

DIENSTSTELLE GESUNDHEIT KANTON LUZERN

AKTIONSPROGRAMM PSYCHISCHE GESUNDHEIT SITUATIONSANALYSE UND EVALUATIONSKONZEPT

Zürich, 13. Dezember 2011

Judith Trageser, Juliane Fliedner, Thomas von Stokar (INFRAS)
Bernadette Würsch (Dienststelle Gesundheit Kanton Luzern)

SITUATIONSANALYSE UND EVALUATIONSKONZEPT PSYCHISCHE GESUNDHEIT LUZERN_DEF.DOCX



INFRAS

INFRAS

**BINZSTRASSE 23
POSTFACH
CH-8045 ZÜRICH
t +41 44 205 95 95
f +41 44 205 95 99
ZUERICH@INFRAS.CH**

**MÜHLEMATTSTRASSE
45
CH-3007 BERN**

WWW.INFRAS.CH

INHALT

1.	Einleitung	4
1.1.	Ausgangslage	4
1.2.	Fragestellungen	5
1.3.	Methodisches Vorgehen	7
2.	Grundlagen zur psychischen Gesundheit und psychischen Störungen	8
2.1.	Definition/Abgrenzung psychische Gesundheit und Krankheit	8
2.2.	Einflussfaktoren psychischer Gesundheit und psychischer Störungen	13
2.2.1.	Kritische Lebensphasen	13
2.2.2.	Determinantenmodell	15
2.2.3.	Risiko- und Schutzfaktoren	17
2.3.	Folgen psychischer Störungen (Burden of Disease)	18
2.4.	Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Kranken	19
2.5.	Gesundheitspolitische Grundlagen	20
3.	Situationsanalyse	23
3.1.	Epidemiologische Fakten im Kanton Luzern	23
3.1.1.	Psychische Gesundheit	24
3.1.2.	Psychische Probleme und Störungen	26
3.1.3.	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	32
3.1.4.	Risiko- und Schutzfaktoren	34
3.1.5.	Kosten psychischer Störungen	37
3.1.6.	Wahrnehmung und Sensibilisierung in der Bevölkerung	38
3.2.	Bestandesaufnahme der Angebote zur psychischen Gesundheit in Luzern	41
3.2.1.	Kantonale Grundlagen und Rahmenbedingungen	41
3.2.2.	Massnahmen, Interventionen und Angebote im 5-Säulen-Modell	43
3.3.	Beurteilung des Handlungsbedarfs im Kanton Luzern durch die Befragten	58
3.3.1.	Schwerpunkte	58
3.3.2.	Besonders gefährdete Gruppen	60
3.3.3.	Beurteilung des bestehenden Angebots	61
3.4.	Fazit zum Handlungsbedarf im Kanton Luzern	66
4.	Best Practice in der Umsetzung	70
4.1.	Sensibilisierung und Entstigmatisierung	70
4.1.1.	Ansätze	70

4.1.2.	Evidenz zur Wirksamkeit	70
4.2.	Prävention psychischer Störungen und Förderung der psychischen Gesundheit	72
4.2.1.	Ansätze	72
4.2.2.	Empirische Evidenz zur Wirksamkeit	78
4.3.	Früherkennung, Frühintervention und Suizidprävention	83
4.3.1.	Ansätze	83
4.3.2.	Empirische Evidenz	85
5.	Empfehlungen für das Umsetzungskonzept	87
5.1.	Stossrichtung und Schwerpunkte	87
5.1.1.	Positionen der befragten Akteure	87
5.1.2.	Empfehlungen INFRAS	89
5.2.	Ziele	90
5.2.1.	Positionen der befragten Akteure	90
5.2.2.	Empfehlungen INFRAS	92
5.3.	Zielgruppen und Settings	94
5.3.1.	Position der befragten Akteure	94
5.3.2.	Empfehlungen INFRAS	95
5.4.	Handlungsfelder und mögliche Massnahmen	96
5.4.1.	Positionen der befragten Akteure	96
5.4.2.	Empfehlungen INFRAS	100
6.	Evaluationskonzept	105
6.1.	Evaluationsgegenstände und Wirkungsmodell	105
6.2.	Evaluationsfragen und Kriterien	106
6.3.	Methodik	108
6.3.1.	Messung der Zielerreichung	111
Anhang		116
	InterviewpartnerInnen	116
	Politische Vorstösse	117
	Detaillergebnisse Mental Health Literacy Studie	118
	Ziele gemäss Konzept-Entwurf	122
	Mögliche Massnahmen	122
Literatur		139

1. EINLEITUNG

1.1. AUSGANGSLAGE

Psychische Gesundheit geht uns alle an. Sie ist nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gemeinschaft existentiell. Weltweit leidet rund die Hälfte der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Besonders gefährdet sind Menschen in Phasen von Lebensübergängen oder in Situationen mit kritischen Lebensereignissen. Die Forschung hat gezeigt, dass die Gefahr steigt, je mehr solche Risikofaktoren vorhanden sind.

In der Schweiz sind schätzungsweise jährlich 20-25% der gesamten Bevölkerung von einer psychischen Krankheit betroffen. Die Suizidrate ist im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Schweiz weit sterben jährlich zwischen 1'300 und 1'400 Menschen durch Suizid. Die Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 zeigen, dass jede achte befragte Person aus dem Kanton Luzern (12.5%) eine mittlere oder starke psychische Belastung angibt. Schweiz weit liegt dieser Wert mit 17% deutlich höher. Die grosse Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung hat enorme soziale und volkswirtschaftliche Folgen. Psychische Störungen stellen in der Schweiz mittlerweile die wichtigste Ursache der Krankheitslast dar (OECD 2006). Die Invalidenrenten infolge psychischer Probleme haben seit 1986 um das Vierfache zugenommen. Werden die direkten und indirekten Kosten, welche mit psychischen Störungen zusammenhängen, nach internationalen Modellen auf die Schweiz angewendet, haben im Jahr 2009 die psychischen Krankheiten volkswirtschaftliche Kosten von insgesamt 16 bis 21 Milliarden Franken zur Folge gehabt (Lachenmeier 2003).

Seit 2006 unterstützt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die kantonale Einführung von Bündnissen gegen Depression. Zuerst wurde die Bündnisidee vom Kanton Zug und dann von weiteren Kantonen – darunter Luzern – übernommen. Das „Luzerner Bündnis gegen Depression“ (LBgD) wurde beruhend auf dem Regierungsratsbeschluss Nr. 324 vom 14. März 2006 am 1. September 2007 gestartet und lief Ende August 2009 aus. Es setzte sich für eine bessere Früherkennung und dadurch optimierte Behandlung von Depressionen sowie die Entstigmatisierung der Betroffenen ein. Auf verschiedenen Ebenen wurden Projektinterventionen geplant und durchgeführt.

Durch den Aufbau des „Luzerner Bündnis gegen Depression“ konnten im Kanton Luzern wertvolle Grundlagen und Netzwerke erarbeitet werden. Das Engagement, welches sich bisher auf ein einzelnes Krankheitsbild (Depression) fokussierte, soll nun durch ein

breiteres Programm „Psychische Gesundheit Luzern“ fortgeführt und vertieft werden. Das Programm soll vermehrt die gesundheitsfördernde Sicht in den Fokus rücken und am Bedarf in der Luzerner Bevölkerung angepasst sein. Dazu hat das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern beschlossen, im ersten Schritt eine Situationsanalyse durchzuführen und darauf aufbauend, das Umsetzungskonzept zu erarbeiten. Darüber hinaus soll vor der Umsetzung des Aktionsprogramms auch ein Evaluationskonzept vorliegen. Für die Situationsanalyse, die Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts sowie das Evaluationskonzept hat die Programmleitung INFRAS beauftragt.

1.2. FRAGESTELLUNGEN

Situationsanalyse

Die Situationsanalyse bildet die Grundlage für das Umsetzungskonzept des Aktionsprogramms. Sie beinhaltet Informationen zur epidemiologischen Ausgangslage und eine Bestandesaufnahme der bestehenden Angebote. Ausserdem wird aufgezeigt, wie die relevanten Akteure die Situation und den Handlungsbedarf im Kanton Luzern beurteilen.

- › Wie ist psychische Gesundheit zu definieren? Was ist unter das Konstrukt zu subsumieren?
- › Welche Personengruppen sind besonders von psychischer Belastung betroffen? Welches sind die spezifischen Risikofaktoren? Wie äussert sich die psychische Belastung?
- › Welche Akteure/Gremien kümmern sich um das Thema psychische Gesundheit in der Schweiz und speziell in Luzern? Welche Programme/Projekte sind vorhanden? Welche dieser Massnahmen sind für den Kanton Luzern zu empfehlen?
- › Welche Massnahmen/Projekte existieren, die nicht spezifisch für die psychische Gesundheit konzipiert sind, wo als positiver Nebeneffekt jedoch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit resultiert?
- › Wie beurteilen die verschiedenen Akteure die Ausgangslage und den Handlungsbedarf im Kanton Luzern?

Umsetzungskonzept

Das Umsetzungskonzept baut auf den Ergebnissen der Situationsanalyse auf und soll die folgenden Fragen beantworten.

- › Welches sind sinnvolle Programmschwerpunkte (Zielgruppen, Handlungsfelder, Settings)?
- › Welche Massnahmen sind zu empfehlen?

- › Welches sind die für die Umsetzung relevanten Partner?
- › Wie können die Partner bestmöglich in das Programm eingebunden werden? Welche Programmorganisation (Struktur) ist zu empfehlen?

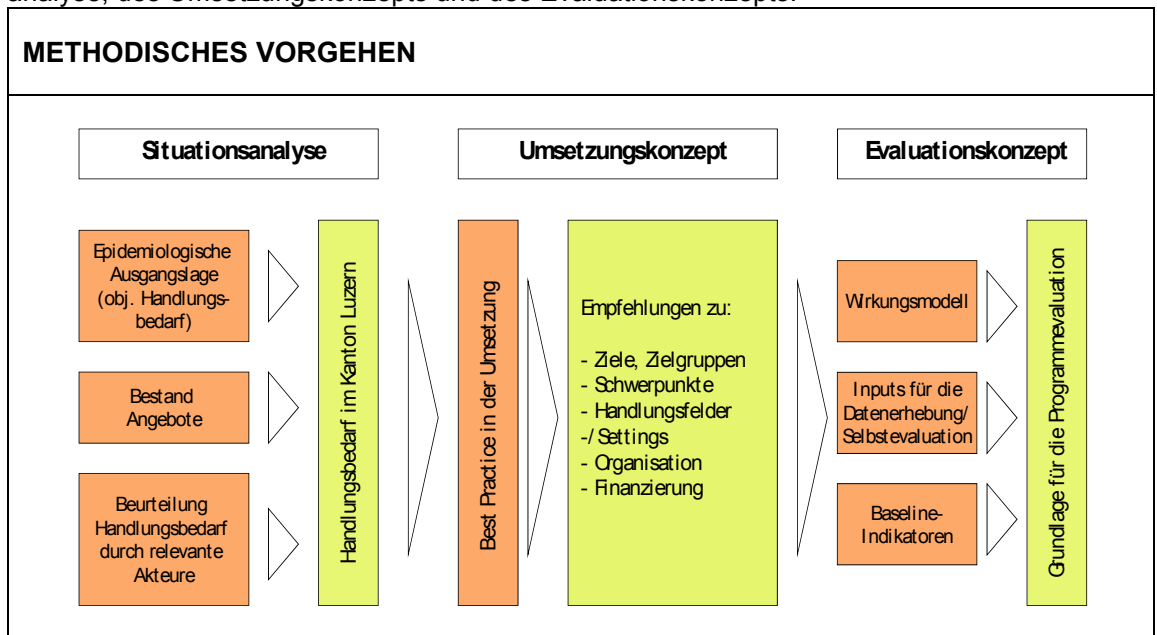
Evaluationskonzept

Das Evaluationskonzept bildet die Grundlage für die Evaluation des Programms im Jahr 2014. Damit in vier Jahren die relevanten Daten und Informationen für die Evaluation wirklich vorliegen, ist es sinnvoll, das Evaluationskonzept bereits zu Beginn der Programmumsetzung zu erstellen. Das Evaluationskonzept beinhaltet auch einen Vorschlag für die Baseline-Outcome-Messung. Im Vordergrund beim Evaluationskonzept stehen die folgenden Fragen:

- › Welches sind die Evaluationsgegenstände und die wichtigsten Evaluationsfragen?
- › Auf Grundlage welcher Kriterien werden die Evaluationsgegenstände beurteilt (z.B. Relevanz und Kohärenz des Programmkonzepts, Zweckmässigkeit der Organisation und des Vollzugs, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Massnahmen, Wirksamkeit und Zielerreichung der Massnahmen)?
- › Welche Evaluationsfragen werden auf Basis von Selbstevaluationen durch die Programmleitung oder Massnahmenverantwortlichen beantwortet und welche Fragen im Rahmen der externen Programmevaluation?
- › Welche Daten werden für die Beantwortung der Evaluationsfragen benötigt?
- › Welche Daten/Informationen sollen bereits während der Laufzeit des Programms von der Programmleitung oder den Massnahmenverantwortlichen erhoben werden?
- › Wie könnte eine Baseline-Outcome Messung aussehen (Basis für Pre-Post-Vergleich)? Wie sollen die Indikatoren gewählt werden, damit auf der mittelfristigen Ebene Resultate zu erwarten sind?
- › Soll die externe Programmevaluation primär summativen Charakter (Beurteilung nach vier Jahren) oder allenfalls auch eine begleitende, formative Funktion haben?

1.3. METHODISCHES VORGEHEN

Die folgende Figur skizziert das methodische Vorgehen bei der Erarbeitung der Situationsanalyse, des Umsetzungskonzepts und des Evaluationskonzepts.



Figur 1

Situationsanalyse

Ergebnis der Situationsanalyse ist der identifizierte Handlungsbedarf für den Kanton Luzern. Um diesen zu beurteilen, wird die Situation zur psychischen Gesundheit bzw. zu psychischen Störungen gemäss epidemiologischen Daten dargestellt und dem Bestand der Angebote gegenüber gestellt. Darüber hinaus ist eine Beurteilung relevanter Akteure im Bereich psychische Gesundheit in die Situationsanalyse eingeflossen. Für die Situationsanalyse haben wir die folgenden Methoden eingesetzt:

- › Literatur- und Dokumentenanalyse,
- › Web-Recherche zu Angeboten zur psychischen Gesundheit im Kanton Luzern,
- › Auswertung Sekundärdaten; Bevölkerungsbefragung zum Thema „Mental health literacy“, Schweizerische Gesundheitsbefragung, Medizinische Statistik (BFS), Datenbank Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme, IV-Statistik, Todesursachenstatistik etc.,
- › Qualitative Interviews mit relevanten Akteuren: Insgesamt wurden mit 27 relevanten Akteuren im Bereich psychische Gesundheit im Kanton Luzern telefonische oder persönliche Interviews geführt (Liste siehe Anhang).

Umsetzungskonzept

Auf Basis der Ergebnisse der Situationsanalyse sowie den Ergebnissen der Literaturanalyse zur empirischen Evidenz über die Wirksamkeit von Interventionen wurde ein Vorschlag für das Umsetzungskonzept des Programms erarbeitet. Dieser Vorschlag wurde in einem Workshop mit den relevanten Akteuren diskutiert und bereinigt.

Evaluationskonzept

Auf Basis des aktuellen Grobentwurfs zur möglichen Ausgestaltung des Programms haben wir ein Rahmenkonzept für eine spätere Evaluation des Programms entworfen.

2. GRUNDLAGEN ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

2.1. DEFINITION/ABGRENZUNG PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Psychische Gesundheit ist gemäss der WHO ein Zustand des Wohlbefindens in welchem jeder Einzelne seine persönlichen Fähigkeiten ausschöpft, die normalen Belastungen und Stresssituationen des Alltags bewältigt, produktiv und ergebnisreich arbeitet und in der Lage ist etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (WHO 2001). Psychische Gesundheit äussert sich in Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit und Beziehungsfähigkeit (Obsan 2003). Die Herstellung und Erhaltung der psychischen Gesundheit ist das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen (genetische Disposition, eine intakte Hirnstruktur sowie ein normal funktionierender Stoffwechsel), psychologischen und sozialen Faktoren.

Die **Sicht der befragten Akteure** deckt sich meist mit der WHO Definition der psychischen Gesundheit. Viele Befragte haben angegeben, dass sie unter psychischer Gesundheit ganzheitliches Wohlbefinden, gesundes Vertrauen, Selbstvertrauen und auch Respekt gegenüber sich selbst und dem Umfeld verstehen. Psychische Gesundheit umfasse die Fähigkeit die Anforderungen des Alltags und des Lebens zu meistern, Selbstverantwortlichkeit, Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit. Ein Akteur beschreibt psychische Gesundheit als einen Zustand in dem „alles im Lot“ ist, d.h. eine Balance zwischen den Anforderungen des Lebens und den persönlichen Ressourcen besteht. Für einen anderen Akteur ist die Sinn-

haftigkeit ein wichtigerer Aspekt als die Handhabbarkeit. Ein Befragter weist explizit darauf hin, dass psychisch gesund sein sich nicht damit deckt, psychisch nicht krank zu sein. Der Begriff „psychische Gesundheit“ hat sich als positiver, salutogenetischer Begriff gegenüber den negativen pathogenethischen Begriffen „psychische Störung“ oder „psychische Krankheit“ etabliert.

Das Modell der Salutogenese von A. Antonovski ist für das Verständnis der Abgrenzung der Begriffe hilfreich. Ausserdem stellt es eine wichtige Grundlage für das Konzept „Psychische Gesundheit Luzern“ dar. Daher wird das Modell hier kurz dargestellt.

Im Gegensatz zur pathogenetischen Denkweise, die sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten beschäftigt, befasst sich die Salutogenese damit, wie Menschen gesund bleiben. Kern des Modells bilden das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, das Kohärenzgefühl, Stressoren und Spannungszustände sowie Widerstandsressourcen.

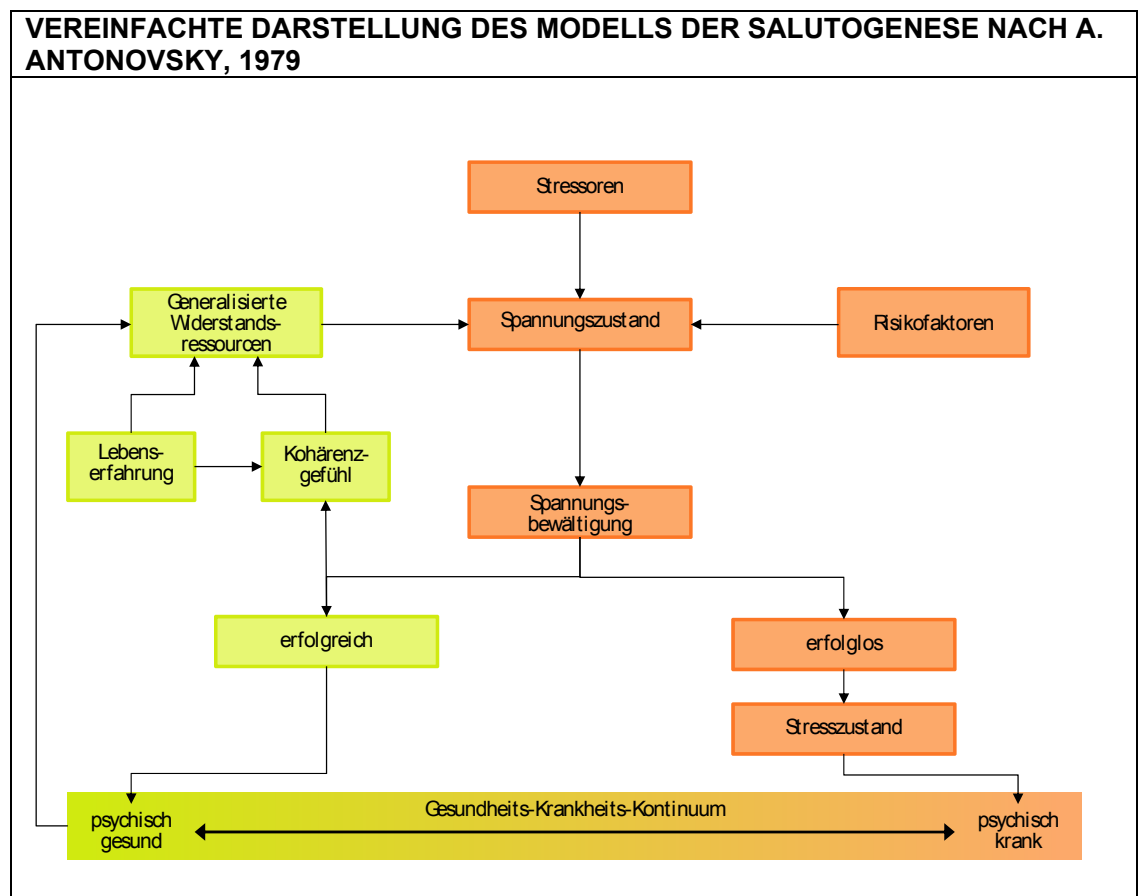
Antonovsky setzt der dichotomen Trennung von gesund und krank, die Vorstellung eines **Gesundheits-Krankheits-Kontinuums**, d.h. mit den Polen völlig gesund und völlig krank gegenüber. Die beiden Pole sind für lebende Organismen nicht zu erreichen. Jeder Mensch hat kranke und (solange er noch am Leben ist) auch gesunde Anteile. Die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er an den Endpunkten Gesundheit oder Krankheit ist.

Dieser Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wird nach Antonovsky wesentlich durch das **Kohärenzgefühl** bestimmt. Das Kohärenzgefühl beschreibt die individuelle, kognitive und affektiv-motivationale Grundhaltung eines Individuums welche bei vergleichbaren äusseren Bedingungen darüber entscheidet, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden. Das Kohärenzgefühl setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen: dem Gefühl von Verstehbarkeit, dem Gefühl der Handhabbarkeit und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit.

Im Modell von Antonovsky gibt es im Leben jedes Menschen **Stressoren**, welche er definiert als von aussen kommende Anforderungen an den Organismus, die sein Gleichgewicht stören. Der Einfluss von Stressoren führt zu einem Spannungszustand, welcher erfolgreich bewältigt werden kann oder nicht.

Zur Bewältigung tragen die sogenannten **generalisierten Widerstandsressourcen** bei. Widerstandsressourcen umfassen sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz) als auch soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Mög-

lichkeiten, kulturelle Stabilität). Sie haben zwei Funktionen: zum einen prägen sie die Lebenserfahrungen und ermöglichen den Menschen, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen zu machen und stärken damit das Kohärenzgefühl. Zum anderen wirken sie als Potential und können aktiviert werden, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist.



Figur 2 Eigene Darstellung auf Basis von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001.

Psychische Störungen äussern sich in einer erheblichen Abweichung von der Norm im Denken, Fühlen, Erleben und/oder Handeln. Neben diesen kognitiven, emotionalen, behavioralen und/oder interpersonellen Beeinträchtigungen, können psychische Störungen auch zu körperlichen Leiden der Betroffenen führen. Die Symptome oder Symptommuster führen zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und/oder der sozialen Aktivitäten. Die Bezeichnung psychische Störung wurde von der WHO anstelle des Ausdrucks **psychische Erkrankung** eingeführt, um eine Stigmatisierung der Betroffenen zu vermeiden.

Um dennoch festlegen zu können, ob es sich bei einem Betroffenen um einen psychisch „Kranken“ oder „Gesunden“ handelt (z.B. zur Bestimmung einer Krankenkassen- oder Sozialleistungsberechtigung) geben Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10 der WHO oder das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung diagnostische Kriterien vor, ab wann eine psychische Störung als sogenannte **„Störung mit Krankheitswert“** zu bezeichnen ist. Das Kapitel V der ICD beschäftigt sich mit Psychischen und Verhaltensstörungen und gliedert sich in:

- › Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,
- › Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,
- › Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen,
- › Affektive Störungen (Manien, bipolare Störungen, Depressionen),
- › Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,
- › Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren,
- › Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,
- › Intelligenzstörung,
- › Entwicklungsstörungen,
- › Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
- › Nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Häufige psychische Störungen sind Schizophrenien, affektive Psychosen wie Depressionen, Manien und manisch-depressive Erkrankungen, Abhängigkeitskrankheiten von Alkohol, Drogen und Medikamenten – häufig auch als Komplikation anderer psychischer Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Ess- und Schlafstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, usw.

Die Symptome bei **Schizophrenie** sind Störungen des Denken, des Gefühls, des Wollens, Handelns und Ich-Erlebens wie z.B. Licht- und Farbüberempfindlichkeit, Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen, Gerüchen und Geschmack, ein verändertes Zeitempfinden oder ein verzerrtes Wahrnehmen von Gesichtern oder Figuren. Diese Symptome können leicht bis schwerwiegend ausgeprägt sein. Sie ergeben kein einheitliches Krankheitsbild und können sich mit Symptomen anderer psychischer Störungen in vielfacher Weise überschneiden. Es ist noch immer nicht abschliessend bekannt, wie Schizophrenien entstehen. Häufig werden schizophrene Störungen mit einer starken Empfindsamkeit gegenüber Innen- und Aussenreizen erklärt. Weiterhin wird nach biologischen Ursachen (z.B. Vermehrung des Neurotransmitters Dopamin, genetische Bedingungen) für schizophrene Störungen gesucht aber auch hier konnte noch keine abschliessende Erklärung gefunden werden (Hoffmann-Richter U., Finzen A., 2001).

Affektive Psychosen betreffen in erster Linie die Affekte, die Stimmung, äussern sich in schlechter Stimmung (Depression), Hochstimmung (Manie) oder starken Stimmungsschwankungen (manisch-depressive Störung). Bei Depressionen können reaktive und Erschöpfungsdepressionen von wiederkehrenden depressiven Störungen unterschieden werden. Eine Störung der Stimmung muss jedoch nicht immer auf eine affektive Psychose hindeuten. Weitere Symptome bei Manien sind gesteigertes Selbstwertgefühl, vermindertes Schlafbedürfnis, ungewöhnliche Redseligkeit, Ablenkbarkeit. Ähnlich wie bei Schizophrenie kann keine abschliessende Aussage über die Ursachen getroffen werden (Hoffmann-Richter U., Finzen A., 2001).

Unter den **Angststörungen** unterscheidet man sogenannte phobische Störungen von Panikstörungen und generalisierten Angststörungen. Phobische Störungen richten sich auf gezielte Dinge oder Situationen, wie z.B. Platzangst, Angst vor offenen Plätzen, Angst das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge zu begeben, in Zügen, Bussen, Flugzeugen zu reisen oder Angst vor Spinnen. Panikstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass wiederholt schwere impulsive Angst- und Panikzustände auftreten, die sich nicht auf spezielle Situationen beschränken und deshalb nicht vorhersehbar sind. Unter die generalisierten Angststörungen werden anhaltende Symptome von Angst zusammengefasst, die sich ebenfalls nicht auf bestimmte Situationen beschränken lassen (Hoffmann-Richter U., Finzen A., 2001).

2.2. EINFLUSSFAKTOREN PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND PSYCHISCHER STÖRUNGEN

2.2.1. KRITISCHE LEBENSPHASEN

Kritische Lebensphasen und Phasen von Lebensübergängen, in denen Menschen weniger widerstandsfähig sind oder unter erschwerten Lebensbedingungen leiden, können das Gleichgewicht der psychischen Gesundheit gefährden, psychische Krisen hervorrufen oder zu psychischen Krankheiten führen. Die unterschiedlichen Belastungen, denen Menschen in ihren einzelnen Lebensphasen ausgesetzt sind und wichtige Bedingungen zum Aufbau von Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit, werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

ÜBERSICHT ÜBER DIE KRITISCHEN LEBENSPHASEN UND HERAUSFORDERUNGEN		
Kritische Lebensphase	Belastungen und Herausforderungen	Umfeld und notwendige Schutzfaktoren
Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> › Aufbau persönlicher Ressourcen (Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl), › Identitätsbildung 	<ul style="list-style-type: none"> › Disput, Diskussion und Konsens über Werte und Normen › Umfeld, in welchem sie lernen, dass sie in den Augen der Erwachsenen etwas zählen › Konfrontation mit Aufgaben, die sie bewältigen können -> erfolgreiches Handeln
Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> › Ausgleich finden zwischen Arbeit und Freizeit › Ausgleich finden zwischen sozialen Verpflichtungen/ anderen gegenüber und den eigenen Bedürfnissen › Übergänge meistern: Berufsbildung, -einstieg, -wechsel, Pensionierung, Familie 	<ul style="list-style-type: none"> › individuelle Schutzfaktoren › stabile familiäre Verhältnisse › flexible Arbeitszeiten › familiengerechte Arbeitsverhältnisse › Altersteilzeitarbeit
Menschen in der 3. und 4. Lebensphase	<ul style="list-style-type: none"> › Pensionierung › körperlicher Abbau › Verkleinerung des Netz aus langjährigen Vertrauten durch Krankheit und Tod › sozial integriert bleiben › Umgang mit einer unklaren Rolle (Verlust der Verantwortung für andere) › Umgang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> › Wohnen › medizinische Versorgung › finanzielle Altersvorsorge › Mobilität › soziale Beziehungen
Familie	<ul style="list-style-type: none"> › Ansprüche an das Zusammenleben in der Familie (gestiegen durch gestiegene Lebenserwartung, höherer Lebensstandard, Vielfalt an Lebensentwürfen) › Durchlaufen verschiedener Entwicklungs- und Anpassungsprozesse (Geburt von Kindern, Erwachsenwerden von Kindern, Tod von Familienmitgliedern, Trennung, Scheidung) 	<ul style="list-style-type: none"> › personale Ressourcen (z.B. Körperliche Gesundheit, Vermögen, Bildungsniveau, psychisches Wohlbefinden, Persönlichkeitsmerkmale) › familiäre Ressourcen (z.B. Wohnungsgrösse, Wohnungsausstattung, gemeinsames Einkommen, psychologischer Zusammenhalt, Partnerunterstützung) › ausserfamiliäre Ressourcen (z.B. materielle, emotionale, und informationsbezogene soziale Unterstützung von Verwandten, Freunden oder Behörden, familienergänzende Kinderbetreuung etc.)
Migration	<ul style="list-style-type: none"> › Umgang mit einer neuen Lebensweise › Integration 	<ul style="list-style-type: none"> personale Ressourcen ausserfamiliäre Ressourcen (Behörden)

Tabelle 1 Eigene Darstellung.

2.2.2. DETERMINANTENMODELL

Die Determinanten der psychischen Konstitution setzen sich aus bio-psycho-sozialen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren zusammen. Sie können positive wie auch negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Positive Voraussetzungen für die psychische Konstitution, also für die psychische Gesundheit förderliche Faktoren sind Schutzfaktoren; negative Ausprägungen der Determinanten bezeichnen wir als Risikofaktoren (siehe Kap.2.2.3).

Bio-psycho-soziale Determinanten

Biologische Faktoren beinhalten genetische, neurologische und biochemische Prozesse. Psycho-soziale Faktoren beinhalten das psychologische Wohlbefinden, das Gefühl das Leben meistern zu können, sowie funktionierende soziale Beziehungen in Familie und Schule, Arbeit und Freizeit.

Sozio-ökonomische Determinanten

Sozio-ökonomische Faktoren sind die Zugehörigkeit zur Erwerbsbevölkerung und der Status innerhalb der Erwerbsbevölkerung. Bildung und Einkommen sind hier die wichtigsten Determinanten. Das erzielte Einkommen erhöht die Lebensqualität und es macht den Anschein, als ob die Würde und Berechtigung eines Menschen immer stärker mit seiner Leistungsfähigkeit im Rahmen seiner Erwerbstätigkeit zu tun hat.

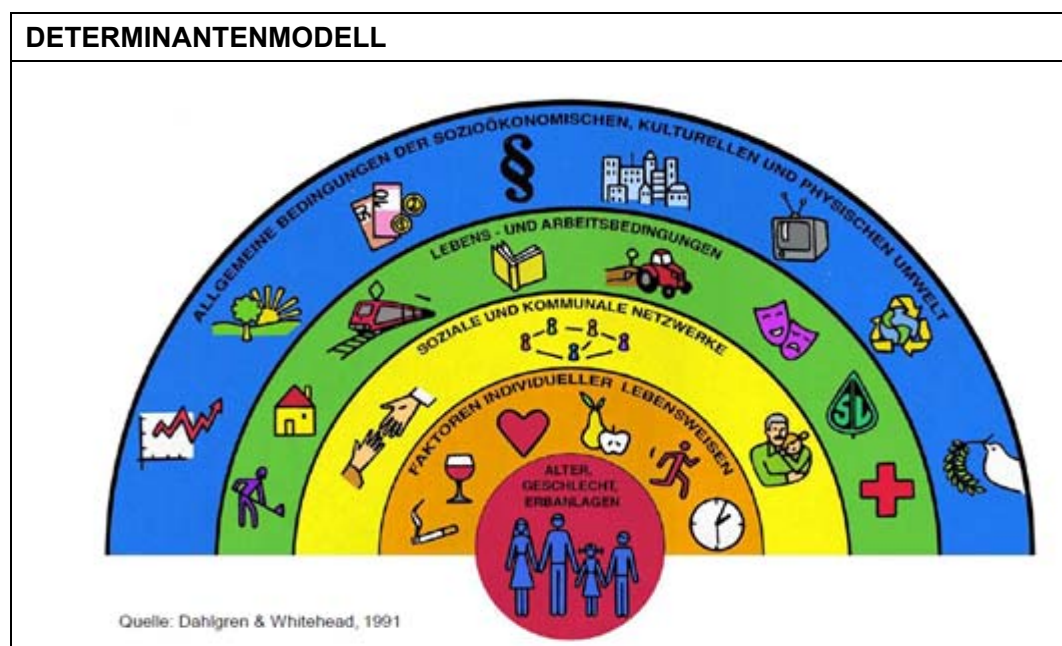
Sozio-kulturelle Determinanten

Unter sozio-kulturellen Faktoren ist das Ausmass der Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten in allen Lebensbereichen zu verstehen. Sie beschreiben also die Möglichkeiten sein Leben nach den persönlichen Bedürfnissen und entsprechend den sozialen, kulturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu gestalten. Z.B. eine Diversifizierung gesellschaftlicher Werte oder unbegrenzte finanzielle Möglichkeiten können positiv für die psychische Gesundheit sein, weil dadurch die Freiheitsgrade in der Lebensgestaltung erhöht werden. Auf der anderen Seite kann der Verlust an verbindlichen Orientierungsrahmen die Gefahr bergen, dass der soziale Zusammenhalt der Menschen untereinander schwächer wird.

Institutionelle Determinanten

Das Angebot, der Zugang zu informeller und professioneller Hilfe, die Verfügbarkeit von psychotherapeutischen und psychiatrischen Spezialisten sowie die Gesetzgebung sind entscheidende institutionelle Faktoren.

Die beschriebenen Determinanten der (psychischen) Gesundheit sind in der folgenden Darstellung des Determinantenmodells veranschaulicht.



Figur 3 Quelle: Dahlgren und Whitehead, 1991.

2.2.3. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN FÜR PSYCHISCHE STÖRUNGEN	
Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<i>Biologische Konstitution:</i> geringes Geburtsgewicht, perinatale Komplikationen	
<i>Psychische Konstitution:</i> fehlende emotionale Kontrolle, geringes Selbstbewusstsein	<i>Psychische Konstitution:</i> Autonomie, Sicherheitsgefühl, interne Kontrollüberzeugung, Selbstbewusstsein, Intelligenz, Kohärenzgefühl
<i>Familiäre Situation:</i> psychische Störungen der Eltern, Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils, schwere körperliche Erkrankungen eines Elternteils, schlechte Schulbildung der Eltern, Missbrauch bzw. Misshandlung, frühe Schwangerschaft, familiäre Desorganisation, unsicheres Bindungsverhalten, Vernachlässigung,	<i>Familiäre Situation:</i> Aufwachsen in einer Familie mit Entlastung der Mutter, insgesamt attraktives Mutterbild, positives Elternimage, positive Eltern-Kind Interaktion, sicheres Bindungsverhalten, frühe intellektuelle Anregung
<i>Soziale Beziehungen:</i> gestörtes Kommunikationsverhalten, Isolation, Entfremdung, Ablehnung durch Gleichaltrige, Mobbing	<i>Soziale Beziehungen:</i> dauerhafte und gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, ausgeglichene Beziehung zu Gleichaltrigen, robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
<i>Schulverhalten:</i> mangelnde Leistungsfähigkeit, Lese- und Schreibschwäche, Aufmerksamkeitsdefizit, Schulversagen, aggressive Belästigung	<i>Fähigkeiten:</i> Fähigkeit zur Stressbewältigung, Anpassungsfähigkeit, Lese- und Schreibfähigkeit
<i>Lebensumfeld:</i> Armut, niedriger sozioökonomischer Status soziale Desorganisation, Arbeitslosigkeit, grosse Familien, wenig Wohnraum, Rassismus, Diskriminierung, soziale Benachteiligung, Gewalt, beruflicher Stress, schlechte Ernährung	<i>Lebensumfeld:</i> soziale Unterstützung, soziale Förderung Empowerment, Integration ethnischer Minderheiten, gute zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Partizipation, soziale Verantwortung, Toleranz, soziale Dienste

Tabelle 2 Quellen: Häfner et al. 2001.

Theoretische Konzepte zu den Schutz- und Risikofaktoren

- › Den definierten Risiko- und Schutzfaktoren liegen theoretische Konzepte zugrunde, welche hier nur kurz aufgelistet werden. Eine ausführliche Beschreibung dieser Konzepte lässt sich beispielsweise in Gesundheitsförderung Schweiz (2005) nachlesen.
- › Soziokulturelle Konzepte: Soziales Kapital, Kulturelles Kapital, Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile, Lebenslagenkonzept: Diese Konzepte konzentrieren sich auf die umweltbezogenen Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit, z.B. soziale Beziehungen, Bildungschancen etc.
- › Konzept der Health Literacy: „Health Literacy“ meint die Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Dieses Konzept hängt eng mit soziokulturellen Konzepten zusammen, da Health Literacy über Bildung, Erziehung und Kultur vermittelt wird.

- › Resilienz-Konzept: Unter Resilienz versteht man in der Psychologie, die Fähigkeit eines Menschen, sich von Schicksalsschlägen zu erholen und an veränderte Bedingungen anzupassen. Resilienz schliesst zwei Typen von Schutzfaktoren ein: Einerseits persönliche Faktoren wie die körperliche Konstitution, Bewältigungsstrategien (Coping), Selbstwirksamkeitserwartungen etc. und andererseits Umweltressourcen wie das Familieneinkommen, die soziale Unterstützung oder die psychosoziale Versorgung auf Gemeinde/Gemeinwesenebene.
- › Lebensspanne-Perspektive (WHO-Europa-Bericht): Dieser Perspektive liegt die Theorie zugrunde, dass Traumata und fehlende Unterstützung von Seiten der Eltern in frühen Lebensphasen später im Leben zu Depressionen und Angstzuständen führen und sich auch auf die nächste Generation übertragen können. Dagegen können Geborgenheit und Unterstützung durch die Familie diese Risiken verringern.
- › Darüber hinaus existieren eine Reihe von Setting-spezifischen Konzepten wie z.B. das Setting Betrieb. Zu nennen sind hier z.B. das Job Demand-Control-Modell oder das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen.

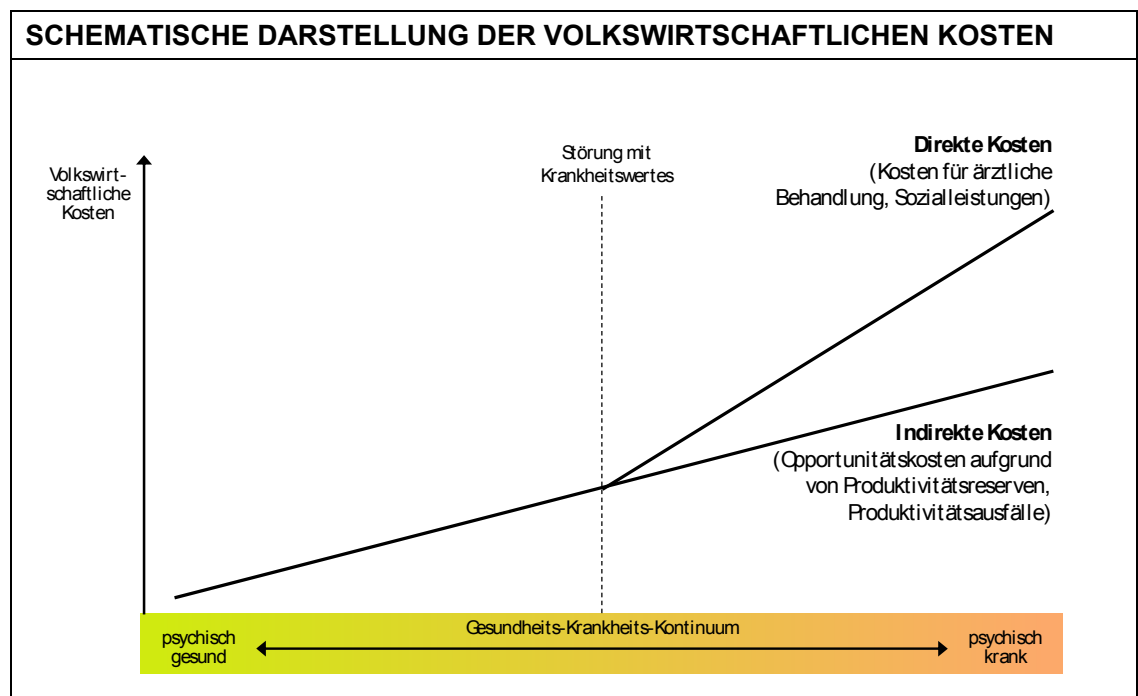
2.3. FOLGEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN (BURDEN OF DISEASE)

Die Folgen psychischer Störungen lassen sich auf **individueller** und auf **gesellschaftlicher/volkswirtschaftlicher** Ebene betrachten.

Psychische Störungen bedeuten eine massive Beeinträchtigung der individuellen Lebensqualität und den Verlust an nutzbaren Lebensjahren. Dieser krankheits- oder störungsbedingte Verlust an potentiellen Lebensjahren wird anhand des Indikators DALY (disability adjusted life years) gemessen.

