Ressourcen die Frage nach Aufwand und Ertrag gestellt werden. Nachhaltige Veränderungen des Problembewusstseins und der Einstellungen der Öffentlichkeit sind nur langsam, durch wiederkehrende Information und mittels einfacher Botschaften zu erreichen. Ob und wie die im Rahmen von BgD-Projekten getätigten Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wirken, wurde bisher nicht evaluiert.
- **Berufliche Zielgruppen, Risikogruppen:**
 - Die Bedarfsanalysen in Luzern und Thurgau wiesen einen deutlichen Informations- und Weiterbildungsbedarf bei nicht-psychiatrischen Berufsgruppen wie Lehrpersonen, Pflegefachpersonen, Seelsorgenden etc. nach, denen bei der Früherkennung von depressiven Erkrankungen eine zentrale Rolle zukommt. Veränderungen in

diesem Bereich können jedoch nur erwartet werden, wenn die Weiterbildung und Sensibilisierung dieser Berufsgruppen nicht nur punktuell im Rahmen eines „Bündnis“-Projekts erfolgen, sondern flächendeckend und kontinuierlich gewährleistet sind.

- Ein wichtiges Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen ist die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit²². Diesbezüglich wurde in bestehenden Schweizer „Bündnis“-Projekten eine wichtige Risikogruppe, nämlich Personen mit Migrationshintergrund, noch wenig berücksichtigt. Insbesondere die Möglichkeiten einer Übersetzung der Informationsbroschüre, die als einfaches und effizientes Aufklärungsmedium gelten kann, wurde noch nicht genutzt (vgl. auch 4.4).

- **Angehörige und Betroffene:**

- In Bezug auf die Projektstruktur hat sich in den beiden untersuchten „Bündnissen“ der Einbezug von Vertretenden aus verschiedensten Arbeitsfeldern sowie Angehörigen und Betroffenen in projektsteuernde und -begleitende Gremien als sehr positiv erwiesen, da für Fachleute in dieser Form interinstitutionelle Zusammenarbeit konkret und unkompliziert gefördert wurde und für Betroffene und Angehörige Ansätze wie „Empowerment“ und Partizipation praktisch umgesetzt wurden.
- Von Betroffenen und Angehörigen werden vor allem Bedarfe in Bezug auf das Angebot an professioneller Unterstützung geäußert. So besteht z.B. ein starker Wunsch nach niederschwelliger, gemeindenaher und aufsuchender Hilfe sowie nach besserer Begleitung der Angehörigen. Die Veränderung psychiatrischer Versorgungsstrukturen liegt ausserhalb des Handlungsspielraums der BgD-Projekte, allerdings können im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit bestehende Angebote bekannter gemacht werden und Selbsthilfeinitiativen unterstützt werden.

6.3 Nachhaltigkeit, Fokussierung, Koordination/Kooperation

Nebst diesen Empfehlungen zu den vier BgD-Bereichen wurden in beiden Bedarfsanalysen allgemeine Empfehlungen formuliert. Die zugänglichen Informationen aus bestehenden Bündnissen, die Bedarfsanalysen sowie die Evaluation des „Luzerner Bündnisses gegen Depression“ zeigen, dass diesen Empfehlungen bei künftigen Projekten besondere Beachtung zu schenken ist.

- **Nachhaltigkeit:**

- Die Laufzeit von „Bündnissen gegen Depression“ ist häufig begrenzt. In der Evaluation des Luzerner Projekts wurde deutlich, dass die Ziele des BgD nicht durch einmalige Aktivitäten (Aktionswochen, Weiterbildung etc.) erreicht werden können und die Nachhaltigkeit in Frage gestellt werden muss, wenn das Projekt bzw. einzelne Aktivitäten nach Ende der Projektlaufzeit nicht weitergeführt werden können. Wie bei anderen Gesundheitsthemen ist für die Allgemeinprävention und den nachhaltigen Wissenszuwachs in der Bevölkerung eine stetige Wiederholung und Sichtbarmachung einfacher Botschaften vonnöten. Auch Weiterbildungen von Fachpersonen (Hausärztinnen und -ärzte, Multiplikatoren etc.) entfalten aufgrund

²² Qualitätssystem der Gesundheitsförderung Schweiz: www.quint-essenz.ch.

der vielseitigen Anforderungen in diesen Arbeitsbereichen und der Fluktuation in vielen Institutionen erst dann eine Wirkung, wenn sie wiederholt stattfinden.