Zum anderen haben psychische Störungen gesellschaftlich und volkswirtschaftlich relevante Folgen. Diese äussern sich einerseits in einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit, was zu Abwesenheiten vom Arbeitsplatz bis hin zum Ausschluss aus dem Berufsleben und Berentung führen kann. Ebenso bedeutend ist die Verminderung der Leistungsfähigkeit ausserhalb des Arbeitsplatzes, im Rahmen des gesellschaftlichen Lebens und der Familie, was z.B. zur Folge haben kann, dass Eltern ihrer Rolle nicht gerecht werden können und somit einen wesentlichen Risikofaktor für die psychische Gesundheit Ihrer Kinder darstellen. Die auf diese Weise entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sind entsprechend sowohl direkter (Kosten der ärztlichen Behandlung, Kosten für Vertretungen am Arbeitsplatz, Sozialleistungen) als auch indirekter Natur (Produktivitätsausfall, erhöhtes Risiko für psychische

Störungen der Kinder, Belastung der Angehörigen etc.). Während die grosse Zahl der psychischen Erkrankungen diese volkswirtschaftlichen Kosten zur Folge hat, ist die psychische Gesundheit im Umkehrschluss eine bedeutende gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Ressource. In Anlehnung an das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum lässt sich der Verlauf der volkswirtschaftlichen Kosten demnach auch kontinuierlich darstellen.



Figur 4 Eigene Darstellung.

2.4. STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG VON PSYCHISCH KRANKEN

In der Bevölkerung sind Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen weit verbreitet. So werden von der WHO die folgenden Missverständnisse gegenüber Menschen mit psychischen Störungen identifiziert (WHO Europa 2006):

- › Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind gewalttätig und gefährlich,
- › Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind arm und weniger intelligent,
- › Persönliche Schwäche ist die Ursache von psychischen Gesundheitsproblemen,
- › Psychische Erkrankungen können nicht behandelt werden.

Durch diese Stigmata entsteht ein Teufelskreis von Diskriminierung, welche zu einer Beeinträchtigung der Selbstachtung, dem Zerschlagen von Familienbeziehungen, negativen Aus-

wirkungen auf soziale Beziehungen sowie Wohnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten führen kann. Dies verringert wiederum die Heilungschancen und Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen sowie die Lebensqualität ihrer Angehörigen. Die Angst vor Stigmatisierung kann auch eine rechtzeitige und angemessene Behandlung verhindern. (WHO Europa 2006).

Trotz der Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung in den letzten 30 Jahren, dem Abbau der früheren Verwahranstalten und dem Aufbau einer gemeindeintegrierten und differenzierten Versorgung sind die Vorurteile und die soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken nicht sehr gesunken. So zeigt eine Untersuchung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, dass etwa 40% der Bevölkerung meint, dass an Depression erkrankte Personen sich zusammenreissen sollten, um wieder gesund zu werden. Nur ein Drittel der Bevölkerung möchte einen psychisch kranken Menschen als Freund, würde ihm eine Wohnung vermieten oder ihn für eine Arbeitsstelle empfehlen. Dabei drücken Fachpersonen wie Psychiater, Psychologen und Pflegende die gleiche soziale Distanz zu Menschen mit psychischen Störungen aus wie die Allgemeinbevölkerung. Dies zeigt, dass die Stigmatisierung ein tief liegendes und nicht nur ein oberflächliches Informationsproblem ist (Baer, Cahn 2008). Eine aktuelle Befragung der Werner Alfred Selo Stiftung (2010) „Depression – was weiss die Schweiz darüber“ zeigt aber eine Verbesserung der Sensibilisierung für das Thema gegenüber 1995 auf. So ist der Anteil der Personen, die mit niemandem über Depression sprechen würden von 18% auf 6% gesunken.

2.5. GESUNDHEITSPOLITISCHE GRUNDLAGEN

Internationale Agenda

Psychische Gesundheit nimmt heute auf der Gesundheitsagenda staatlicher, zwischenstaatlicher und privater Organisationen einen wichtigen Platz ein. Die WHO legte 2004 einen Bericht zur Unterstützung der psychischen Gesundheit vor. Anhand von neun Schlüsselbotschaften wurde darin eine stärkere Berücksichtigung der psychischen Gesundheit gefordert. Kurz danach, im Jahr 2005, haben die Gesundheitsminister der Europäischen Mitgliedstaaten im Rahmen der Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit in Helsinki die „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ und einen „Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit“ vorgelegt. In dem Europäischen Aktionsplan werden geeignete Massnahmen formuliert. Besonderen Wert wird dabei auf die Förderung der psychischen Gesundheit gelegt, indem explizit nicht mehr nur auf die Versorgung von psychisch Kranken Menschen fokussiert wird. Der Aktionsplan enthält die folgenden Ziele:

- › Das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
- › Gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichbehandlung anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen und diese an diesem Prozess aktiv zu beteiligen,
- › Umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, welche Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
- › Dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
- › Die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von Diensten anzuerkennen.

Nationale Agenda

Entwurf Nationale Strategie psychische Gesundheit

Für die Schweiz legte das Bundesamt für Gesundheit 2004 einen Entwurf für eine Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit vor. Dieser Entwurf wird vom BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) als „Referenzrahmen“ verstanden, aus dem die Kantone, der Bund und private Institutionen Umsetzungsprojekte von nationaler Bedeutung ableiten und verwirklichen können. In dem Bericht werden die folgenden Ziele genannt:

- › Zunahme der psychischen Vitalität der Bevölkerung,
- › Verbessertes Bewusstsein über positive Aspekte psychischer Gesundheit,
- › Erleichterter Zugang zu angemessener Behandlung,
- › Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen,
- › Abnahme der Chronizität von psych. Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Renten,
- › Abnahme der Suizidalität,
- › Grössere Zufriedenheit bei den PatientInnen und weniger Burnout bei den Fachleuten,
- › Erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken.

Zudem werden 10 Empfehlungen formuliert, welche anregen sollen, die Vernetzung der Involvierten zu fördern, vorhandenes Potenzial besser zu nutzen und mögliche Lücken zu schliessen. Sie fokussieren auf die Bevölkerung und decken umfassend die Angebote für die psychische Gesundheit und die psychische Krankheit ab.

Bündnis gegen Depression

Seit 2006 unterstützt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die kantonale Einführung von Bündnissen gegen Depression. Zuerst wurde die Bündnisidee vom Kanton Zug und dann vom Kanton Bern und Luzern übernommen. In der Zwischenzeit sind in weiteren Kantonen Bündnisse entstanden (Thurgau, Graubünden, Appenzell Inner- und Ausserrhoden, St. Gallen, Genf, Solothurn und Basel-Stadt).

Langfristige Strategie Gesundheitsförderung Schweiz

Im Jahr 2006 erarbeitete Gesundheitsförderung Schweiz eine langfristige Strategie (Gesundheitsförderung Schweiz 2006). Eines der darin genannten Gebiete ist das Thema „Psychische Gesundheit – Stress“. Darin werden verschiedene Ziele zur Prävention von psychischen Krankheiten und zur Förderung der psychischen Gesundheit genannt, u.a.:

- › Reduktion der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen,
- › Rückgang der Suizidraten,
- › Verbesserung der Lebensqualität inkl. Lebenskompetenz,
- › Verbessertes Wohlbefinden inkl. psychische Ausgeglichenheit und physische Gesundheit,
- › Verbesserte Resilienz und Stressresistenz,
- › Verbesserte strukturelle Rahmenbedingungen.

Präventionsgesetz

Ende September 2009 verabschiedete der Bundesrat die Vorlage für ein Gesetz zur Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung („Präventionsgesetz“). Das Gesetz soll Grundlagen schaffen, um national im Bereich der Prävention und Früherkennung von psychischen Krankheiten aktiv zu werden. Die Vorlage wird zur Zeit noch im Parlament behandelt.

Politische Vorstösse

Elf politische Vorstösse auf nationaler Ebene während der letzten vier Jahre unterstreichen zudem die Wichtigkeit dieser Handlungsrichtung (Vorstösse siehe Anhang).

Aktionsbündnis Psychische Gesundheit, NGO-Allianz

Das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit ist ein Netzwerk von Organisationen und Institutionen sowie eine Plattform von Fachpersonen, Betroffenen und Interessierten, welche sich für die Sicherung und Verbesserung der psychischen Gesundheit in der schweizeri-

schen Bevölkerung einsetzen. Das Aktionsbündnis stellt gesundheitspolitische Forderungen und betreibt aktive Lobbyingarbeit. Im September 2008 fand die Gründerversammlung statt (Aktionsbündnis psychische Gesundheit (2007)).

Netzwerk Psychische Gesundheit

Das Netzwerk, welches ab Herbst 2011 aktiv sein soll, wird gemeinsam von Bund, Gesundheitsförderung Schweiz, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, dem Bundesamt für Sozialversicherungen BSV und dem Staatssekretariat für Wirtschaft seco getragen. Die geplante Geschäftsstelle soll als nationale Koordinations- und Anlaufstelle zum Thema "Psychische Gesundheit" fungieren, über die alle beteiligten Organisationen erreicht und vernetzt werden können.

Aktivitäten in den Kantonen

Der Kanton Zug hat nach Abschluss der Bündnis-Kampagne ein breites Konzept zur psychischen Gesundheit entworfen. Auch in Schwyz, Zürich und Waadt gibt es ein Konzept zur psychischen Gesundheit, wobei das Konzept des Kantons Waadt stärker krankheitsorientiert ist.

3. SITUATIONSANALYSE

3.1. EPIDEMIOLOGISCHE FAKTEN IM KANTON LUZERN

Epidemiologische Fakten zur psychischen Gesundheit in Kanton Luzern und in der Schweiz insgesamt werden aus Daten abgeleitet, welche aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und 2007 stammen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung beinhaltet eine Reihe von Fragen zur psychischen Selbstwahrnehmung. Aus diesen Fragen können Indikatoren durch Kumulation mehrerer Fragen zu Indizes gebildet werden. Im Folgenden werden psychische Gesundheit, psychische Probleme und Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit mit den dargestellten Indikatoren beschrieben:

- › psychische Gesundheit
 - › psychische Ausgeglichenheit
 - › psychisches Wohlbefinden
- › psychische Probleme
 - › depressive Symptome
 - › psychische Belastung

- › Alkoholkonsum
- › Medikamentenkonsum
- › Einfluss von Risiko- oder Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit
 - › Einsamkeit
 - › Fehlen oder Vermissen einer Vertrauensperson
 - › Immissionen im Wohnbereich
 - › Angst vor Arbeitsplatzverlust
 - › Kontrollüberzeugung
 - › Kohärenzgefühl

3.1.1. PSYCHISCHE GESUNDHEIT

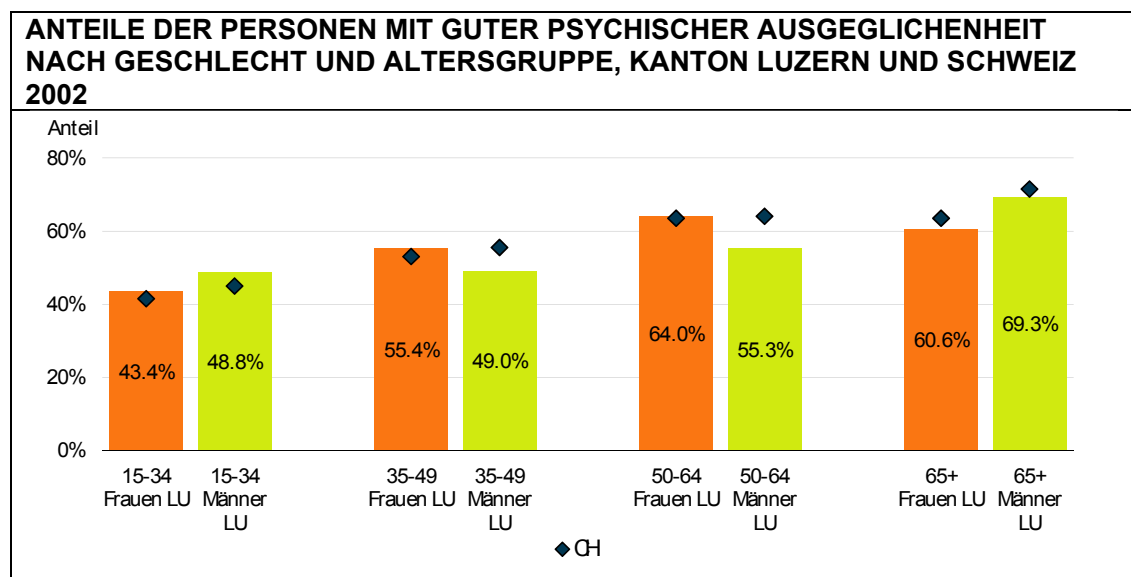
Positive psychische Gesundheit wurde in den Erhebungswellen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vor 2007 durch die SANPSY-Skala (Psychische Ausgeglichenheit, Wohlbefinden) erfasst; in der Erhebung von 2007 ist das Konstrukt nicht mehr abgebildet. Im Bericht „Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung“ (Rüesch et al. 2011) werden Vorbehalte gegenüber der Validität der SANPSY-Skala geäussert. Wenn psychische Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Beschwerden ist, so ergeben sich Zweifel an der Eignung der SANPSY-Skala. Als prüfenswerte, fragebogenökonomisch leicht einsetzbare Alternativen werden die zwei Skalen: (1) die «WHO-5»-Skala zur Erfassung von allgemeinem psychischen Wohlbefinden und (2) die Subskala «psychological health» des Lebensqualitätsinstruments «WHOQOL-Bref» genannt. Da uns diese Indikatoren nicht zur Verfügung stehen, greifen wir hier zur Beschreibung der psychischen Gesundheit zunächst auf die SANPSY-Skala zurück.

Psychische Ausgeglichenheit

Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit fühlen sich meistens ruhig, gelassen, im Gleichgewicht und praktisch jeden Tag voller Kraft und Optimismus. Sie berichten selten über Niedergeschlagenheit, schlechte Laune Anspannung, Gereiztheit oder Nervosität. Personen, die sich als psychisch unausgeglichen erleben, fühlen sich nur selten ruhig, optimistisch und voller Kraft. Sie sind oft oder fast täglich niedergeschlagen, schlecht gelaunt, angespannt und gereizt. Der Indikator psychische Ausgeglichenheit ist gemäss Weiss et al. (1990) konstruiert. Er unterteilt die Kategorien „gut“, „mittel“ und „schlecht“. In Figur 4 ist der Anteil der Luzerner sowie der Schweizer Befragten dargestellt, welche über eine gute psy-

chische Ausgeglichenheit verfügen (Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und weiteren Erhebungen, 2002).

Der Anteil derjenigen, die sich psychisch ausgeglichen fühlen, steigt mit dem Alter; dies gilt für Luzern und für die gesamte Schweiz. In Luzern geben 48,8% der Männer (43,4% der Frauen) im Alter zwischen 15 und 35 Jahren an psychisch ausgeglichen zu sein; im Alter von 65 Jahren und mehr beträgt der Anteil der psychisch Ausgeglichenen bei Männern fast 70% (bei Frauen 60,6%). In den mittleren Altersklassen fühlen sich Luzerner Frauen mit 55,4 % (35-49 Jahre) und 64 % (50-64 Jahre) psychisch ausgeglichener als Männer mit 49 % (35-49 Jahre) und 55,3 % (50-64 Jahre). In der Schweiz insgesamt fühlen sich Männer in allen Altersklasse psychisch ausgeglichener als Frauen. Damit geben die Luzerner Männer eine deutlich geringere psychische Ausgeglichenheit an, als die Männer im Schweizer Durchschnitt.



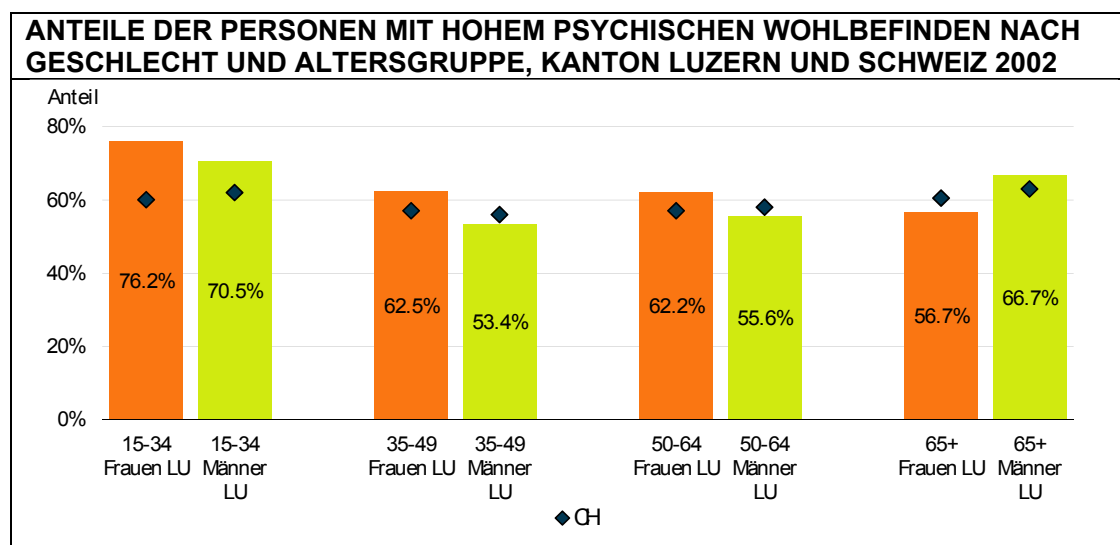
Figur 5 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002.

Psychisches Wohlbefinden

Man geht davon aus, dass eine Person psychisches Wohlbefinden erlebt, wenn ihre Ressourcen dazu ausreichen den psychischen, physischen und sozialen Anforderungen zu genügen. Personen mit einem hohen psychischen Wohlbefinden bejahen Statements wie „Meine Zukunft sieht gut aus“, „Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen“, „Ich freue mich zu leben“, „Mein Leben scheint mir sinnvoll“, „Mein Leben verläuft in der rechten Bahn“ oder „Ich komme gut mit den Dingen zurecht, die in meinem Le-

ben nicht zu ändern sind“. Der hier dargestellte Indikator psychisches Wohlbefinden wurde anhand von acht solchen Fragen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gemäss der Methode von Grob et al. (1990) als ein additiver Index ermittelt. Er lässt sich in die Kategorien „niedrig“, „eher niedrig“, „eher hoch“ und „hoch“ einteilen (Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Obsan 2002).

Der Anteil derjenigen mit hohem psychischen Wohlbefinden ist in der jungen Altersgruppe (15 - 34) sowohl bei Frauen, als auch bei Männern am grössten. Der Anteil sinkt mit zunehmendem Alter leicht, wobei dieser Zusammenhang bei Frauen deutlicher ist. Ausserdem geben Frauen in den ersten drei Altersgruppen ein etwas höheres psychisches Wohlbefinden an als Männer; im Alter über 65 Jahren kehrt sich dies. Gleichzeitig liegen Luzerner Frauen in diesen Altersgruppen über dem Schweizer Durchschnitt, in der jungen Altersgruppe sogar deutlich. Männer zwischen 35 – 49 Jahren geben das geringste psychische Wohlbefinden an.



Figur 6 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002.

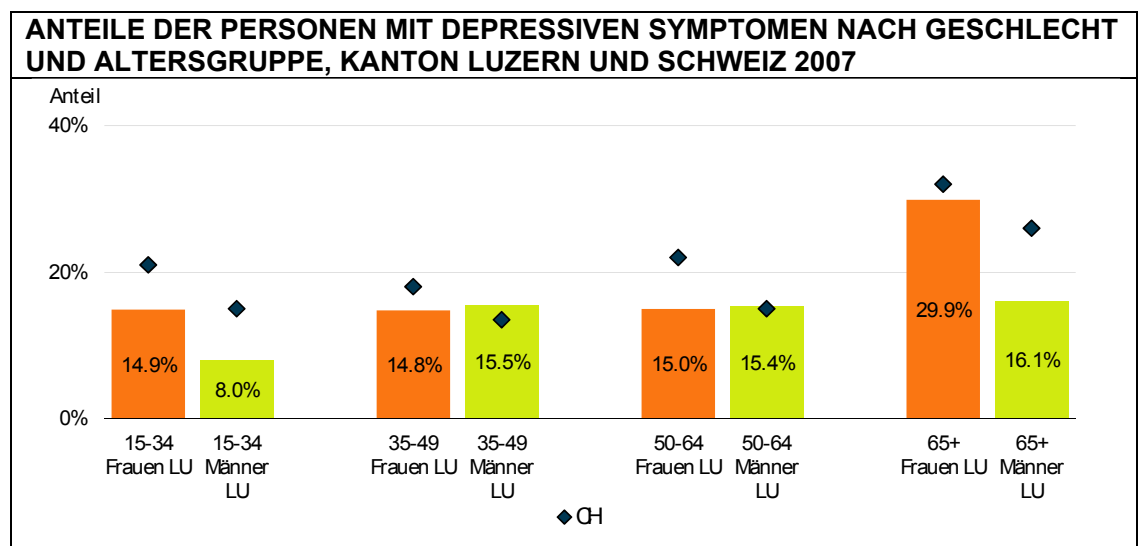
3.1.2. PSYCHISCHE PROBLEME UND STÖRUNGEN

Depressive Symptome

Depression gehört zu einer der häufigsten psychischen Störungen. In der Schweizer Gesundheitsbefragung wurde nach depressiven Symptomen gefragt. Der hier dargestellte Indikator depressive Symptome setzt sich aus selbstberichteten Angaben zur Häufigkeit von zehn Einzelsymptomen in den zwei Wochen vor der Befragung zusammen. Diese Einzel-

symptome sind: Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Deprimiertheit, Interessenlosigkeit, Müdigkeit oder Erschöpfung, Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust, Schlafstörungen, langsames Sprechen oder Bewegen, mangelndes sexuelles Verlangen, Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstvorwürfe, Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten, Gedanken über Tod oder Selbstmord. Diese berichteten Symptome sind als Anzeichen für depressive Stimmung zu interpretieren, nicht aber als Diagnose (Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Obsan 2009). Der Indikator depressive Symptome lässt sich in die Kategorien „keine“, „schwache“, „mittlere bis starke“ und „gravierende“ einteilen.

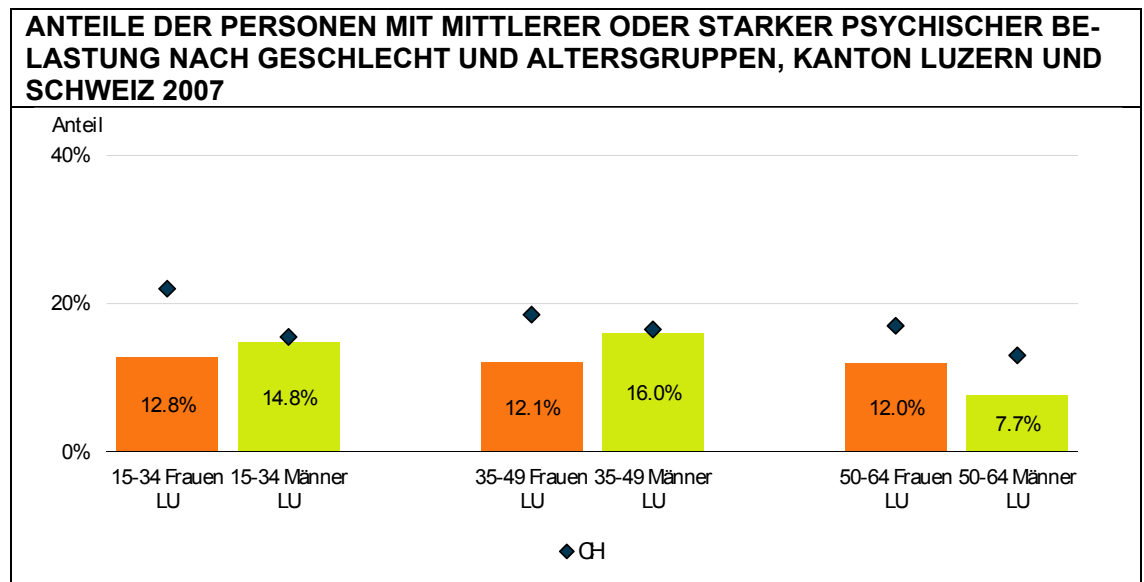
Insgesamt berichten 15% der Luzerner Befragten über depressive Symptome; dieser Anteil liegt unter dem Schweizer Durchschnitt von 18,9%. Gegenüber der Gesundheitsbefragung 2002 sind die Werte sowohl in Luzern, als auch in der Schweiz insgesamt etwas gestiegen (Luzern 2002: 14,1%; Schweiz 2002: 17,8%). Befragte über 65 Jahren leiden am häufigsten unter depressiven Symptomen; bei Frauen beträgt der Anteil fast 30%, bei Männern ca. 16%. In der Schweiz leiden Frauen in allen Altersgruppen häufiger an depressiven Symptomen als Männer, bei den Luzernern ist dies nur in den Altersgruppen 15-35 sowie 65+ sichtbar.



Figur 7 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen.

Psychische Belastung

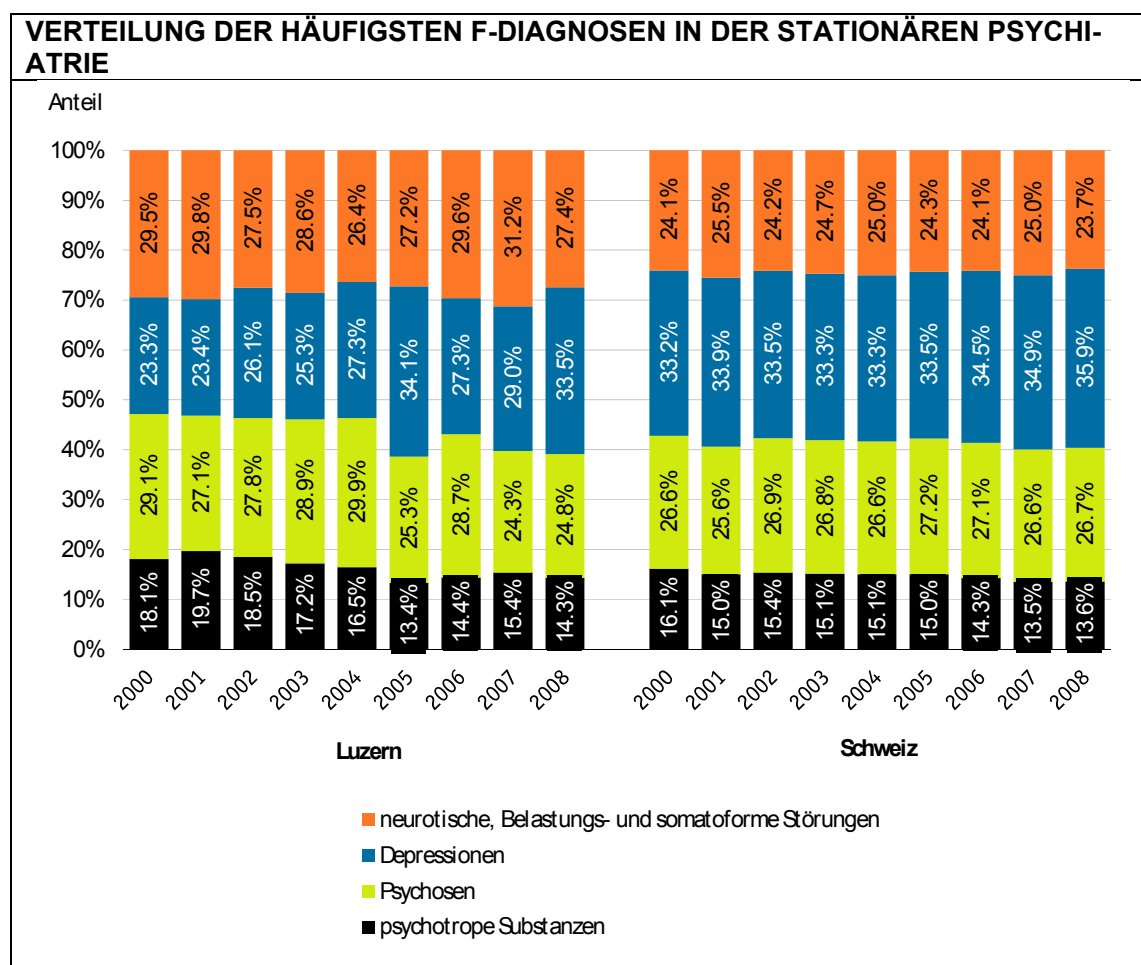
Der Indikator psychische Belastung geht auf die selbstangegebenen Häufigkeiten der folgenden fünf Zustände in den letzten vier Wochen vor der Befragung zurück: Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Entmutigung oder Deprimiertheit; Glücksgefühl. Die Daten zeigen, dass Männer bis 50 tendenziell stärker psychisch belastet sind als Frauen. Im gehobenerem Alter dreht sich dies jedoch um.



Figur 8 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen.

Verteilung der häufigsten F-Diagnosen in der stationären Psychiatrie

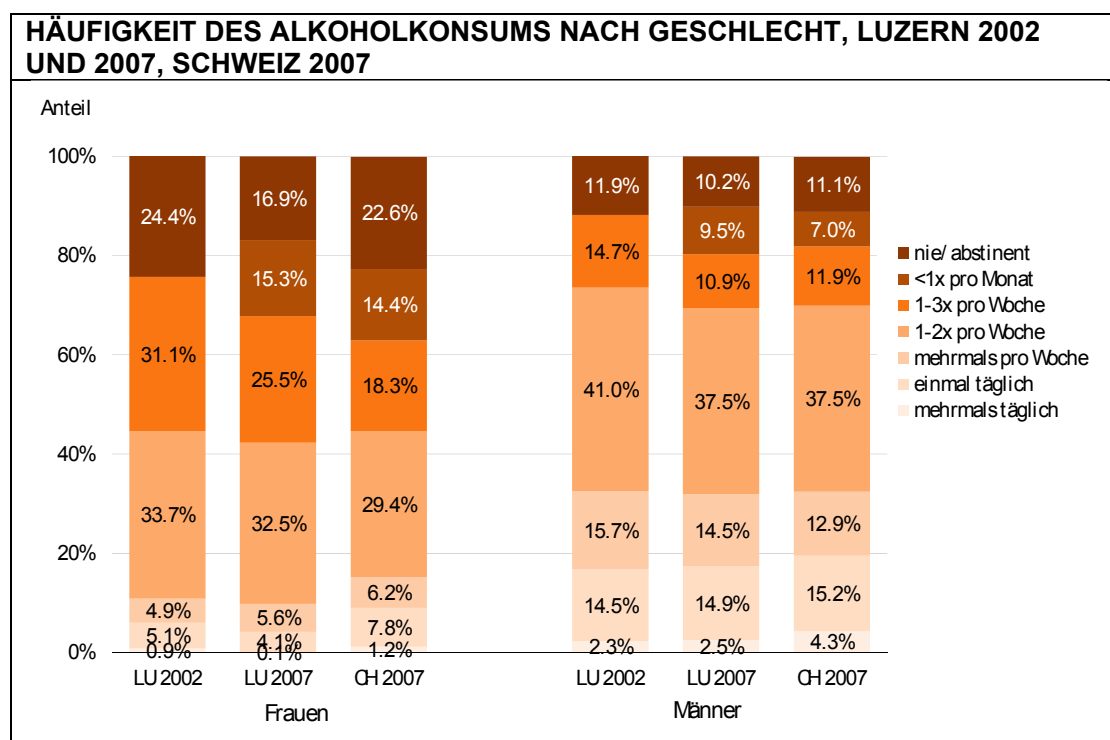
Die Verteilung der häufigsten F-Diagnosen zeigt in Luzern und der Schweiz ein ähnliches Bild. Die häufigste Diagnose ist die Depression, in der gesamten Schweiz in allen betrachteten Jahren gefolgt von Psychosen und an dritter Stelle von neurotischen Belastungen. In Luzern ist das Bild nicht einheitlich: je nach betrachtetem Jahr werden neurotische Belastungen, Psychosen oder Depressionen am häufigsten beobachtet.



Figur 9 Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Psychiatrie-Zusatzdaten.

Alkoholkonsum

In Luzern liegt der Anteil der Personen, die angeben mehrmals täglich oder einmal täglich Alkohol zu konsumieren sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich unter den Schweiz weiten Werten. Bei Frauen gilt das auch für die Angabe mehrmals pro Woche. Bei Luzerner Männern ist ein leichter Anstieg des täglichen und des mehrmals täglichen Alkoholkonsums zu verzeichnen.

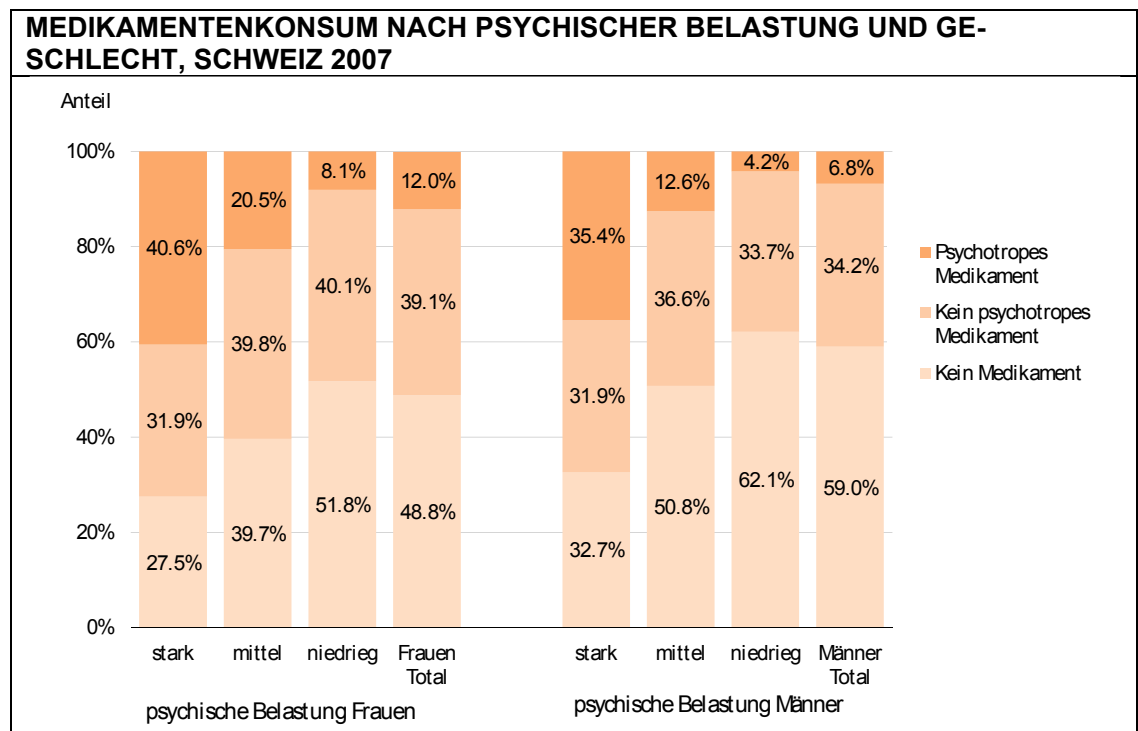


Figur 10 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (2002) und weiteren Erhebungen.

Medikamentenkonsument

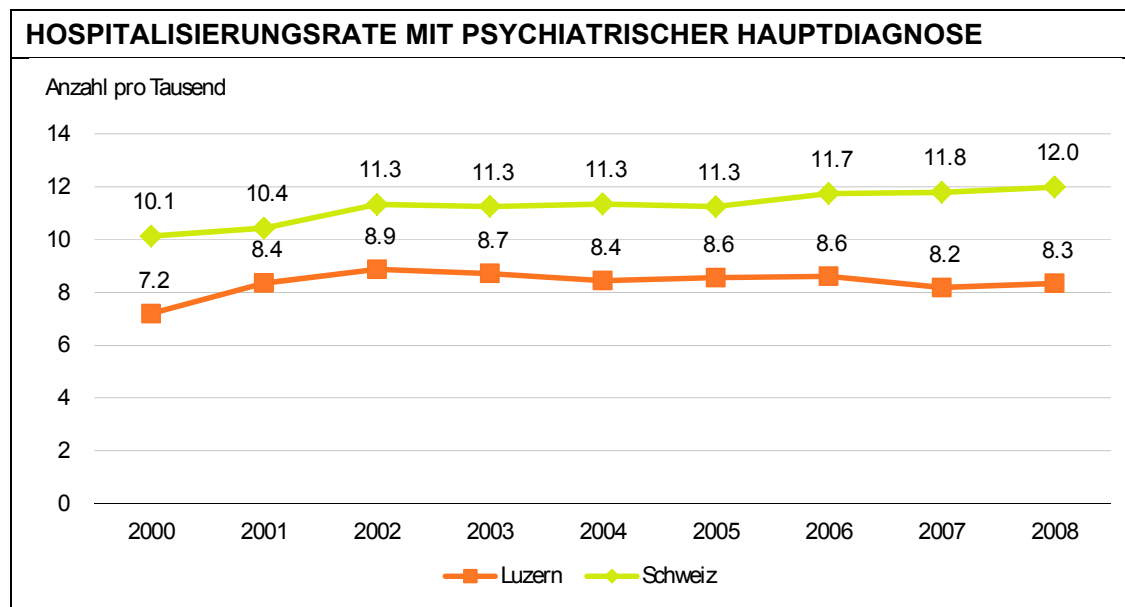
Beim Konsum von psychotropen Medikamenten liegt Luzern unter dem Schweizer Durchschnitt. Das ist insbesondere bei den jungen Luzernerinnen und Luzernern zwischen 15 und 34 Jahren sowie bei den Luzerner Frauen sichtbar.

Figur 12 zeigt den Zusammenhang zwischen Medikamentenkonsument und psychischer Belastung. Der Anteil der Frauen und Männer, die angeben unter starken psychischen Belastungen zu leiden ist besonders hoch. Bei Frauen ist dieser Zusammenhang noch ausgeprägter.



Figur 11 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen.

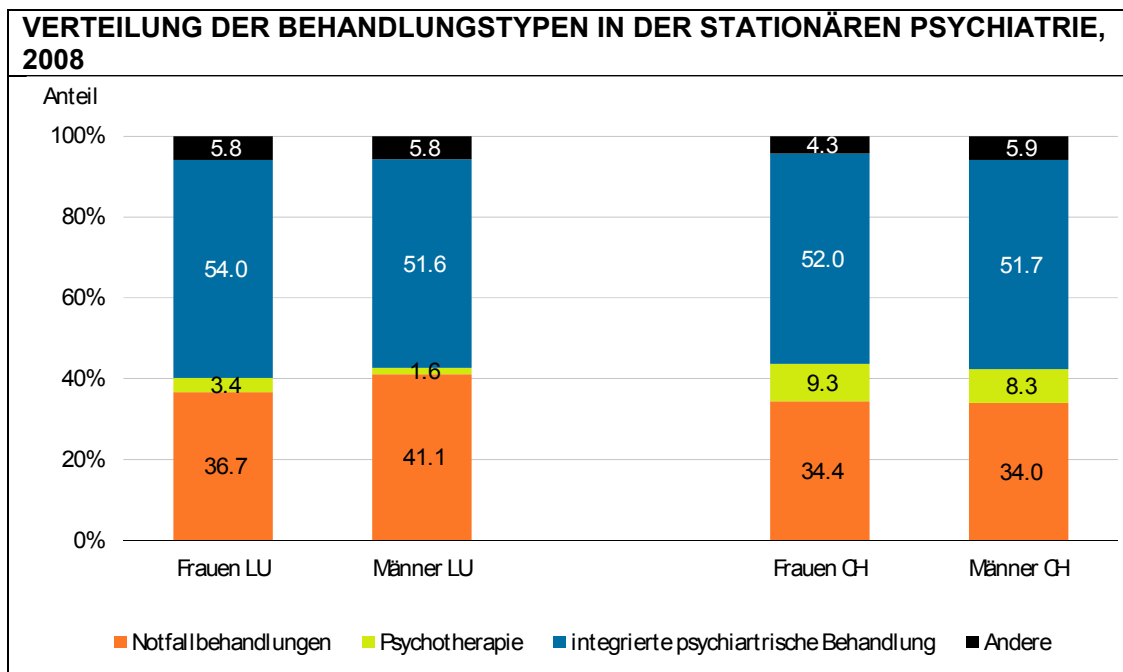
3.1.3. INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN



Figur 12 Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Psychiatrie-Zusatzdaten.

Die Hospitalisierungsrate von Menschen mit psychischer Hauptdiagnose liegt in Luzern mit durchschnittlich 8.4 Personen pro tausend in den Jahren von 2000 bis 2008 deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 11.3.

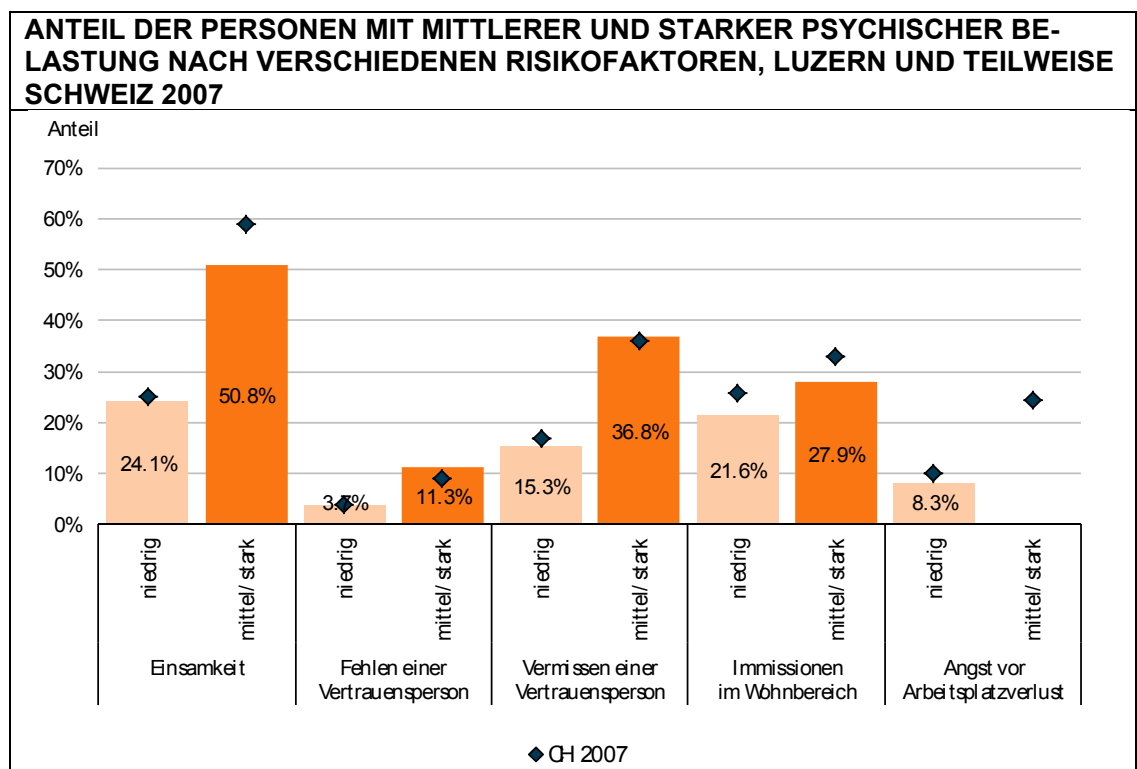
Bei der Verteilung der Behandlungstypen in der stationären Psychiatrie sind einzig bei der Psychotherapie Unterschiede zwischen Luzern und der gesamten Schweiz zu erkennen. In Luzern kommt dieser Behandlungstyp mit 3.4 Prozent bei Frauen und 1.6 Prozent bei Männern so gut wie nicht vor. Hier wird deutlich, dass dieses Bild sehr stark angebots-induziert ist. Stationäre Psychotherapie-Einrichtungen sind in Luzern nicht vorhanden.



Figur 13 Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Psychiatrie-Zusatzdaten.

3.1.4. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

In der folgenden Figur wird der Zusammenhang zwischen verschiedenen Risikofaktoren (Einsamkeit, Fehlen oder Vermissen einer Vertrauensperson, Immissionen im Wohnbereich, Angst vor Arbeitsplatzverlust) und psychischer Belastung dargestellt. Es ist deutlich sichtbar, dass psychische Belastung häufiger bei Personen vorkommt, bei denen die Risikofaktoren stark ausgeprägt sind. Der Zusammenhang zwischen Einsamkeit und psychischer Belastung stellt sich am deutlichsten dar; ca. 50 Prozent der Luzerner (fast 60 Prozent der Schweizer), die angeben einsam zu sein, geben ebenfalls an, sich psychisch belastet zu fühlen. Der Zusammenhang zwischen der Angst des Arbeitsplatzverlustes und psychischer Belastung ist anhand der Schweizer Daten sichtbar. Für Luzern fehlt die Angabe mittel/stark, da die Anzahl der Personen mit mittlerer und starker Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes zu klein und damit nicht aussagekräftig ist.

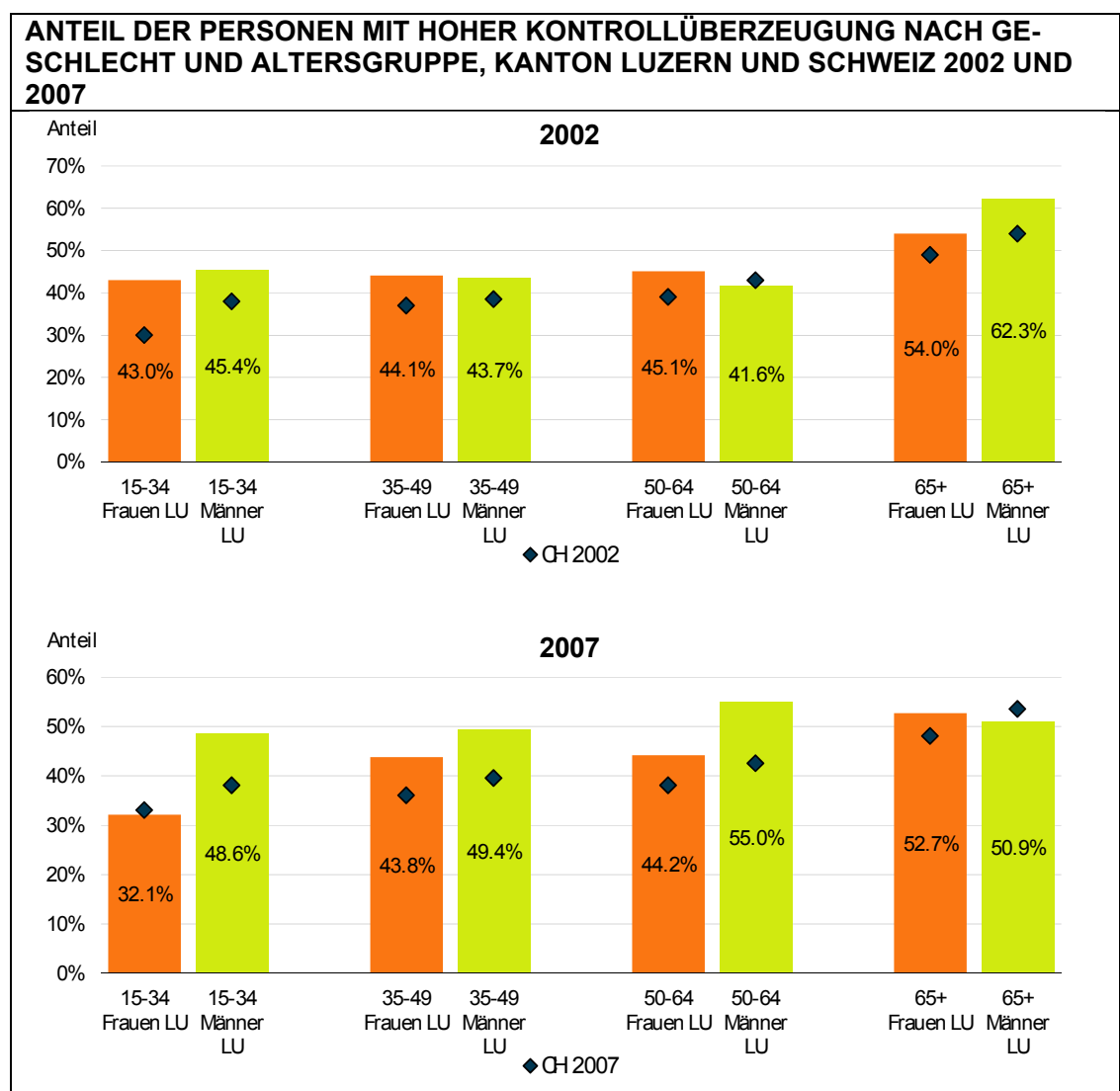


Figur 14 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen.

Kontrollüberzeugung

Die Kontrollüberzeugung nimmt bei Männern und Frauen mit dem Alter zu. Die meisten Menschen mit hoher Kontrollüberzeugung finden sich im Jahr 2002 in der Gruppe der über

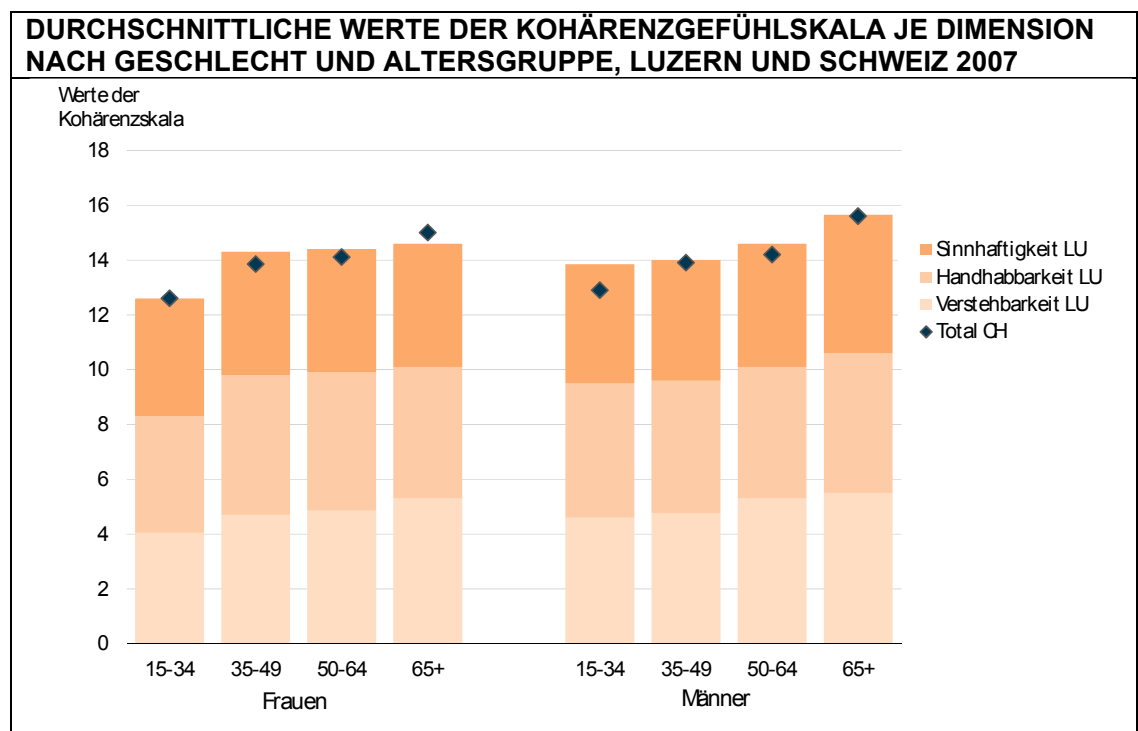
65-jährigen Männer im Kanton Luzern (62.3 %). Im Jahr 2007 ist das nicht mehr der Fall. Hier nimmt der Anteil derjenigen mit hoher Kontrollüberzeugung zwar ebenfalls mit dem Alter zu, bei den Luzerner Männern geht er jedoch in der obersten Altersgruppe wieder zurück (50.9 %). 2007 liegt der Anteil der Personen mit hoher Kontrollüberzeugung in allen anderen Altersklassen bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Ausserdem ist der Anteil in den meisten Gruppen in Luzern höher als im Schweizer Durchschnitt.



Figur 15 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (2002) und weiteren Erhebungen.

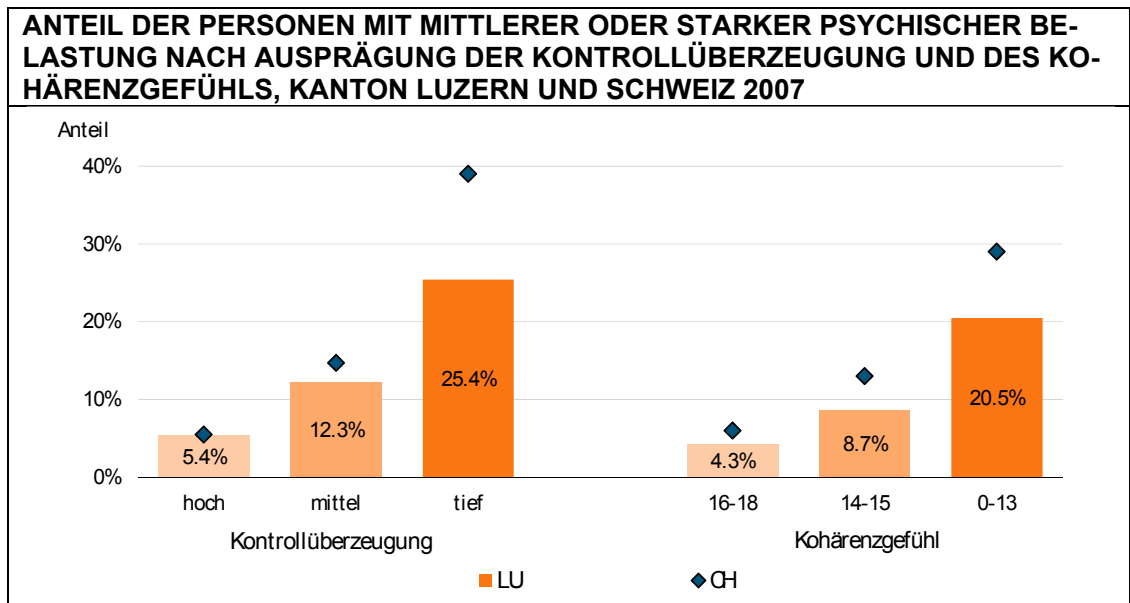
Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammen. Der in der Figur dargestellte Index setzt sich aus den drei Dimensionen zusammen und rangiert zwischen 0 und 18; jede Dimension kann maximal den Wert 6 erreichen. Das Kohärenzgefühl nimmt mit zunehmendem Alter leicht zu. Bei Frauen findet die grösste Zunahme zwischen den ersten beiden Altersgruppen statt, bei Männern zwischen den letzten beiden. Im Durchschnitt über alle Altersgruppen ist die Sinnhaftigkeit die am wenigsten ausgeprägte Dimension. Vergleicht man die Werte der Luzerner Bevölkerung mit dem Schweizer Durchschnitt, kann man keine grossen Unterschiede feststellen.



Figur 16 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen.

In der folgenden Figur sind die Zusammenhänge zwischen der Kontrollüberzeugung respektive dem Kohärenzgefühl und der psychischen Belastung dargestellt. Es wird deutlich, dass sich unter denjenigen mit tiefer Kontrollüberzeugung sowie tiefem Kohärenzgefühl besonders viele Personen befinden, die angeben, dass sie unter psychischen Belastungen leiden. Diese Zusammenhänge sind in der Betrachtung der ganzen Schweiz noch ausgeprägter.



Figur 17 Quelle: Gesundheit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen.

Neben den hier dargestellten Indikatoren wird im Bericht zu den Messinstrumenten psychischer Gesundheit des Obsan vorgeschlagen den Indikator Selbstwirksamkeit als zentrales Konstrukt zur Beschreibung der personellen Ressourcen (Schutzfaktoren) zukünftig in die Erhebung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung aufzunehmen (Rüesch et al. 2011).

3.1.5. KOSTEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Wie im theoretischen Teil beschrieben, setzen sich die Kosten aus den direkten Kosten, wie den Kosten für Behandlungen und Invalidenrenten sowie den indirekten Kosten, den Produktivitätsausfällen zusammen. Genaue Angaben über diese von psychischen Störungen und Krankheiten verursachten Kosten für den Kanton Luzern liegen uns nicht vor. Teilweise sind sie auch für die Schweiz sehr schwierig verfügbar. Daher stellen wir hier einige Studienergebnisse aus der Schweiz und dem Ausland vor, welche einen Eindruck von der Grössenordnung der Kosten vermitteln.

- › Direkte Kosten für ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung: in der Schweiz insgesamt ca. 5% (2,114 Mrd. CHF) der sich auf total 46 Mrd. CHF belaufenden Gesundheitskosten.
- › Direkte Kosten für IV-Renten: 1,8 Mrd. CHF in der gesamten Schweiz; schätzungsweise 19 Männer und Frauen auf 1000 Einwohner im erwerbsfähigen Alter erhalten eine durch psychische Krankheit verursachte IV-Rente (Jahr 2002).

- › Indirekte Kosten durch Produktivitätseinbusse: eine von der Internationalen Arbeitsorganisation ILO in Auftrag gegebene ländervergleichende Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich Folgekosten von psychischen Krankheiten auf ca. 3-4% des Bruttoinlandsprodukt belaufen. Zwei Drittel davon fallen auf Produktivitätseinbussen, ein Drittel auf lange Arbeitsabwesenheiten.
- › Wird für die Berechnung der direkten und indirekten Kosten insgesamt, der aus internationalen Modellen bekannte 4-Prozent-Massstab angewandt, so haben die psychischen Krankheiten auf Basis des Bruttoinlandsprodukt von CHF 496 Mrd. in 2010 knapp CHF 20 Mrd. volkswirtschaftliche Kosten zur Folge gehabt. Auf den Kanton Luzern hochgerechnet sind dies Kosten von CHF 600 bis 800 Mio. pro Jahr.

3.1.6. WAHRNEHMUNG UND SENSIBILISIERUNG IN DER BEVÖLKERUNG

Die epidemiologischen Fakten zur Wahrnehmung und Sensibilisierung der Bevölkerung, die hier dargestellt sind, basieren auf der Mental Health Literacy Studie, welche 2008 im Rahmen des Luzerner Bündnisses gegen Depression erstellt wurde¹. Die Studie hat das Ziel, den Informations- und Wissensstand sowie die Einstellung der Bevölkerung bzgl. depressiver Erkrankungen zu ermitteln.

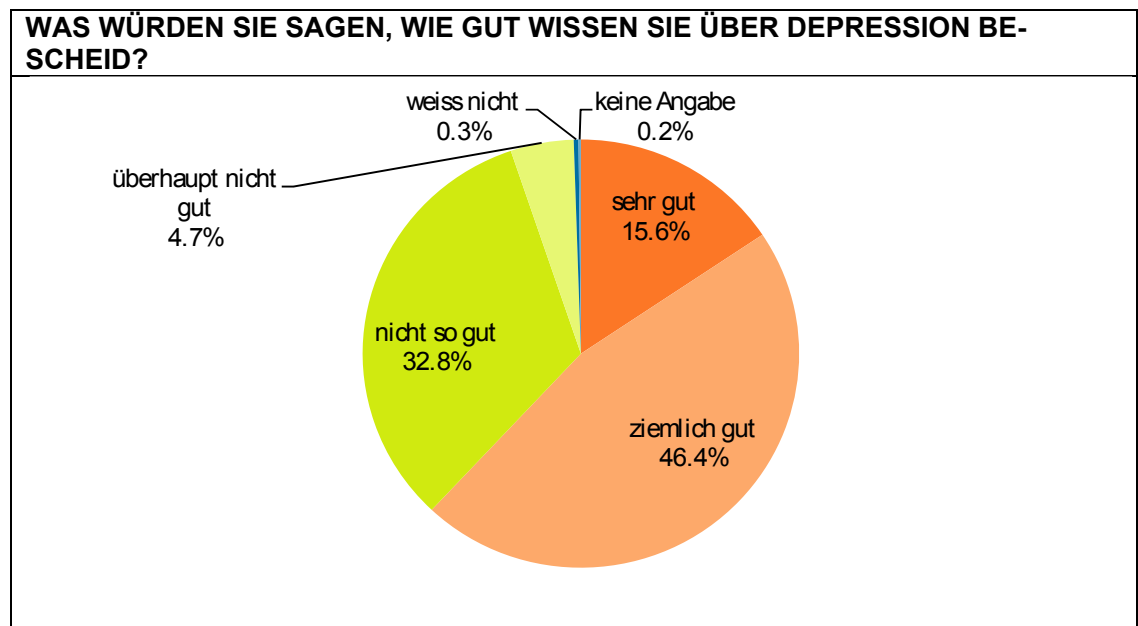
Informationsstand

71.8 % der Luzerner Bevölkerung hat laut eigenen Angaben bereits etwas über Depressionen gehört oder gelesen. Überdurchschnittlich häufig haben Frauen, Personen mit einem höheren Bildungsabschluss, Personen in städtischen Gebieten und Personen, die direkt (selbst) oder indirekt (Angehörige und Freunde) vom Thema Depression betroffen sind schon einmal etwas über Depression gehört oder gelesen. In einer aktuellen Befragung (2010) der gesamten Schweizer Bevölkerung war der Informationsstand besser. Dort waren es nur 1%, die angaben, dass sie den Begriff noch nie gehört hätten und 11%, die nicht wussten, was Depression bedeutet.

Die Frage „Was würden Sie sagen, wie gut wissen Sie über Depressionen Bescheid?“ wurde von 15.6 % der Befragten mit „sehr gut“ beantwortet, die meisten Personen halten sich für „ziemlich gut“ informiert (46.4%), 32.8% geben an sie wissen „nicht so gut“ Be-

¹ Es wurden insgesamt 802 telefonische Interviews bei einer Stichprobe von Personen des Kantons Luzern durchgeführt. Die Befragten sind im Alter zwischen 15 und 96 Jahren und sind in ihrer Verteilung repräsentativ für den Kanton Luzern.

scheid und 4.7% sagen sie wissen „überhaupt nicht“ über Depressionen Bescheid (vgl.Figur 18).



Figur 18 Quelle: Schmid et al. 2008.

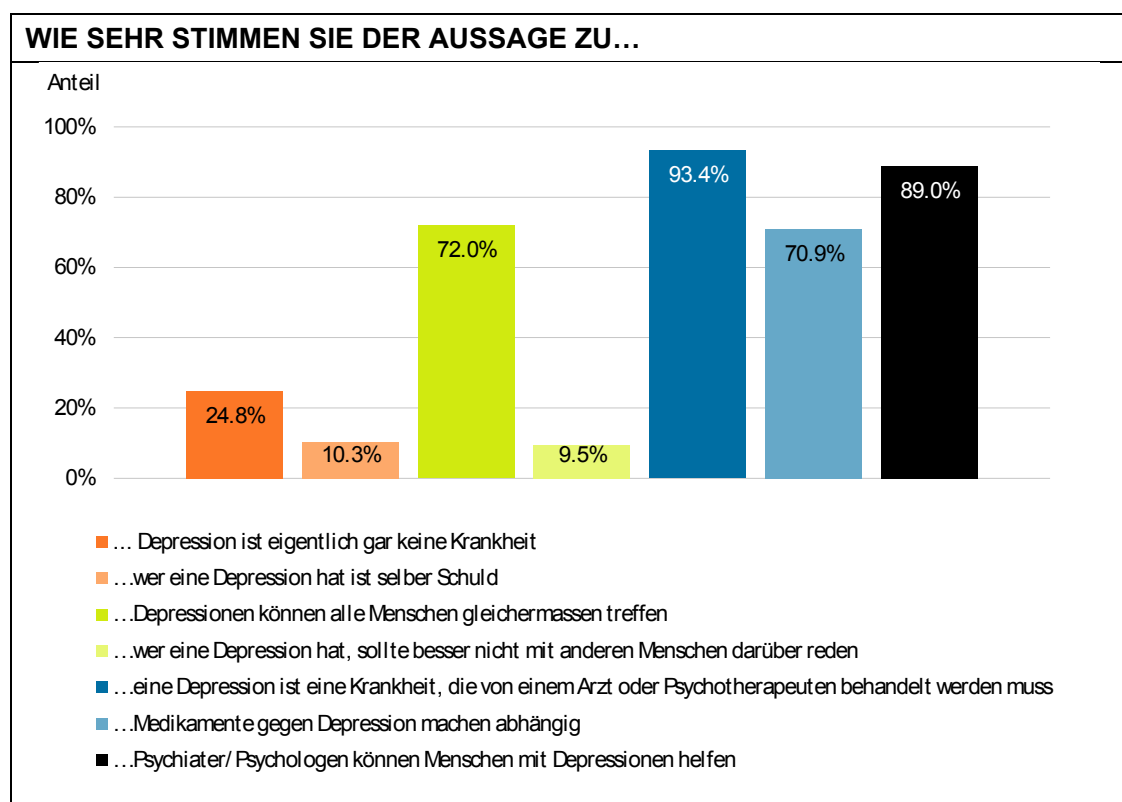
Die Häufigkeit der Antworten „sehr gut“ und „ziemlich gut“ sind positiv mit dem Alter korreliert. Ausserdem geben Frauen und Städter und Betroffene überdurchschnittlich häufig an, sehr gut oder ziemlich gut über Depressionen Bescheid zu wissen.

Einstellung zu Depressionen

Bei einer weiteren Frage hat man den Befragten verschiedene Aussagen zu Depressionen vorgelegt und sie nach ihrer Zustimmung zu diesen Aussagen gefragt.

In der folgenden Figur sind die Häufigkeiten der Zustimmungen zu Aussagen, welche die Einstellungen der Bevölkerungen zu Depressionen erfassen sollen, dargestellt. In den meisten Fällen stimmt die Mehrheit der Befragten zu „korrekten“ Aussagen zu und lehnt „unkorrekte“ Aussagen ab, was auf eine gut informierte Bevölkerung schliessen lässt. Bei einigen Aussagen scheinen die Befragten weniger sicher. Am stärksten gehen die Meinungen auseinander bei den Aussagen „Depression ist eigentlich gar keine Krankheit“ (Zustimmung 24.8%), „Depressionen können alle Menschen gleichermassen treffen“ (Zustimmung 72%) und „Medikamenten gegen Depression machen abhängig“ (Zustimmung 70.9%).

Unterschiede bei der Zustimmung zu den Aussagen bezüglich Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Siedlungsart, Muttersprache und Betroffenheit sind in den Figuren im Anhang dargestellt. Die Aussage „Depression ist eigentlich gar keine Krankheit“ wird häufiger von Männern getroffen, als von Frauen und scheint besonders stark mit dem Bildungsniveau zu korrelieren. Je höher die Ausbildung, desto seltener stimmen die Befragten der Aussage zu.



Figur 19 Quelle: Schmid et al. 2008.

Auch der Aussage „Wer eine Depression hat, ist selber schuld“ stimmen Männer häufiger zu als Frauen; Personen, die nicht von Depression betroffen sind stimmen ebenfalls häufiger zu. Bei der Aussage „Depressionen können alle Menschen gleichermaßen treffen“ schwankt die Häufigkeit der Zustimmung nur wenig zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen. Knapp 10 % aller Befragten stimmen der Aussage, „Wer eine Depression hat, sollte besser nicht mit anderen Menschen darüber reden“ zu. Ältere Personen, Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und Personen, die in ländlicher Umgebung leben, stimmen der Aussage häufiger zu.

3.2. BESTANDESAUFNAHME DER ANGEBOTE ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT IN LUZERN

3.2.1. KANTONALE GRUNDLAGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Gesetzliche Grundlage

Das Luzerner Gesundheitsgesetz von 2005 bezweckt "(...) unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung und der Wirtschaftlichkeit die Förderung, den Schutz, die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit". Gesundheit wird dabei folgendermassen definiert: "Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen".

Gesundheitsförderung bezweckt gemäss §45 "die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Einzelnen und der Gesamtbevölkerung sowie von bestimmten Personengruppen." Schliesslich dient die Prävention laut §45 der "(...) Verhütung von bestimmten Krankheiten und Unfällen und soll deren Häufigkeit und Schwere vermindern. Sie umfasst Massnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Abschwächung von Krankheits- und Unfallfolgen".

Politische Vorstösse im Kanton Luzern

Auch im Kanton Luzern sind in den letzten fünf Jahren einige parlamentarische Vorstösse eingereicht worden, die sich mit Psychischer Gesundheit und Suizidprävention befassen.

- › 06 2010 Anfrage über Therapieplätze für Minderjährige im Kanton Luzern (Luzia Ineichen-Fellmann und Mit.),
- › 09 2008 Motion über einen Bericht über eine verstärkte Suizidprävention (Priska Lorenz und Mit.),
- › 09 2007 Anfrage über psychiatrische Hilfe für Jugendliche (Josef Roos und Mit.),
- › 09 2006 Postulat über die Förderung der berufl. Eingliederung von psychisch behinderten Personen mit einer IV-Rente (Patricia Schaller und Mit.),
- › 06 2006 Anfrage über Burnout im Kanton Luzern (Katharina Meile und Mit.).

Aktivitäten der Dienststelle Gesundheit des Kantons Luzern

Die Dienststelle Gesundheit engagiert sich für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit der gesamten Luzerner Bevölkerung. Nebst Themengebieten wie Gesundheitsversorgung, Heilmittel, Infektionskrankheiten, Substitutionsbehandlungen, Aufsicht und Berufsbewilli-

gungen, Gesundheitsstatistik, Sucht und Zahngesundheit ist die Gesundheitsförderung und Prävention ein wichtiges Aufgabengebiet der Dienststelle Gesundheit. In diesen Bereich gehören u.a. Programme und Projekte wie das „Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht“, die Präventionskampagne „Luzerner Bündnis gegen Depression“, Projekte im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung oder das Programm „Gesundheit im Alter“.

Kantonale Kommission Gesundheitsförderung und Prävention

Die aktive Förderung der Gesundheit ist eine umfassende Aufgabe, die grundsätzlich alle Sektoren des politischen Handelns und alle Ebenen der Aktivitäten betrifft. Die kant. Kommission Gesundheitsförderung und Prävention setzt sich aus VertreterInnen der Dienststelle Gesundheit, den Dienststellen Soziales und Gesellschaft, Umwelt und Energie sowie Volksschulbildung zusammen. Ergänzt wird sie durch eine Vertretung des Verbandes Luzerner Gemeinden. Die Kommission ist ein beratendes Gremium für den Regierungsrat und die Dienststelle Gesundheit. In Anlehnung an die Strategie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz konzentriert sie sich in der Legislatur 2007-2011 auf die Bereiche „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“, „Gesundes Körpergewicht“ und „Psychische Gesundheit“.

Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Luzern 2008–2011

Die ehemaligen Kantonsärztlichen Dienste Luzern haben in Zusammenarbeit mit der kant. Kommission Gesundheitsförderung und Prävention einen Massnahmenplan für 2008-2011 erarbeitet. Als übergeordnetes strategisches Ziel sollen im Kanton Luzern die Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden. Dies beinhaltet u.a. die Förderung einer gesundheitsverträglichen Gesamtpolitik, der Aufbau und die Pflege von Netzwerken mit Gemeinden, Schulen und Betrieben, die Förderung eines gesunden Körpergewichts für alle Altersgruppen, die Förderung einer besseren Früherfassung von Depressionen und Entstigmatisierung der Betroffenen sowie die Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich psychischer Gesundheit und Krankheit. Ebenso sollen im Bereich der psychischen Gesundheit weitere Massnahmen für die nächste Legislatur (2011 bis 2015) vorbereitet werden.

Luzerner Bündnis gegen Depression

Mit dem Regierungsratsbeschluss Nr. 324 vom 14. März 2006, erteilte der Regierungsrat den damaligen Kantonsärztlichen Diensten den Auftrag, ein Pilotprojekt "Luzerner Bündnis gegen Depression" gemäss den Erfahrungen des "Nürnberger Bündnisses gegen Depression" auszuarbeiten und umzusetzen. Im Kanton Luzern wurde eine umfangreiche Bedarfs-

und Bedürfnisanalyse bei ExpertInnen, Betroffenen und Angehörigen sowie eine Bevölkerungsbefragung zum Thema „Mental Health Literacy – Depression“ durchgeführt. Die erhobenen Daten dienten dazu, das Projekt optimal umzusetzen. Das bis Ende August 2009 befristete Pilotprojekt engagierte sich auf vier verschiedenen Interventionsebenen:

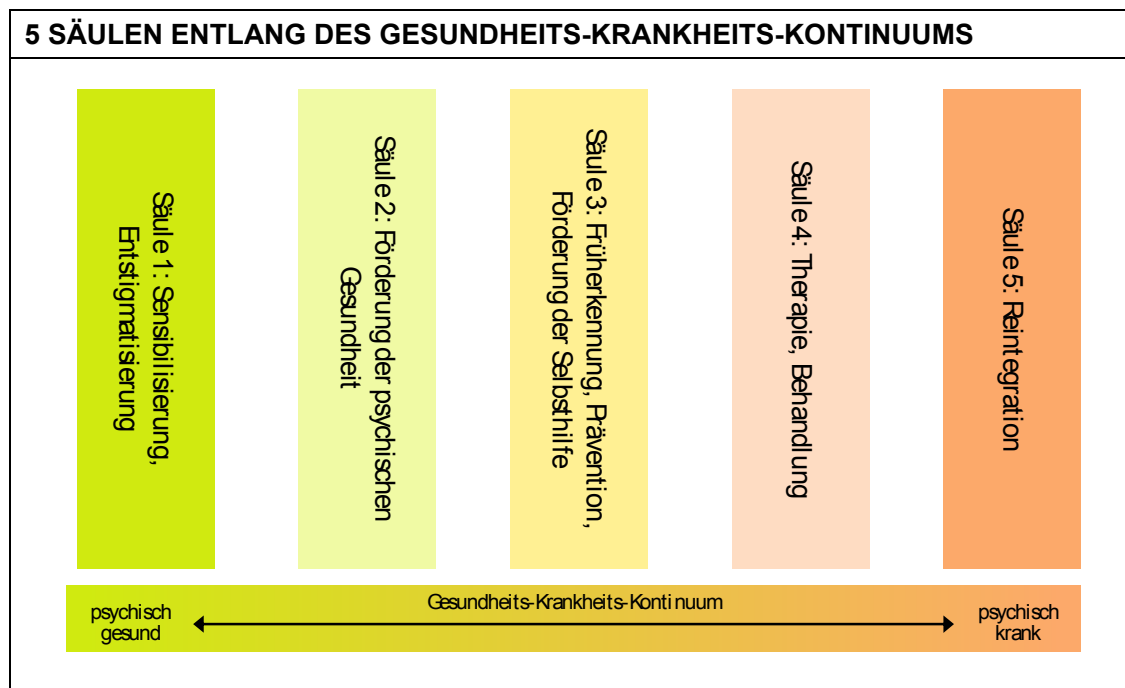
1. Zusammenarbeit mit Hausärzten,
2. Öffentlichkeitsarbeit,
3. Zusammenarbeit mit Multiplikatoren und
4. Angebote für Betroffene und Angehörige.

Durch den Aufbau des „Luzerner Bündnis gegen Depression“ konnten im Kanton Luzern wertvolle Grundlagen und Netzwerke erarbeitet werden.

3.2.2. MASSNAHMEN, INTERVENTIONEN UND ANGEBOTE IM 5-SÄULEN-MODELL

Im Folgenden werden die Angebote an Massnahmen und Interventionen im Kanton Luzern in 5 Säulen eingeordnet. Dem 5-Säulen-Modell liegt eine ganzheitliche Sichtweise zu Grunde. Es hat zum Ziel mit bedürfnisspezifischen Angeboten Menschen entlang des gesamten Gesundheit-Krankheits-Kontinuums, wie in der Figur unten dargestellt, zu erreichen. Das heisst, es werden nicht nur Massnahmen und Interventionen für „Kranke“, sondern auch für „Gesunde“ bzw. „Risikogruppen“ angeboten. Die 5 Säulen sind:

- › Säule 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung,
- › Säule 2: Förderung der psychischen Gesundheit,
- › Säule 3: Früherkennung, Prävention, Förderung der Selbsthilfe,
- › Säule 4: Therapie, Behandlung,
- › Säule 5: Reintegration.



Figur 20 Eigene Darstellung.

Die Massnahmen, Interventionen und Angebote im Kanton Luzern konnten in die folgenden Untergruppen innerhalb der 5 Säulen eingeteilt werden:

- › Massnahmen zur Sensibilisierung der Bevölkerung und Entstigmatisierung der Betroffenen,
- › Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit,
- › Niederschwellige Angebote für Risikogruppen in Notlagen,
- › Angebote zur Früherkennung,
- › Angebote von Selbsthilfegruppen,
- › Angebote der Suizidprävention,
- › Niederschwellige Abklärungs- und Beratungsangebote,
- › Angebote in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung,
- › Soziale Rehabilitation und Reintegration,
- › Angebote der sozialen und beruflichen Reintegration.



Figur 21 Eigene Darstellung.

Massnahmen zur Sensibilisierung der Bevölkerung und Entstigmatisierung der Betroffenen

Massnahmen im Rahmen des Luzerner Bündnisses gegen Depression

Massnahmen zur Sensibilisierung der Bevölkerung und Entstigmatisierung der Betroffenen wurden im Rahmen des Luzerner Bündnisses gegen Depression durchgeführt. Die „Aufklärung der Öffentlichkeit“ bildete einen der vier Schwerpunkte des Bündnisses. Die Resultate einer Bevölkerungsbefragung hatten gezeigt, dass die Aufklärung der Bevölkerung zum Thema Depression notwendig und erwünscht ist. Im Rahmen des Luzerner Bündnisses gegen Depression wurden dazu die folgenden Aktivitäten umgesetzt:

- › Informationsflyer Depression: Botschaften: „Depression kann jeden treffen“, „Depression ist behandelbar“, „Depression hat viele Gesichter“. Integrierter Selbsttest zur Förderung der Früherkennung. Ausführliche Liste mit Hilfsangeboten sowohl für Betroffene als auch deren Angehörige. Der Informationsflyer wurde an eine Reihe von Stellen, die im Gesundheitssektor tätig sind, aber auch anderen Multiplikationsstellen wie Schulen oder Pfarrämter zum Auflegen geschickt. Zudem wurde er elektronisch auf der Projekthomepage zur Verfügung gestellt.

- › Testimonial-Kampagne: Während einem Monat im Jahr 2008 fand die Testimonial-Kampagne statt, im Rahmen derer Inserate in der Pendlerzeitung „punkt CH“ sowie auf der Kantons-Homepage www.lu.ch und in der Luzerner Rundschau Statements von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten publiziert wurden.
- › Artikel in den Printmedien: Während der Projektlaufzeit wurde das Thema „Depression“ immer wieder in den Tages- und Wochenzeitungen des Kantons und der Gemeinden eingebracht.
- › Öffentliche Veranstaltungen: Aktionswochen „Depression“: Im Mai 2009 fand die Aktionswoche statt, im Rahmen derer 13 Veranstaltungen zum Thema Depression stattfanden. Zielgruppen waren nicht nur die allgemeine Luzerner Bevölkerung (z.B. Theaterstück zu Depression) sondern auch spezielle Zielgruppen wie Eltern und Lehrpersonen (Veranstaltung Depression bei Jugendlichen), Arbeitgebende oder die italienisch sprechende Bevölkerung. Für die Aktionswochen wurde via Flyer/Plakate, Inserate, Gemeindezeitungen, Medienmitteilungen des Kantons Luzerns und die Homepage des LBgD Werbung gemacht.

Weitere Aktivitäten in der Öffentlichkeitsarbeit

Verschiedene Vereine und Organisationen im Bereich psychische Gesundheit Luzern haben die Öffentlichkeitsarbeit als eines ihrer Tätigkeitsfelder definiert. Dazu gehören:

- › Traversa: Öffentlichkeitsarbeit gegen Stigmatisierung und Vorurteile,
- › Refugium: Öffentlichkeitsarbeit, Information und Aufklärung über die besonderen Probleme von Betroffenen,
- › Hilfs- und Solidaritätsfond für Strafgefangene und Straftlassene: Information zu Abbau von Vorurteilen gegenüber mit dem Gesetz in Konflikt Gekommenen,
- › Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken (VASK): Medien- und Öffentlichkeitsarbeit auf regionaler/kantonalen Ebene,
- › Ehe- und Lebensberatung (ELBE): Informationen an die Öffentlichkeit,
- › Stiftung Pro Mente Sana: Kämpft für Rechte sowie die soziale und berufliche Integration der betroffenen Personen durch Werbung in der Öffentlichkeit um Verständnis für psychisch kranke Menschen.

Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit

Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit setzen an Schutzfaktoren an, wie die Einbindung in gesellschaftliche Aktivitäten, sinnvolle Beschäftigung, Treffen und Austausch

mit Gleichgesinnten etc. Die Zielgruppen dieser Angebote sind meist unspezifisch und nicht problembezogen. Das heisst sie richten sich nicht an Personen mit bestimmten psychischen Problemen, sondern sind grundsätzlich offen für Interessierte, die einem angesprochenen Personenkreis angehören. Beispielsweise richten sich Angeboten an Kinder und Jugendliche, Eltern, Frauen, Senioren etc. In Luzern gibt es eine Vielzahl solcher Angebote zu Förderung der psychischen Gesundheit. Stellvertretend eine Auswahl:

- › Angebote für Kinder- und Jugendliche: Es gibt zahlreiche Jugendarbeitsstellen, welche Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Freizeitangebot bieten. Sie stehen als Treff zur Verfügung, bieten die Möglichkeit an Gesellschaftsspielen teilzunehmen (Billard-, Töggeli-, Schach- etc.), organisieren Veranstaltungen, vermitteln Taschengeldjobs etc. (z.B. Treibhaus, Kinder- und Jugendanimation Hochdorf, Jugendarbeit Hitzkirchertal, Jugendarbeit Region Wolhusen Zwinggihuus, Jugendarbeit Rothenburg, Jugendarbeitsstelle Udligenswil, Jugendverein Mänz-Now, Jugendzentrum Teiggi Kriens, Jugendanimation Adligenswil, Jugendanimation Meggen, Mobile Kinder – und Jugendarbeit St. Karli/ Untergrund, Zentrum für offene Jugendarbeit Sursee).
- › Angebote für Schulen: Radix koordiniert das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen, Auch der Kanton Luzern ist mit rund 70 Schulen in diesem Netzwerk vertreten. Das Netzwerk unterstützt die Schulen dabei, sich unter Mitwirkung aller Beteiligten sich zu einer Organisation zu entwickeln, die gesundes Lehren und Lernen ermöglicht.
- › Angebote für Senioren: Der Verein Senioren-Impuls Kriens bietet kleine Hilfen im und ums Haus sowie Freizeit-Programme für Senioren wie Velofahren, Skifahren, Spieltreff, Sonntagstreff, usw. Ähnliche Angebote bietet der Silberclub mit einem Sonntagsclub für Alleinstehende ab Mitte 50 sowie Veranstaltungen und Freizeitanlässe, welche von den Mitgliedern im Sinne einer Selbsthilfe eigenständig organisiert werden.
- › Angebote für Frauen: Der städtische Frauenbund Luzern bietet Frauen mit christlicher Grundhaltung Kurse, Frauentreffen, Gesprächsrunden, Beratung an. Die Frauenzentrale Luzern bietet Rechts- und Sozialberatung, Budget- und Schuldenberatung und Tageselternvermittlung. Sie richtet sich damit an alle Frauen mit dem Ziel das Selbstverständnis der Frauen zu stärken. Der Verein Lilaphon Luzern (Frauen) informiert, berät und begleitet lesbische und bisexuelle Frauen und an diesen Lebensweisen Interessierte zu den verschiedensten Aspekten frauenliebender Lebensweisen.
- › Angebote der betrieblichen Förderung der psychischen Gesundheit: Projekte z.B. Speranza, Label GF CH.

- › Angebote für Erziehende (Fachstelle Kinderbetreuung, Erziehungsberatung Sursee, La Leche Liga Innerschweiz, Mütter und Väterberatung, Fachstelle Familie Plus), Angebote für Menschen in Ausbildung (Protestantisches Studentenhaus), Projekt Familienbar.
- › Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (Sentitreff, Programm InterkulturAll, Mission catholique de la langue française, Begleitgruppe für Fremde Kriens, FABIA (Fachstelle für die Betreuung und Integration von Ausländerinnen und Ausländern), Projekt Femmes-Tische.
- › Plakatkampagne „Stark durch Erziehung“ und „Stark durch Beziehung“.
- › Spots der Gesundheitsförderung Luzern zur Entspannung in vbl-Bussen.
- › Andere Gesundheitsförderungsangebote/-programme: Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht, Aktionsprogramm Gesundes Alter.

Niederschwellige Angebote für Risikogruppen in Notlagen

Im Unterschied zu Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit zielen diese Angebote darauf ab, bei Personen mit ausgeprägten Risikofaktoren und/oder psychischen Belastungen diese Risikofaktoren bzw. Belastungen zu verringern. Es handelt sich dabei um Angebote für Risikogruppen welche sich in einer Notlage befinden, z.B. in einer finanziellen oder sozialen Notlage. In Luzern gibt es eine Vielzahl an Angeboten in diesem Bereich:

- › Ein breites Beratungsangebot bieten die vier Sozial-Beratungszentren (SoBZ) im Kanton Luzern. Sie decken Bereiche wie Sucht- und Abhängigkeitsgefährdung, Mütter- und Väterberatung, Erziehungsberatung, Jugendberatung oder Einzel-, Paar- und Familienberatung ab.
- › Kirche: Die Kirche bietet eine Vielzahl von Sozialdiensten, Sozialberatungs- und Seelsorgeangeboten für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Die Caritas der Römisch-Katholischen Landeskirche Kanton Luzern berät und unterstützt Menschen in finanziellen Notlagen, Flüchtlinge und Asylsuchende, Erwerbslose. Weitere Angebote bieten die Katholische Kirche Stadt Luzern, die Evangelisch-Reformierte Kirche, die Oekumene, das Christkatholische Pfarramt Luzern und die Jüdische Gemeinde.
- › Angebote für Alleinerziehende: Das Haus Mutter und Kind bietet für Schwangere und Mütter mit Säuglingen oder Kleinkindern sowie für Frauen in sozialen Notlagen eine betreute Wohngemeinschaft. Weitere Angebote für diese Zielgruppe liefern die Heilsarmee Zentralschweiz, das Mütterhaus Seevogtey, Sozialpädagogische Familienbetreuung, Haus Hager – Herberge für Frauen und Kinder, Ja zum Leben Zentralschweiz.