- Ein zentrales Ziel des Bündnisses sollte es deshalb sein, Massnahmen zu planen, zu initiieren und umzusetzen, deren Wirkung über die Dauer des Projekts hinausreicht bzw. Teilprojekte zu lancieren, die auch längerfristig Bestand haben bzw. nach Ablauf der Projektdauer in die reguläre Angebotslandschaft aufgenommen werden können. Hierzu gehört auch die Sicherstellung der Weiterfinanzierung während der Laufzeit des Projekts.

- **Fokussierung:**

- In den BgD-Projekten Luzern und Thurgau hat sich gezeigt, dass eine Laufzeit von eineinhalb oder zwei Jahren sehr kurz ist, um in allen vier „Bündnis“-Bereichen Interventionen zu realisieren. Begrenzte Ressourcen bergen zudem das Risiko, dass nur punktuelle Aktivitäten umgesetzt werden, was wiederum die Nachhaltigkeit des Projekts beeinträchtigt.
- Aus der Vielzahl möglicher Massnahmen und Aktivitäten auf verschiedensten Ebenen, in verschiedensten Bereichen und bezüglich verschiedenster Zielgruppen muss deshalb eine Auswahl getroffen werden. Als Kriterien zur Entscheidungsfindung sind zu nennen: Unterstützungsbedarf, Niederschwelligkeit, Umsetzbarkeit, Finanzierbarkeit. Es besteht auch die Möglichkeit, nur einen „Bündnis“-Bereich als Schwerpunkt zu setzen, oder das Projekt auf ein bestimmtes Thema oder eine bestimmte Zielgruppe auszurichten.

- **Koordination und Kooperation:**

- Bei der Planung und Implementierung von Massnahmen und Teilprojekten ist darauf zu achten, dass Bestehendes weitergeführt, -entwickelt und genutzt und bereits Geplantes unterstützt und koordiniert wird. Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit des „Luzerner Bündnisses gegen Depression“ mit der IV-Stelle Luzern, die im Rahmen der Umsetzung der 5. IV-Revision die Arbeitgeber im Kanton bezüglich Früherkennung psychischer Erkrankungen sensibilisierte und im selben Versand die BgD-Broschüre beilegte. Es sollten auch bereits bestehende Ansätze und Formen der interinstitutionellen Zusammenarbeit genutzt und auf weitere Akteure ausgeweitet werden. Ein Beispiel hierfür ist ein Pilotprojekt in Weinfelden/TG, mit dem angestrebt wird, die Arbeit verschiedener Fachpersonen mit älteren Menschen mit psychischen Problemen zu koordinieren und die Zusammenarbeit zu stärken, die hier gemachten Erkenntnisse könnten durch das „Thurgauer Bündnis gegen Depression“ eine weitere Verbreitung erfahren.

6.4 Wissenschaftliche Begleitung, Evaluation und Qualitätsstandards

Der vorliegende Bericht zeigt, dass eine wissenschaftliche Bedarfsanalyse im Vorfeld von „Bündnis“-Projekten dazu beitragen kann, die Interventionen und Schwerpunktsetzungen auf den lokalen Kontext auszurichten. Die Erkenntnisse aus den beiden Bedarfsanalysen können auch für künftige „Bündnisse“ genutzt werden. Es lassen sich zudem Bereiche ableiten, bezüglich derer sich bei der **Planung eines BgD eine vertiefte Bedarfsanalyse an-**

bietet (vgl. 6.1): Selbsthilfe, laufende Projekte und bestehende Konzepte in der Umsetzung (z.B. in den Bereichen psychische Gesundheit, Alter oder Migration), Zusammenarbeit verschiedener Institutionen. Weitere Repräsentativbefragungen beschränkt auf die Bevölkerung einzelner Kantone sind aus wissenschaftlicher Sicht hingegen nicht zu empfehlen. Die bestehenden Daten erlauben bezüglich der „Bündnis“-Öffentlichkeitsarbeit ausreichende Schlussfolgerungen über den Informationsstand und bestehende Wissensdefizite. Quantitative Befragungen zum Thema „mental health literacy“ würden sich allenfalls noch im Bereich der Evaluation der Öffentlichkeitsarbeit (im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs oder einer retrospektiven Befragung) anbieten. Diese müssten allerdings mit einem spezifisch auf die erfolgten Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten ausgerichteten Fragebogen durchgeführt werden. Da repräsentative Umfragen relativ kostenintensiv sind, stellt sich auch die Frage der **Ressourcenallokation**. Eine Evaluation eines BgD-Projektes, wie sie im Kanton Luzern durchgeführt wurde, erlaubt es, Erfahrungen und Erkenntnisse wissenschaftlich abzusichern und z.B. für eine längerfristige Strategie im Bereich „Psychische Gesundheit“ sowie für weitere Interessierte nutzbar zu machen. Eine Wirkungsevaluation, d.h. die Überprüfung „harter“ bzw. quantitativer Zielindikatoren, wäre aus wissenschaftlicher Perspektive wünschenswert, allerdings erfordert eine vertiefte Wirkungsevaluation, wie sie im Rahmen anderer „Bündnis“-Projekte anhand eines Suizidmonitorings durchgeführt wurde, entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen.