- › Angebote für Menschen in familiären, sozialen, finanziellen Notlagen: Die Offeni Tür i de Not ist Anlaufstelle bei zwischenmenschlichen Spannungen und Konflikten im Zusammenleben oder bei wirtschaftlichen Engpässen, die grosse psychische Belastungen darstellen. Weitere Institutionen mit Angeboten in diesem Bereich sind Winterhilfe Luzern, Kovive – Ferien für Kinder in Not, Pro Juventute, Notfallseelsorge Kanton Luzern, Sozialpädagogische Familienbegleitung, Jugendberatung Zentralschweiz CONTACT, Haus Hagar.
- › Angebote für Menschen mit einer körperlichen Behinderung oder Erkrankung: Eine Vielzahl von Angeboten zur Betreuung, Beratung und Begleitung von chronisch oder schwerkranken Menschen und deren Angehörigen kommen unter anderen von der Luzerner Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker, der Alzheimervereinigung Luzern, Pro Infirmis Luzern, der Abteilung Psychologie, Seelsorge, Sozialberatung des Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil, der Begleitung Schwerkranker und Sterbender, der Rheumaliga Luzern und Unterwalden, der Stiftung Rodtegg für Körperbehinderte, der Zentralschweizer Diabetesgesellschaft und der Albert Koechlin Stiftung AKS mit dem begleiteten Besuchsdienst oder dem café sowieso.
- › Angebote im Bereich Suchtprävention: Die Fachstelle für Suchtprävention Drogenforum Innerschweiz DFI Luzern ist zuständig für die Suchtprävention im ganzen Kanton Luzern und richtet sich an alle Verantwortlichen in Schule, Jugend- und Erziehungsarbeit, Politik, Vereine, Schulen, Betriebe und Eltern. Der Verein Jobdach Luzern gibt Menschen in Not-situationen, u.a. Drogenabhängigen eine Unterkunft und eine sinnvolle Beschäftigung. Der Verein Christlich-therapeutische Drogenarbeit (CDA) bietet mit der therapeutischen Gemeinschaft Neuhof eine Sucht- und Drogen-Therapie an. Weitere Angebote liefern die Elternvereinigung drogenabhängiger Jugendlicher, das Therapiezentrum Meggen und der Verein kirchliche Gassenarbeit der Ökumene.
- › Angebote für Angehörige von psychisch Kranken: Die Vereinigungen der Angehörigen von Schizophrenie und psychisch Kranken fördert die Ressourcen von Angehörigen. Der Verein für Hinterbliebene nach Suizid betreibt Öffentlichkeitsarbeit und bietet die Möglichkeit am Vereinsgeschehen und an Freizeitprogrammen teilzunehmen. Die Luzerner Psychiatrie betrachtet die Angehörigenarbeit als wichtigen Bestandteil einer modernen psychiatrischen Behandlung und hat deshalb ein Handbuch für Angehörige psychisch kranker Menschen geschrieben (download unter www.lups.ch). Das Ambulatorium B Luzern (*lups*) bietet zudem Gesprächsabende für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen an, die Ambulatorien A und B Luzern (*lups*) zudem eine telefonische Beratung.

- › Sonstige Angebote: für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche (Schul- und Wohnheim Schachen, Sozialpädagogisches Schulheim Mariazell Sursee), Senioren (Pro Senectute, SOS Dienst), Angebote für Erwerbslose (Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH Zentralschweiz), Obdachlose (Aufenthaltsmöglichkeit), Arme (Armenverein der Stadt Luzern), Strafgefangene (Hilfs- und Solidaritätsfond für Strafgefangene und Straftlassene), Betroffene von häuslicher Gewalt (Luzerner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt).

Angebote zur Früherkennung

Angebote zur Früherkennung sollen Menschen helfen Anzeichen von psychischer Belastung wahrzunehmen und frühzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Angebote richten sich ebenfalls an Personen mit ausgeprägten/kumulierten Risikofaktoren und/oder psychischen Belastungen. Angebote der Früherkennung richten sich an Multiplikatoren, z.B. Hausärzte und weitere Akteure die mit Risikogruppen in Kontakt kommen. Teilweise sind die Angebote der Früherkennung von den Angeboten für Risikogruppen in Notlagen schwer abzugrenzen, da nicht klar ist inwieweit die Angebote für Risikogruppen auf Früherkennung spezialisiert sind.

Insgesamt gibt es wenige explizite Angebote zur Früherkennung in Luzern:

- › Zusammenarbeit mit Multiplikatoren im Rahmen des Luzerner Bündnis gegen Depression: Es wurden Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen für Pflegefachpersonen, Mitarbeitende der kirchlichen Besuchsdienste, Lehrpersonen und Eltern, Arbeitgeber sowie Mitarbeitende von Alters- und Pflegeheimen durchgeführt.
- › Informationsbroschüre für Personen aus nicht-psychiatrischen Fachbereichen (Spitex, Alterswesen, Lehrpersonen, Arbeitgeber, Seelsorge) sowie anderen niederschweligen Angeboten (Beratungsdienste etc.) zum Thema Depression: Die Broschüre wurde breit unter den Luzerner Zielgruppenorganisationen gestreut.
- › Selbsttest Früherkennung im Rahmen des Luzerner Bündnis gegen Depression.
- › Zusammenarbeit mit Hausärzten im Rahmen des Luzerner Bündnis gegen Depression: Da Hausärzte eine sehr wichtige Stellung haben, wenn es um die Früherkennung von Depressionen geht, wurde die Vereinigung Luzerner Hausärzte (VluHa) im Rahmen des Luzerner Bündnis gegen Depression eingebunden. Die Massnahmen umfasst u.a. eine Weiterbildungsveranstaltung zur korrekten Diagnosestellung und Weitervermittlung von Patienten an die relevanten Stellen.
- › Das durch das Drogenforum Innerschweiz und Radix initiierte Projekt "sensor - erkennen und handeln" ist auf die Frühintervention in den Bereichen Sucht, Gewalt und Vandalis-

mus ausgerichtet. Es richtet sich an Gemeinden und zeigt auf, wo Prävention und Frühintervention nötig ist und klärt den Handlungsbedarf. Neben dem Projekt sensor engagiert sich Radix für weitere Präventionsprojekte im Suchtbereich (Infodrog, Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssuchte, feelok).

- › Andere Angebote von Akteuren, die mit Risikogruppen in Kontakt kommen und gleichzeitig spezialisiert sind, sind die schulpsychologischen Dienste in Luzern, die Sozialberatungszentren (SoBZ) oder die Sozialberatung der Migros.

Daneben haben die oben dargestellten Angebote für Risikogruppen auch früherkennende Komponenten, auch wenn dort die Früherkennung nicht im Fokus steht.

Selbsthilfegruppen für psychisch Erkrankte

In Selbsthilfegruppen werden Personen mit psychischen Problemen durch ihr eigenes Engagement und die intensive Auseinandersetzung mit ihren eigenen Problemen sowie mit den Problemen anderer Betroffener eingebunden und lernen auf diese Weise sich selbst und anderen zu helfen. In Luzern gibt es eine Selbsthilfekontaktstelle (Info Selbsthilfegruppen), welche Übersicht und Kontaktmöglichkeiten über und zu verschiedenen Selbsthilfegruppen liefert. Die Info Selbsthilfegruppen veröffentlicht regelmässig eine aktuelle Liste der Selbsthilfegruppen zu somatischen und psychischen Erkrankungen in Luzern, Obwalden und Nidwalden. Darunter sind Gruppen für Betroffene von verschiedenen psychischen Störungen (Alkohol- und andere Substanzabhängigkeiten, Angst und Panik, Soziale Phobie, Depression, Zwangsstörungen,) sowie Gruppen für Angehörige und Eltern (psychisch Kranke (VASK), Depression, Suizid, Drogenabhängige Kinder, Alzheimer/Demenz). Von den insgesamt 80 Selbsthilfegruppen haben rund 20 Gruppen einen direkten Bezug zum Thema Psyche. Momentan befinden sich gerade drei neue Gruppen zum Thema psychische Störungen im Aufbau (Bipolar-Betroffene, Essstörungen und junge Schizophrenie- und Psychose-Betroffene). Eine weit vernetzte Gruppe für Betroffene von Depression ist Equilibrium, welche sich aus Betroffenen und Angehörigen oder Bekannten von Betroffenen zusammensetzt. Das Ziel von Equilibrium ist die gemeinsame Bewältigung von Depression. Equilibrium gründet und baut in der ganzen Schweiz Selbsthilfegruppen auf, vermittelt Informationen über Entstehung, Verlauf und Therapiemöglichkeiten und arbeitet an Forschungsprojekten. Partizipation in der Prävention.

Angebote der Suizidprävention

- › Strukturelle Massnahmen: Der Kanton Luzern hat ein breit angelegtes Projekt zur Sicherung der Rothenburger Rotbach-Brücke erfolgreich beendet.
- › Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Krisen, verschiedene Meldestellen und Netzwerke: www.depri.ch ist eine Informations- und Kommunikationsplattform zum Thema Depression, die zu einer höheren Transparenz und Akzeptanz in der Behandlung und Erkennung von Depressionen beitragen und für die Betroffenen eine Hilfe sein möchte; www.tschau.ch; www.seelsorge.net, www.kummernetz.ch sind weitere Plattformen für Internetseelsorge welche eine anonyme und kurzfristige Beratung für Ratsuchende anbietet. Des Weiteren gibt es Notfall-Krisentelefone wie die Dargebotene Hand (143) oder die Beratung und Hilfe 147 für Kinder- und Jugendliche der Pro Juventute.
- › Der Verein Ipsilon, sieht sich als Dachorganisation von Organisationen und Institutionen, welche in der täglichen Arbeit mit Suizid konfrontiert sind. Ziel des Vereins ist es, eine nationale Koordinationsstelle aufzubauen.

Niederschwellige Abklärungs- und Beratungsangebote

In Luzern existieren eine Reihe niederschwelliger Angebote für die Abklärung und Beratung von Personen mit psychischen Schwierigkeiten und Störungen. Diese grenzen sich insofern von anderen Beratungsangeboten ab, dass sie auf psychologische und medizinische Hilfe mit entsprechenden Fachpersonen spezialisiert sind. Personen, die sich an diese Stellen wenden, sind entweder bereits psychisch krank oder befürchten, unter einer psychischen Störung zu leiden. Bei diesen Angeboten handelt es sich überwiegend um Angebote zur Abklärung und Behandlung oder um Beratungen zur Bewältigung des Lebensalltags und speziellen Situationen sowie zu sozialen Fragen.

NIEDERSCHWELIGE SPEZIALISIERTE ABKLÄRUNGS- UND BERATUNGSAN- GEBOTE		
Zielgruppe	Art des Angebots	Organisation
psychisch erkrankte Menschen	ambulante Abklärung, Beratung und Behandlung (über 18jährig)	› psychiatrische Ambulatorien (Hochdorf, Luzern, Sursee, Wolhusen) <i>lups</i> › Tagesklinik Luzern, Sursee, (<i>lups</i>) › Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste <i>lups</i>
	ambulante Abklärung, Beratung und Behandlung (unter 18jährig)	› Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste <i>lups</i>
	telefonische Beratung	› Stiftung Pro Mente Sana › psychiatrische Ambulatorien (Hochdorf, Luzern, Sursee, Wolhusen) <i>lups</i> › Verein Traversa
Kinder- und Jugendliche	Beratung	› Schulpsychologische Dienste Luzern
Eltern	Beratung	› Schulpsychologische Dienste Luzern
Familien, Ehepaare	Beratung und psychotherapeutische Hilfe	› Ehe- und Lebensberatung (interkonfessioneller Verein) ELBE
Suchtkranke	Suchtberatung (legale Drogen)	› Sozialberatungszentren Hochdorf und Michelsamt, Willisau, Sursee, Entlebuch-Wolhusen-Ruswil, Luzern
	Abklärung, Beratung und Behandlung (illegale Drogen)	› psychiatrische Ambulatorien (Hochdorf, Luzern, Sursee, Wolhusen) <i>lups</i> › Drop-in Luzern (<i>lups</i>)
Demenzkranke	Demenz-Hotline	› Alzheimervereinigung Luzern › Memory Clinic Sursee <i>lups</i>
Kleinkinder, Schulkinder, Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten	psychomotorische Abklärung und Beratung	› Psychomotorische Therapiestellen in Litttau, Rothenburg, Dagmersellen, Hochdorf, Stadt Luzern
Angestellte im Polizeiwesen	Anlauf- und Beratungsstelle	› Psychologischer Dienst Kantonspolizei Luzern
Lehrpersonen	Beratung	› Schulberatung
Menschen mit Intelligenzmindering und psychischen Störungen	Beratung und Abklärung	› Heilpädagogisch-psychiatrische Fachstelle, <i>lups</i>

Angebote in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung

Das Angebot der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist entsprechend der Komplexität und Bandbreite psychischer Störungen sehr vielfältig und lässt sich folgendermassen strukturieren (angelehnt an Sturny, Hell 2009):

- › Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie (inkl. tagesklinische Behandlung), Ambulante nicht-ärztliche Psychotherapie,
- › Gemeindepsychiatrie und integrierte Versorgung: Gemeindepsychiatrie: psychiatrische Spitex, mobile psychiatrische Equipen, aufsuchende Behandlung; Integrierte Versorgung: Case-Management-Einbezug von anderen wichtigen Versorgern wie Hausärzte und Sozialdienste,
- › Stationäre Psychiatrie,
- › Spezialisierte Bereiche: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik, forensische Psychiatrie,
- › Notfallpsychiatrie.

Im Kanton Luzern existieren Angebote zu allen sechs aufgeführten Bereichen. Das stationäre Angebot besteht aus Akutpsychiatrie, Rehabilitations-, Alterspsychiatrie und Suchtbehandlung, welches durch die zwei psychiatrischen Kliniken Luzern und St. Urban bereitgestellt wird. Insgesamt stellen diese beiden Kliniken knapp 280 Betten zur Verfügung. Das ambulante Angebot ist überwiegend gekennzeichnet durch die Ambulanten Dienste der Luzerner Psychiatrie sowie die niedergelassenen ärztlichen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie die psychologischen PsychotherapeutInnen. Darüber hinaus existieren noch mehrere therapeutische Einrichtungen zur Suchtberatung und -behandlung im Kanton Luzern.

Die Luzerner Psychiatrie bietet spezialisierte Dienste an, namentlich Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulantes und stationäres Angebot), in der Alterspsychiatrie (Demenz-Abklärung und stationäres Angebot), in der Drogentherapie, der forensischen Psychiatrie und eine heilpädagogisch-psychiatrische Fachstelle für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen. Ein spezialisiertes Angebot besteht auch durch die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM), welche ein ausgebautes psychosomatisches Rehabilitationsprogramm für Menschen mit Depression, Burnout-Symptomatik, Angststörungen, reaktiven Krisen, verschiedenen Suchtproblemen sowie chronischen Schmerzzuständen und somatoformen Störungen anbietet.

Gemeindepsychiatrische Dienst bzw. die aufsuchende Hilfe wird von verschiedenen Akteuren bereitgestellt. Dabei handelt es sich um die Gemeindeintegrierte Akutbehandlung *Iups*, der Spitex Luzern mit einem psychiatrischen Dienst sowie Assistenzdienste von Vereinen, welche insbesondere Hilfe im Alltag leisten. Mit der Gemeindeintegrierten Akutbehandlung (GiA) gehört die Luzerner Psychiatrie zu einem der wenigen Anbietern von akutpsychi-

atrischer Behandlung im häuslichen Umfeld (sog. hometreatment) im deutschsprachigen Raum.

Während bis zum Jahr 2010 nur ein psychiatrischer Notfalldienst für die Stadt Luzern und Agglomeration (Amt Luzern-Stadt und -Land inkl. Emmenbrücke, Emmen und Rothenburg, ohne Malters und Schwarzenberg) existierte, wurde von der Vereinigung der Psychiater des Kantons Luzern (VPLU) ein Pilotprojekt für den Rest des Kantons initiiert. Auf Zuweisung des Hausarztes wird innerhalb von 48 Stunden eine psychiatrische Beurteilung garantiert. Beide Dienste können von Patienten nicht direkt in Anspruch genommen werden, sondern müssen über den Haus- oder Notfallarzt vermittelt werden.

ANGEBOTE IN DER PSYCHIATRISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG		
Zielgruppe	Art des Angebots	Organisation
stationäre Angebote		
psychisch erkrankte Menschen	Akutpsychiatrie psychosomatische Behandlung Rehabilitationspsychiatrie Alterspsychiatrie	Klinik St. Urban (<i>lups</i>) Klinik Luzern (<i>lups</i>) Luzerner Höhenklinik Montana Klinik St. Urban
Suchtkranke	Suchtbehandlung	Klinik St. Urban Therapiezentrum Meggen (Alkohol und Medikamente)
ambulante Angebote		
psychisch erkrankte Menschen	integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Erwachsene ab 18-jährig)	› psychiatrische Ambulatorien in Hochdorf,, Luzern, Sursee, Wolhusen (<i>lups</i>) › Tagesklinik Luzern, Sursee (<i>lups</i>)
	integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung	› niedergelassene PsychiaterInnen und Psychotherapeuten (über 50 Praxen)
	nicht-ärztliche psychotherapeutische Behandlung	› Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten (nicht-ärztliche Psychotherapie) (über 110 Praxen)
Suchtkranke	Methadongestützte Behandlung	› psychiatrische Ambulatorien in Hochdorf, Luzern, Sursee, Wolhusen (<i>lups</i>)
	Heroin- und Methadongestützte Behandlung	Drop-In Luzern (<i>lups</i>)

spezialisierte Angebote		
psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche	ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung	Ambulatorien und Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste <i>(lups)</i>
	stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung; interne Sonderschule	Jugend- und Kinderpsychiatrische Therapiestationen Kriens <i>(lups)</i>
Demenzkranke	Demenzabklärung	- Memory Clinic Sursee <i>(lups)</i> - Gedächtnissprechstunde Luzern (Alzheimervereinigung Luzern)
Psychisch kranke Straftäter	ambulante Massnahmen	- Forensicher Dienst <i>(lups)</i> - psychiatrische Ambulatorien in Hochdorf, Luzern, Sursee, Wolhusen <i>(lups)</i>
Kleinkinder, Schulkinder, Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten	psychomotorische Behandlung	Psychomotorische Therapiestellen in Litttau, Rothenburg, Dagmersellen, Hochdorf, Stadt Luzern
Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen	Beratung, Abklärung, Behandlung	Heilpädagogisch-psychiatrische Fachstelle, <i>lups</i>
Gemeindepsychiatrie und integrierte Versorgung		
psychisch erkrankte Menschen	aufsuchende psychiatrische Akutbehandlung	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung GiA <i>(lups)</i>
	Beratung, Krisenintervention, Begleitung,	Psychiatrische Dienste der Spitex-Organisationen im Kanton Luzern
	Hausbesuche, Begleitung und Unterstützung für Alltagsbewältigung	Assistenzdienst Traversa, freipraktizierende Psychiatriepflegefachpersonen, Spitexorganisationen
Kinder und Jugendliche	aufsuchende psychiatrische Hilfe im Kinderspital	Konsiliar- und Liaisonpsychiatrische Dienste im Kinderspital <i>(lups)</i>
Notfalldienste		
Menschen in akuten Krisensituationen	psychiatrische Hilfe in Notfällen	Psychiatrischer Notfalldienst (Vereinigung der Psychiater Luzern) (nur für Sektor Luzern Stadt und Agglomeration)
		dringlicher psychiatrischer Konsiliardienst (Vereinigung der Psychiater Luzern) (nur für Luzern Land, Pilotprojekt)

Tabelle 3

Soziale Rehabilitation und Reintegration

Es existiert auch eine Reihe von Angeboten, welche die (soziale) Rehabilitation und soziale Reintegration von Menschen mit psychischen Störungen zum Ziel haben. Dabei handelt es sich insbesondere um Angebote des betreuten und begleiteten Wohnens in Luzern. Zum Teil sind diese Angebote mit Therapien kombiniert.

SOZIALE REHABILITATION UND REINTEGRATION (V.A. BETREUTES UND BEGLEITETES WOHNEN)		
Menschen mit psychischer Erkrankung	Betreutes und begleitetes Wohnen	› 6 Wohnhäuser des Vereins Traversa, davon 3 für Übergangssituationen und jüngere Personen, 3 für längere Aufenthalte (1'200 Personen) › 80 Wohnungen für begleitetes Wohnen des Vereins Traversa
	Freizeit- und Kontaktangebot (Selbsthilfe?)	› Tageszentrum Verein Traversa
	Expositionstraining, Erarbeitung Tagesstruktur	› Psychiatrische Dienste Spitex Luzern
Menschen in Notsituationen (u.A. Drogenabhängige und Personen mit vorübergehenden oder dauernden psychischen Störungen)	Betreutes Wohnen und Beschäftigung	Wohnhaus Verein Jobdach Luzern
Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchtabhängigkeit	Rehabilitation	Klinik St. Urban, <i>Iups</i> Übergangshaus Berghof (<i>Iups</i>)
Erwachsene mit sozialen/psychischen Schwierigkeiten	Betreuung und Beratung Finanzierung und Betreuung	Wohnheim Lindenfeld Stiftung Villa Erica
Erwachsene mit IV Alleinlebende mit IV	Begleitung und Förderung	Wohngemeinschaften für begleitetes Wohnen, Verein für Christliche Wohngemeinschaften für begleitetes Wohnen
erwachsene Männer	Sucht-, Drogen-Therapie, Arbeitstherapie	Neuhof (Verein christlich-therapeutischer Drogenarbeit (CDA))
Mütter mit Kind	Sucht-, Drogen-Therapie, Arbeitstherapie	Raphaela Haus für Mutter und Kind (Verein christlich-therapeutischer Drogenarbeit (CDA))
Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Beschwerden und Suchtproblemen	Therapie und Förderung	Ufwind Wohnheim
Junge Erwachsene mit IV	Begleitung und Förderung	

Angebote zur sozialen beruflichen Reintegration

Geschützte Arbeitsplätze

- › Stiftung Brändi: Ausbildungsplätze und geschützte Arbeitsstätten für Psychischkranke.
- › Verein Jobdach Luzern: Werkstatt für Menschen in Notsituationen (u.A. Drogenabhängige und Personen mit vorübergehenden oder dauernden psychischen Störungen).
- › Die Wärbrogg ist eine geschützte Werkstatt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Sie bildet für 60 Mitarbeitende eine Brücke zur Arbeitswelt.
- › Stiftung Villa Erica: Fördert Menschen in ihrer schulischen, sozialen sowie beruflichen Entwicklung. Beschäftigt Erwachsene mit einer psychischen Behinderung.
- › IG Arbeit: Beschäftigung und Begleitung von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten. Geschützte Arbeitsplätze. Angebot umfasst eine Tagedstruktur mit sinnstiftender Arbeit und Ausbildungsmöglichkeiten.

Arbeitsvermittlung/Eingliederungsmassnahmen

- › IV-Stelle Luzern: Beratung mit dem Ziel, betroffene Personen beruflich und sozial unter Einbezug der Eigenverantwortung der Betroffenen optimal einzugliedern; Gewährung von Eingliederungsmassnahmen und Geldleistungen im Rahmen der IV; medizinische, sonderschulische und berufliche Eingliederungsmassnahmen, Berufs- und Laufbahnberatung, Arbeitsvermittlung, Hilfsmittel.
- › SAH Zentralschweiz: Beratung, Bildung und Beschäftigung für den Wiedereinstieg ins Berufsleben (psychisch Kranke?).
- › Pro Mente Sana.

3.3. BEURTEILUNG DES HANDLUNGSBEDARFS IM KANTON LUZERN DURCH DIE BEFRAGTEN

3.3.1. SCHWERPUNKTE

Die befragten Akteure äussern sich unterschiedlich zu den wichtigsten Themen in Bezug auf die psychische Gesundheit im Kanton Luzern. Es ist wichtig zu beachten, dass dies subjektive Einschätzungen der Befragten sind. Einige Bemerkungen betreffen die Versorgungsplanung, welche in diesem Bericht nicht thematisiert werden kann.

- › Einige Akteure stellen fest, dass die Prävalenz der psychischen Erkrankungen angestiegen ist. Die Personen sind sich dabei zum Teil nicht sicher, ob dies darauf zurück zu führen ist, dass sich die psychische Gesundheit verschlechtert hat oder die Menschen heute

eher Hilfe in Anspruch nehmen, weil das Thema weniger stark tabuisiert ist. Mehrere Personen erwähnen jedoch, dass gesellschaftliche Veränderungen wie die Schnelllebigkeit, die Betonung der Effizienz, die Verstärkung und erhöhte Anonymität, die Verotechnisierung, die Globalisierung etc. zu stärkeren psychischen (Mehrfach-)Belastungen führen. Dadurch stehen aus Sicht einiger Befragten nicht nur die berufstätige Bevölkerung, sondern insbesondere auch die Familien unter Druck. Die Eltern hätten immer weniger Ressourcen, um die Erziehung wahrzunehmen und sind auf Support angewiesen.

- › Gemäss einzelner Befragten sind Depressionen, Angst, Sucht, Schizophrenie und neu auch Demenz die wichtigsten psychischen Störungen.
- › Von mehreren Akteuren werden als wichtigste Ursachen für psychische Störungen die kritischen Lebensphasen bzw. Lebensübergänge betont. Dazu gehört der Abschluss der Schule bzw. der Übergang in den Arbeitsmarkt, die Geburt eines Kindes, eine neue Stelle oder ein Arbeitsplatzverlust, die Pensionierung und die letzte Lebensphase.
- › Einzelne Befragte stellen einen Mangel an Ressourcen für die psychische Gesundheit (fehlende Schutzfaktoren) als wichtigstes Problem fest. Genannt werden hier eine schlechte Selbsteinschätzung oder die mangelnde Wertschätzung von Seiten der Eltern.
- › Einzelne Befragte weisen darauf hin, dass psychische Störungen immer noch ein tabuisiertes Thema und mit starken Vorurteilen besetzt sind. Dies führe dazu, dass die Hemmschwelle, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, noch sehr hoch sei. (2)
- › Viele Befragte sehen nach wie vor einige Lücken in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen: Zu wenige Ressourcen in der ambulanten Therapie, der Notfallpsychiatrie, der Alterspsychiatrie, der niederschweligen Drogenberatung und der aufsuchenden Hilfe bzw. der gemeindeintegrierten Versorgung werden erwähnt.
- › Probleme sehen einige Befragte auch an den Schnittstellen in der Versorgung und in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Gemäss einigen Akteuren warten die HausärztInnen zu lange mit der Überweisung an Fachspezialisten, behandeln somatische Symptome oder geben vorschnell Psychopharmaka ab. Eine Früherkennungslücke besteht gemäss zwei Akteuren insbesondere bei Kindern zwischen 1 und 5 Jahren (häufig ADHS-Fälle). Dies könne zu einer Verschleppung oder Chronifizierung der psychischen Erkrankung führen. Darüber hinaus bemängeln einzelne Akteure, dass das Case-Management nicht genügend gut im Kanton etabliert sei.
- › Einige Akteure weisen auf Lücken hin, welche durch das System der Krankenversicherung bzw. des gesamten Sozialversicherungssystems bedingt sind. So würden Personen, die zu wenig krank für die IV aber zu krank sind zu arbeiten und die Frist der Taggeldversi-

cherung überschritten haben, durch das soziale Netz fallen. Gemäss dem Verband der PsychotherapeutInnen bildet die fehlende Finanzierung der nichtärztlichen Psychotherapien eine Hemmschwelle, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen.

- › Von mehreren Befragten wird auch das mangelnde Angebot von (geschützten) Arbeitsplätzen zur beruflichen und sozialen Reintegration von Menschen mit psychischen Störungen als ein Hauptproblem genannt.

3.3.2. BESONDERS GEFÄHRDETE GRUPPEN

Die befragten Akteure nannten die folgenden besonders gefährdeten Gruppen. Bei diesen Gruppen handelt es sich um Personen, die besonders starken Belastungen im Leben ausgesetzt sind. Die genannten Risikogruppen sind nach der Häufigkeit ihrer Nennungen aufgeführt:

Häufige Nennungen

- › Jugendliche beim Einstieg ins Berufsleben bzw. mit schlechten Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt; Jugendliche die Drogen konsumieren,
- › Migrationsbevölkerung: Gefahr der sozialen Isolation wegen Sprachproblemen, kulturelle Unterschiede,
- › Kinder/Jugendliche in benachteiligten Situationen: z.B. Kinder von Elternteilen mit psychischen Störungen, in instabilen Familienverhältnissen etc. Betont wird in diesem Zusammenhang die Lebensspanne-Perspektive,
- › Ältere Bevölkerung: insbesondere wenn die Mobilität eingeschränkt ist und die soziale Isolation droht.

Vereinzelte Nennungen

- › Menschen in Armut: Meist kumulieren sich die Risikofaktoren bei dieser Bevölkerungsgruppe,
- › Erwerbstätige in Positionen mit hoher Verantwortung,
- › Alleinerziehende,
- › Angehörige von Menschen mit psychischen Störungen,
- › Bevölkerung auf dem Land: Stigmatisierung auf dem Land ist besonders gross und der Zugang zu den Angeboten kleiner als in der Stadt,

- › Personen in besonderen Krisensituationen, z.B. Menschen in Paarkrisen und Trennungen, Hinterbliebene nach Verlusten, Menschen in der letzten Lebensphase und deren Angehörige,
- › Schwangere,
- › Männer bei der Pensionierung,
- › Frauen in Wechseljahren und wenn die Kinder ausziehen.

Bei den genannten Risikogruppen zeichnet sich ab, dass die jüngeren und älteren Altersgruppen besonders gefährdet sind. Dies zeigen auch die statistischen Daten zu Suiziden und der psychischen Ausgeglichenheit.

3.3.3. BEURTEILUNG DES BESTEHENDEN ANGEBOTS

Sensibilisierung und Entstigmatisierung

In Bezug auf das Angebot im Bereich Sensibilisierung und Entstigmatisierung weisen sechs Befragte auf das abgeschlossene Luzerner Bündnis gegen Depression hin. Aus Sicht von diesen Befragten ist im Rahmen des Bündnisses hinsichtlich Sensibilisierung und Entstigmatisierung viel gelaufen. Zwei dieser Befragten sind der Meinung, dass sich bereits eine positive Entwicklung abzeichnet. Zwei Personen zweifeln an der Nachhaltigkeit dieses Effekts, da das Programm insgesamt zu kurz gewesen sei. So laufe die Kampagne "see me" in Schottland bereits seit 8 Jahren erfolgreich. Eine weitere Person ist der Ansicht, dass die Aktionen von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wurden.

Die Befragten sind beinahe alle der Meinung, dass im Bereich Sensibilisierung und Entstigmatisierung noch weiterer Handlungs- bzw. Aufklärungsbedarf besteht. Das Wissen über psychische Gesundheit sei ungenügend (z.B. Unterschied Psychiater – Psychologe – Psychotherapeut, Was ist gut für die psychische Gesundheit? Wo bekommt man Hilfe?). Zwei Personen sehen Sensibilisierungsbedarf vor allem bei Angst- und Zwangsstörungen. Hier gäbe es immerhin 1% Betroffene, was praktisch niemand wisse. Gemäss zwei Personen besteht auch Sensibilisierungsbedarf bei andern Fachgruppen. Diese seien teilweise wenig aufgeklärt und würden auch psychisch Kranke stigmatisieren.

Die Tabuisierung von psychischen Störungen ist gemäss den Befragten immer noch vorhanden. Die Scham, über psychische Probleme zu sprechen sei sehr hoch, wobei gemäss zwei Befragten die Stigmatisierung bei Depressionen und Burnout stark nachgelassen hat („kein Schreckgespenst mehr“). Auf dem Land ist die Stigmatisierung gemäss zwei Be-

fragten höher als in der Stadt. Zwei Personen weisen darauf hin, dass auch die Berufsgruppen im Bereich psychische Gesundheit und psychische Störungen einer Stigmatisierung ausgesetzt sind. Schliesslich merkt auch eine Person an, dass den Angehörigen nicht die benötigte Sensibilität entgegen gebracht wird.

Aus Sicht von mehreren Befragten haben die Themen psychische Gesundheit und psychische Störungen zu wenig Präsenz in den Medien. Im Sinne einer nachhaltigen Sensibilisierung sei eine ständige Präsenz sehr wichtig. Darüber hinaus wird auch die Schule als ein wichtiger Ort für die Sensibilisierungsarbeit betont. Das Thema psychische Gesundheit sei im Gegensatz zum Thema Ernährung und Bewegung noch kaum im Lehrplan verankert. Eine Person bemerkt dazu, dass dies in der Politik schwer durchzubringen sei, da eben die Politik auch nicht genügend sensibilisiert sei.

Eine Reihe der Befragten sieht die Sensibilisierung und Entstigmatisierung als sehr aufwändig an. Das Problem der Stigmatisierung sei tieflegend und die notwendige Aufklärung brauche viel Zeit und Beständigkeit. Dies zeigt sich laut zwei Personen auch daran, dass selbst verschiedene Fachgruppen im Gesundheitswesen zu wenig über das Thema aufgeklärt sind.

Förderung psychischer Gesundheit

Die Befragten verstehen die Förderung der psychischen Gesundheit im Sinne der Ressourcenorientierung, zum Beispiel die Stärkung einer gesunden Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung oder von Problembewältigungsstrategien. Wichtige Settings für die Förderung der psychischen Gesundheit sind für die Befragten die Schulen und die Betriebe, aber auch die Gemeinden.

Die Förderung der psychischen Gesundheit ist nach Ansicht von mehreren Befragten in Luzern – wie auch in der Schweiz – erst noch im Aufbau. Im Bereich der Schule wird von Radix das Programm „MindMatters“ angeboten. Im Bereich der betrieblichen Förderung der psychischen Gesundheit ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mit einigen Projekten (z.B. SWiNG) aktiv, bei denen gemäss Gesundheitsförderung Schweiz auch Betriebe aus Luzern mitmachen. Die Fachstelle Gesundheitsförderung Luzern hat im Beratungsangebot für KMUs ("Fit für starke Leistungen") auch ein Modul zur Entspannung/mentalen Fitness integriert. Gemäss der IV-Stelle Luzern besteht bei den Betrieben noch wenig Sensibilisierung für psychische Probleme auf Führungsebene. Auf Ebene der Gemeinden kann die psychische Gesundheit gemäss einer Gemeindevertreterin durch Angebote, welche die Lebensfreude betonen (kulturelle Angebote, Sport etc.), gefördert werden.

Zwei Personen merken an, dass es schwierig ist, die gefährdeten Zielgruppen mit Massnahmen der Förderung zur psychischen Gesundheit zu erreichen. So stellt eine Person z.B. bei den Angehörigen von psychisch Kranken fest, dass diese sich mit dem Thema häufig nicht auseinandersetzen möchten.

Früherkennung und Prävention

Die grosse Mehrheit der Befragten erachtet die Früherkennung und Prävention als sehr wichtig. Ein Bedarf an Früherkennung und Prävention wird von den Befragten vor allem bei Kindern, Familien und Eltern, aber auch bei Erwerbstätigen (Burnout-Prophylaxe, Stressprävention), bei Angehörigen, Senioren und chronisch kranken Erwachsenen gesehen.

Handlungsbedarf sehen mehrere Befragte bei der interdisziplinären Zusammenarbeit (v.a. von chronisch Kranken Kindern und Erwachsenen) und Aufklärung der Hausärzte und Gatekeeper. Für die Schweiz hat gemäss einer Befragten eine Sentinella-Auswertung aus dem Jahr 2008 gezeigt, dass die Meldungen von Depressionen in der hausärztlichen Praxis sehr unterschiedlich sind. Dafür könnte die mangelnde Sensibilisierung der Hausärzte ein Grund sein. Einige Befragte sehen auch Handlungsbedarf in Schulen und Lehrbetrieben (Schulung der Lehrpersonen). Auch die Betriebe tragen aus Sicht einiger Befragten eine Verantwortung in diesem Bereich. Gemäss einer Person fehlt eine Anlaufstelle für überforderte Eltern, mit der bereits viel abgefangen werden könnte. Eine Person erwähnt, dass die Mütter- und Väterberatung einen wichtigen Beitrag liefern könnte, diese jedoch aufgrund von Sparzwängen nicht hinreichend ausgebaut ist. Dazu bemerkt eine andere Person, dass die Mütter- und Väterberatung nicht mehr für Kinder ab 1 Jahr zuständig sei². Der Kindergarten greife erst ab dem Alter von 5 Jahren. Im Alter zwischen 1-5 Jahren bestehe daher eine Erkennungslücke. Die Stadt Luzern sei dabei, für diesen Bereich ein Angebot aufzubauen.

Zwei Personen äussern sich kritisch der Früherkennung und Prävention gegenüber. Aus Sicht eines Befragten, sollte zunächst das Behandlungsangebot im Kanton Luzern ausgebaut werden, da nicht alle Patienten fachgerecht behandelt werden können. Früherkennung ohne ein Angebot dahinter sei daher wenig sinnvoll. Zudem könne Früherkennung auch heikel sein: Man befinde sich in dem Bereich immer auf einer Gratwanderung zwischen Stigmatisierung und Übersehen der Krankheit. Eine andere Person hält das Problem

² Kommentar der AutorInnen: Grundsätzlich geht der Auftrag der Vă/Mü-Beratung mindestens bis Ende Kleinkindalter (Ende 3. Lebensjahr), aber eine offizielle Begrenzung gibt es nicht. Meist haben die Mütter/Väter das Gefühl, dass sie nur bis 1 Jahr zur Mü/Vă-Beratung gehen können.

der Früherkennung und Prävention im Kanton Luzern für zu klein, um auf kantonaler Ebene mit grossen Kampagnen aktiv zu werden. Betrachte man beispielsweise die Anzahl der Schizophrenie-Neuerkrankungen, so redet man von einer Grössenordnung von 30 Personen pro Jahr im Kanton Luzern. Zudem seien Massnahmen zur Früherkennung nur solange wirkungsvoll, wie sie präsent sind. Ansonsten sinken die Erkennungsraten wieder auf das ursprüngliche Niveau zurück.

Therapie und Rehabilitation

Im Bereich der Therapie und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen herrscht in Luzern nach Meinung der in dem Bereich aktiven Akteure Unterversorgung. Die einzelnen Akteure orten dabei den folgenden Entwicklungsbedarf:

- › Befragte der Luzerner Psychiatrie: stationäre, ambulante und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste:
 - › Ambulante Notfallversorgung,
 - › Ambulante Psychiatrie (lange Wartezeiten),
 - › Ambulante Alterspsychiatrie (Angebote im ambulanten Angebot, Pflegeheime etc. aber auch bei den Ambulatorien),
 - › Konsiliar- und Liaisondienst für eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit,
 - › Gemeindeintegrierte Akutbehandlung für Kinder und Jugendliche,
 - › Forensische Psychiatrie (ambulante Massnahmen),
 - › Niederschwellige Angebote für Eltern mit Problemkindern, Baby-Kleinkind-Sprechstunde im Kinderspital (ist inzwischen im KJPD vorhanden).

Die hier identifizierten Lücken sind Gegenstand der kantonalen Versorgungsplanung, weshalb im vorliegenden Bericht nicht weiter darauf eingegangen wird.

- › Vereinigung PsychiaterInnen des Kantons Luzern:
 - › Räumliche Möglichkeiten für psychotherapeutische Einrichtungen,
 - › Psychotherapie-Station (störungsspezifische Einrichtung),
 - › Gruppentherapie-Angebote (TARMED-bedingt).
- › Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Zentralschweiz VPZ: Aus Sicht des Verbandes besteht ein Problem durch hohe Barrieren zur Psychotherapie: Die Psychotherapie würde von den Versicherern zum Teil nicht gedeckt, so dass Personen, für die der Weg zum Psychiater eine Hemmschwelle bedeute, auch keine Psychotherapie in Anspruch nähmen. Auch der Weg über die ärztliche Überweisung sei mit Barrieren verbunden, da die Hausärzte zum Teil nicht gut sensibilisiert seien und vorschnell Psycho-

pharmaka abgeben. Zudem merkt der Verband an, dass es an einem Kriseninterventionszentrum bzw. einem psychologischen Notfalldienst mangle.

Andere Akteure wie die Migros oder der Hilfsverein Traversa berichten ebenfalls von einem Mangel an ambulanten Behandlungsangeboten. Es würde Wartefristen von Wochen oder Monaten geben. Zudem seien praktisch alle Psychiater und PsychotherapeutInnen in der Stadt niedergelassen. Der Mangel sei auf dem Land am grössten. Ein gutes Mass für ein ordentlich ausgebautes Versorgungssystem sei die Erreichbarkeit einer ambulanten Einrichtung innerhalb von 30 Minuten Wegzeit. Wegzeiten, die darüber liegen, würden sich negativ auf die Inanspruchnahmerate auswirken. Dieses Mass ist jedoch noch nicht überall erreicht. Gemäss der Luzerner Psychiatrie wird der zunehmende Fachkräftemangel das Hauptproblem für die Unterversorgung in der ambulanten Psychiatrie werden. Dieses würde sich noch verschärfen, da das Durchschnittsalter der Niedergelassenen inzwischen 50-55 Jahre beträgt und wenig Nachwuchs in Sicht sei. Die Ursache hierfür sei die mangelnde Attraktivität des Psychiaterberufs. Diese müsse gestärkt werden.

Zwei Akteure weisen darauf hin, dass das Case-Management im Kanton noch nicht genügend etabliert ist. Gemäss der Luzerner Psychiatrie besteht das Hauptproblem darin, dass nicht klar ist, wer den Lead beim Case-Management hat. Die Vernetzung sei zwar sehr gut, jedoch hätten sich die Verantwortungsstrukturen noch nicht klar heraus gebildet.

Die Qualität der Versorgung ist nach Meinung einzelner Befragter gut, wobei festgestellt wird, dass der stationären Psychiatrie St. Urban immer noch ein negatives Bild anhaftet, dass sich in den Köpfen der Luzerner Bevölkerung festgesetzt hat, obwohl in der Zwischenzeit grosse Anstrengungen für einen Image-Wechsel unternommen wurden. Eine Person ist der Ansicht, dass eine Qualitätskontrolle der Therapien fehle.

Betrachtet man Personengruppen, so sind aus Sicht der Luzerner Psychiatrie folgende Gruppen unterversorgt:

- › Behinderte: Hier gibt es die SSBL, die für Behinderte viel machen. Sie haben jedoch Schwierigkeiten, Psychiater zu finden, die sie konsiliarisch unterstützen. Die Luzerner Psychiatrie hat deswegen kürzlich die Heilpädagogisch-Psychiatrische Fachstelle aufgebaut, um hier eine Verbesserung der Versorgung zu erzielen.
- › Ausländische Wohnbevölkerung: Die Deutschkenntnisse dieser Bevölkerungsgruppe sind für eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung oft ungenügend. Dies erfordert den Einbezug für die Aufgabe qualifizierter Dolmetscherinnen. Da solche Kosten

nicht von der Krankenversicherung übernommen werden, werden die Dolmetscher weniger oft eingesetzt als notwendig.

- › Kokainabhängige: Es existieren keine spezielle Behandlungsangebote für Kokainabhängige, Menschen mit solchen Abhängigkeitserkrankungen werden von den bestehenden Einrichtungen zumeist nicht erfasst. Ein solches Angebot zu schaffen, ist jedoch nicht einfach, wie das Beispiel Zürich zeigt.
- › Straffällige Menschen, die psychisch krank sind, sind in der Regel auch schlecht versorgt.

Reintegration

Im Zusammenhang mit der Reintegration von Menschen mit psychischen Störungen in den Arbeitsmarkt schafft gemäss den meisten Befragten die 6. IV-Revision bessere Voraussetzungen. Einzelne Befragte sind jedoch skeptisch, ob die Ziele der IV-Revision erreicht werden können. So stellen mehrere Befragte einen Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen fest. In Luzern gäbe es eine Reihe an geschützten Arbeitsplätzen wie die der Stiftung Brändi, der Wärbrogg oder der Interessengemeinschaft Arbeit (IGA). Wichtiger sei es jedoch, die Betroffenen in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. sie gar nicht erst aus dem Arbeitsprozess herausfallen zu lassen. Dazu fehle es mit einzelnen Ausnahmen jedoch am Engagement und Support der Arbeitgeber. In Luzern ist es gemäss einzelnen Befragten schwierig, Beschäftigungen für Menschen mit psychischen Störungen zu finden, insbesondere für junge Menschen. Aus Sicht der Befragten sind daher insbesondere die Arbeitgeber in diesem Handlungsbereich gefordert. Eine Person ist der Ansicht, dass auch die Familien vermehrt einbezogen werden müssen, um eine frühe Selbständigkeit zu erreichen.

Von zwei Befragten wird auch auf das Problem hingewiesen, dass ein Teil der Menschen mit psychischen Störungen durch das soziale Netz falle. Bei den Diagnosen Depression und Burnout werden teilweise keine IV-Renten gezahlt. Eine andere Person sieht in diesem Zusammenhang das Problem einer „Medikalisierung von sozialen Problemen“.

3.4. FAZIT ZUM HANDLUNGSBEDARF IM KANTON LUZERN

In diesem Kapitel werden die epidemiologischen Ausgangslage, das bestehende Angebot sowie die Einschätzung der Befragten für die fünf Handlungsbereiche „Sensibilisierung und Entstigmatisierung“, „Förderung der psychischen Gesundheit“, „Früherkennung, Prävention und Selbsthilfe“, „Therapie und Rehabilitation“ und „Reintegration“ miteinander abgewägt.

Ausgehend davon wird ein Fazit für den Handlungsbedarf in diesen fünf Handlungsbereichen gezogen.

Sensibilisierung und Entstigmatisierung

Gemäss der „Mental Health Literacy“-Befragung und der gfs-Studie liegen die Fakten klar auf der Hand, dass in der Luzerner Bevölkerung Informationsbedarf für Depressionen besteht und Vorurteile abzubauen sind. Es ist anzunehmen, dass dies auch für andere psychische Erkrankungen wie psychotische Erkrankungen, Sucht oder Demenz der Fall ist, da ausser der Sucht diese Erkrankungen noch seltener sind. Inwieweit die vielfältigen Aktionen im Rahmen des Bündnis gegen Depression zu einer Verbesserung dieses Zustands beigetragen haben, ist mangels einer zweiten Erhebung nicht bekannt. Die Evaluation des Luzerner Bündnisses gegen Depression stellt eine nachhaltige Wirkung infrage. Es seien zwar viele Veranstaltungen und Aktionen gelaufen, es sei aber zu bedenken, dass Veränderungen des Problembewusstseins und der Einstellung der Öffentlichkeit nur langsam und durch wiederkehrende Informationen zu erreichen seien. Auch von einzelnen Befragten dieser Situationsanalyse wird die nachhaltige Wirkung des Bündnisses gegen Depression angezweifelt.

Einzelne Befragte nannten die Entstigmatisierung spontan als eines der wichtigsten Probleme im Kanton. Auch sind sie sich bei der Einschätzung des Handlungsbedarfs nach den fünf Handlungsbereichen einig, dass hier noch weiterer Handlungsbedarf besteht. Die Menschen seien immer noch zu wenig aufgeklärt (insbesondere bei psychotischen Störungen) und die seien immer noch Stigmatisierungen ausgesetzt.

Förderung der psychischen Gesundheit

Bedarf: Die epidemiologischen Fakten zeigen, dass die Menschen im Kanton Luzern im Durchschnitt psychisch ausgeglichener und weniger psychisch belastet sind als der Schweizer Durchschnitt. Bei den wichtigen Faktoren für die psychische Gesundheit wie das Kohärenzgefühl und die Kontrollüberzeugung schneidet Luzern auch etwas überdurchschnittlich ab. Es gibt hier jedoch auch Ausnahmen. So ist die psychische Ausgeglichenheit tiefer und die Depressionsprävalenz der Luzerner Männer im erwerbsfähigen Alter (bzw. zwischen 35 und 64) höher als die des Durchschnittsschweizers. Die Kontrollüberzeugung von älteren Männern und jüngeren Frauen ist zudem im Unterschied zu den anderen Bevölkerungsgruppen zwischen 2002 und 2007 zurückgegangen. Schliesslich zeigt die Datenlage einen besonderen Bedarf für die Förderung der psychischen Gesundheit bei Menschen

in bestimmten Lebenslagen wie Einsamkeit, das Fehlen und Vermissen einer Vertrauensperson oder der Angst vor dem Arbeitsplatzverlust.

Zur Förderung der psychischen Gesundheit besteht im Kanton ein gewisses Angebot. Dieses ist vor allem auf die Schutzfaktoren „soziale Beziehungen“ und „Lebensumfeld“, d.h. soziale Unterstützung, Integration, Partizipation etc. (vgl. Kap. 2.2) fokussiert. Die Angebote konzentrieren sich meist auf bestimmte gefährdete Gruppen, d.h. auf Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Frauen, MigrantInnen. Dabei scheint das Angebot für die älteren Menschen und Migranten vergleichsweise klein zu sein (Pro Senectute etc.). Explizite Angebote zur Förderung der psychischen Konstitution (d.h. der Kontrollüberzeugung, des Selbstbewusstseins, der Resilienz und des Kohärenzgefühls) und zu relevanten Fähigkeiten wie die Stressbewältigung, existieren jedoch nicht bzw. nur sehr wenig und werden, wenn vorhanden, nicht optimal genutzt (MindMatter, feelok). Allerdings sind einige Betriebe im Bereich der Gesundheitsförderung entweder mit Programmen von Gesundheitsförderung Schweiz oder eigenen Programmen aktiv. Wie flächendeckend dies der Fall ist, ist nicht bekannt.

Nach Einschätzung der Befragten ist das Angebot zur Förderung der psychischen Gesundheit noch im Aufbau und könnte insbesondere bei Betrieben und in den Gemeinden noch weiter ausgebaut werden.

Früherkennung, Prävention und Selbsthilfegruppen

Früherkennung und Prävention können wesentlich durch Frühinterventionen zu einer Verhinderung und Milderung von gravierenderen psychischen Störungen sowie zur Verhinderung von Suiziden beitragen. Die epidemiologischen Fakten zeigen, dass die Luzerner Bevölkerung zwar leicht unterdurchschnittlich aber immer noch deutlich von psychischen Störungen wie Depressionen, psychotischen Störungen, neurotischen Belastungsstörungen und psychotropen Substanzen betroffen ist (vgl. Kap. 3.1.2) Darüber hinaus sterben jährlich zahlreiche Personen an Suizid³. Wie die Daten zu den Hospitalisierungen zeigen, sind neben den Depressionen andere psychische Störungen ebenfalls bedeutend und daher in der Früherkennung und Frühintervention nicht zu vernachlässigen.

³ Jährlich sterben in der Schweiz rund 1300 Personen durch Suizid. Im Kanton Luzern wurden 2010 46 Fälle von Selbsttötung registriert. Damit sterben jährlich doppelt bis dreimal so viele Menschen an Suizid wie an Strassenverkehrsunfällen. Studien zufolge zählt bei 40-70% aller Suizide Depression zu den Hauptursachen. Die Zahl der Suizide in Luzern schwankte in den letzten 10 Jahren. Im Jahr 2010 lag die Zahl im tieferen Bereich.

Im Rahmen des Bündnisses gegen Depression wurde eine Reihe von Massnahmen in der Früherkennung und Prävention durchgeführt, die auf die Sensibilisierung und Weiterbildung von MultiplikatorInnen sowie die Verbreitung von Informationen über Hilfsangebote abzielte. Inwieweit diese Massnahmen wirksam waren, ist nicht bekannt. Nicht abgedeckt waren bei den Massnahmen die anderen psychischen Störungen sowie die Demenz, welche ebenfalls als psychische Störung klassifiziert ist. In der Suizidprävention wurde – auf Initiative der Luzerner Psychiatrie – mit dem Projekt zur Sicherung der Rotbach-Brücke in Rothenburg eine wichtige strukturelle Massnahme eingebracht.

Die Befragten erachten die Früherkennung und Prävention als wichtig. Weiteren Handlungsbedarf gäbe es vor allem in der Sensibilisierung der Hausärzte und Gatekeeper sowie von anderen Multiplikatoren. Gemäss den Befragten sollten sich Aktivitäten auch auf besonders gefährdete Gruppen richten.

Therapie und Rehabilitation

In der Therapie und Rehabilitation besteht gemäss den ExpertInnen Unterversorgung in verschiedenen Bereichen, vor allem in der ambulanten Notfallversorgung, der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, der mobilen aufsuchenden bzw. gemeindeintegrierten Hilfe, niederschweligen Beratungsangeboten und dem Case-Management. Zu ähnlichen Ergebnissen kam bereits die Evaluation des Luzerner Bündnisses gegen Depression. Zudem sind gemäss den ExpertInnen bestimmte Gruppen, d.h. Behinderte, ältere Menschen, MigrantInnen, Kokainabhängige und straffälligen Menschen unterversorgt. Gründe für die Unterversorgung sind unter anderem im Fachkräftemangel in der Psychiatrie sowie in der fehlenden Finanzierung der Krankenversicherungen von Psychotherapien bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen zu suchen. Diese Einschätzungen müssen bei der künftigen Versorgungsplanung angeschaut und mitberücksichtigt werden.

Reintegration

Die berufliche und soziale Reintegration von psychisch Kranken ist zentral für ihre psychische Gesundheit und die ihrer Angehörigen. In Luzern existieren auf der einen Seite Angebote für geschützte Arbeitsplätze und auf der anderen Seite Angebote für die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, welche durch die 6. IV-Revision noch verstärkt werden sollten. Aus Sicht der Befragten ist das Angebot der geschützten Arbeitsplätze in Luzern zu klein, um den Bedarf zu decken. Zudem sind die Be-

fragten der Meinung, dass es an Sensibilisierung und Engagement der Arbeitgeber fehle, um eine berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen. Ein weiteres Problem ist, dass ein Teil der Personen mit psychischen Störungen durch das soziale Netz fällt.

4. BEST PRACTICE IN DER UMSETZUNG

4.1. SENSIBILISIERUNG UND ENTSTIGMATISIERUNG

4.1.1. ANSÄTZE

Für die Sensibilisierung und Entstigmatisierung in der Bevölkerung existieren die folgenden Ansätze (WHO 2004):

- › Entstigmatisierungskampagnen,
- › Medien: Diese haben einen starken Einfluss auf Überzeugungssysteme, müssen aber auch richtige und stichhaltige Informationen erhalten, um korrekt berichten zu können,
- › Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen (ändert Einstellungen der Öffentlichkeit),
- › Gesetzliche Verankerung, d.h. z.B. Integration in Behindertenrechte,
- › Eingliederung psychosoziale Versorgung in leicht zugängliche Einrichtungen wie Gemeindezentren und Allgemeinkrankenhäuser.

4.1.2. EVIDENZ ZUR WIRKSAMKEIT

Zur Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze existieren bereits einige Erfahrungen:

- › Gemäss WHO Europa (2004) hatten Antistigmatisierungskampagnen die unterschiedlichsten und nicht immer leicht zu quantifizierenden Wirkungen, sind aber immer noch ein wichtiges Instrumente im Kampf gegen Stigma und Diskriminierung.
- › Gemäss einer befragten Person hat das Bündnis gegen Depression in der Schweiz sicher zu einer besseren Zusammenarbeit geführt und die Vernetzung gestärkt. Diese Person ist sich jedoch nicht sicher, ob dies in die Bevölkerung gedungen ist, da das Programm zu kurz angelegt war, um eine Sensibilisierung zu erreichen. Für eine Sensibilisierung und Entstigmatisierung brauche es mindestens eine halbe Generation, da die Stigmatisierung sehr tiefliedend und das Verständnis der Bevölkerung nicht sehr gut sei. Häufig würde auf psychische Erkrankungen mit wenig verständnisvollen Reaktionen wie „Reiss dich doch zusammen“ reagiert.

Erfolgreiche Beispiele:

- › UK: Kampagne „Changing Minds: Every Family in the Land“ Zielgruppen praktizierende Ärzte, Kinder und Jugendliche, Medien und breite Öffentlichkeit. Ziel: Verständnis und Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten und anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten fördern. Umsetzung: Bücher, Faltblätter, Berichte, Aufsätze, CD-ROM, Film Videos, Websites, Vorträge und Gesprächsmöglichkeiten.
Wirksamkeit: Im Jahr 1998 wurde eine Erhebung zur Haltung der Öffentlichkeit zu sechs Formen psychischer Erkrankungen (Angststörungen, Depression, Schizophrenie, Alzheimer und Demenz, Essstörungen sowie Alkohol und Drogenmissbrauch) durchgeführt (Baseline-Erhebung). Im Jahr 2003 wurde eine zweite Erhebung durchgeführt, die zeigte, dass sich die negativen Auffassungen in der Öffentlichkeit wesentlich gewandelt hatten.
- › UK: Programm Time to change: Das Programm Time to change verfolgt verschiedene Ansätze zur Entstigmatisierung: Marketing- und Mediakampagnen, lokale Aktivitäten, die Menschen mit und ohne psychischen Störungen zusammen bringen (open up, community projects), „legal test cases“, Weiterbildung für Medizinstudenten, Lehrern, Angestellten in der Allgemeinmedizin etc. (Education not Discrimination, END), Netzwerke von Supportern zur Bekämpfung von Diskriminierung in ihren Gemeinde, Ressourcen für Arbeitgeber und Arbeitnehmende.
- › Belgien: Programm „Wie anders ist anders? Bei diesem Programm werden Schüler (16-19 Jahre) mit psychisch Kranken zusammen gebracht. Ziel ist, die Jugendlichen und Menschen mit psychischen Erkrankungen zwischenmenschliche Beziehungen zu ermöglichen. Die Schüler werden vorher von Fachpersonen über psychische Erkrankungen informiert. In einer zweiten Phase kommt ein Patient oder Angehöriger in die Klasse und berichtet über persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen. Später wird Kontakt zu einer Gruppe von Patienten in einer psychiatrischen oder psychosozialen Organisation aufgenommen und ein Projekt (Aktivitäten wie Basketballspiele, Weihnachtsfeier, Fahrradtour, Ausstellung, Videofiles etc.) aufgelegt. Am Ende des Schuljahres findet eine Konferenz statt bei der alle Teilnehmenden über die Aktivitäten berichten.
Wirksamkeit: Die Tagebücher von Schülern und Lehrern haben gezeigt, dass sich bei den Schülern ein Haltungswandel vollzogen hat.
- › Internationales Programm „Open the doors“ oder „Mach die Türen auf“: Der Weltverband für Psychiatrie lancierte ein internationales Programm zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophrenie (1996). Das Programm fokussiert auf bestimmte Zielgruppen wie Journalisten, Strafvollzugsbeamte, niedergelassene Allgemein-

ärzte etc. Bei der Planung von Interventionen wird darüber hinaus eng mit Betroffenen und Angehörigen zusammen gearbeitet. Das Programm wurde seither von vielen Ländern wie auch der Schweiz umgesetzt. Insgesamt wurden im Rahmen des Programms bis zum Jahr 2005 rund 200 Anti-Stigmatisierungsinitiativen ergriffen.

Wirksamkeit: Die Kampagnen haben in Bezug auf das einschlägige Wissen und die Einstellungen nachweisliche Fortschritte erzielt.

- › Das häufig erwähnte Programm in Schottland „National programme for improving mental health and well-being in Scotland, www.wellontheweb.org“ verfolgt einen ähnlichen Ansatz wie das 5-Säulen Modell.

4.2. PRÄVENTION PSYCHISCHER STÖRUNGEN UND FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

4.2.1. ANSÄTZE

Abgrenzung Förderung psychischer Gesundheit und Primärprävention psychischer Störungen

Bei der Förderung psychischer Gesundheit und der Primärprävention psychischer Störungen handelt es sich um zwei ähnliche Ansätze, die jedoch einen unterschiedlichen Outcome anvisieren. Während das Konzept der *Gesundheitsförderung* von der salutogenetischen Perspektive (vgl. Kap. 2.1) ausgeht und dementsprechend psychische Gesundheit und Wohlbefinden anstrebt, geht die Prävention von der Krankheit und deren Risikofaktoren aus und strebt deren Reduktion an (WHO 2007).

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Primärprävention psychischer Störungen sind in der Praxis schwer abzugrenzen. So nutzt die Primärprävention Strategien der Förderung psychischer Gesundheit als Mittel zur Erreichung ihrer Ziele. Umgekehrt kann die Förderung der psychischen Gesundheit als sekundäre Wirkung auch die Reduktion der Inzidenz psychischer Störungen zur Folge haben. Die beiden Ansätze sollten daher zwar als konzeptionell verschieden, aber einander ergänzend verstanden werden (Gesundheitsförderung Schweiz 2005).

Im Folgenden werden die beiden Ansätze dargestellt. Da konkrete Interventionen teilweise schwer einem konzeptionellen Ansatz zuzuordnen sind, werden die Interventionen später nicht differenziert nach Ansatz betrachtet.

Konzept der Prävention psychischer Störungen

Das Konzept der Prävention von psychischen Störungen fokussiert auf die Reduktion von Risikofaktoren für psychische Störungen, von Symptomen und schliesslich von psychischen Störungen selbst.

Bei der Prävention unterscheidet man zwischen *Verhaltensprävention* und *Verhältnisprävention*. Die Verhaltensprävention richtet sich auf das Individuum und versucht, dessen Verhalten in Richtung gesundheitsförderliches Verhalten zu lenken. Die Verhältnisprävention versucht die Umwelt so zu beeinflussen, dass sich die Individuen in gesundheitsförderlichen Verhältnissen bewegen.

Je nach Zeitpunkt der präventiven Intervention im Gesundheits- Krankheits-Kontinuum, können drei Präventionsarten unterschieden werden:

- › Die Primärprävention zielt auf die Verhinderung der Krankheit in einer möglichst frühen Lebensphase,
- › Die Sekundärprävention zielt auf eine möglichst frühe Erfassung von Risiken und Krankheiten und (Früherkennung) und die Reduktion von Risikofaktoren,
- › Die Tertiärprävention zielt auf die Prävention von Folgestörungen und Rückfällen bei bestehenden Krankheiten.

Definition of mental disorder prevention:

„Mental disorder prevention aims at “reducing incidence, prevalence, recurrence of mental disorders, the time spent with symptoms, or the risk condition for a mental illness, prevention or delaying recurrences and also decreasing the impact of illness in the affected person, their families and the society” (Mrazek, Haggerty, 1994 in WHO 2007).

Konzept der Förderung der psychischen Gesundheit

Die Förderung der psychischen Gesundheit stützt sich auf den positiven (salutogenetischen) Gesundheitsbegriff und betrachtet psychische Gesundheit als Ressource. Sie zielt darauf ab, die Determinanten der psychischen Gesundheit positiv zu beeinflussen durch die Mobilisierung gesundheitsrelevanter Ressourcen, d.h. durch die Förderung der individuellen Fähigkeiten (wie Selbstwirksamkeit etc.), den Abbau von sozialen Ungleichheiten, den Aufbau von sozialem Kapital etc. Die Interventionen der Förderung der psychischen Gesundheit konzentrieren sich auf sowohl „gesunde“ Personen, Personen, die einem speziellen

Risiko ausgesetzt sind und Personen, die unter psychischen Störungen und Symptomen leiden. (WHO 2007). Des Weiteren kann zwischen unspezifischer und spezifischer Gesundheitsförderung unterschieden werden. Während die unspezifische Gesundheitsförderung eine Verbesserung der Lebensbedingungen und der personalen Ressourcen und Kompetenzen bezweckt, zielt die spezifische Prävention auf die Förderung von bestimmten individuellen und umweltbezogenen Ressourcen zur Bewältigung spezifischer Belastungssituationen (Gutzwiller, Paccaud 2006).

Das Konzept der Förderung der psychischen Gesundheit ist abgeleitet vom allgemeinen Konzept der Gesundheitsförderung. Dieses hat ihren Durchbruch in der **Ottawa-Charta** (1986) gefunden. Die Ottawa-Charta ist eine Antwort auf die Kritik an der Prävention, die sich vorwiegend am individuellen Risikoverhalten orientierte und stellt diesem Konzept das Ziel der Gesundheitsförderung als „Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“ gegenüber. Die Charta bildet bis heute das wichtigste offizielle Grunddokument der Gesundheitsförderung und fasst die drei wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche zusammen:

- › Handlungsstrategien,
- › Positive Beeinflussung der Risiko- und Schutzfaktoren durch anwaltschaftliches Eintreten,
- › Alle Menschen über Empowerment zur Verwirklichung ihres grösstmöglichen Gesundheitspotenzials zu ermächtigen,
- › Aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren inner- und ausserhalb des Gesundheitswesens.

Die fünf Handlungsfelder sind eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten (Settings), die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste in Richtung Förderung der Gesundheit.

Heute hat sich in der Gesundheitsförderung insbesondere der Setting-Ansatz, d.h. die systemische Intervention in konkreten Lebenswelten etabliert. Aus dem **Setting-Ansatz** ist die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in Schulen, in Kindertagesstätten etc. resultiert. Auch das **Konzept des Empowerments** hat sich in der Gesundheitsförderung durchgesetzt. Dieses stammt ursprünglich aus der amerikanischen Gemeindepsychologie. Es verfolgt die Strategie, dass Menschen ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst gestalten.

Dabei steht nicht nur die individuelle Befähigung, sondern auch die gemeinsame Stärke und Handlungsfähigkeit von Gruppen im Vordergrund (Gutzwiller Paccaud 2006).

Individuell- und umweltbezogene Ansätze

Interventionsansätze der Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich unterscheiden in

- › Strukturelle Interventionen (Makroebene),
- › Individuelle/personenorientierte Interventionen (Mikroebene).

Strukturelle Interventionen setzen auf der Makroebene an und beeinflussen die Umwelt des Individuums. Dabei stehen zum Beispiel Risiko- und Schutzfaktoren wie wirtschaftliche Bedingungen, soziale Ungleichheit, soziales Netz, Arbeitsbedingungen etc. im Vordergrund. Individuelle/personenorientierte Interventionen versuchen die persönlichen Ressourcen wie die Resilienz, die Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung etc. zu stärken und das Verhalten direkt in Richtung eines (psychologisch-) förderlichen Lebensstils zu steuern.

Die moderne Gesundheitsförderung und Prävention wählt häufig eine Kombination dieser beiden Ansätze, da mit strukturellen Interventionen meist eine grosse Zahl von Personen erreicht wird, der individuelle Gewinn jedoch geringer ist. Umgekehrt profitiert der Einzelne aus spezifischeren, d.h. individuell bezogenen Interventionen meist stärker, da sie die Intervention auf einen speziellen Schutzfaktor oder eine spezielles Risiko richtet (Gutzwiller, Paccaud 2006).

Setting- und zielgruppenspezifische Konzepte

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen können sich auf die gesamte Bevölkerung aber auch auf ein spezielles Setting⁴ oder eine spezielle Zielgruppe konzentrieren. Je nach Lebensphase oder Zielgruppe stehen andere Determinanten für die psychische Gesundheit im Vordergrund⁵.

Als vulnerable Zielgruppen gelten solche Gruppen, bei denen die Risikofaktoren stark ausgeprägt sind und sich kumulieren. Dabei handelt es sich in der Schweiz insbesondere um⁶:

- › Migrationsbevölkerung,

⁴ Ein Setting ist ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention definiert wird, und in dem die für die konkreten Massnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachlichen Massnahmen gesetzt werden. (Grossmann & Scala 2003).

⁵ Die Aufführung der jeweils im Vordergrund stehenden Determinanten der psychischen Gesundheit würde den Rahmen dieser Studie sprengen. Bei der Planung von konkreten Interventionen gilt es jedoch, die jeweiligen relevanten Schutz- und Risikofaktoren zu bestimmen und die Intervention danach auszurichten.

⁶ Für detaillierte Begründungen siehe Gesundheitsförderung Schweiz (2006), S. 111f.

- › Tiefere Einkommens- und Bildungsschichten,
- › Erwerbslose Personen,
- › Ältere Personen,
- › Jugendliche,
- › Personen, die sich in einem Lebenswandel befinden (z.B. Jugendliche nach Schulabschluss),
- › Erwerbstätige, die einer starken psychischen Belastung ausgesetzt sind,
- › Kinder von psychisch kranken oder substanzabhängigen Elternteilen.

Darüber hinaus richten sich Interventionen häufig auf Kinder zwischen 0-10 Jahren, da davon ausgegangen wird, dass durch die Stärkung der psychischen Gesundheit im frühen Alter, psychische Störungen im späteren Alter vorgebeugt werden kann.

Spezielle Zielgruppen lassen sich am besten in speziellen Settings erreichen. Die Intervention im Setting ermöglicht es zudem, den speziellen Kontext, in dem sich Personen bewegen, zu berücksichtigen und zu beeinflussen. Bei den Settings sind insbesondere Schulen, Betriebe, Gemeinden sowie Familien prioritär (Gesundheitsförderung Schweiz 2005).

Beispiele für Interventionen

Die folgende Tabelle strukturiert verschiedene Interventionsansätze nach strukturellen bzw. Interventionen und verschiedenen Settings, in denen Interventionen stattfinden.

BEISPIELE FÜR INTERVENTIONEN DER FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT UND PRIMÄRPRÄVENTION PSYCHISCHER RISIKEN		
Setting	Individuell /verhaltensbezogen	Strukturell/umweltbezogen
Gesamtbevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> › Informations- und Aufklärungskampagnen › Stärkung „mental health literacy“ 	<ul style="list-style-type: none"> › Alkoholsteuer › Alkoholverbotsgrenze › Staatliche Wirtschaftsmassnahmen zur Förderung der Erwerbstätigkeit › Massnahmen zur Verbesserung der Ernährung (z.B. action santé BAG) › Bildungsmassnahmen (Zugang)
Setting Schule	<ul style="list-style-type: none"> › Lebenskompetenztraining › Lehrmittel zur Persönlichkeitsförderung › Drogenpräventionsprogramme › Alkoholpräventionsmassnahmen › Stressverarbeitungsstrategien für Lehrpersonen › Stärkung „mental health literacy“ 	<ul style="list-style-type: none"> › Stressfreie Schulumgebung › Sozial-ökologische Interventionsprogramme ›
Setting Betrieb	<ul style="list-style-type: none"> › Förderung der Bewegung › Stress-Management-Trainings 	<ul style="list-style-type: none"> › Schaffung befriedigender Arbeitsinhalte (Arbeitsbereicherung) › Arbeitsumgebung (Lärmreduktion, ergonomische Massnahmen) › Strukturen für Konfliktmanagement › Arbeitszeitgestaltung
Setting Familie	<ul style="list-style-type: none"> › Massnahmen gegen Kindesmissbrauch, zur Förderung der elterlichen Unterstützung › Frühinterventionsprogramme (Elterntrainings/Hausbesuche) 	<ul style="list-style-type: none"> › Angebote familienergänzende Kinderbetreuung
Setting Gemeinde		<ul style="list-style-type: none"> › Integrationsfördernde Siedlungsstrukturen › Förderung von Gemeindefunktionen mit Fokus auf Empowerment › Förderung des strukturierten und unstrukturierten Freizeitbereichs (strukturiert: Sport- und Turnvereine, Jugendverbände, kirchliche Organisationen, nicht strukturiert: offene Jugendarbeit, Jugendtreffs etc.)
Setting Arzt	<ul style="list-style-type: none"> › Information- und Aufklärung zu psychische Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> › Verbesserung der Koordination zwischen somatischen und psychologischen Fachpersonen

Tabelle 4

4.2.2. EMPIRISCHE EVIDENZ ZUR WIRKSAMKEIT

In diesem Abschnitt ist die empirische Evidenz zu Interventionen der Förderung der psychischen Gesundheit und Primärprävention psychischer Störungen dargestellt. Dabei haben wir uns insbesondere auf systematische Literaturanalysen WHO (2007) sowie Gesundheitsförderung Schweiz (2005) gestützt und diese mit aktuelleren systematischen Reviews ergänzt. Der grösste Teil der Evidenz stammt aus dem angelsächsischen Bereich, v.a. aus den USA, da dort Interventionen im Bereich psychische Gesundheit bereits eine längere Tradition haben.

Gemäss den systematischen Studien ist inzwischen gut wissenschaftlich belegt, dass richtig umgesetzte Massnahmen und Ansätze, die auf die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen abzielen, wirksam sind und zu guten Resultaten in Bezug auf die Gesundheit, Gesellschaft und Wirtschaft führen. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft werden – strukturiert nach Settings - den folgenden Interventionsansätzen positive Wirkungen attestiert (Details siehe folgende Tabelle)⁷:

- › Setting Familie:
 - › Klare Evidenz besteht zur Wirksamkeit von Frühinterventionsprogrammen bei Familien, insbesondere bei gefährdeten Kindergruppen (Familien mit geringem Einkommen, Eltern mit psychischen Störungen etc.).
- › Setting Schule/Kindergarten:
 - › Im Setting Schule sind sowohl kontextbezogene als auch personenbezogene Interventionen wirksam. Kontextbezogene Ansätze sind erfolgreich wenn sie einen systemischen Ansatz verfolgen und das Klima in der Klasse und der Schule beeinflussen. Personenbezogene Interventionen, welche nachweislich wirksam sind, sind Trainings zur Verbesserung der Lebenskompetenz, d.h. der Problemlösungsfähigkeiten und psycho-sozialen Kompetenzen.
- › Setting Betrieb:
 - › Personenbezogene Interventionen wie Stress-Management-Trainings, Entspannungsmethoden etc. wirken sich nachweislich positiv auf die psychische Gesundheit aus. Die Umgestaltung der strukturellen Arbeitsbedingungen in Richtung erhöhter Autonomie und Anforderungsvielfalt sowie Empowerment vermindern gemäss der empirischen Evidenz Absenzen und erhöhen die Arbeitszufriedenheit. Die Evidenz zu

⁷ Nicht vollständige Übersicht, Studien konzentrieren sich auf Interventionen, das bedeutet nicht, dass andere Interventionen nichtwirksam sind.

strukturellen Massnahmen ist jedoch weniger eindeutig, da weniger gute Studien hierzu existieren.

- › Setting Gemeinde
 - › Projekte, welche Aktivitäten zur Prävention auf lokaler Ebene fördern und auf dem Konzept des Empowerments beruhen, tragen zu einem Aufbau an Schutzfaktoren in der Gemeinde bei. Dazu gehört eine gewaltfreie Umgebung, starke soziale Beziehungen etc.
- › Ganzheitliche Ansätze: Interventionsstudien belegen, dass ein ganzheitlicher, gleichzeitig mehrere Settings und Ebenen verbindender Ansatz wirksamer ist als Massnahmen, die sich nur auf ein Setting bzw. eine Ebene beziehen. Beispielsweise existieren wirksame Programme, die gleichzeitig auf das Schulumfeld, individuelle Fähigkeiten von Schülern und den Einbezug der Eltern fokussieren.

EVIDENZ ÜBER WIRKSAME INTERVENTIONEN				
Setting	Zielgruppen	Massnahme	Outcomes (positive Veränderungen)	Beispiele
Familie	Eltern, Kinder	Frühinterventionsprogramme: Hausbesuche während der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit durch geschulte Laien oder geschulte Fachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> › Gewalt an Kindern › IQ der Kinder › Drogen- oder Alkoholmissbrauch der Kinder bzw. Jugendlichen › Psychische Gesundheit bei Eltern und Kindern › (insbesondere positive Effekte bei Eltern mit psychischen Problemen und sozial schwachen Familien) 	USA: Prenatal and Home Visiting Programme
	Eltern, (verhaltensauffällige) Kinder	Elterntrainings	<ul style="list-style-type: none"> › positive Interaktionen zwischen Eltern und Kindern › Sozialverhalten der Kinder › Gewalttätiges Verhalten der Eltern 	USA: Systematic Training for Effective Parenting (STEP) (multimediales, mehrstufiges Training)
Schule/ Kindergarten	Kinder, Jugendliche	sozial-ökologische Interventionsprogramme: systemischer Ansatz: Restrukturierung des Umfelds der Schule durch Partizipation von Schülern, Eltern, Gemeinde-Mitgliedern, Lehrern	<ul style="list-style-type: none"> › emotionales Verhalten › Prävention negativer Erlebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> › CH: › Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen › Netzwerk Gesundheitsteams Stadtberner Schulen
	Kinder/Schüler	Lebenskompetenztraining (social-emotional learning, cognitive skills)	<ul style="list-style-type: none"> › Problemlösungsfähigkeiten › psycho-soziale Kompetenzen › Symptome psychischer Störungen und Substanzmittelmissbrauch 	CH: Programm MindMatters (Radix) Pilotstudie Stress- und Selbstmanagement in der Schule, www.feelok.ch (Lehrmaterial für Lehrpersonen) USA: Programm „I can problem solve“
	Lehrer	Förderung von Stressverarbeitungsstrategien und Belastungsbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> › psychische Beschwerden › subjektiv empfundene Belastungen › psychische Gesundheit 	Korrelativstudie Kantone Luzern und Freiburg

Gemeinde	Eltern, Kinder, Jugendliche, Familien	Förderung von verschiedenen Gemeindeaktivitäten im Bereich Prävention (von Gewalt, Drogenkonsum, und Förderung von Ressourcen wie Elterntraining etc.) (Multiebenen Ansatz, der Medien, Schule, Familien etc. einbezieht)	<ul style="list-style-type: none"> › Gewalt und Aggression von Jugendlichen › Soziale Beziehungen › Schulprobleme › Drogenmissbrauch 	USA, NL UK, AUT: Community That Care Programme
	Jugendliche und junge Erwachsene (insbesondere Migrationsbevölkerung)	Förderung Vereinsangebot, Jugendtreffs, offene Jugendarbeit	<ul style="list-style-type: none"> › Stärkung soziale Beziehungen › Verbesserung psychische Gesundheit (keine wissenschaftliche Evidenz vorhanden) 	CH: Midnight Basketball, „buntkicktgut“
	Ältere Personen	<ul style="list-style-type: none"> › Hausbesuchsprogramme › Gedächtnis- und Bewegungstraining 	<ul style="list-style-type: none"> › Erhalt Selbständigkeit 	CH: Präventive Hausbesuche durch die Spitex, altissimo
	Familien, Kinder in der Migrationsbevölkerung	Vorschul-Aktivitäten (Hausbesuche: Lesen mit der Familie, Freizeitaktivitäten mit Bildungskomponente)	<ul style="list-style-type: none"> › Kognitive Entwicklung › Schulergebnisse › Sprachfähigkeiten 	Carolina Abecedarian Project
Betrieb	Arbeitnehmende	multimediale Kampagne zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Materialien abgebende Beratungsstellen und Printmedien)	Sensibilisierung Personalverantwortliche für familienfreundliche Personalpolitik	CH: Fairplay-at-home; Fairplay-at-work (Selbstevaluation)
	Arbeitnehmende	Motivierende Arbeitsbedingungen: Ganzheitliche Tätigkeiten, Anforderungsvielfalt, soziale Interaktion, Entscheidungsspielraum, Lernmöglichkeiten, Zeiteinteilung	<ul style="list-style-type: none"> › Absentismus › Arbeitszufriedenheit › Motivation, › Leistung (Ergebnisse aber teilweise heterogen; Erfolgsfaktoren sind grössere Autonomie, Anforderungsvielfalt, Empowerment-Strategie)	CH: Projekte „SWING“, 50+santé (Gesundheitsförderung Schweiz)
	Arbeitnehmende	Stress-Management-Trainings (SMT) Entspannungs- und Meditationsmethoden soziale Kompetenz- und Fitness-Training (kognitiv-behaviorale Ansätze)	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstwert › Kontrollüberzeugungen › Bewältigungsstrategien › Stress › Burnout › psychosomatische Beschwerden 	

			› (Ergebnisse eindeutiger als bei strukturellen Massnahmen)	
Altersheime, Seniorenresidenzen	Bewohner	Förderung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt Altenheim	› trainiertes Gedächtnis › längere Selbständigkeit › Stärkung sozialer Beziehungen	CH: bewegt.ch, therapeutische Gärten der age Stiftung, Tiere im Altersheim
Gesamtbevölkerung (Policy-Massnahmen)	Gesamtbevölkerung	Steuern auf Alkohol Werbeverbot für Alkohol	› Alkoholkonsum (Preiserhöhung von 10% reduziert Konsum um 7%)	verschiedene industrialisierte Länder

Tabelle 5

4.3. FRÜHERKENNUNG, FRÜHINTERVENTION UND SUIZIDPRÄVENTION

4.3.1. ANSÄTZE

Früherkennung und Frühintervention fallen unter die Ansätze der Sekundärprävention. Im Unterschied zur Förderung der psychischen Gesundheit und Primärprävention setzt man hier weiter rechts im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum an. Die Suizidprävention ist ein Querschnittsthema, das sich durch die Primär-Sekundär- und Tertiärprävention zieht sowie auch bei der Sensibilisierung und Entstigmatisierung eine Rolle spielt.

Früherkennung und Frühintervention

Die Früherkennung ist wesentlich für eine rechtzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen und für eine wirksame Suizidprävention. Ein wichtiger Ansatz zur Früherkennung ist die *Sensibilisierung der Bevölkerung* für psychische Störungen. Sie ist somit nicht nur ein Ansatz zur Entstigmatisierung, sondern auch zur Früherkennung. Ein zweiter wichtiger Ansatz ist die *Information und Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen* (insbesondere HausärztInnen) zum Thema psychische Störungen. Darüber hinaus können auch Organisationen, welche Angebote für die bekannten Risikogruppen bereitstellen, als *wichtige weitere Multiplikatoren* genutzt werden. Hier kann die Früherkennung ebenfalls durch Information und Weiterbildung gestärkt werden.

Bei der Früherkennung existieren spezifische Ansätze für das Kindes- und Jugendalter und das Erwachsenenalter:

Ansätze bei Kindern –und Jugendlichen

Früherkennung im Kindes- und Jugendalter wird als besonders wichtig erachtet, da die Verletzlichkeit in diesem Alter besonders hoch und eine Behandlung besonders wirkungsvoll ist. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter können erhöhte Anfälligkeit für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter nach sich ziehen. Sie können auch chronisch werden und die weitere psychosoziale Entwicklung stark beeinträchtigen. Bei Kindern und Jugendlichen kommen Angststörungen, externalisierende Störungen (Störungen des Sozialverhaltens, ADHS) und depressive Störungen vor. Psychotische Störungen sind deutlich seltener als bei Erwachsenen.

Spezifische Ansätze zur Früherkennung im Kindes- und Jugendalter sind:

- › Information und Aufklärung, spezifische Weiterbildungsangebote für Lehrpersonen, Fachleute in der familienergänzenden Kinderbetreuung und Jugendarbeit sowie für Elternberatungsorganisationen,
- › Integration des Themas psychische Gesundheit und Früherkennung in die Ausbildung von Lehrpersonen,
- › Vernetzung und Förderung der Zusammenarbeit der relevanten Fachleute und Organisationen im Kinder- und Jugendbereich.

Ansätze im Erwachsenenalter

Im Erwachsenenalter gehören Depressionen und Suchterkrankungen zu den häufigsten, Psychosen zu den schwerwiegendsten psychischen Störungen. Früherkennung und Frühintervention hilft hier der Chronifizierung vorzubeugen. Depressionen sind mit einer hohen Suizidrate verbunden (10-15% führen einen Suizidversuch durch). Suchterkrankungen sind häufig mit anderen Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen verbunden. Psychosen entstehen meist im jungen Alter, dem Ausbruch geht jedoch ein längeres Stadium mit unspezifischen Symptomen wie sozialer Rückzug, Misstrauen, Konzentrationsstörungen und einem Abfall sozialer Kompetenzen voraus (Konzept Zug). Die frühe Behandlung einer Psychose z.B. durch kognitive Therapien und/oder Medikamenten kann das Auftreten von weiteren Episoden stark verzögern (WHO 2004).

Spezifische Ansätze zur Früherkennung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter sind:

- › Aus- und Weiterbildungsangebote für Personalverantwortliche,
- › Information und Weiterbildungsangebote für relevante Organisationen (Suchtberatungsstellen, Spitex-Dienste, Pflegeheime, Migrantenorganisationen, Sozialberatungen, Elternberatungen, Paarberatungen etc.),
- › Einsatz von Früherkennungsteams in verschiedenen Settings,
- › Vernetzung und Förderung der Zusammenarbeit der relevanten Fachleute und Organisationen im Erwachsenenbereich.