Als Alternative bietet sich das **Qualitätssystem der Schweizerischen Gesundheitsförderung** an, wobei die hier formulierten Qualitätskriterien bereits während der Projektplanung zu berücksichtigen sind. Die Schweizerische Gesundheitsförderung stellt auf der Website www.quint-essenz.ch umfassende Qualitätsstandards sowie zahlreiche Projektmanagement- und Selbstevaluationstools unentgeltlich zu Verfügung.

Anhang

Kategorien zu Ursachenkonzepten

Die in Tabelle 3 dargestellten Oberkategorien umfassen folgende Antworten:

Belastungen:	allgemeine Belastung, Stress, Unzufriedenheit, Sorgen, Probleme belastende Lebensereignisse berufsbezogene Belastungen, Stress am Arbeitsplatz, Angst vor Jobverlust Zeiterscheinung (Leistungsgesellschaft, Weltgeschehen) finanzielle Belastung, Geldsorgen
Persönliche Ursachen:	schädlicher Lebensstil, Lebensführung fehlende Belastbarkeit Persönlichkeit, Charakterschwäche, Trägheit, Lustlosigkeit Kindheit, Vergangenheit
Körperliche Ursachen:	körperliche Krankheit, Mangelerscheinungen (z.B. Eisen) Ernährung Sucht Umweltfaktoren (Elektrosmog, Wasseradern, Wetter) Stoffwechselstörung im Gehirn
Soziale Ursachen:	Beziehungsprobleme (Familie, Freundschaften, Partnerschaft) Einsamkeit sexuelle Probleme
Psychische Ursachen:	psychische Probleme, emotionale Probleme, Enttäuschung, Traurigkeit Depression Burnout

Kategorien zu Handlungsmöglichkeiten

Die in Tabelle 4 dargestellten Oberkategorien umfassen folgende Antworten:

Fachpersonen:	Arzt, Hausarzt Psychiater Psychologe, Psychotherapeut Berater, Sozialarbeiter
Medizinische oder psychosoziale Hilfe:	Psychotherapie Medikamente Psychopharmaka, Antidepressiva
Alternative Methoden:	Pfarrer/Seelsorger aufsuchen, beten, beichten Naturheilmethoden, Naturheilärzte, Alternativmedizin esoterische Methoden (Astrologie, Fernheilen, Edelsteine)
Individuelles Handeln:	Ernährung (Diät, Nahrungsergänzung, Vitamine) Ferien, Pause, Auszeit soziale Unterstützung (Freunde, Familie) Ablenkung, Hobby, Lebensveränderung Disziplin, sich zusammennemen sich etwas Gutes tun Aktivität, frische Luft, Sport Entspannung

Kategorien zu Hilfe und Unterstützung

Die in Tabelle 5 dargestellten Oberkategorien umfassen folgende Antworten:

Fachpersonen,

fachliche Hilfe:

Arzt, Hausarzt
Psychiater
Psychologe, Psychotherapeut, Psychotherapie
Berater, Sozialarbeiter, Beratungsstellen
Medikamente
Psychopharmaka, Antidepressiva

Privatpersonen:

Freunde, Freundinnen, Kollegen, Kolleginnen
Familie, Partner oder Partnerin
Chef, Vorgesetzter

Alternative Methoden:

Pfarrer/Seelsorger aufsuchen, beten, beichten
Naturheilmethoden, Naturheilärzte, Alternativmedizin

Individuelles Handeln:

Ernährung (Diät, Nahrungsergänzung, Vitamine)
Ferien, Pause, Auszeit
Ablenkung, Hobby, Lebensveränderung
Disziplin, sich zusammennehmen
sich etwas Gutes tun
Aktivität, frische Luft, Sport
Entspannung