Suizidprävention

Die wichtigsten Risikofaktoren für Suizid sind psychische Störungen (meist Depression, Suchterkrankungen und Schizophrenie), gegenwärtige oder vergangene Stressoren (z.B. sexueller Missbrauch, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, finanzielle Probleme), Suizid in der

Familie oder von Freunden, geringer Zugang zu psychologischer Hilfe, sowie leichter Zugang zu Mitteln und Möglichkeiten des Suizids (WHO 2004). Die Ansätze zur Suizidprävention sind an diesen Risikofaktoren ausgerichtet. Dazu gehören:

- › Früherkennung und Frühintervention (s.o.),
- › Schaffung von niederschweligen Anlaufstellen und Hotlines (Elternnotruf, Kindernotruf, Seelsorge, Beratungsstellen etc.),
- › Psychologische /psychiatrische Notfalldienste,
- › Förderung von spezifischen Angeboten für Risikogruppen (Suchtkranke, Strafgefangene, MigrantInnen, Angehörige),
- › Strukturelle Massnahmen (Sicherung von Brücken, Bahnübergängen, Aufsicht beliebter Plätze, freiwillige Waffenabgaben, Aufruf Entrümpelung von Hausapotheken),
- › Policy-Massnahmen (Alkohol-Abgabe etc.),
- › Sensibilisierung und Entstigmatisierung: Verbesserte Medienberichterstattung zum Thema Suizid, intensivierete Medienberichterstattung zur Entstigmatisierung des Themas, Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen verschiedenster Berufsgruppen (Ärzte, Lehrer etc.),
- › Beratung und Betreuung von Suizidhinterbliebenen (Selbsthilfegruppen),
- › Behandlung von Personen nach Suizidversuch.

4.3.2. EMPIRISCHE EVIDENZ

Zur Wirksamkeit von Massnahmen und Programmen zur Früherkennung und Frühintervention sowie Suizidprävention existiert eine Reihe von empirischer Evidenz:

- › *Früherkennung und -intervention bei psychotischen Störungen*: Eines der besten Programme zur Frühentdeckung und -intervention hat Norwegen entwickelt (TIPS). Das Programm beinhaltete Aufklärung, Vernetzung von Diensten und die Etablierung von mobilen klinischen Früherkennungsteams. In der Interventionsregion wurde zusätzlich eine aufwendige Aufklärungskampagne durchgeführt, um die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit, im Gesundheitswesen und in Schulen für frühe Anzeichen einer Psychose zu schärfen. Hausärzte, Sozialdienste und andere Anlaufstellen im Gesundheitswesen wurden in Früherkennung geschult. Interdisziplinäre Früherkennungsteams wurden von Psychiatern geleitet und waren 24 Stunden erreichbar. In diesem Projekt kam es zu einem deutlichen Anstieg von Wissen über psychotische Erkrankungen und zu eine deutlichen Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose. Gemäss einer befragten Person hatte das TIPS-Programm hinsichtlich der Wirkung auf Früherkennung allerdings eine Halbwertszeit von 3

Jahren. 3 Jahre nachdem keine Aktivitäten mehr stattfanden, seien die Neuanmelderaten von psychotisch Kranken wieder auf das Ursprungsniveau zurückgegangen.

- › *Weiterbildung von HausärztInnen:* Die Verbesserung der ärztlichen Kompetenz, eine Depression frühzeitig zu diagnostizieren und für eine adäquate Therapie zu sorgen, vermag die Anzahl der Suizide infolge nicht therapierter psychischer Störungen deutlich zu senken. Bekanntestes Beispiel dafür ist die Gotland-Studie in Schweden (vgl. WHO 2002 und BAG 2005). Darin wurden HausärztInnen in der Ätiologie, Diagnose, Prävention, Behandlung und Erkennung von Symptomen geschult.
- › *Umfassende schulbasierte Programme zur Suizidprävention:* Studien zeigen hier eine gute Wirksamkeit auf. Ein Programm in den USA, welches Änderungen in der Schulpolicy, der Weiterbildung von Lehrpersonen, Elternerziehung und Unterricht zu Stressmanagement und Lebensbewältigungsstrategien umfasste, führte in einer 5-Jahres Longitudinal-Studie zu einer Reduktion von Suiziden um 63% (WHO 2002).
- › *Hotlines und Krisenzentren:* Gemäss WHO (2002) ist gemäss der wissenschaftlichen Evidenz nicht belegt, dass diese Massnahmen sich positiv auf die Reduktion von Suiziden auswirkt. Es gäbe jedoch einzelne positive Beispiele wie einer Telefonhotline in Italien für ältere Personen kombiniert mit einem Hausbesuchsdienst. Hier gingen die Suizide um 71% bei älteren Personen zurück.
- › *Zugang zu tödlichen Mitteln:* Die grösste Wirksamkeit in der Suizidprävention haben gemäss wissenschaftliche Evidenz Massnahmen, die den Zugang zu tödlichen Mitteln beschränken. Dazu gehören Sicherheitsmassnahmen auf hohen Gebäuden und Brücken, Kontrolle des Zugangs zu Schmerzmitteln und Pestiziden etc. (WHO 2002).

5. EMPFEHLUNGEN FÜR DAS UMSETZUNGSKONZEPT

In diesem Kapitel werden Empfehlungen zum Umsetzungskonzept auf Basis der Situationsanalyse sowie der Vorschläge und Empfehlungen der Befragten formuliert. Die Positionen der Befragten zum Umsetzungskonzept werden in diesem Kapitel jeweils vor den Empfehlungen von INFRAS dargestellt.

5.1. STOSSRICHTUNG UND SCHWERPUNKTE

5.1.1. POSITIONEN DER BEFRAGTEN AKTEURE

Grundsätzliche Einstellung

Die meisten befragten Akteure finden ein Aktionsprogramm zum Thema psychische Gesundheit im Kanton Luzern grundsätzlich sinnvoll. Eine Akteurin findet es erfreulich, dass der Kanton Luzern das Thema psychische Gesundheit aufgreift; dass er dies mit der notwendigen Vernetzung tue sei sehr lobenswert und anspornend. Eine weitere betont, dass sie ein Aktionsprogramm sehr sinnvoll findet und fügt an, dass darüber hinaus eine zusätzlich Zusammenarbeit auf Bundesebene respektive zwischen den Kantonen sinnvoll wäre. Gemäss eines weiteren Befragten ist es gut, dass man das Thema ernst nimmt, obwohl Luzern im Schweizer Vergleich gut abschneidet. Man lehne sich nicht zurück, sondern erkenne psychische Gesundheit als etwas Wichtiges an und möchte hier noch weiter zulegen. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz findet ein Aktionsprogramm ebenfalls sehr sinnvoll. Demgegenüber sprechen laut einer anderen Akteurin die Fakten zur psychischen Gesundheit und zur Krankheitslast für ein Engagement in dem Bereich. Zahlen wie solche vom Seco oder Obsan zeigten, dass psychische Gesundheit ein wichtiger Bereich sei, da er das Gesundheitssystem und die IV sehr stark belaste. Im Moment sei es noch nicht zu spät dort aktiv zu werden. Des Weiteren wird als positiv festgehalten, dass durch ein Aktionsprogramms die im Luzerner Bündnis gegen Depression aufgebaute Arbeit weitergeführt wird.

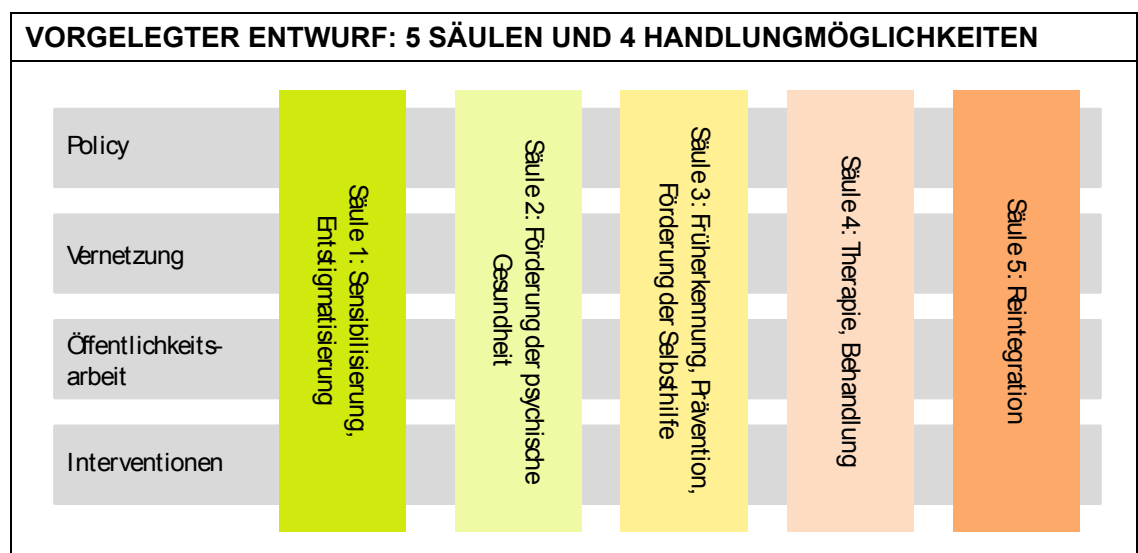
Einige befragte Akteure bringen ihre grundsätzlich positive Einstellung gegenüber einem Aktionsprogramm psychische Gesundheit mit gewissen Einschränkungen zum Ausdruck. Zwei Befragte geben die finanziellen Ressourcen zu bedenken; es müssten genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, da ansonsten das Programm keinen Erfolg haben kann und die Wichtigkeit des Anliegens seitens des Kantons in Frage gestellt sei. Des Weiteren wird von einer Befragten die Frage in den Raum gestellt, ob der Titel „psychische Gesundheit“ geschickt gewählt ist; ein weniger brisanter Titel wie „Wohlbefinden“ sei even-

tuell geschickter. Ein weiterer Akteur findet das Programm nur dann sinnvoll, wenn es dauerhaft ist und wenn auch Angebote in der Therapie gefördert werden sollen; bei einem Programm nur auf Aktionsebene habe er Bedenken.

Ein Akteur äussert Vorbehalte gegenüber dem Programm. Zum einen sei das Ziel des Programms noch zu wenig klar. Aus diesem Grund bestehe die Gefahr der Beliebigkeit. Weiterhin bestehe die Gefahr, durch das Programm die Krankheit zu überthemenisieren und die Krankheit und nicht die Gesundheit zu fördern.

Schwerpunkte

Die Akteure wurden auch nach ihrer Meinung zur Zweckmässigkeit des 5-Säulen-Modells befragt (vgl. Figur).



Figur 22 Eigene Darstellung.

Die meisten Befragten finden den vorgelegten Entwurf der 5 Säulen sinnvoll und umfassend; die breite Abdeckung des Spektrums von gesund bis krank wird als positiv erachtet. Aus Sicht einer Person besteht eine Stärke des Modells darin, dass es Möglichkeiten für die transsektorale Zusammenarbeit gibt.

Einzelne Akteure dagegen finden das Spektrum zu breit und wenig fokussiert; es bestünde dadurch die Gefahr der Beliebigkeit und der geringen Wirksamkeit. Man müsse sich überlegen, ob man sich nicht auf einzelne Säulen konzentrieren wolle.

Bei der Frage, in welcher der fünf Säulen ein Schwerpunkt gesetzt werden sollte, gehen die Meinungen der Befragten teilweise auseinander. Tendenziell priorisieren die Befragten

die Bereiche, in denen sie selbst tätig sind. Insgesamt werden die Säulen 1 bis 3 und 5 häufiger als wichtiger Bestandteil des Programms angegeben, als die Säulen 4 (Therapie und Behandlung).

Besonders häufig wird die Sensibilisierung und Entstigmatisierung als wichtige Säule betont. Ausnahmen bilden in diesem Zusammenhang Vertreter der Luzerner Psychiatrie sowie eine weitere Person, welche zu bedenken geben, dass Massnahmen der Sensibilisierung und Früherkennung nur sinnvoll seien, wenn das notwendige Therapie- und Rehabilitationsangebot zur Verfügung stünde. Dabei sei insbesondere die ambulante und aufsuchende Hilfe wichtig, um nicht durch Zwangseinweisungen die Stigmatisierung der Betroffenen zu verschärfen.

Zur Förderung der psychischen Gesundheit (Säule 2) weisen zwei Personen darauf hin, dass diese bisher wenig im Schweizerischen Gesundheitssystem abgedeckt sei. Meist seien in Programmen die Säulen 3-5 zu finden. Mehrere Befragte sehen dabei die betriebliche Gesundheitsförderung als einen wichtigen Handlungsbereich.

Einig sind sich die Akteure in der wichtigen Bedeutung der beruflichen und sozialen Reintegration, da diese nicht nur das Wohlbefinden der Betroffenen fördere, sondern auch zur Entstigmatisierung und Sensibilisierung beitrage. Zwei Personen weisen in dem Zusammenhang darauf hin, dass die Reintegration nicht im Gesundheitswesen angesiedelt sei, sondern insbesondere Wirtschaft und Politik gefragt seien.

Eine Person bemerkt, dass auch hinsichtlich der psychischen Störungen Schwerpunkte definiert werden sollten. Wichtig sei, sich bewusst zu sein, dass nicht alle psychischen Krankheiten vermieden werden können. Einige psychische Erkrankungen seien auch konstitutionell bedingt. Bei einem Aktionsprogramm solle man sich auf diejenigen Krankheiten konzentrieren, die vermeidbar und früh erkennbar seien, d.h. Depression, Suizidalität (mit den zwei Zielgruppen Jugendliche und ältere Personen) und Demenz. Gemäss parlamentarischen Vorstössen und der wissenschaftlichen Evidenz könnten dies momentan auch als die vier wichtigsten Themen angesehen werden. Demenz sei dabei ein neues Thema, welches gemäss Klassifikationen zu den psychischen Krankheiten gehöre, aber ein interdisziplinäres Thema zusammen mit der Gerontologie bilde.

5.1.2. EMPFEHLUNGEN INFRAS

Am 5-Säulen- Modell sollte aus unserer Sicht festgehalten werden. Zwar ist das Spektrum sehr breit und nicht jede Säule kann im Rahmen des Aktionsprogramms umfassend und abschliessend gestärkt werden. Dennoch ist aus unserer Sicht der ganzheitliche Ansatz,

welcher das gesamte Gesundheits-Krankheits-Kontinuum abdeckt, aus drei Gründen wichtig: Erstens haben Aktivitäten in der Förderung der psychischen Gesundheit, Früherkennung und Frühintervention sowie Sensibilisierung der Bevölkerung immer auch Auswirkungen auf die Versorgung (Säule 4), welche das notwendige Angebot zur Verfügung stellen muss. Zweitens ist es aus unserer Sicht auch nicht ausreichend, nur das Versorgungsangebot zu verbessern, da damit reine „Symptombekämpfung“ betrieben würde. Drittens zeigt der identifizierte Handlungsbedarf, dass keine der 5 Säulen gänzlich ausser Acht gelassen werden sollte.

Der Aufbau der einzelnen Säulen ist aus unserer Sicht zweckmässig. Bei Säule 3 würden wir allerdings leichte Modifizierungen vornehmen. Der Begriff der Prävention erstreckt sich von der Primärprävention bis zur Tertiärprävention und deckt damit ein breites Feld im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ab. In der dritten Säule geht es aus unserer Sicht um die Sekundärprävention. Um die Begrifflichkeiten sauber zu trennen, würden wir daher von Früherkennung und Frühintervention sprechen, statt von Prävention. Des Weiteren passt die Selbsthilfe unseres Erachtens nicht sehr gut in die 3. Säule, da die Personen, welche diese Angebote nachfragen, bereits krank sind und dies auch erkannt haben. Die Selbsthilfe ist eher als eine Ergänzung zum Therapie- und Rehabilitationsangebot anzusehen. Es ist daher zu überlegen, eine weitere Säule zu bezeichnen oder die Selbsthilfe in die Säule 4 zu integrieren.

Die Suizidprävention lässt sich nicht einer einzelnen Säule zuordnen. Sie ist in sämtlichen Bereichen – von der Entstigmatisierung bis hin zur Tertiärprävention aktiv und sollte daher als Querschnittsthema betrachtet werden.

5.2. ZIELE

5.2.1. POSITIONEN DER BEFRAGTEN AKTEURE

Während einige Akteure die im Konzept-Entwurf genannten Ziele (vgl. Anhang) sehr gut finden, haben viele Befragte verschiedene weitere Anmerkungen zu den Zielen. Die Anmerkungen beziehen sich zum einen auf grundsätzliche und technische Aspekte und zum anderen auf inhaltliche Aspekte.

Grundsätzliche/technische Anmerkungen

Für einige Akteure wäre eine stärkere Fokussierung auf einzelne Ziele wünschenswert. Das Aktionsprogramm müsse tiefgründig und schlank ausgestaltet sein. Derzeit sei es noch zu allgemein und zu wenig zielgruppenspezifisch. Zwei Befragte merken an, dass es sich ins-

besondere vor dem Hintergrund der wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen um ein sehr ambitioniertes Vorhaben handele. Man solle sich lieber auf einige Ziele fokussieren oder die Ziele priorisieren. Die Ziele seien mehr auf einen Umsetzungszeitraum von 10 Jahren statt 4 Jahren ausgerichtet. Von einem weiteren Interviewten wurde eine möglichst pragmatische Herangehensweise gewünscht.

Eine Akteurin liefert Input zu der Ausgestaltung der Ziele und schlägt vor, nicht nur Wirkungsziele, sondern auch Prozessziele zu formulieren. Bei den Zielen ist grundsätzlich zu überlegen, ob quantifizierbare Ziele gewählt werden sollen. Diese Frage sei kontrovers, denn quantifizierbare Ziele können einerseits Ansporn und Motivation sein, aber auch negative Auswirkungen haben, wenn man sie nicht erreicht.

Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Zielen

Zu den einzelnen Zielen im Konzeptentwurf machen einzelne Befragte die folgenden Anmerkungen:

Viele Befragte sehen die **Vernetzung** als ein wichtiges Ziel an. Damit ist zum einen die Vernetzung der verschiedenen Akteure aus dem medizinischen Bereich, Presse, dem Kanton, Selbsthilfegruppen etc. und deren Einbindung in das Programm gemeint. Zum anderen wird von zwei Akteuren in diesem Zusammenhang auch die Wichtigkeit der Vernetzung jedes Einzelnen betont. Daher sei das Ziel der Unterstützung von informellen Gruppierungen, wie Nahraum, Nachbarn, Quartier oder Vereine sehr wichtig. Ein Befragter stellt als weiteren Aspekt der Vernetzung die Abstimmung zwischen den verschiedenen Programmen der Dienststelle Gesundheit des Kantons (z.B. Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht, Aktionsprogramm Gesundes Alter) und anderer Dienststellen heraus. In vielen Programmen werden ähnliche Ziele verfolgt und daher sei es wichtig die Synergien der Programme untereinander zu nutzen.

Das Ziel 1 (Sensibilisierung) ist nach Meinung einzelner Befragten schwer zu erreichen, da das Thema vielschichtig sei. Es gehörten mehrere Schritte dazu, da man die Krankheiten kennen müsse, deren Folgen etc. Eine Akteurin schlägt daher vor, den Fokus hier stärker auf den Aspekt der Gesundheit (Sensibilisierung über psychische Gesundheit) zu legen.

Weitere Vorschläge

Mehrere Akteure weisen darauf hin, dass ein wichtiges Ziel auch die **Nachhaltigkeit** des Programms sein müsse.

Für einen Befragten ist es wichtig, dass das Programm die **Ziele Beseitigung von Fehlanreizen und Kostenreduktion** habe. Er weist darauf hin, dass es wichtig ist, die „richtigen“ Personen mit dem Programm anzusprechen und gleichzeitig an die Eigenverantwortung jedes Einzelnen zu appellieren.

5.2.2. EMPFEHLUNGEN INFRAS

Vision

Eine Vision für das Aktionsprogramm zu formulieren erachten wir als sinnvoll. Visionen sind relativ abstrakte und in der Regel ambitionöse Absichtserklärungen mit einem Zeithorizont, der meist über die Projektdauer hinaus reicht (5–20 Jahre) (Gesundheitsförderung Schweiz 2003). Mit einer Vision wird so auch dem Aspekt der Nachhaltigkeit des Programms Rechnung getragen. Die im Konzeptentwurf formulierte Vision beurteilen wir als zweckmässig, da sie alle fünf Säulen abdeckt und zusätzlich den – insbesondere für Politiker – motivierenden Aspekt der Kosten enthält:

Die psychische Gesundheit der Luzerner Bevölkerung ist nachhaltig gestärkt. Auftretende psychische Krankheiten werden frühzeitig erkannt und optimiert behandelt. Die Suizidrate wird durch eine verbesserte Prävention gesenkt. Die Stigmatisierung und Tabuisierung von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen sind abgebaut. Betroffene Menschen werden nach oder während einer Erkrankung optimal in die Gesellschaft und die Arbeitswelt reintegriert. Der kontinuierliche Kostenanstieg aufgrund von psychischen Erkrankungen kann mittel- und langfristig gestoppt oder gesenkt werden.

Ziele

Die Ziele sollten sich direkt auf das Projekt beziehen und der Vision untergeordnet sein. Projektziele bezeichnen Wirkungen, die man am Ende des Projekts konkret erreicht haben will. Sie beziehen sich auf die Impactebene.

Zur Formulierung der Ziele kann man sich an die sogenannten „smart“-Kriterien halten (Gesundheitsförderung Schweiz 2001):

- S – spezifisch (es ist klar, was genau sich auf welche Art und Weise verändert haben soll),
- M – mess-/überprüfbar (es ist beurteilbar, ob das Ziel erreicht worden ist oder nicht),
- A – anspruchsvoll (es sind Anstrengungen nötig, um das Ziel zu erreichen),
- R – realistisch (es ist mit den vorhandenen Ressourcen in der verfügbaren Zeit erreichbar),

T – terminorientiert (es ist klar, wann es erreicht sein muss – bei Projektzielen bis Projektende).

Wir schlagen vor, zu den einzelnen Säulen je ein bis zwei Projekt- bzw. Wirkungsziele nach den smart-Kriterien zu formulieren. Als Grundlage können dabei die bereits formulierten Teilziele im Konzeptentwurf dienen. Die Ziele könnten folgendermassen aussehen:

- › Sensibilisierung und Entstigmatisierung:
 - › Der Informationsstand der Bevölkerung zur Bedeutung der psychischen Gesundheit sowie zu den Symptomen, Ursachen und Folgen von psychischen Störungen und zur Suizidprävention hat sich nach Abschluss der ersten Programmphase 2012–2015 gegenüber dem heutigen Stand verbessert. ->Indikatoren: Befragung Mental-Health Literacy.
- › Förderung der psychischen Gesundheit:
 - › Vulnerable Zielgruppen haben nach Ende der ersten Programmphase ein vergrössertes zielgruppengerechtes und wirksames Angebot zur Förderung ihrer psychischen Gesundheit und nutzen dieses. Das Angebot zielt darauf ab, die Resilienz und das Kohärenzgefühl zu verbessern und ein für die psychische Gesundheit förderliches Umfeld bereit zu stellen.
- › Früherkennung und Frühintervention:
 - › Die Bevölkerung und Fachpersonen haben bessere Kenntnisse und Möglichkeiten, psychische Störungen und Suizidgefährdung bei sich und anderen Personen zu erkennen und geeignete Massnahmen zu ergreifen. -> Indikator: getroffene Massnahmen.
 - › Die Bekanntheit von bestehenden Behandlungsangeboten bei psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen hat nach Abschluss der ersten Programmphase verbessert. -> Indikator „Mental Health Literacy“-Befragung.
 - › Im Sinne von Public Health Massnahmen sind die Gelegenheiten, Suizid zu begehen, nach Ende der Projektlaufzeit eingeschränkt. -> Indikator: getroffene Massnahmen.
- › Behandlung und Rehabilitation:
 - › Das bestehende Angebot hat sich im niederschweligen und ambulanten Bereich weiterentwickelt und die Wartezeiten für Behandlungsplätze haben sich verkürzt. -> Indikator: Bestand Angebot, Befragung der Anbieter.
 - › Fachpersonen sind in der Früherkennung von Suizidgefährdung geschult.

› Reintegration:

- › Psychisch kranken Menschen steht ein grösseres Angebot für ihre soziale und berufliche Reintegration zur Verfügung. -> Indikator: Bestand Angebot.
- › Arbeitgeber sind vermehrt für die Belange von psychisch kranken Menschen sensibilisiert und für die Reintegration motiviert. -> Indikator: getroffene Massnahmen, evtl. Stichprobenbefragung.

Prozessziele

Aus unserer Sicht ist es auch sinnvoll, Prozessziele, d.h. „wie sollen die Ziele erreicht werden“ zu definieren. Das wären zum Beispiel der Aufbau eines Netzwerkes oder die Medienarbeit. Diese Ziele können konkretisiert werden, wenn die Handlungsfelder und Massnahmen bestimmt sind.

Ziel Nachhaltigkeit

Aus unserer Sicht sollte unbedingt auch ein Ziel zur Nachhaltigkeit des Aktionsprogramms festgelegt werden:

- › Nachhaltigkeit: Die Nachhaltigkeit des Aktionsprogramms soll durch den Aufbau eines Netzwerkes und die Verankerung des Themas psychische Gesundheit in Regelstrukturen im Kanton sichergestellt werden.

5.3. ZIELGRUPPEN UND SETTINGS

5.3.1. POSITION DER BEFRAGTEN AKTEURE

Zielgruppen

Die Befragten sehen als Zielgruppen für das Aktionsprogramm die bereits genannten gefährdeten Gruppen (vgl. Kap. 3.3.2). Einigen Befragten erscheint es wichtig, früh mit der Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen zu beginnen, d.h. bei Kindern und Jugendlichen). Gemäss einer Person ist hier der „return on investment“ am grössten. Aber auch ältere Personen sollten nach Meinung von zwei Personen nicht vergessen werden, was häufiger der Fall sei. Zwei Personen weisen darauf hin, dass prinzipiell jede Person betroffen ist und daher alle Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden müssten.

Settings

Als Settings, in denen man im Rahmen des Aktionsprogramms intervenieren könnte, werden von den Befragten am häufigsten Schulen und Familien genannt, von einigen Befragten auch Betriebe, Lehrbetriebe und Gemeinden (Nachbarn, Verein, Quartier, Nahraum etc.). Eine Person ist der Meinung, dass die Erreichbarkeit der Menschen in den Schulen am besten sei, später erreiche man die Menschen schwerer.

5.3.2. EMPFEHLUNGEN INFRAS

Zielgruppen

In den epidemiologischen Fakten und in den Interviews zeichnen sich deutlich die wichtigsten Zielgruppen ab. Aus unserer Sicht sollte bei der gezielten Förderung der psychischen Gesundheit, Früherkennung- und Frühintervention der Fokus auf diesen Gruppen liegen. Im Vordergrund stehen *Kinder- und Jugendliche* als vulnerable Gruppe, aber auch als vorbeugende Massnahme zur Verhinderung von psychischen Störungen im Erwachsenen- und Rentenalter sowie *ältere Menschen*, bei denen die Isolation eine zunehmende Gefahr darstellt, psychische Störungen häufig unentdeckt bleiben und das Problem der Demenz sich zuspitzt. Des Weiteren stehen für uns auch *Erwerbstätige* im Vordergrund, bei denen eine zunehmende Burn-Out-Prävalenz zu beobachten ist und die häufig grossen Doppelbelastungen ausgesetzt sind. Daneben ist ein Schwerpunkt bei der *Migrationsbevölkerung* zu setzen, die häufig aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Verschiedenheiten weniger am gesellschaftlichen Leben teilnimmt.

Weitere kleinere Gruppen, welche in speziellen Settings zu finden sind und besonders gefährdet sind, sind Erwerbslose und Angehörige von psychisch Kranken.

Settings

Bei den Settings sollte man sich aus unserer Sicht auf solche Settings konzentrieren, bei denen die Zielgruppen möglichst leicht und möglichst zahlreich erreicht werden können. In Settings wie Schulen und Betrieben ist beispielsweise eine grosse Multiplikatorwirkung zu erzielen. Gemeinden sind ebenfalls ein guter Ausgangspunkt für verschiedene Zielgruppen, da dort wichtige Schutzfaktoren wie ein soziales Umfeld, Nachbarschaftshilfe etc. aufgebaut werden können und die Gemeinden für die Versorgung älterer Menschen zuständig sind. Obwohl Interventionen zur der Förderung der psychischen Gesundheit im Setting gemäss der empirischen Evidenz effektiv sind, gilt die Familie als ein schwieriges Setting aufgrund

der schlechten Erreichbarkeit. Wir würden daher vorerst den Schwerpunkt auf andere Settings legen, in denen die Wirksamkeit ebenfalls erwiesen ist. Als sehr wichtig erachten wir es, die Gemeinden für das Aktionsprogramm psychische Gesundheit zu gewinnen.

WICHTIGSTE SETTINGS JE ZIELGRUPPE	
Zielgruppe	Setting
Kinder, Jugendliche	Kindergärten, Schulen, Gemeinde (Vereine etc.)
Ältere Menschen	Gemeinde, Kirche, Pflegeheime
Erwerbstätige	Betriebe
Erwerbslose	RAV
Angehörige von psychisch Kranken	Leistungserbringer

Tabelle 6

5.4. HANDLUNGSFELDER UND MÖGLICHE MASSNAHMEN

5.4.1. POSITIONEN DER BEFRAGTEN AKTEURE

Handlungsmöglichkeiten

Einige Befragte nehmen auch zu den Handlungsmöglichkeiten im 5-Säulen-Modell Stellung. Eine Akteurin findet Policy-Massnahmen nach dem Motto „make the healthier decision the easier decision“ seien generell starke Faktoren mit einer nachhaltigen Wirkung. Weiterhin wird die Vernetzung von einzelnen als einer der Erfolgsfaktoren genannt; bei der Vernetzung sei eine breite Abstützung wichtig sowie eine klare Führung und Struktur, damit die verschiedenen Player gut einbezogen werden könnten. Des Weiteren wird die Öffentlichkeitsarbeit als zentral angesehen. Dabei halten es einzelne Befragte für wichtig, das Wissen über die verschiedenen Akteure und Ansprechpartner in der Bevölkerung zu stärken und das Image der psychischen Gesundheit zu verbessern. Als Zielgruppen der Öffentlichkeitsarbeit sieht eine Person vor allem die Politik, eine andere Person hält die Schule und Wirtschaft für zentral.

Einzelne Befragte nennen sinnvolle Handlungsmöglichkeiten für einzelne Säulen:

- › Säule 1: Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere Zusammenarbeit mit den Medien,
- › Säule 2: Policy: Integration des Themas in die Lehrpläne; Förderung von Netzwerken und Strukturen; Vernetzung: Unterstützung von informellen Gruppierungen (Stärkung des Beziehungsnetzes), obligatorisch machen der Mü/Vä-Beratung; Interventionen: Anknüpfen an bestehenden Programmen wie Aktionsprogramm gesundes Körpergewicht, Mütter- und Väterberatung,

- › Säule 3: Verbote: z.B. Alkohol in der Öffentlichkeit; Vernetzung: Zusammenarbeit mit den Hausärzten; Interventionen: Strukturelle Massnahmen in der Suizidprävention: beliebte Plätze, Brücken,
- › Säule 4: Policy: Anreize in der obligatorischen Versicherung; Vernetzung: Koordination, Intervention: Förderung der aufsuchende Hilfe, von niederschweligen und semi-professionellen Angeboten,
- › Säule 5: Vernetzung: Zusammenarbeit mit den Betrieben.

Vorhandene Strukturen und Anknüpfungspunkte

Fast alle Befragte empfehlen, die bestehenden Strukturen des Bündnisses gegen Depression zu nutzen. Hier sei viel Grundlagenarbeit geleistet worden und auch ein Netzwerk entstanden. Die Verantwortliche des Programms psychische Gesundheit in Zug berichtet, dass sie das Bündnis ebenfalls in das kantonale Programm eingebunden hätten. Man müsse dabei aufpassen, dass Depression nicht der Hauptfokus des Programms würde.

Zudem nennen die Akteure zahlreiche weitere Netzwerke und relevanten Partner, welche für die Umsetzung genutzt werden könnten:

- › Bestehende Netzwerke in Luzern/Innerschweiz:
 - › Kommission für Psychiatriefragen: Netzwerke mit allen wichtigen Akteuren, die 1-2 Mal pro Jahr tagen,
 - › Vereinigung Beauftragte für Gesundheitsförderung Zentralschweiz (VBGF Zentralschweiz: Gruppe aus Vertretern der kantonalen Fachstellen Prävention und Gesundheitsförderung aus Zug, Obwalden, Nidwalden, Luzern und Schwyz).
- › Bestehende Netzwerke auf Ebene Schweiz:
 - › Netzwerke psychische Gesundheit: Dieses Netzwerk wird momentan von der GDK, dem BAG und Gesundheitsförderung Schweiz aufgebaut. In diesem Rahmen wird eine Koordinationsstelle eingerichtet. Die Idee ist, innerhalb der Schweiz Kräfte zu bündeln, die sich mit Thema psychische Gesundheit befassen und einen Wissenstransfer zu ermöglichen, so dass ein gemeinsames Vorgehen möglich wird. So soll auch das Bündnis gegen Depression über das Netzwerk koordiniert werden,
 - › ENES (Experten-Netzwerk-Esstörungen Schweiz),
 - › VBGF (Beauftragte für Gesundheitsförderung Schweiz).
- › International
 - › Netzwerk Gesundheitsförderung mit Vertretern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

› Relevante Partner in Luzern/Innerschweiz:

- › Organisationen/Vereine im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention: Traversa, DFI (Projekte im Bereich Suchtprävention), ELBE, Frauenberatungsstelle, Männergruppen, Mannebüro, Mütterhilfe, Opferhilfe, Kirche, Schulpsychologischer Dienst, Mütter- und Väterberatung, Elternnetz, IHP (Erziehungsberatung), FABIA (Beratung, Information und Kurse in Schulen), Dargebotene Hand, Haus Hagar,
- › Selbsthilfegruppen: Equilibrium,
- › Therapie und Rehabilitation: Luzerner Psychiatrie, Psychologische PsychotherapeutInnen, IHP, Kinderspital, niedergelassene PsychiaterInnen, Hausärzte,
- › Reintegration: IV-Stelle (für kleine KMU), RAV's/wira, Stiftung Brändi, jobdach, Wärbrogg, wira, Taggeldversicherer (CSS),
- › Weitere Partner: Hausärzte (Früherkennung), Gemeinde/Spitex (wichtiges Know-How über Lebenssituation der Menschen), Polizei, Kirche, Gefängnis, Vollzugsbehörde, Schulen, Hochschulen, Medien, Pro Senectute Luzern, Pro Juventute Luzern, Gemeindeverbände, Stiftung Schwerbehinderte, Gesundheitsligen (Rheumaliga, Krebsliga, Lungenliga),
- › Betriebe: Otto Ineichen (Projekt Speranza), Emmi, Migros, Schindler,
- › Mögliche Sponsoren: UBS, CS, Pharma.

› Relevante Partner auf Ebene Schweiz

- › Bund: BAG, seco, BFM,
- › Andere Kantone mit Programmen psychische Gesundheit: Zug, Zürich, Schwyz, Neuchâtel, Waadt. Basel-Stadt hat zurzeit eine Kampagne zur Entstigmatisierung „Hallo, ich bin auch ein Mensch“,
- › Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Radix (jeweils Projekte im Bereich Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention),
- › www.bewegenundbegegnen.ch (Bewegungsangebot für Personen mit psychischen Problemen),
- › Pro Mente Sana (Öffentlichkeitsarbeit),
- › Kosch (Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz).

Konkrete Ideen für Massnahmen

Einige Befragte haben konkrete Ideen für Massnahmen genannt, welche sich den Säulen 1 – 3 zuordnen lassen.

Säule 1: Sensibilisierung und Entstigmatisierung

Viele befragte Akteure haben Ideen für Medienkampagnen. Z.B. gibt es den Vorschlag, eine Themenwoche in der Luzerner Zeitung zu lancieren, bei der jeden Tag eine psychische Erkrankung behandelt wird, die Bevölkerung Fragen stellen kann, welche am Folgetag abgedruckt und beantwortet werden und eine parallele Beratungshotline läuft. Ein anderer Akteur schlägt eine provokative Plakatkampagne, z.B. mit dem Slogan „Bist Du gesund?“ vor, mit dem Ziel Menschen zum Nachdenken über sich selber anzuregen. Ebenso werden YouTube Videos zu dem Thema und Werbespots zu dem Thema vorgeschlagen, welche in Jugendarbeit produziert werden könnten. Daneben gibt es weitere Ideen im Bereich der Sensibilisierung, z.B. die Einrichtung einer Denkwerkstatt oder einer Koordinationsstelle für alle Fragen rund um die psychische Gesundheit. Ausserdem schlägt ein Akteur vor, die Kirche durch ein kantonsweites Opfer für psychische Gesundheit einzubeziehen.

Säule 2: Förderung der Psychischen Gesundheit

Einige Befragte nennen Ideen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Z.B. schlägt ein Akteur vor, ein verstärktes Jobcoaching anzubieten. Ein Weiterer hat die Idee die sogenannten vitaparcours in ihren Funktionen zu erweitern und neu als Erholungsparcours mit Denkanstössen und Informationen zur psychischen Gesundheit anzubieten. Weiter wird ein Familientag in Gemeinden vorgeschlagen. Ein anderer Befragter bringt ganz allgemein die Forcierung des multisektoralen Ansatzes in Bezug auf die Umwelt ein; eine gesunde Umwelt führe zu einer besseren psychischen Verfassung. Auch wird vorgeschlagen, in der Schule das Fach Meditation einzuführen, um junge Leute zu vermitteln sich auf das eigene Ich zu besinnen.

Säule 3: Früherkennung, Prävention und Selbsthilfe

Viele der genannten Ideen für den Bereich Früherkennung und Prävention beziehen sich auf die Ausbildung und Information von Multiplikatoren, wie die Idee Fortbildungen über ADHS für schulpsychologische Dienste oder der Vorschlag, Arbeitgebern einen Leitfaden zur Verfügung zu stellen, wie sie mit der Problematik von psychischen Problemen bei MitarbeiterInnen umgehen können und welche Möglichkeiten zur Früherkennung und Hilfestellung sie haben. Ein weiterer Vorschlag ist die Schulung für Personalverantwortliche zum Umgang mit psychischen Krisen von Mitarbeitern und deren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und die Vermittlung von positiven Erfahrungen mit erfolgreichen "Abläufen".

Eine weitere Idee ist die Telefon-Hotline mit beratenden Fachpersonen und evtl. in Kooperation mit der Spitex.

Säule 4: Therapie und Beratung

Im Bereich der Therapie und Beratung schlägt ein befragter Akteur vor, ein kostenloses unabhängiges Case-Management anzubieten, welches betroffene Personen bzgl. der besten Behandlung berät und Hilfestellung bei der Rückkehr ins normale Leben leistet. Ein solches Angebot sollte nicht von Seiten der Versicherer kommen, da in diesem Fall nur Kosten eingespart werden sollen. Ausserdem sollte es die Angehörigen einbeziehen.

Genannte Positivbeispiele

- › 20 Projekte Drogenforum Innerschweiz: z.B. Sensor (Früherkennung), Familienbar,
- › Gesundheitsförderung Schweiz: Swing, Label-Friendly Workspace,
- › Stark durch Erziehung, Stark durch Beziehung,
- › Projekt Saftbar, Kt. Luzern,
- › Traversa news: Selbständig erarbeitete Hauszeitung von Personen mit psychischen Problemen,
- › Selbsthilfegruppe für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen (Kinder und Jugendpsychiatrische Dienste Luzerner Psychiatrie).

5.4.2. EMPFEHLUNGEN INFRAS

Prioritäre Handlungsfelder

Angesichts der beschränkten finanziellen und personellen Ressourcen schlagen wir vor, innerhalb der einzelnen Säulen, Schwerpunkte bei den Handlungsmöglichkeiten zu setzen. Die Auswahl der Handlungsmöglichkeiten stützt sich sowohl auf den identifizierten Handlungsbedarf als auch auf Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Massnahmen in den Säulen. Aus den gewählten Handlungsmöglichkeiten innerhalb der Säulen ergeben sich **Handlungsfelder**, innerhalb derer Massnahmen definiert werden sollten. Im Folgenden stellen wir kurz dar, welche Handlungsfelder für uns im Vordergrund stehen.

Säule 1: Sensibilisierung und Entstigmatisierung

Im Bereich der Sensibilisierung und Entstigmatisierung würden wir vor allem auf die *Öffentlichkeitsarbeit* und *Vernetzung* setzen. Wichtig ist, hier die Bevölkerung breit zu informieren,

um eine Entstigmatisierung zu ermöglichen. Dabei ist gemäss den Erfahrungen Wert zu legen auf regelmässige Präsenz des Themas. Die Informationen sollten nicht nur Depressionen sondern auch die anderen psychischen Störungen sowie Demenz umfassen.

Säule 2: Förderung der psychischen Gesundheit

Hier sehen wir *Interventionen* bei den wichtigen Zielgruppen als prioritär an. Dabei würden wir vor allem anknüpfen an vorhandenen Strukturen, d.h. vorhandene Programme auf nationaler Ebene im Bereich Förderung der psychischen Gesundheit, welche auf den Kanton Luzern übertragen werden können und kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung, in denen das Thema psychische Gesundheit angehängt werden kann (z.B. Aktionsprogramm gesundes Körpergewicht, Betriebliche Gesundheitsförderung, präventive Hausbesuche bei älteren Menschen etc.). Als zweites sehen wir auch eine *Vernetzung mit Organisationen der Zielgruppen, insbesondere mit Unternehmen* als sehr wichtig an. Die Organisationen der Zielgruppen sollten für das Thema sensibilisiert werden und Projekte im Sinne der Prinzipien der Partizipation und des Empowerments umsetzen (wie z.B. Projekt Familienbar, Femmes-Tische etc.).

Säule 3: Früherkennung und Frühintervention

Bei der Früherkennung und Frühintervention sehen wir die *Vernetzung und Weiterbildung* von nicht-psychiatrischen Fachpersonen im medizinischen Bereich und Fachpersonen im sozialen Bereich, welche mit den Zielgruppen im direkten Kontakt sind als zentral an. Diese Fachpersonen könnten von psychiatrischen Fachpersonen und durch andere Massnahmen weiter gebildet und sensibilisiert werden. Wichtig sind hierbei die Erkennung von Symptomen und das Wissen über adäquate Hilfsangebote. Das Bündnis gegen Depression verfolgte bereits diese Stossrichtung. Diese Strukturen können genutzt und ausgebaut werden.

Darüber hinaus trägt die *Öffentlichkeitsarbeit*, welche in der Säule 1 angestrebt wird, ebenfalls zur Früherkennung bei.

Im Bereich der Suizidprävention besteht weiteres Potenzial für *strukturelle Massnahmen* wie zum Beispiel die Sicherung der Rothenburg-Brücke. Hierbei ist die Vernetzung mit anderen Politikbereichen, mit Interessensorganisation und den Gemeinden wichtig.

Säule 4: Therapie und Rehabilitation

Im Bereich der Therapie und Rehabilitation wäre der Ausbau des ambulanten Angebots insbesondere für ältere Personen und für die ländliche Bevölkerung (Ausweitung mobile/aufsuchende Hilfe) ein zentrales Bedürfnis (vgl. Kap. 3.4). Da dies Finanzierungs- und Verteilungsfragen betrifft, sehen wir Aktivitäten im Bereich der *Policy* (Zusammenarbeit mit Verbänden) als wichtig an. Zudem erachten wir die *Vernetzung* (mit den Gemeinden sowie der verschiedenen Leistungserbringer und sozialen Organisationen untereinander) als zentral, um die Koordination der Angebote zu ermöglichen. Zudem erscheint es uns wichtig, das semi-professionelle Angebot durch Weiter- und Ausbildungen auszubauen, um die Lücken durch den Fachkräftemangel etwas aufzufangen.

Säule 5: Reintegration

Die soziale und berufliche Integration geschieht an der Schnittstelle zwischen TherapeutIn, IV-Stelle, RAV, Träger von Reintegrationsangeboten und Arbeitgeber. Dies erfordert einen starken Austausch zwischen diesen Akteuren bzw. ein gutes Case-Management. Des Weiteren müssen die Arbeitgeber sensibilisiert und zur Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen motiviert werden. Auch das Angebot von geschützten Arbeitsplätzen sollte bedarfsdeckend ausgebaut werden. Da mit der 6. IV-Revision die Interessen der psychisch Kranken bereits besser berücksichtigt wurden, sind für die Umsetzung dieser Ziele aus unserer Sicht die *Vernetzung* und *Öffentlichkeitsarbeit* (Sensibilisierung der Arbeitgeber, Vermarktung von Dienstleistungen und Produkten aus geschützten Arbeitsplätzen) zentrale Handlungsfelder.

Die folgende Grafik fasst unsere Empfehlungen zur Vision, Handlungsfelder, Wirkungsziele und Indikatoren zusammen:

VISION, HANDLUNGSFELDER, WIRKUNGSZIELE UND INDIKATOREN					
Vision:	Die psychische Gesundheit der Luzerner Bevölkerung ist nachhaltig gestärkt. Auftretende psychische Krankheiten werden frühzeitig erkannt und optimiert behandelt. Die Stigmatisierung und Tabuisierung von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen sind abgebaut. Betroffene Menschen werden nach oder während einer Erkrankung optimal in die Gesellschaft und die Arbeitswelt reintegriert. Der kontinuierliche Kostenanstieg aufgrund von psychischen Erkrankungen kann mittel- und langfristig gestoppt oder gesenkt werden.				
Handlungsfelder:	Säule 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung	Säule 2: Förderung der psychische Gesundheit	Säule 3: Früherkennung, Frühintervention	Säule 4: Therapie, Behandlung und Selbsthilfe	Säule 5: Reintegration
Policy					
Vernetzung					
Öffentlichkeitsarbeit					
Interventionen					
	↓	↓	↓	↓	↓
Wirkungsziele:	Der Informationsstand der Bevölkerung zur Bedeutung, Symptomen, Ursachen, Folgen von psychischen Störungen und zur Suizidprävention hat sich bis Ende Projektlaufzeit verbessert.	Vulnerable Gruppen haben am Ende der Projektlaufzeit ein vergrössertes zielgruppen-gerechtes und wirksames Angebot, welches darauf abzielt, die Resilienz und das Kohärenzgefühl zu verbessern und ein förderliches Umfeld bereit zu stellen.	- Die Bevölkerung und Fachpersonen haben bessere Kenntnisse und Möglichkeiten Suizidgefährdung zu erkennen. - Die Gelegenheiten Suizid zu begehen werden durch strukturelle Massnahmen weiter eingeschränkt. - Die Bekanntheit von bestehenden Behandlungsangeboten verbessert sich.	- Das bestehende Angebot im niederschweligen und ambulanten Bereich hat sich vergrössert. Wartezeiten haben sich verkürzt - Abläufe für interdisziplinäre Zusammenarbeit sind definiert. - Fachpersonen sind in der Früherkennung von Suizidgefährdung geschult.	- Psychisch kranken Menschen steht ein grösseres Angebot für berufliche und soziale Reintegration zur Verfügung. - Arbeitgeber sind vermehrt für Belange psychisch kranker Menschen sensibilisiert und für Reintegration motiviert
Indikatoren:	Befragung Mental Health Literacy	Getroffene Massnahmen	- Getroffene Massnahmen - Mental Health Literacy	- Bestand Angebot, Befragung der Anbieter - Bestand Case Management	- Bestand Angebot, - Getroffene Massnahmen, evtl. Stichprobenbefragung

Figur 23 Eigene Darstellung.

Grundsätze bei der Auswahl von Massnahmen

Bei der Auswahl von konkreten Massnahmen sollten aus unserer Sicht die folgenden Grundsätze beachtet werden:

- › Wirksamkeit, Machbarkeit und Kosteneffizienz: Eine grosse Entstigmatisierungskampagne, deren Nachhaltigkeit nicht garantiert werden kann, wäre z.B. wenig wirksam und kosteneffizient.
- › Nachhaltigkeit: Die Massnahmen sollten immer mit Blick auf eine mögliche Integration in Regelstrukturen ausgewählt werden.
- › Multisektorale Zusammenarbeit: Diese sollte gesucht und das Thema psychische Gesundheit in anderen Ressorts verankert werden. Relevante Ressorts sind Umwelt, Soziales, Arbeit, Bildung, Strafrecht und Wohnen (WHO Europa 2005). Dies kann durch die Einbindung der verschiedenen Akteure in die politische Steuergruppe geschehen.
- › Nutzung von bestehenden Strukturen und Projekten und Verankerung des Themas psychische Gesundheit → Kosteneffizienz und Nachhaltigkeit.
- › Berücksichtigung der Qualitätskriterien von Gesundheitsförderung Schweiz (www.quintessenz.ch) für Interventionen im Bereich Förderung der psychischen Gesundheit und Primärprävention, welche sich auf internationale Public-Health-Grundsätze stützen (siehe auch Kap. 4.2.1):
 - › Ressourcenorientierung: salutogenetischer Ansatz,
 - › Empowerment-Ansatz,
 - › Einbezug der Zielgruppe (Partizipation),
 - › Gesundheitliche Chancengleichheit (Gender, Alter, Migration).
- › Lokaler Ansatz: Massnahmen, die auf lokale Ansätze, d.h. in den Gemeinden ansetzen, haben sich beispielsweise bei Gesundheitsförderung Schweiz als wirksam erwiesen, da dort bestehende Ressourcen gut abgeholt werden können. Meist sei es jedoch nicht einfach und aufwändig, die Gemeinden zu erreichen, da es eine Vielzahl von Gemeinden gibt.

6. EVALUATIONSKONZEPT

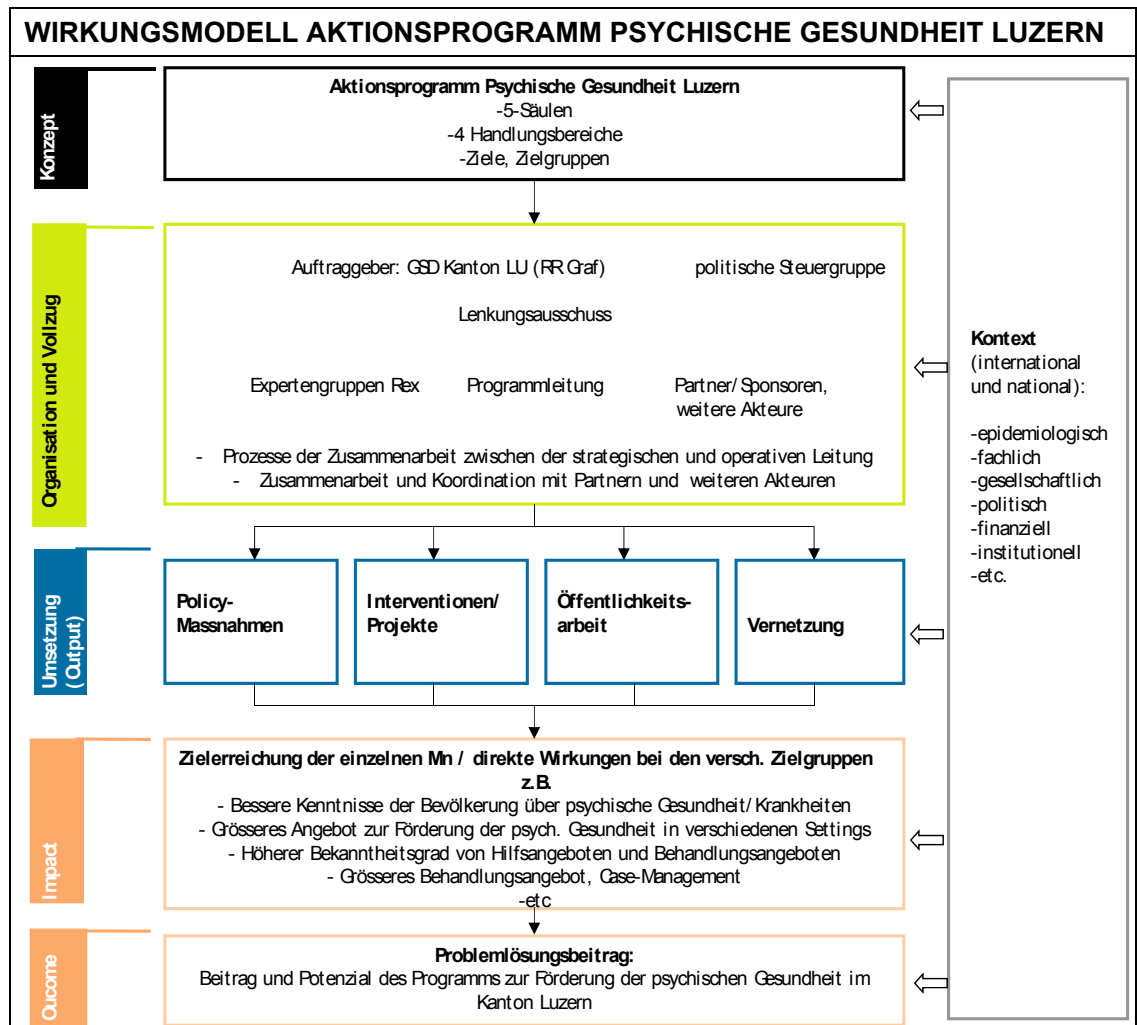
Das Evaluationskonzept bildet die Grundlage für die Evaluation des Programms im Jahr 2014. Es beschreibt die Evaluationsgegenstände, die Evaluationsfragen und -kriterien sowie die Methodik mit der die Evaluationsfragen beantwortet werden können. Ziel des Evaluationskonzepts ist es, die für die Evaluation notwendigen Daten und Informationen frühzeitig zu kennen, damit diese im Laufe des Programms bereitgestellt werden können. Die Evaluation beinhaltet sowohl eine summative als auch eine formative Funktion.

6.1. EVALUATIONSGEGENSTÄNDE UND WIRKUNGSMODELL

Bei Programmevaluationen orientieren wir uns am Konzept des Policy-Zyklus (vgl. Bussmann et al. 1997 oder Knoepfel et al. 2006) und definieren fünf Evaluationsebenen oder -gegenstände:

- › Programmkonzept,
- › Programmorganisation/Vollzug,
- › Programmumsetzung/Leistungen/Massnahmen (Output),
- › Direkte Wirkungen des Programms bzw. der einzelnen Massnahmen (Outcome),
- › Weiterreichende Wirkungen oder Problemlösungsbeitrag des Programms (Impact).

Die Evaluationsgegenstände können anhand des folgenden Wirkungsmodells näher beschrieben werden (vgl. Figur 23). Auf Basis des Wirkungsmodells werden nachfolgend die Evaluationsfragen und -kriterien, die benötigten Datengrundlagen und das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Evaluationsfragen näher definiert.



Figur 24

6.2. EVALUATIONSFRAGEN UND KRITERIEN

Die Beurteilung des Aktionsprogramms psychische Gesundheit Luzern kann in Anlehnung an die klassischen Evaluationskriterien (vgl. Knoepfel et al. 1997) erfolgen:

- › Konzept: Zweckmässigkeit (Relevanz, Angemessenheit, Kohärenz,)
- › Umsetzung: Zweckmässigkeit (Eignung, Angemessenheit), Effizienz,
- › Leistungen (Output): Angemessenheit, Nachhaltigkeit, Effizienz,
- › Wirkungen (Impact, Outcome): Wirksamkeit, Nachhaltigkeit, Grad der Zielerreichung.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Evaluationskriterien und -fragen, welche sich aus unserer Sicht aus dem Aktionsprogramm psychische Gesundheit ergeben:

EVALUATIONSGEGENSTÄNDE, -KRITERIEN UND -FRAGEN	
Kriterien	Evaluationsfragen
1. Konzept	
Relevanz, Angemessenheit, Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> › Sind die Ziele, Zielgruppen und Inhalte des Aktionsprogramms vor dem Hintergrund der Situation in Luzern relevant und angemessen? › Wurden die Prioritäten angesichts der Situation in Luzern richtig gesetzt? › Wie werden die Ziele und Inhalte des Programms von Akteuren im Bereich psychische Gesundheit in Luzern beurteilt? › Inwiefern sind die Ziele und Inhalte mit nationalen und internationalen Strategien und Programmen kohärent?
2. Organisation und Umsetzung	
Eignung für die Zielerreichung, Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> › Ist die Organisationsform für die Erreichung der Ziele geeignet? › Hat sich die Organisationsform bewährt (Behördenarrangement) bzw. welche Elemente bewähren sich und welche nicht? <ul style="list-style-type: none"> › Strategische Leitung: Lenkungsausschuss, politische Steuergruppe › Programmleitung › Expertengruppen › Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren › Sind die eingegangenen Partnerschaften geeignet, die Ziele des Aktionsprogramms zu erreichen? Erfolgte eine Zusammenarbeit und wie hat sich diese bewährt? Findet ein Wissenstransfer statt? › Sind die Organisationsstruktur und das Projektmanagement effizient?
3. Leistungen (Output)	
Angemessenheit, Nachhaltigkeit, Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> › Welche Leistungen wurden im Rahmen des Aktionsprogramms erbracht? <ul style="list-style-type: none"> › Nach Säule und Handlungsbereich › Sind die umgesetzten Massnahmen/Projekte in konzeptioneller Hinsicht kohärent? › Sind die umgesetzten Massnahmen/Projekte für die Zielerreichung des Aktionsprogramms geeignet? Inwiefern basieren die lancierten Projekte auf wissenschaftlich fundierten Ansätzen? › Wie sind Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Massnahmen/Projekte zu beurteilen? › Sind die Massnahmen/Projekte von den wichtigsten Partnern akzeptiert? › Sind die im Rahmen der Projekte erbrachten Leistungen nachhaltig? › Sind die in das Programm investierten Ressourcen optimal eingesetzt?
4. Wirkungen (Outcome)	
Wirksamkeit (Grad Zielerreichung), Nachhaltigkeit, Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> › Welche Wirkungen konnten bisher mit den einzelnen Massnahmen/Projekten erzielt werden? › Können die Ziele der einzelnen Säulen erreicht werden? › Sind die direkten Wirkungen der Projekte nachhaltig?
5. Problemlösungsbeitrag (Impact)	
Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> › In welchem Mass ist das Aktionsprogramm (Ziele, Massnahmen etc.) zur Lösung der Probleme im Bereich psychische Gesundheit geeignet? › Was ist der potenzielle Beitrag des Aktionsprogramms zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kanton Luzern?
6. Gesamtbeurteilung	
	<ul style="list-style-type: none"> › Hat sich das Aktionsprogramm psychische Gesundheit Luzern bewährt? Was sind die Stärken und Schwächen des Programms? › In welchem Mass wurden die Ziele des Programms erfüllt? › Wie könnte das Programm optimiert werden?

6.3. METHODIK

Im folgenden Kapitel werden das Vorgehen und die Forschungsmethoden zur Beantwortung der Evaluationsfragen beschrieben. Zur Beurteilung der verschiedenen Evaluationsgegenstände und –fragen muss ein Mix an verschiedenen Methoden eingesetzt werden. Das Vorgehen wird entlang der Evaluationsgegenstände dargestellt:

Konzept

Auf Ebene des Konzepts sind die Relevanz, Angemessenheit und Kohärenz zu beurteilen. Dies kann durch eine *Dokumentenanalyse* und *Experteninterviews* mit verschiedenen Schlüsselpersonen beurteilt werden. Eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Relevanz und Angemessenheit bildet die Situationsanalyse. Bei der Beurteilung der Kohärenz ist von besonderer Bedeutung, unterschiedliche Blickwinkel zur Kohärenzfrage abzudecken, d.h. interne und externe Gesprächspartner zu interviewen.

Organisation und Umsetzung

Zur Beurteilung der Eignung der Organisation und Umsetzung sowie deren Effizienz stehen *Einschätzungen von Schlüsselpersonen* im Vordergrund. Auch hier sollten interne und externe Gesprächspartner interviewt werden.

Leistungen/Output

Die Beurteilung der Angemessenheit, Effizienz und Nachhaltigkeit kann auf Basis von *Experteninterviews* erfolgen:

- › Bezüglich der Angemessenheit und Effizienz (resp. Wirtschaftlichkeit) der Leistungen des Aktionsprogramms Outputebene ist zu fragen, ob die Leistungen den Zielen entsprechen und ob die für die Umsetzung verwendeten Ressourcen optimal eingesetzt wurden.
- › Nachhaltigkeit: Das Kriterium der Nachhaltigkeit stellt auf Ebene des Outputs die Frage, inwiefern Strukturen eingerichtet werden konnten, die auf lange Frist Bestand haben und inwiefern diese Strukturen sich selbst tragen können. Die Institutionalisierung beruht nicht allein auf finanziellen Ressourcen, die auch nach Ablauf der Massnahmen weiter notwendig sein können, sondern auf sozialen Netzwerken, die unterschiedlich eng sein können.

Outcome

- › Wirksamkeit der Leistungen: Hier sollte beurteilt werden, ob die Wirkungen den gesetzten Zielen entsprechen. Dazu kann ein *Soll/Ist-Vergleich* sowie ein *Vorher/Nachher-Vergleich*

angestellt werden. Die Beurteilung erfolgt zu verschiedenen Zeitpunkten (vor und nach Programmlaufzeit). Dazu ist es wichtig, die relevanten Indikatoren zu definieren und die Ausgangslage zu erheben (Baseline-Messung). Massgebend bei der Definition der Indikatoren sind die Programmziele in den verschiedenen Säulen. Die Beurteilung der Zielerreichung erfolgt durch die Messung der Zielindikatoren der 5 Säulen vor und nach der Projektlaufzeit. Die Zielindikatoren und Methoden zur Messung sind in Kap. 6.3.1 aufgeführt.

- › Effizienz: Bezüglich der Effizienz der Wirkungen ist zu fragen, ob zur Erzielung der gleichen Wirkungen weniger Ressourcen eingesetzt werden könnten bzw. ob mit den gleichen Ressourcen ein höherer Zielerreichungsgrad möglich wäre. Zur Beurteilung der Effizienz auf den beiden Wirkungsebenen werden einerseits *Experteninterviews* herangezogen und zweitens Quervergleiche zwischen den Massnahmen im Rahmen des Aktionsprogramms gezogen.
- › Nachhaltigkeit: Hier steht die Frage im Vordergrund, inwieweit die mit dem Aktionsprogramm erzielten Wirkungen hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Gesundheit über die eigentliche Intervention hinaus bestehen. Dies betrifft zum einen die bereits erwähnte Institutionalisierung von Strukturen, zum anderen das individuelle Gesundheitsverhalten, das sich auf lange Sicht hin verändern soll. Die Beurteilung dieser Fragen kann ebenfalls auf Basis von *Experteninterviews* erfolgen.

Impactebene/Problemlösungsbeitrag

Der Impact des Aktionsprogramms psychische Gesundheit bzw. die Wirkungen auf die psychische Gesundheit der Luzerner Bevölkerung ist eher längerfristiger zu erwarten. Dennoch sollte die Evaluation eine Baseline-Erhebung zu Indikatoren der psychischen Gesundheit beinhalten, damit die langfristigen Wirkungen in Zukunft gemessen werden können. Aus unserer Sicht muss hier allerdings keine neue Erhebung durchgeführt werden. Zum psychischen Gesundheitszustand und den Ressourcen und Risikofaktoren wird im Rahmen der *Schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS* eine Reihe von bewährten Indikatoren erhoben, die für die Impact-Messung geeignet wären. Dazu gehören bspw. das subjektive psychische Wohlbefinden, depressive Symptome, Kontrollüberzeugung etc. (vgl. Kap. 3.1). Diese Erhebung wird im Jahr 2012 durchgeführt und kann somit als Baseline-Erhebung dienen. Für den Kanton Luzern können aus dieser Befragung repräsentative Ergebnisse herausgezogen werden, da der Kanton Gebrauch davon gemacht hat, seine Stichproben mit eigenen Mitteln aufzustocken und dadurch einen Stichprobenumfang zu erhalten, der ihm zuverlässige Analysen auf kantonaler Ebene erlaubt.

Folgende Tabelle stellt die zur Beantwortung der Evaluationsfragen gewählten Methoden dar:

<i>Evaluationsfragen (gekürzt)</i>	<i>Methoden</i>
KONZEPT › Sind die Ziele, Zielgruppen und Inhalte des Aktionsprogramms relevant und angemessen? › Wurden die Prioritäten angesichts der Situation in Luzern richtig gesetzt? › Inwiefern sind die Ziele und Inhalte mit nationalen und internationalen Strategien und Programmen kohärent?	› Dokumentenanalyse: › Programmdokumente › Situationsanalyse › Nationale und internationale Literatur zu Strategien und Programmen › Experteninterviews mit internen und externen Schlüsselpersonen
ORGANISATION UND UMSETZUNG › Ist die Organisationsform für die Erreichung der Ziele geeignet? › Sind die eingegangenen Partnerschaften geeignet, die Ziele des Aktionsprogramms zu erreichen? › Sind die Organisationsstruktur und das Projektmanagement effizient?	› Dokumentenanalyse: Programmdokumente › Experteninterviews mit internen und externen Schlüsselpersonen
LEISTUNGEN /OUTPUT › Welche Leistungen wurden im Rahmen des Aktionsprogramms erbracht? › Sind die umgesetzten Massnahmen/Projekte in konzeptioneller Hinsicht kohärent? › Sind die umgesetzten Massnahmen/Projekte für die Zielerreichung des Aktionsprogramms geeignet? Inwiefern basieren die lancierten Projekte auf wissenschaftlich fundierten Ansätzen? › Wie sind Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Massnahmen/Projekte zu beurteilen? › Sind die Massnahmen/Projekte von den wichtigsten Partnern akzeptiert? › Sind die im Rahmen der Projekte erbrachten Leistungen nachhaltig? › Sind die in das Programm investierten Ressourcen optimal eingesetzt?	› Dokumentenanalyse: Programmdokumente/Selbstevaluationen › Experteninterviews mit internen und externen Schlüsselpersonen
WIRKUNGEN (OUTCOME) › Welche Wirkungen konnten bisher mit den einzelnen Massnahmen/Projekten erzielt werden? › Können die Ziele der einzelnen Säulen erreicht werden? › Sind die direkten Wirkungen der Projekte nachhaltig?	› Befragung der Bevölkerung zur Mental Health Literacy und zur Kenntnis der Angebote › Dokumentenanalyse (Selbstevaluationen der getroffenen Massnahmen) › Erhebung des Bestands der Angebote › Qualitative Befragung von Anbietern und Fachleuten sowie Arbeitgebern (vgl. Kap. 6.3.1)
WIRKUNGEN / IMPACT › In welchem Mass ist das Aktionsprogramm (Ziele, Massnahmen etc.) zur Lösung der Probleme im Bereich psychische Gesundheit geeignet? › Was ist der potenzielle Beitrag des Aktionsprogramms zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kanton Luzern?	› Experteninterviews mit internen und externen Schlüsselpersonen › Sekundärdatenanalyse: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Kontextanalyse

Für die Analyse der Umsetzung wie auch für die Beurteilung der Wirksamkeit der Strategie ist es unumgänglich, die untersuchten Prozesse und ihre Wirkungen in ihren Kontext zu setzen. Dies beinhaltet die Frage, welche externen Bedingungen Einfluss auf die Umsetzung des Aktionsprogramms haben. Der Kontext kann zusammen mit der Wirksamkeitsanalyse erhoben werden.

6.3.1. MESSUNG DER ZIELERREICHUNG

Im Folgenden sind die Methoden zur Messung des Outcomes bzw. zur Zielerreichung auf die einzelnen Ziele herunter gebrochen. Dies soll zu einer effektiven Planung von einzelnen Massnahmen beitragen und letztendlich die Evaluation der Zielerreichung erleichtern.

INDIKATOREN UND METHODEN ZUR MESSUNG DER ZIELERREICHUNG		
Ziele	Indikatoren	Methode Messung
Säule 1: Sensibilisierung und Entstigmatisierung		
Der Informationsstand der Bevölkerung zur Bedeutung der psychischen Gesundheit sowie zu den Symptomen, Ursachen und Folgen von psychischen Störungen und zur Suizidprävention hat sich verbessert.	Informationsstand der Bevölkerung (Mental-Health Literacy)	Befragung Bevölkerung (2 Zeitpunkte)
Säule 2: Förderung der psychischen Gesundheit		
Vulnerable Zielgruppen haben nach Ende der Projektlaufzeit ein vergrössertes zielgruppengerechtes und wirksames Angebot zur Förderung ihrer psychischen Gesundheit und nutzen dieses. Das Angebot zielt darauf ab, die Resilienz und das Kohärenzgefühl zu verbessern und ein für die psychische Gesundheit förderliches Umfeld bereit zu stellen.	<ul style="list-style-type: none"> › zusätzliche Angebote › Ziele und Inhalte des Angebots › Inanspruchnahme des Angebots 	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstevaluation Massnahmen/Projekte › Erhebung Bestand der Angebote
Säule 3: Früherkennung und Frühintervention		
Die Bevölkerung und Fachpersonen haben bessere Kenntnisse und Möglichkeiten, psychische Störungen und Suizidgefährdung bei sich und anderen Personen zu erkennen und geeignete Massnahmen zu ergreifen.	<ul style="list-style-type: none"> › Getroffene Massnahmen › Informationsstand über psychische Störungen und Suizidgefährdung (Symptome, Interventionsmöglichkeiten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstevaluation der Massnahmen/Projekte › Befragung Bevölkerung (2 Zeitpunkte) › Befragung Fachpersonen/Arbeitgeber (qualitativ)
Die Bekanntheit von bestehenden Behandlungsangeboten bei psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen hat sich nach Ende der Projektlaufzeit verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> › Bekanntheit des Angebots bei psychisch Kranken und ihren Angehörigen › Inanspruchnahme des Angebots durch psychisch Kranke 	<ul style="list-style-type: none"> › Befragung psychisch Kranke und Angehörige <ul style="list-style-type: none"> › Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung (quantitativ) › bei Anbietern/Fachleuten von niederschweligen Einrichtungen (qualitativ)
Im Sinne von Public Health Massnahmen sind die Gelegenheiten, Suizid zu begehen, nach Ende der Projektlaufzeit eingeschränkt.	<ul style="list-style-type: none"> › Getroffene Massnahmen zur Suizidprävention (Verhältnisprävention) 	<ul style="list-style-type: none"> › Erhebung der getroffenen Massnahmen

Säule 4: Behandlung und Rehabilitation		
Das bestehende Angebot hat sich im niederschweligen und ambulanten Bereich vergrössert und die Wartezeiten für Behandlungsplätze haben sich verkürzt.	<ul style="list-style-type: none"> › Getroffene Massnahmen › Bestand Angebot (Anzahl Anbieter, Plätze etc.) › Wartezeiten für Behandlungsplätze 	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstevaluation getroffener Massnahmen › Erhebung des Angebots: Befragung der Anbieter/Verbände (qualitativ)
Fachpersonen sind in der Früherkennung von Suizidgefährdung geschult.	<ul style="list-style-type: none"> › Durchgeführte Schulungen › Anzahl Teilnehmende › Ziele und Inhalte der Schulungen 	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstevaluation der Massnahmen/Projekte
Säule 5: Reintegration		
Psychisch kranken Menschen steht ein grösseres Angebot für ihre soziale und berufliche Reintegration zur Verfügung.	<ul style="list-style-type: none"> › Getroffene Massnahmen › Bestand Angebot (Anzahl Anbieter, Plätze etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstevaluation der Massnahmen › Erhebung des Angebots: Befragung der Anbieter/Verbände (qualitativ)
Arbeitgeber sind vermehrt für die Belange von psychisch kranken Menschen sensibilisiert und für die Reintegration motiviert.	<ul style="list-style-type: none"> › Getroffene Massnahmen › Informationsstand Arbeitgeber › Umgesetzte und geplante Massnahmen durch die Arbeitgeber 	<ul style="list-style-type: none"> › Selbstevaluation der Massnahmen › Befragung Arbeitgeber, bei denen Massnahmen getroffen wurden (qualitativ)

Tabelle 7

Wie in der Tabelle ersichtlich ist, stehen für die Evaluation der Angemessenheit und Wirksamkeit der Leistungen des Aktionsprogramms die folgenden Methoden im Vordergrund:

- › Befragung der Bevölkerung zur Mental Health Literacy und zur Kenntnis der Angebote,
- › Selbstevaluationen der getroffenen Massnahmen,
- › Erhebung des Bestands der Angebote,
- › Qualitative Befragung von Anbietern und Fachleuten sowie Arbeitgebern.

Bevölkerungsbefragung zur Mental Health Literacy und Kenntnis der Angebote

Durch die Bevölkerungsbefragung soll die Verbesserung des Wissens und die Sensibilisierung der Bevölkerung in Bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit gemessen werden. Wissen und Sensibilisierung bilden nicht nur wichtige Voraussetzungen für die Entstigmatisierung, sondern auch für die Früherkennung von psychischen Krankheiten. Insofern können durch die Bevölkerungsbefragung die Ziele der Säule 1 und zum Teil der Säule 3 abgedeckt werden. Die Erhebung muss zu zwei Zeitpunkten erfolgen, um die Verbesserung aufzeigen zu können. Um die Kosten in einem angemessenen Rahmen zu halten, können für die Baseline-Messung aus unserer Sicht Indikatoren der Mental-Health Literacy-Befragung, die im Rahmen des LBGD im Jahr 2008 bei rund 800 Personen durchgeführt wurde, herangezogen werden. Die Umfrage zur Mental-Health-Literacy enthält u.a. die folgenden Indikatoren zum Wissen über die psychische Gesundheit in der Luzerner Bevölkerung:

- › Subjektiver Wissensstand über das Thema Depression,
- › Wissen über Symptome und Ursachen von Depression,
- › Informationskanäle zur Depression,
- › Betroffenheit im Umfeld,
- › Einschätzung über die Wichtigkeit der Information der Bevölkerung zum Thema Depression,
- › Einschätzung zum Handlungsbedarf bei einer Depression,
- › Bewältigungsempfehlungen im Fall einer Depression,
- › Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung einer Depression,
- › Unterstützungsempfehlungen im Fall eine Depression.

In der Follow-Up-Erhebung können diese Indikatoren mit weiteren interessierenden Indikatoren ergänzt werden, wobei bei diesen Indikatoren keine Verbesserung gemessen werden kann.

Selbstevaluation der getroffenen Massnahmen:

Die Beurteilung der im Rahmen des Aktionsprogramms umgesetzten Massnahmen und Projekte kann durch Selbstevaluationen unterstützt werden. Die Selbstevaluationen sollten Auskunft geben über die Ziele, Inhalte und Umfang des Angebots/der Massnahme, die Inanspruchnahme sowie Hinweise auf Wirkungen bei den Zielgruppen. Dazu sollten die Projektverantwortlichen die erforderlichen empirischen Informationen erheben und über deren Entwicklung Bericht erstatten. Die Indikatoren sollten einen engen Bezug zu den Zielen der 5. Säule haben und messbar sein. Idealerweise werden im Rahmen der Selbstevaluation Wirkungen auf die Zielgruppe (z.B. Fachpersonen im Rahmen eines Schulungsangebots) durch einen Evaluationsfragebogen oder eine Follow-Up-Befragung erfasst.

Erhebung des Angebotsbestands

Zusätzlich zu der Erhebung der getroffenen Massnahmen im Rahmen des Aktionsprogramms kann eine Erhebung des Angebotsbestands im Bereich psychische Gesundheit durchgeführt werden. Die Situationsanalyse kann dazu als Baseline-Erhebung dienen. Durch den Vergleich des Angebotsbestands kann sodann beurteilt werden, ob die in der Situationsanalyse aufgedeckten Lücken geschlossen werden konnten.

Qualitative Befragung von Anbietern/Fachleuten/Arbeitgebern

Ergänzend zur Erhebung des Angebotsbestands erscheint uns eine qualitative Befragung von Anbietern und Fachleuten sinnvoll, um beurteilen zu können, inwiefern die im Rahmen des Aktionsprogramms geschaffenen Angebote den Bedarf decken können. Im Rahmen der Befragungen können konkretere Informationen zum Angebot (Anzahl zusätzliche Plätze, Wartezeiten etc.) sowie zur Inanspruchnahme eingeholt werden. Zudem kann diese Zielgruppe zu ihren Einschätzungen über die Wirkungen des Aktionsprogramms (Kenntnisstands der Zielgruppen über das Angebot etc.) befragt werden.

Zudem sollten die Wirkungen des Aktionsprogramms auf Arbeitgeber als wichtige Schlüsselakteure im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit, der Früherkennung und Reintegration stichprobenmässig erfasst werden. Dazu bietet sich eine qualitative Befragung bei Arbeitgebern an, welche an einer Massnahme im Rahmen des Aktionsprogramms teilgenommen haben. Soll die Wirkung des Aktionsprogramms auf die Gesamtheit der Arbeitgeber erhoben werden, kann alternativ eine quantitative Stichprobenbefragung durchgeführt werden. Diese ist allerdings mit einem etwas höheren Aufwand verbunden.

ANHANG

INTERVIEWPARTNERINNEN

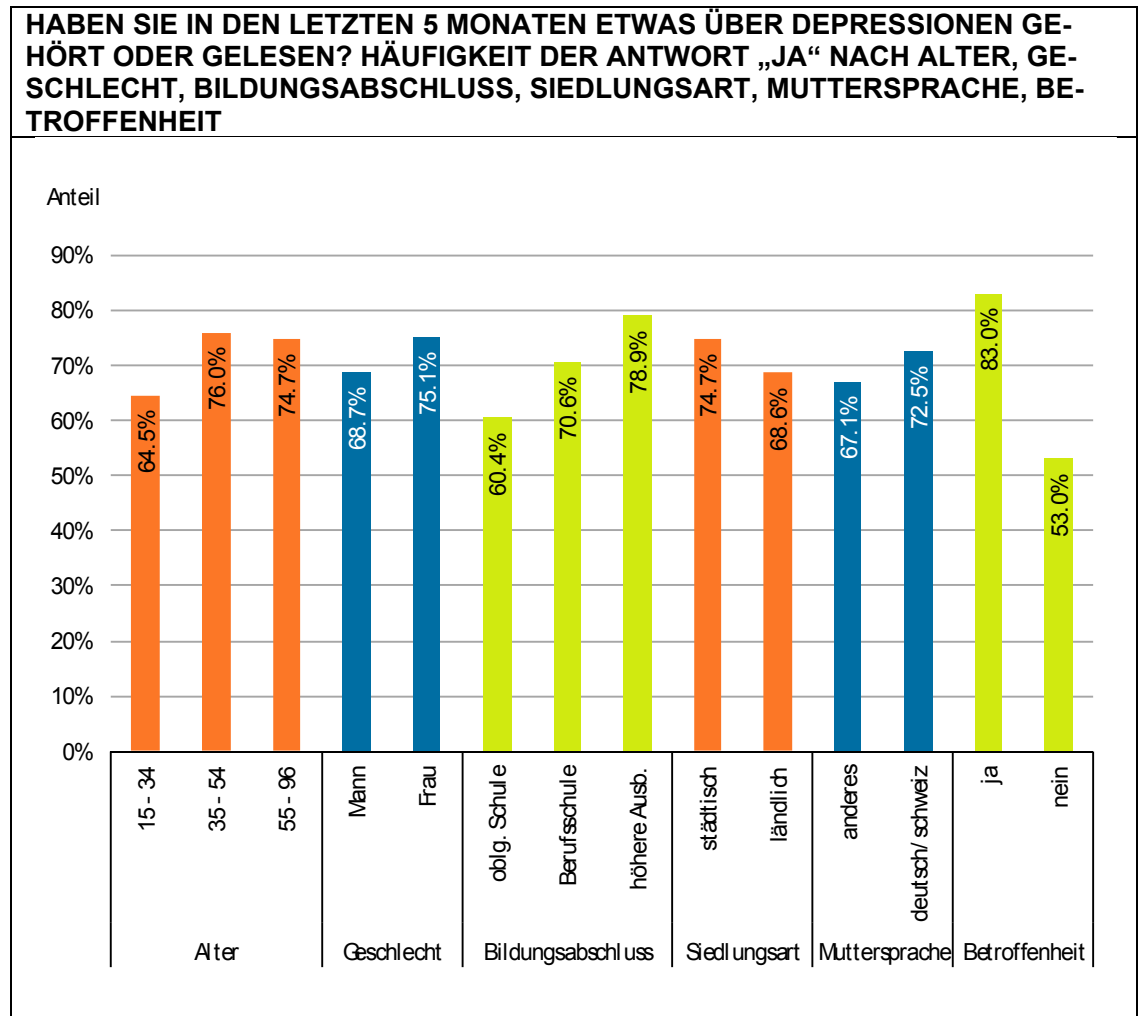
- › Dr. Fabienne Amstad, Fachspezialistin BGM, Gesundheitsförderung Schweiz
- › Michèle Bowley, Programmleiterin
- › Marta Bühler, Geschäftsleiterin traversa
- › Mauro Deganello, Bereichsleiter Psychiatrische Betreuung Spitex Luzern
- › Irmgard Dürmüller, Leiterin Dienststelle Soziales und Gesellschaft, Mitglied Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention
- › Priska Furger, Leiterin Sozialberatung Migros Luzern
- › Guido Graf, Regierungsrat, Vorsteher Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern
- › Dr. med. Roger Harstall, Kantonsarzt
- › Dr. med. Thomas Heinimann, Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste Luzerner Psychiatrie
- › Brigitte Hirter, Bereichsleiterin Eingliederung IV-Stelle Luzern
- › Heinz Hunkeler, Equilibrium
- › Dr. Thomas Joller, Leiter Dienststelle Umwelt und Energie, Mitglied Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention
- › Dr. med. Johannes Kasper, Präsident Vereinigung der PsychiaterInnen des Kantons Luzern (VPLU)
- › Dr. med. Karel Kraan, Chefarzt Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie
- › Dr. med. Julius Kurmann, Chefarzt Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie
- › Mirjam Müller-Bodmer, Sozialvorsteherin Meggen
- › Daniella Nosetti-Bürgi, Präsidentin Verband PsychotherapeutInnen Zentralschweiz (VPZ)
- › Dr. Regula Rička, Bundesamt für Gesundheit
- › Dr. Hans-Peter Roost, Stv. Kantonsarzt, Dienststelle Gesundheit Luzern
- › Simone Rüd, Synodalrätin Römisch-katholische Landeskirche Luzern, Spitalseelsorgerin
- › Dr. med. Adelheid Schneider-Gilg, Vizepräsidentin Vereinigung Luzerner Hausärzte (VLUHA)
- › Dr. med. Helena Shang Meier, Leitende Ärztin Luzerner Höhenklinik Montana
- › Elisabeth Ulli, Leiterin Personal Region Nord/Ost von Emmi
- › Dr. Charles Vincent, Leiter Volksschulbildung, Mitglied Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention
- › Patrick Weibel, Leiter Leistungen Unternehmensgeschäft CSS
- › Barbara Weil, Leiterin Abteilung Gesundheit und Prävention FMH, Geschäftsleiterin Ipsilon
- › Herbert Willmann, Fachstelle für Suchtprävention DFI

POLITISCHE VORSTÖSSE

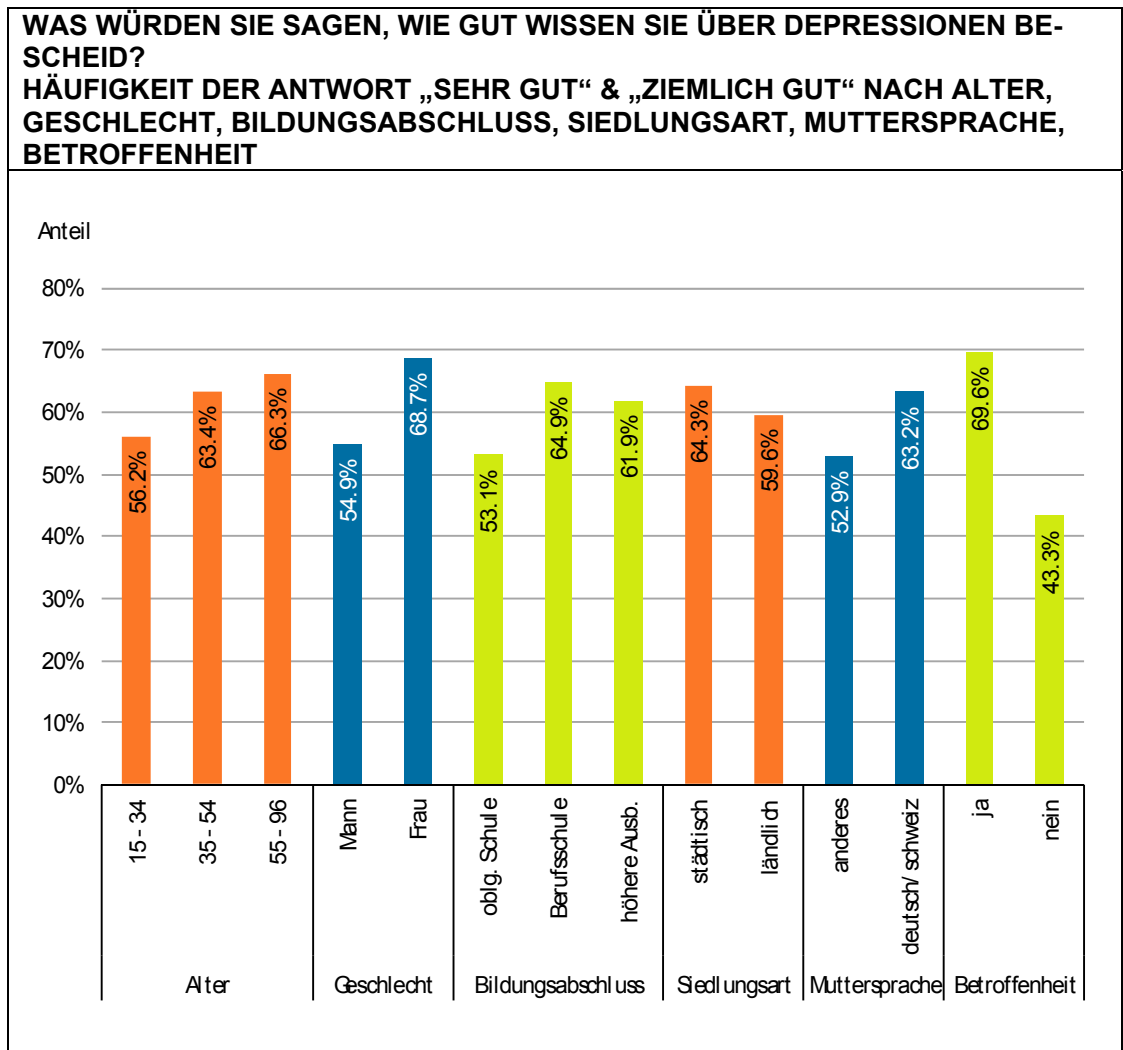
Politische Vorstösse in der Schweiz

- › 06 2010 Motion: IV. Wiedereingliederung durch Aufklärungskampagne über die psychischen Krankheiten (Andy Tschümperlin, Nationalrat Kt. SZ)
- › 12 2009 Interpellation: Integration von psychisch Kranken. Strategie des BSV (Silvia Schenker, Nationalrätin Kt. BS)
- › 09 2008 Motion: Gemeinsam gegen Suizid (Hans Widmer, Nationalrat Kt. LU)
- › 06 2008 Postulat: Kampf der hohen Zahl von Suiziden in der Schweiz (Bea Heim, Nationalrätin Kt. SO)
- › 06 2008 Interpellation: Suizidprävention seit 2005 (Hans Widmer, Nationalrat Kt. LU)
- › 06 2008 Interpellation: Prävention von Suizid bei jungen Menschen. Verpflichtungen einhalten (Liliane Maury Pasquier, Ständerätin Kt. GE)
- › 10 2007 Interpellation: Förderung der psychischen Gesundheit (Felix Gutzwiller, Nationalrat Kt. ZH, heute Ständerat Kt. ZH)
- › 10 2007 Interpellation: Psychische Gesundheit. Koordinierte Massnahmen zugunsten der Bevölkerung (Urs Schwaller, Ständerat Kt. FR)
- › 03 2007 Motion: Psychische Gesundheit der Bevölkerung. Nachhaltige Massnahmen (Felix Gutzwiller, Felix Gutzwiller, Nationalrat Kt. ZH, heute Ständerat Kt. ZH)
- › 06 2006 Interpellation: Europäische Erklärung und Aktionsplan zur psychischen Gesundheit (Pascale Bruderer, Nationalrätin Kt. AG)
- › 04 2006 Interpellation: Kampf gegen den Stress (Francine John-Calame, Nationalrätin Kt. NE)

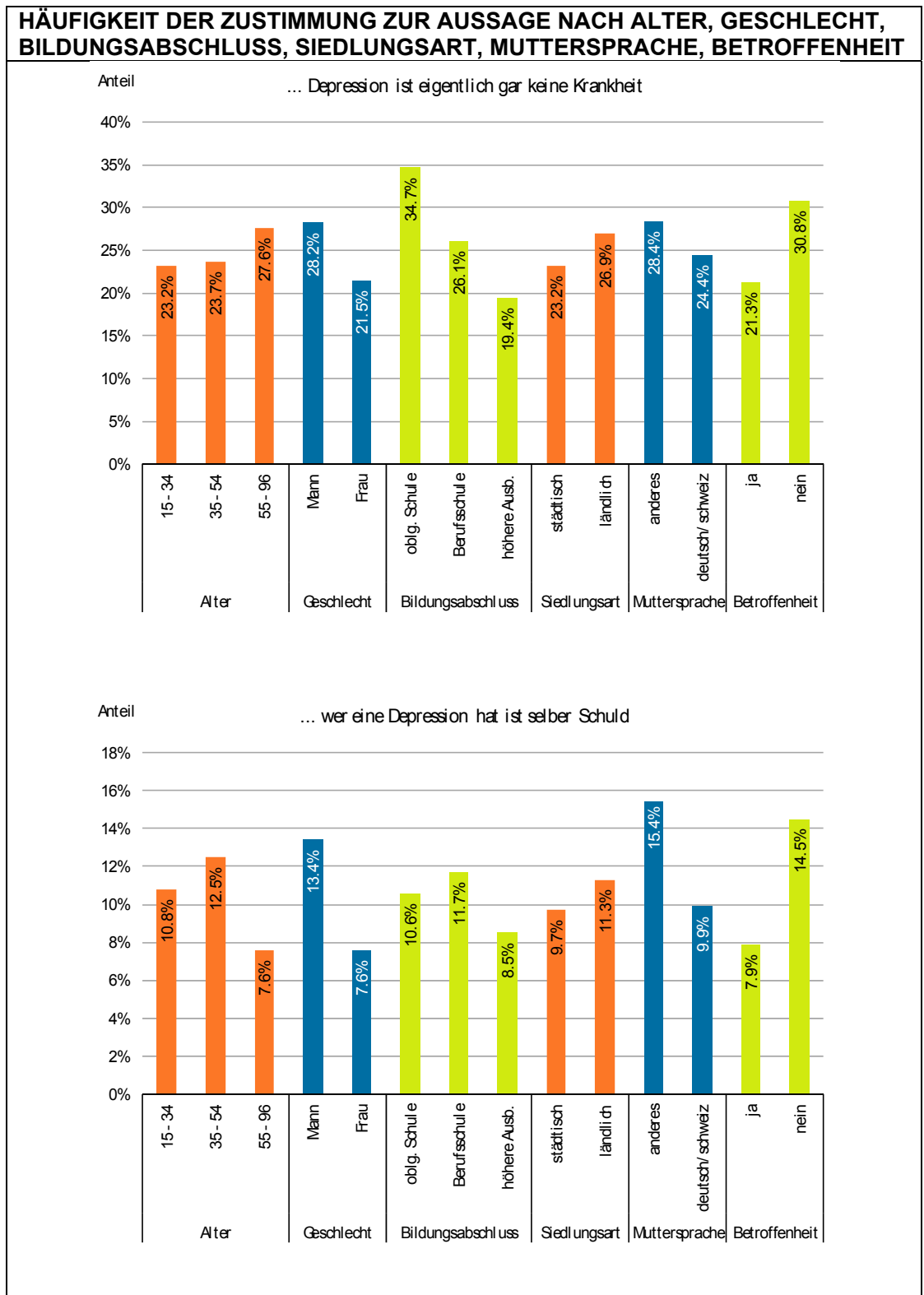
DETAILERGEBNISSE MENTAL HEALTH LITERACY STUDIE



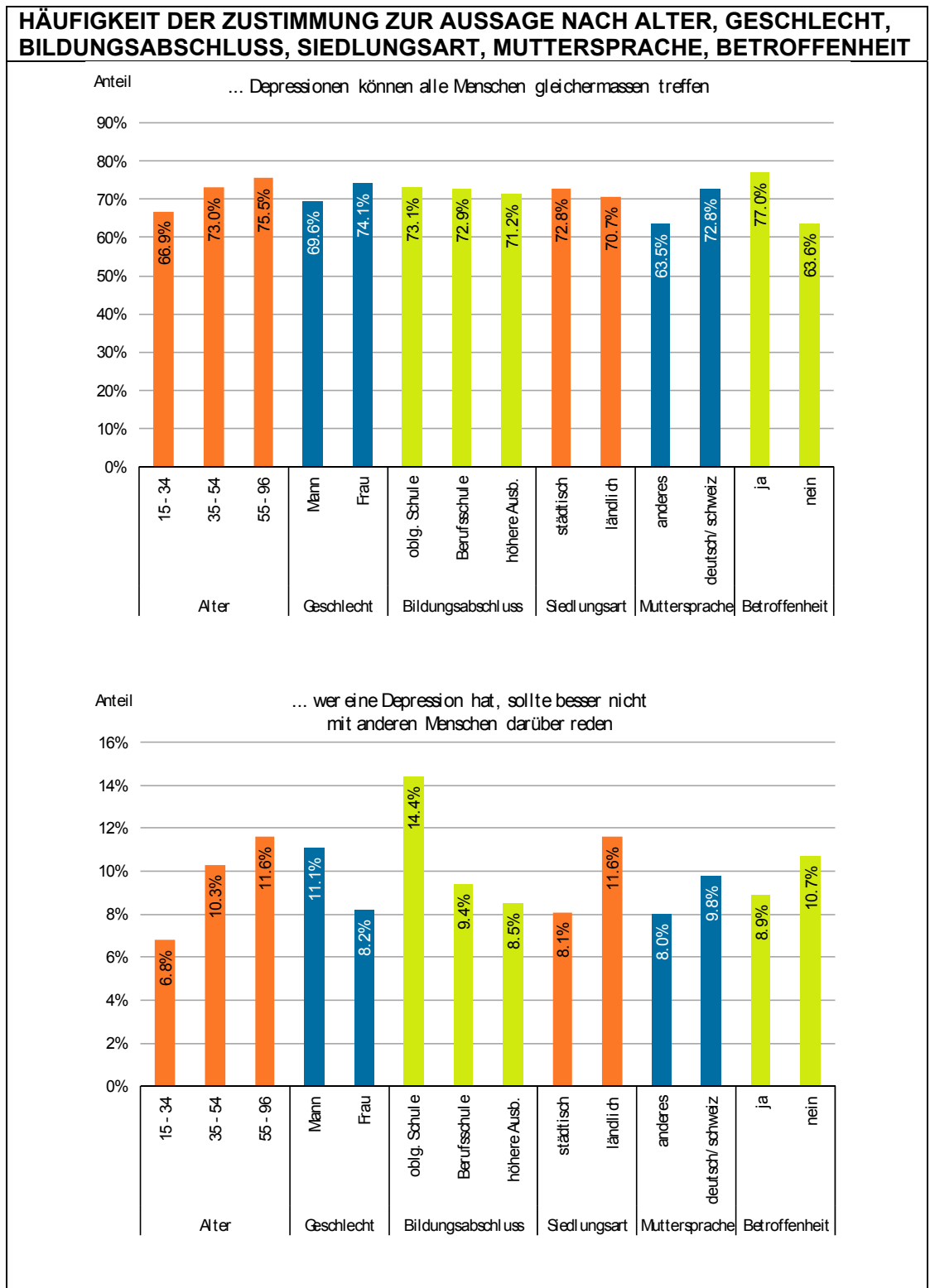
Figur 25 Quelle: Schmid et al. 2008.



Figur 26 Quelle: Schmid et al, 2008.



Figur 27 Quelle: Schmid et al. 2008.



Figur 28 Quelle: Schmid et al, 2008.

ZIELE GEMÄSS KONZEPT-ENTWURF

- › Ziel 1: Die Bevölkerung wird über die Bedeutung der psychischen Gesundheit informiert, im Speziellen über die positiven Aspekte der psychischen Gesundheit. Die Kenntnisse über die Folgen von psychischen Störungen nehmen in der Bevölkerung zu. Ein angstfreier Umgang mit psychisch Erkrankten führt zur Integration dieser Menschen in das tägliche Leben.
- › Ziel 2: Die Psychische Gesundheit wird durch geeignete Projekte zielgruppengerecht gefördert.
- › Ziel 3: Die Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Suizidgefährdung wird verbessert. Die Bekanntheit von kantonalen und nationalen Hilfsangeboten für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen wird vergrössert.
- › Ziel 4: Die Bekanntheit von bestehenden Behandlungsangeboten bei psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen wird verbessert. Wichtige Behandlungslücken sollen eruiert und nach Möglichkeit geschlossen werden.
- › Ziel 5: Die soziale und berufliche Reintegration psychisch kranker Menschen soll im Kanton Luzern stärker verankert und weiter ausgebaut werden.

MÖGLICHE MASSNAHMEN

Im Folgenden sind mögliche Massnahmen zur Umsetzung des Konzepts aufgeführt. Die Massnahmenvorschläge basieren auf Vorarbeiten für den Konzeptentwurf, Ergänzung durch Vorschläge im Rahmen der Befragung sowie Ergänzungen im Rahmen des Expertenworkshops am 5. Juli 2011. In dem Katalog sind die Priorisierungen dieser Massnahmen, die bei dem Expertenworkshop getroffen wurden, ebenfalls aufgeführt. Daraus lässt sich erkennen, welche Massnahmen für die ExpertInnen im Vordergrund stehen.

Im Workshop wurde den ExpertInnen zudem die Aufgabe gestellt, für einzelne Massnahmen erste Überlegungen zur konkreten Umsetzung anzustellen (Zielgruppe/Setting, Trägerschaft/ Partner, Kosten/Finanzierung, Vorgehen/erste Schritte). Die Ergebnisse sind im Anschluss an die folgenden Tabellen dargestellt.

MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH SENSIBILISIERUNG UND ENTSTIMATISIERUNG (GRUPPE 1)			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
Lobbying: Hinwirken auf die Gleichstellung von psychischen und somatischen Erkrankungen bei den Sozialversicherungen	Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik		Verbände, BAG, BSV, Santésuisse, www.aktionsbündnis.ch
Vernetzung			
Zusammenarbeit mit Gemeinden, Heimen, Vereinen, Durchführung von Aktionen usw.	Senioren	Gemeinde, Vereine, Heime	Pro Senectute Kanton Luzern, Luzerner Altersheimleiterinnen-konferenz (LAK)
	7 Punkte		
Zusammenarbeit mit betrieblicher Gesundheitsförderung	Berufstätige Bevölkerung	Betriebe, Arbeitsplatz	Arbeitgeberverband, Gewerbeverband
	3 Punkte		
Einrichtung einer Denkwerkstatt oder Koordinationsstelle für alle Fragen zur psychischen Gesundheit	Fachleute		Vereine, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen, Unternehmen
Öffentlichkeitsarbeit			
Regelmässige Berichterstattung in den Tageszeitungen (Themenwoche), Medienarbeit, Kampagnen	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	Medien, Luzerner Zeitung, Vereine und Organisationen
	6 Punkte		
Ausweitung Homepage Bündnis gegen Depression mit anderen psychischen Störungen	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	www.luzernerbuendnis.lu.ch
	2 Punkte		
Plakataktionen, z. B. „Bist Du gesund?“	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	Medien
	1 Punkt		
Vorurteile, die bei Fachleuten besonders stark verbreitet sind abbauen	Fachleute Weiterbildung in Kliniken,	Berufsverbänden	Berufsverbände, Leistungserbringer
Betroffene besuchen Schulen und setzen sich zusammen mit Lehrern und Schülern mit dem Thema auseinander	Kinder, Jugendliche	Schulen	www.gesundeschule.ch , Dienststelle Volksschulbildung, Dienststelle Gymnasialbildung
	4 Punkte		
Interventionen			
Dialog: gleichberechtigter Austausch von Erfahrungen, Wissen von Angehörigen und Betroffenen nutzen; Fachtagungen	Fachleute, Betroffene und Angehörige		Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, Berufsverbände
	2 Punkte		
MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH SENSIBILISIERUNG UND ENTSTIMATISIERUNG (GRUPPE 2)			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
Lobbying: Hinwirken auf die Gleichstellung von psychischen und somatischen Erkrankungen	Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik		Verbände, BAG, BSV, Santésuisse,
	4 Punkte		

bei den Sozialversicherungen			FMH, www.aktionsbündnis.ch
Bessere Abgeltung für psych. Behandlungen - Tarvision	2 Punkte		
Vernetzung			
Zusammenarbeit mit Gemeinden, Heimen, Vereinen, Durchführung von Aktionen	Senioren	Gemeinde, Vereine, Heime	Pro Senectute Kanton Luzern, Luzerner Altersheimleiterinnen-konferenz (LAK)
Zusammenarbeit mit betrieblicher Gesundheitsförderung	Berufstätige Bevölkerung	Betriebe, Arbeitsplatz	Arbeitgeberverband, Gewerbeverband
Einrichtung einer Denkwerkstatt oder Koordinationsstelle für alle Fragen zur psychischen Gesundheit	Fachleute		Vereine, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen, Unternehmen
Öffentlichkeitsarbeit			
Regelmässige Berichterstattung in den Tageszeitungen (Themenwoche)	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	Medien, Luzerner Zeitung, Vereine und Organisationen
Ausweitung Homepage Bündnis gegen Depression mit anderen psychischen Störungen	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	www.luzernerbuendnis.lu.ch
Plakataktionen, z. B. „Bist Du gesund?“	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	Medien
Vorurteile, die bei Fachleuten besonders stark verbreitet sind abbauen	Fachleute Weiterbildung in Kliniken,	Berufsverbänden	Berufsverbände, Leistungserbringer
Betroffene besuchen Schulen und setzen sich zusammen mit Lehrern und Schülern mit dem Thema auseinander	Kinder, Jugendliche	Schulen	www.gesundeschule.ch , Dienststelle Volksschulbildung, Dienststelle Gymnasialbildung
Interventionen			
Triolog: gleichberechtigter Austausch von Erfahrungen, Wissen von Angehörigen und Betroffenen nutzen; Fachtagungen	Fachleute, Betroffene und Angehörige		Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, Berufsverbände
MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH SENSIBILISIERUNG UND ENTSTIMATISIERUNG (GRUPPE 3)			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
Lobbying: Hinwirken auf die Gleichstellung von psychischen und somatischen Erkrankungen bei den Sozialversicherungen	Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik	3 Punkte	Verbände, BAG, BSV, Santésuisse, www.aktionsbündnis.ch
Familienpolitik (Förderung der Familie)		3 Punkte	
Stärkung des Empowerments	MigrantInnen	1 Punkt	

Vernetzung			
Zusammenarbeit mit Gemeinden, Heimen, Vereinen, Durchführung von Aktionen	Senioren	Gemeinde, Vereine, Heime	Pro Senectute Kanton Luzern, Luzerner Altersheimleiterinnen-konferenz (LAK)
Zusammenarbeit mit betrieblicher Gesundheitsförderung	Berufstätige Bevölkerung	Betriebe, Arbeitsplatz	Arbeitgeberverband, Gewerbeverband
Einrichtung einer Denkwerkstatt oder Koordinationsstelle für alle Fragen zur psychischen Gesundheit	Fachleute		Vereine, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen, Unternehmen
Öffentlichkeitsarbeit			
Regelmässige Berichterstattung in den Tageszeitungen (Themenwoche)	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	Medien, Luzerner Zeitung, Vereine und Organisationen
Ausweitung Homepage Bündnis gegen Depression mit anderen psychischen Störungen	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	www.luzerner-buendnis.lu.ch
Plakataktionen, z. B. „Bist Du gesund?“	Breite Bevölkerung	Öffentlichkeit	Medien
Vorurteile, die bei Fachleuten besonders stark verbreitet sind abbauen	Fachleute Weiterbildung in Kliniken,	Berufsverbänden	Berufsverbände, Leistungserbringer
Betroffene besuchen Schulen und setzen sich zusammen mit Lehrern und Schülern mit dem Thema auseinander	Kinder, Jugendliche	Schulen	www.gesunde-schulen.ch/ , Dienststelle Volksschulbildung, Dienststelle Gymnasialbildung
Interventionen			
Triolog: gleichberechtigter Austausch von Erfahrungen, Wissen von Angehörigen und Betroffenen nutzen; Fachtagungen	Fachleute, Betroffene und Angehörige		Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, Berufsverbände
Förderung in Ausbildung			
MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
Gesundheitsfolgenabschätzung (Umwelt, Lärm, Raumplanung, Nachhaltigkeit)	Politik Entscheidungsträger,	Gesundheitspolitik, Verwaltung	Gesundheits- und Sozialdepartement
Proaktive Massnahmen: Unternehmen/Arbeitgeber/Gemeinden/Kanton			Arbeitgeber, Gemeinden, Kanton
Vernetzung			
Gesundheitszirkel im Betrieb	Erwerbstätige Bevölkerung	Betriebe, Arbeitsplatz	Arbeitgeberverband, Gewerbeverband, Versicherungs-

			gen
Einbezug anderer Sektoren der öffentlichen Verwaltung (Umwelt, Raumplanung, Dienststelle Personal , Gemeinden)	Entscheidungsträger	Politik, Verwaltung	Dienststelle Umwelt und Energie, Dienststelle Gesundheit, andere Dienststellen in Luzern
Überregionale Player einbeziehen: kantonale und private Akteure/Institutionen vernetzen			
Rolle Kanton klären/präzisieren			
	1 Punkt		
Öffentlichkeitsarbeit			
Medien, Aktionen, Social Media, Gesundheitstipps			
Kampagne analog Krebsliga (schütze dich vor Hautkrebs) - Fokus Psyche			
Kanton als Plattform für Informationen und Dokumentationen	6 Punkte		
Interventionen			
Förderung der Lebenskompetenzen von SchülerInnen (Implementierung des Projekts MindMatters, Radix)	Jugendliche 1 Punkt	Schule	Radix, schulpsychologischer Dienst
Angebote und Beratungen zu Stress/Belastung/Ressourcen/Wohlbefinden in/mit Betrieben, (Ausbau des Projekts „Fit für starke Leistungen“; Projekt „Swing“ GF-CH)	Erwerbstätige Bevölkerung 2 Punkte	Betriebe, Arbeitsplatz	Arbeitgeberverband, Gewerbeverband, Versicherungen, Gesundheitsförderung Schweiz
Bewusstsein für Mobbing, sexuelle Belästigung stärken	Erwerbstätige Bevölkerung 2 Punkte	Betriebe, Arbeitsplatz	Arbeitgeberverband, Gewerbeverband, Versicherungen
Förderung des Austauschs zwischen Eltern zu Erziehungsthemen (z.B. Projekt „Familien Bar“)	Eltern Migrationsbevölkerung	Familie	DFI
Ausweitung Gesundheitsförderungsprojekte auf Konzepte wie Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeit etc. (z.B. Projekt Miges Balù, Purzelbaum etc.)	Kinder Migrationsbevölkerung	Vorschule, Kindergarten	Caritas, Mütter-Väter-Beratung
Erweiterung der vita parcours auf Erholungsparcours	Breite Öffentlichkeit	Öffentlicher Raum	Stiftung vita parcours
Tag für die Familie	Familien Breite Öffentlichkeit	Gemeinde	Gemeinden
gemeinsames TaiChi/Yoga auf öffentlichen Plätzen	Breite Öffentlichkeit 5 Punkte	Öffentlicher Raum	physioswiss
	Alleinstehende		

MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
Verhaltenscodex für Ärzte bei Verschreibung von Beruhigungs-, Schlaf und Schmerzmedikamenten Verschreibungspraxis	Leistungserbringer Apotheken, SD-Ärzte		Pharmasuisse, FMH, Gesundheitsdepartement
Abgabe von Analgetika (Paracetamol) nur noch gegen Rezept	Apotheken, SD-Ärzte		Pharmasuisse, FMH, Gesundheitsdepartement
Schusswaffenabgabe			
5 Punkte			
Vernetzung			
Weiterführen der Aktionen des LBGD; Austauschplattformen schaffen; Weiterbildungen; Checkliste für HausärztInnen und soziale Organisationen zur Früherkennung	HausärztInnen, soziale Organisationen PatientInnen		Expertengruppe/Netzwerk des „LBGD“ Verbände Leistungserbringer und Hausärzte
1 Punkt			
Öffentlichkeitsarbeit			
Aufklärung über Medikamentenabhängigkeit	Öffentlichkeit, gefährdete Personen	Apotheken, SD-Ärzte	Pharmasuisse, FMH, Gesundheitsdepartement
Informationen über den Zusammenhang zwischen Suchtmittelgebrauch und Schizophrenie Früherkennung für Schizophrenie und bipolare Störungen – analog Früherkennungszentrum von www.zinep.ch	Jugendliche	Schule, Gemeinde, Vereine	Luzerner Psychiatrie
	Jugendliche	Schule, Gemeinde, Vereine	Luzerner Psychiatrie
Fortbildungen über ADHS für schulpyschologische Dienste	Schulpyschl. Dienste	Schule	Luzerner Psychiatrie
Leitfaden für Unternehmen/ Personalverantw., wie sie mit der Problematik von psychischen Problemen bei Mitarbeitern umgehen können, welche Möglichkeiten zur Früherkennung, Hilfestellung, Wiedereingliederung es gibt und Schulung	Arbeitgeber, Erwerbsbevölkerung, Lehrpersonen , AusbilderInnen	Arbeitsplatz, Schulen , Lehrbetriebe	KMU's, Arbeitgeberverband, Gewerbeverband
4 Punkte			
Fortbildung für Schlüsselakteure von Freizeitorganisationen und Migrantenorganisationen	3 Punkte		
Fortbildungen von Lehrpersonen (besteht bereits)	1 Punkt		
Interventionen			
Sturzpräventionsprojekte um den Aspekt psychische Gesundheit ergänzen	Senioren	Vereine, Heime	bfu (SSP Stürze)
Projekt Best Practice Gesundheitsförderung im Alter	Senioren		Gesundheitsförderung Schweiz
Projekt im Bereich Prävention von Jugendsuiziden	Jugendliche, junge Erwachsene	Schule, Vereine, Familie	Luzerner Psychiatrie, Ipsilon, Schulen, Dargebotene Hand
1 Punkt			

Projekt im Bereich Essstörungen	1 Punkt		Luzerner Psychiatrie, Dargebotene Hand, Schulen
Kurse zur Stärkung der Resilienz	1 Punkt	Krebs-/Rheuma- und MS Betroffene	Krebsliga, Rheumaliga, ...
Patientenleitfäden für Selbstmanagement			Krebsliga, Rheumaliga, ...
Wellness recovery Action			Krebsliga, Rheumaliga, ...
Kurse für Angehörige von psychisch Erkrankten, lernen mit der Krankheit umzugehen, sich abzugrenzen		Angehörige und Hinterbliebene nach Suizid	Selbsthilfegruppe für Angehörige, Verein Refugium, Verein Regenbogen, Verein Nebelmeer
Sprechstunde für Hausfrauen, junge Mütter mit Kind	2 Punkte		
Projekt Best Practice GF im Alter (GF CH)	2 Punkte		
Aus- und Fortbildung Pflegefachpersonen (Spitex)	2 Punkte		
MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH THERAPIE, BEHANDLUNG UND SELBSTHILFE			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
Sensibilisierung über Fehlanreize in der Finanzierung Sensibilisierung über Bedarf	Politik (Gemeinde, Kanton, Bund)		Verband PsychotherapeutInnen, Vereinigung der PsychiaterInnen Zentralschweiz, Spitexverband, Curaviva, SoBZ, elbe, Seelsorge, Kirche, traversa, Krankenversicherungen, Ärztesellschaften (H+), Spitäler.
Einbezug Arbeitgeber, Unterstützungsangebote	4 Punkte		
Vernetzung			
Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer	Grundversorger, Psychiatrie, Psychotherapeuten, Sozialversicherer		Grundversorger (Hausärzte, Pädiater, Gynäkologen, Schulärzte), Luzerner Psychiatrie, Verband PsychotherapeutInnen, Vereinigung der PsychiaterInnen Zentralschweiz, Gemein-

			den, Spitexverband, Curaviva, Heimleiter , Heimärzte , kantonale Ärztesellschaft
Förderung der Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Selbsthilfegruppen und semi-professionellen Angeboten Selbsthilfefreundliche Spitäler	Psychiatrie, Psychotherapeuten, Pflegeheime, Spitex, Selbsthilfegruppen, soziale Organisationen, Angehörige , Betroffene	9 Punkte	Luzerner Psychiatrie, Verband PsychotherapeutInnen, Vereinigung der PsychiaterInnen Zentralschweiz, Gemeinden, Curaviva, Spitexverband, Info Selbsthilfegruppen Luzern, Heimleiter , Fachleute
Schulungen und Weiterbildung	Anbieter von semi-professionellen Angeboten		Luzerner Psychiatrie, PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen
Früherkennungsangebot in den "Übergängen"/Anlaufstelle	Schüler, Lehrlinge	3 Punkte	
Öffentlichkeitsarbeit			
Erfassung und Veröffentlichung aller Therapie- und Behandlungsangebote sowie Selbsthilfegruppen im Kanton Luzern	Arbeitgeber, Betroffene, Angehörige , Sozialversicherer	3 Punkte	Luzerner Psychiatrie, Verband PsychotherapeutInnen, Vereinigung der PsychiaterInnen Zentralschweiz, Info Selbsthilfegruppen Luzern
Vermittlung bestehender Behandlungsangebote	wie oben		
Bekanntmachung der Evidenz-Based Practice	Psychiatrie, Psychotherapeuten, Betroffene, Angehörige		
Interventionen			
Case Management	psychisch Kranke	4 Punkte	Luzerner Psychiatrie, Gemeinde, Verbände Leistungserbringer, (IV/ Krankenversicherer)
Ausbau des ambulanten Angebots	Kinder, junge Erwachsene	6 Punkte	freipraktizierende Psychiater und PsychotherapeutInnen , lups ,
Ausbau Home Treatment Angebote	Allgemeinheit, v.a. Familien	6 Punkte	Fachstelle Kinderbetreuung , lups

MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH REINTEGRATION (GRUPPE 1)			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
„place and train“ statt „train and place“ – direkte Integration in den freien Arbeitsmarkt ist hilfreicher als die Rehabilitation mit anschliessender Reintegration	Politik, Arbeitgeber	6 Punkte	
Vernetzung			
Vernetzung der verschiedenen Anbieter von Reintegrationsangeboten, von Versicherern (IV, Taggeld) und behandelnden Ärzten/Therapeutinnen	Anbieter von Reintegrationsangeboten	2 Punkte	Anbieter von Reintegrationsangeboten
Zusammenarbeit zwischen den Akteuren an der Schnittstelle	IV-Stelle Luzern, Arbeitgeber, RAV, Träger Reintegrationsangebote	2 Punkte	IV-Stelle Luzern, Arbeitgeber, RAV, Träger Reintegrationsangebote (Stiftung Speranza)
Öffentlichkeitsarbeit			
Lobbying bei, Information von Arbeitgebern über Reintegrationsmöglichkeiten (Positivbeispiele)	Arbeitgeber	2 Punkte	IV-Stelle Luzern, Medien, Stiftung Speranza
Vermarktung der Produkte aus geschützten Arbeitsplätzen	Bevölkerung		Anbieter geschützte Arbeitsplätze
Interventionen			
Integration von Menschen mit psychischen Störungen in Vereine	Betroffene	Gemeinde, Vereine	Vereine 2 Punkte
MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH REINTEGRATION (GRUPPE 2)			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
„place and train“ statt „train and place“ – direkte Integration in den freien Arbeitsmarkt ist hilfreicher als die Rehabilitation mit anschliessender Reintegration	Politik, Arbeitgeber	6 Punkte	
IV-Revision 6b	Politik	3 Punkte	
Vernetzung			
Vernetzung der verschiedenen Anbieter von Reintegrationsangeboten, von Versicherern (IV, Taggeld) und behandelnden Ärzten/Therapeutinnen	Anbieter von Reintegrationsangeboten	1 Punkt	Anbieter von Reintegrationsangeboten
Zusammenarbeit zwischen den Akteuren an der Schnittstelle, Case Management	IV-Stelle Luzern, Arbeitgeber, RAV, Träger Reintegrationsangebote	4 Punkte	IV-Stelle Luzern, Arbeitgeber, RAV, Träger Reintegrationsangebote (Stiftung Speranza)

Öffentlichkeitsarbeit			
Lobbying bei, Information von Arbeitgebern über Reintegrationsmöglichkeiten (Positivbeispiele)	Arbeitgeber	8 Punkte	IV-Stelle Luzern, Medien, Stiftung Speranza
Vermarktung der Produkte aus geschützten Arbeitsplätzen	Bevölkerung		Anbieter geschützte Arbeitsplätze
Interventionen			
Integration von Menschen mit psychischen Störungen in Vereine	Betroffene	Gemeinde, Vereine	Vereine 1 Punkt
MÖGLICHE MASSNAHMEN IM BEREICH REINTEGRATION (GRUPPE 3)			
Massnahme	Zielgruppe	Setting	Partner/Netzwerke
Policy			
„place and train“ statt „train and place“ – direkte Integration in den freien Arbeitsmarkt ist hilfreicher als die Rehabilitation mit anschliessender Reintegration	Politik, Arbeitgeber	4 Punkte	
Verbesserung der Integration in den Arbeitsmarkt		12 Punkte	
Auflagen an Betriebe für Aufnahme	Arbeitgeber	1 Punkt	
Vernetzung			
Vernetzung der verschiedenen Anbieter von Reintegrationsangeboten, von Versicherern (IV, Taggeld) und behandelnden Ärzten/Therapeutinnen	Anbieter von Reintegrationsangeboten	8 Punkte	Anbieter von Reintegrationsangeboten
Zusammenarbeit zwischen den Akteuren an der Schnittstelle	IV-Stelle Luzern, Arbeitgeber, RAV, Träger Reintegrationsangebote		IV-Stelle Luzern, Arbeitgeber, RAV, Träger Reintegrationsangebote (Stiftung Speranza)
Öffentlichkeitsarbeit			
Lobbying bei, Information von Arbeitgebern über Reintegrationsmöglichkeiten (Positivbeispiele)	Arbeitgeber	3 Punkte	IV-Stelle Luzern, Medien, Stiftung Speranza
Vermarktung der Produkte aus geschützten Arbeitsplätzen	Bevölkerung	2 Punkte	Anbieter geschützte Arbeitsplätze
Interventionen			
Integration von Menschen mit psychischen Störungen in Vereine	Betroffene	Gemeinde, Vereine	Vereine

Erste Überlegungen zur konkreten Umsetzung von einzelnen Massnahmen

Säule 1

Beschreibung Massnahme:

Öffentlichkeitsarbeit - Kampagne analog neue pro infirmis Werbung (Ein behinderter junger Mann verkleidet sich für Pro Infirmis als Bär und stellt sich im Bärenkostüm auf einen Platz. Als er die Arme ausbreitet, umarmen ihn die Passanten spontan. Dass im Kostüm ein Mann mit Behinderung steckt, bleibt unbemerkt. Am Schluss zieht der junge Mann seinen Bärenkopf ab und die Frage wird eingeblendet: «Müssen wir uns verkleiden, damit wir uns näher kommen?»)

Möglicher Slogan: DU BIST MIR NICHT EGAL

Zielgruppe und Setting

Für die man etwas erreichen will:

Alleinstehende:

- Jugendliche
- Personen nach Trennung
- Senioren die den Partner durch Tod verloren haben

Zielgruppe die man mit der Kampagne anspricht:

Gesamtbevölkerung

- Familien
- Nachbarschaft
- ...

Trägerschaft/Partner

Muss durch Gespräche mit jeweiligen Fachpersonen präzisiert/bestimmt werden

Kosten/Finanzierung

?

Vorgehen/Erste Schritte

Auslegeordnung: welche Stellen sind für "Alleinstehende" verantwortlich?

Säule 3**Beschreibung Massnahme:**

Früherkennung und Suizidprävention im Alter - analog zum Projekt FSSZ, Zürich)

Schulung von

- Bestattungsunternehmern
- Pfarrer

Druck und verteilen von Infomaterial

Unterstützung der Organisationen durch kant. Suizidpräventions-Organisation

Zielgruppe und Setting

Zielgruppe - Personen mit kritischen Lebensereignissen:

- Pensionierung
- Krankheit
- Übertritt in Altersheim
- Verlust Partner
- schwer erreichbare Zielgruppen
 - vereinsamte alte Menschen (depressive Männer → Suizid)
 - Migrationshintergrund
 - Abhängigkeitserkrankungen

Setting

Nach Partnerverlust → Beratung und Betreuung durch Pfarrer und Bestattungsunternehmer (Projekt FSSZ, Zürich)

- niederschwellig
- kostengünstig
- einfache Durchführung

Trägerschaft/Partner

Kanton

Landeskirchen

Bestattungsunternehmen

Kosten/Finanzierung

Beispiel Zürich:

CHF 30'000

- 1/3 Bestattungsunternehmen
- 1/3 Kirche
- 1/3 Kanton

Vorgehen/Erste Schritt

Informationen einholen beim FSSZ

Säule 3**Beschreibung Massnahme:**

Leitfaden für Betriebe

- Prävention
- (Früh-)Erkennung
- Umgang
- Unterstützung

Zielgruppe und Setting

Zielgruppen:

- Vorgesetzte
- Mitarbeitende
- Betroffene

Setting:

- Arbeitsplatz

Trägerschaft/Partner

to be named

IIZ

Kosten/Finanzierung

- Versicherer
- Betriebe
- Kanton

IIZ

Vorgehen/Erste Schritte

- Gebot: was ist schon da

Säule 4**Beschreibung Massnahme:**

Ausbau der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote

Zielgruppe und Setting

- Kinder/Jugendliche
- Erwachsene
- alte Menschen

Trägerschaft/Partner

Partner

- Luzerner Psychiatrie
- freipraktizierende Psychiater/PsychotherapeutInnen
- elbe
- PsychotherapeutInnen in Hausarztpraxen (Gesundheitszentren)
- Alters- und Pflegeheime

Trägerschaften

- Luzerner Psychiater
- kanton

Kosten/Finanzierung

- Krankenkassen (auch nichtärztliche Psychotherapien)
- Umlagerung der Kosten stationär → ambulant
- Kanton (Gemeinwirtschaftliche Leistungen)

Vorgehen/Erste Schritt

- Strategie GSD
- Strategie Luzerner Psychiatrie
- KK-Anerkennung nichtärztliche PsychotherapeutInnen in der Grundversicherung

Säule 4**Beschreibung Massnahme:
Selbsthilfefreundliches Spital**

Einführung von Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstelle, Fachleuten (Ärzten, PsychologInnen etc.) im Spital bzw. nach Austritt

Zielgruppe und Setting

- Angehörige
- Betroffene (Patienten)
- Fachleute (Ärzte)

Trägerschaft/Partner

- Selbsthilfegruppen (z.B. Equilibrium)
- Selbsthilfekontaktstelle
- Kliniken, Spitäler

Kosten/Finanzierung

- es entstehen geringe Mehrkosten im Spital (Räume, Koordination, Selbsthilfebeauftragte)
- Finanzierung durch Spital/Krankenkasse

Vorgehen/Erste Schritt

- Gespräch zwischen Spitalleitung, Selbsthilfegruppen und Kontaktstelle
- Vereinbarung erarbeiten
- Zusammenarbeit umsetzen

Säule 5**Beschreibung Massnahme:****Policy und Vernetzung**

Optimierung der bestehenden Gefässe - Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)
 Prozesse, Strukturen, Rahmenbedingungen überprüfen und verbessern

Öffentlichkeitsarbeit

gute Vorzeigebetriebe (Betriebe) bekannt machen
 Multiplikatorwirkung

Zielgruppe und Setting**Zielgruppe**

- IV, RAV, Sozialhilfe, Krankentaggeldversicherer...
- Arbeitgeber

Setting

- Betriebe
- Fachstellen

Trägerschaft/Partner

Fachstellen (IV, Sozialhilfe, RAV, Versicherer)
 Arbeitgeber

Kosten/Finanzierung

???

Vorgehen/Erste Schritt

- IIZ-Evaluation
- Suche nach erfolgreichen Beispielen, wo die Integration gelungen ist

Säule 5**Beschreibung Massnahme:**

Integration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt

Zielgruppe und Setting

- Jugendliche ohne Ausbildung und Arbeitsmöglichkeiten
 - MigrantInnen
 - Unter-/Übergewichtige
 - Leistungsschwache
 - Familiäre Probleme
- "Heimkarriere, IV, Sozialhilfe verhindern"

Trägerschaft/Partner

- PPP (Public Private Partnership)
- Zusammenarbeit private und öffentliche Stellen, Gemeinden, Kantone, Bund
- private Stiftungen
- Sponsoren

Kosten/Finanzierung

- private und öffentliche Finanzierung

Vorgehen/Erste Schritt

- Plattform - runder Tisch mit allen wesentlichen Partnern
- Best Practice/Stellen für Luzern evaluieren z.B. "Job Factory" Basel/Freiburg

Bemerkung Veronika Baumgartner: Luzern hat mit "startklar" ein solches best practice Angebot.

LITERATUR

- Aktionsbündnis psychische Gesundheit 2007:** Erklärung. Online in Internet:
[http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/berufspolitik/kooperati
on/apgs.pdf](http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/berufspolitik/kooperati

on/apgs.pdf) [Stand 22.01.2009].
- Baer, N., Cahn, T. 2008:** Psychische Gesundheitsprobleme. In: Nationaler Gesund-
heitsbericht 2008.
- Bundesamt für Gesundheit 2004:** Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum
Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesund-
heit der Bevölkerung in der Schweiz.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001:** Was erhält Menschen ge-
sund? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. 1991:** Policies and strategies to promote social equity in
health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: In-
stitute for Futures Studies.
- Grob A., Lüthi R., Flammer A. 1990:** Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für
Jugendliche, Form für Erwachsene). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Gutzwiller, F. Paccaud, F:** Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. 3. vollständig
überarbeitete Auflage. Huber.
- Gesundheitsförderung Schweiz 2005:** Psychische Gesundheit – Stress. Wissen-
schaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förde-
rung psychischer Gesundheit in der Schweiz.
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Obsan 2002:** Gesund-
heit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefra-
gung 2002 und weiteren Erhebungen.
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Obsan 2009:** Gesund-
heit im Kanton Luzern – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefra-
gung 2002 und weiteren Erhebungen.
- Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. 2001:** Psychosoziale Risiko- und
Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Psychotherapeut,
46.
- Herrman et al. 2005:** Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, prac-
tice. WHO 2005.

- Jané-Llopis et al. 2007:** Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Lisbon 2007.
- Rüesch, P, Volken, T, Bänziger, A, Gügler, R 2011:** Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Empirische Analyse der Messeigenschaften und Vergleich mit europäischer Erhebung. Obsan 2011.
- Schmid, H., Müller, B., Gutmann, R. 2008:** Luzerner Bündnis gegen Depression. Bestandesaufnahme „mental health literacy“. FHNW Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe/Institut Soziale Arbeit und Gesundheit.
- Weiss W., Spuhler T., Gruet F., Guidani D., Noack H. 1990:** Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé». Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Lausanne: ISPM et des Hôpitaux ISH/SKI.
- Werner Alfred Selo Stiftung 2010:** Depression – was weiss die Schweiz darüber?
http://www.selofoundation.ch/resources/Umfrage-2010_AuswertungZsfassung.pdf
- WHO 2004:** Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy option. Summary Report.
- WHO Europa 2006:** Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz.