



HTW Chur
Hochschule für Technik und Wirtschaft

Schweizerisches Institut für
Informationswissenschaft

Kampagnen-Evaluation: Bündner Bündnis gegen Depression - Vergleich der Umfrageergebnisse aus den Befragungswellen 2010 und 2011

Erstellt von:

Prof. Dr. Urs Dahinden, Projektleiter
Michael Aschwanden, BSc Informationswissenschaft, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur
Schweizerisches Institut für Informationswissenschaft SII
Pulvermühlestrasse 57
CH-7004 Chur
Tel. +41 (0)81 286 29 02, Fax +41 (0)81 286 24 00
urs.dahinden@htwchur.ch
<http://www.fh-htwchur.ch>

Auftraggeberin:

Bündner Bündnis gegen Depression
Manuela Barizzi, Projektleiterin
Loestrasse 220
CH-7000 Chur
Tel. 058 225 25 90
manuela.barizzi@pdgr.ch

Management Summary

Der Kanton Graubünden beteiligt sich am „Bündnis gegen Depression“, das als präventions- und gesundheitsförderndes Projekt in der Bevölkerung das Wissen über Depressionen erhöhen und die Einstellungen und Toleranz gegenüber Depressiven verbessern will. Zur Realisierung der Projektziele wurde in den Jahren 2010-2011 unter anderem auch eine öffentliche Informationskampagne durchgeführt. Die Wirksamkeit dieser Kampagne wurde mit einer wissenschaftlichen Evaluation überprüft, bei der vor und nach der Kampagne eine repräsentative Bevölkerungsbefragung mit denselben Personen (Panel-Design) durchgeführt wurde. Dieser Bericht beschreibt und vergleicht die Ergebnisse aus den zwei Befragungswellen. An der Bevölkerungsbefragung hatten im Januar 2010 insgesamt 763 Personen (100%) teilgenommen. Für die zweite Befragungswelle konnten 378 Teilnehmende gewonnen werden, was einer Nettoausschöpfung von 50% entspricht.

Die Befragungsergebnisse zeigen in aller Regel positive Veränderungen in Richtung der Kampagnenziele: Das allgemeine Wissen zu Depression und das Handlungswissen (Behandlungsmöglichkeiten) hat zugenommen. Auch die Bereitschaft zu tolerantem, nicht-stigmatisierendem Verhalten gegenüber Depressiven ist gegenüber dem bereits hohen Niveau aus der ersten Befragung noch angestiegen.

Bei bestimmten Kampagnenzielen sind allerdings nach wie vor negative Werte festzustellen. Das Wissen über Medikamente gegen Depression hat sich zwar verbessert, ist aber nach wie vor ungenügend. Die Bereitschaft, Depressiven im Alltag mit Toleranz zu begegnen, ist noch nicht in allen Punkten (z.B. als Mitglied in die Familie einheiraten zu lassen) auf dem gewünschten Niveau. Schliesslich konnte auch festgestellt werden, dass die Öffentlichkeit den Namen der Kampagne kaum wahrgenommen hat.

Die grosse Mehrheit der Befragten unterstützt sowohl die Notwendigkeit der aktuellen Kampagne als auch ihre Fortsetzung in der Zukunft. Die vorhandenen Schwachstellen sollten bei einer Fortsetzung der Kampagne mehr Beachtung finden und mit gezielten Verbesserungsmaßnahmen angegangen werden.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	2
1 Einleitung: Hintergrund und Fragestellungen	6
1.1 Hintergrund	6
1.2 Bündner Bündnis gegen Depression	7
2 Methodisches Vorgehen	7
2.1 Bevölkerungsbefragung vor und nach der Kampagne (Panel-Design).....	7
2.2 Wer hat an der Befragung teilgenommen? Repräsentative Stichprobe.....	8
2.3 Verteilung der Quotenmerkmale in der zweiten Befragungswelle.....	10
2.4 Fragebogen	12
2.5 Darstellung der Ergebnisse, statistische Tests	13
3 Krankheitsbild Depression	15
3.1 Assoziationen zum Begriff „Depression“	15
3.2 Aktive Bewältigung	16
3.3 Mögliche Hilfeleistungen.....	17
3.4 Stigmatisierung oder Toleranz gegenüber depressiven Personen wie Peter/Anna	19
4 Wissen und Einstellungen gegenüber Depressionen	23
5 Subjektive Einschätzung des eigenen Informationsstands	27
6 Aufklärung über Depressionen	27
6.1 Depression in den Medien	27
6.2 Aufklärung in der Bevölkerung.....	29
7 Depressionen im eigenen Umfeld	30
8 Kampagnenspezifische Auswertung	31
8.1 Nachhaltigkeit und Erinnerung an Kampagne selber	31
8.2 Nachhaltigkeit und Erinnerung an Kernbotschaften der Kampagne	33
8.3 Einstellungen zur Kampagne	34
9 Fazit: Kampagnenziele erreicht?	37
Literatur	39
Anhang: Fragebogen (1. Welle)	1
Anhang: Fragebogen (2. Welle)	12
Anhang: Motivationsbrief	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Befragungsteilnehmende 2010/2011	8
Abbildung 2: Geschlechtsverteilung der Teilnehmer 2010/2011	10
Abbildung 3: Altersverteilung der Teilnehmer 2010/2011	10
Abbildung 4: Verteilung auf Sprachgruppen 2010/2011	11
Abbildung 5: Vergleich Höchster Schulabschluss 2010/2011	11
Abbildung 6: Was kommt Ihnen bei Depression spontan in den Sinn? (Hinweis: Nur 2011 gefragt) ..	15
Abbildung 7: Was tun? Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung 2010 in % der Nennung, Top10.....	16
Abbildung 8: Was tun? Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung 2011 in % der Nennung, Top10 (Hinweis: 2011 Depression explizit erwähnt).....	16
Abbildung 9: Was tun? Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung; Prozentuierung nach Anzahl Antworten (2010 n=1095 / 2011 n=1161) (Hinweis: Nur 2011 Depression explizit erwähnt)	17
Abbildung 10: Wer könnte helfen? Unterstützungsmöglichkeiten; Prozentuierung nach Anzahl Antworten (2010 n=986 / 2011 n=1171) (Hinweis: Nur 2011 Depression explizit erwähnt)	17
Abbildung 11: Wer könnte helfen? Unterstützungsmöglichkeiten 2010 in % der Nennung, Top10....	18
Abbildung 12: Wer könnte helfen? Unterstützungsmöglichkeiten 2011 in % der Nennung, Top10 (Hinweis: Nur 2011 Depression explizit erwähnt).....	19
.....	19
Abbildung 13: ...benachbart mit Ihnen ist? (2010/2011)	20
Abbildung 14: ...einen geselligen Abend mit Ihnen verbringt? (2010/2011)	20
Abbildung 15: ...eng mit Ihnen zusammen arbeitet? (2010/2011)	20
Abbildung 16: ... sich mit Ihnen befreundet? (2010/2011)	21
Abbildung 17: ...in einem Wohnheim in Ihrem Quartier einzieht? (2010/2011)	21
Abbildung 18: ...ein Mitglied ihrer Familie heiratet? (2010/2011)	21
Abbildung 19: Einstellungen gegenüber Depressionen (behandelbar)	23
Abbildung 20: Einstellungen gegenüber Depressionen (Psychiater/Psychologen)	23
Abbildung 21: Einstellungen gegenüber Depressionen (kann jeden treffen)	24
Abbildung 22: Einstellungsfrage: „Depression hat viele Gesichter“ (Fragen nur 2011 gestellt).....	24
Abbildung 23: Einstellungen gegenüber Depressionen (selber schuld).....	25
Abbildung 24: Einstellungen gegenüber Depressionen (nicht reden)	25
Abbildung 25: Einstellungen gegenüber Depressionen (keine Krankheit).....	25
Abbildung 26: Einstellungen gegenüber Depressionen (Medikamente)	26
Abbildung 27: Informationsstand über Depression gesamt 2010/2011.....	27
Abbildung 28: Informationskanäle 2010 in % aller Nennungen (n=641)	28
Abbildung 29: Informationskanäle 2011 in % aller Nennungen (n=431)	28
Abbildung 30: Wichtigkeit der Informiertheit in der Bevölkerung 2010/2011	29
Abbildung 31: Auswertung nach Geschlecht: Depressionen im eigenen Umfeld 2010/2011	30
Abbildung 32: Erinnerung an ein Thema der ersten Befragung (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)	31
Abbildung 33: Projekt „Bündner Bündnis gegen Depression“ (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt).....	31
Abbildung 34: Veranstaltungen zum „Bündner Bündnis gegen Depression“ (Filter: Falls von Bündnis schon mal gehört; N=50) (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt).....	32
Abbildung 35: Teilnahme an Veranstaltungen „Bündner Bündnis gegen Depression“ (Filter: Falls von Bündnis und von dessen Veranstaltungen schon gehört; N=28) (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)...	32
Abbildung 36: Bekanntheitsgrad und Teilnahme an Veranstaltungen im Überblick.....	33
Abbildung 37: Nachhaltigkeit „Depression kann jeden treffen“	33

Abbildung 38: Nachhaltigkeit „Depression hat viele Gesichter“. (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt) ..	34
Abbildung 39: Nachhaltigkeit „Depression ist behandelbar“. (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)	34
Abbildung 40: Einstellungen zu Wissenszielen der Kampagne (Hinweis: Fragen nur 2011 gestellt)....	35
Abbildung 41: Einstellungen zu Verhaltenszielen der Kampagne (Hinweis: Fragen nur 2011 gestellt)	35
Abbildung 42: Einstellungen zur Durchführung der Kampagne (Hinweis: Fragen nur 2011 gestellt) .	35
Abbildung 43: Kampagnenziele und Zielerreichung.....	37

1 Einleitung: Hintergrund und Fragestellungen

Der Kanton Graubünden beteiligt sich am „Bündnis gegen Depression“ und hat als Teil seines Regierungsprogramms für die Jahre 2009-2012 das „Bündner Bündnis gegen Depression“ als präventions- und gesundheitsförderndes Projekt lanciert. Die Wirksamkeit dieser Kampagne wurde mit einer wissenschaftlichen Evaluation überprüft, bei der vor und nach der Kampagne eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt wird (Panel-Design). Der vorliegende Bericht beschreibt im Sinne einer Integration und Zusammenfassung die Ergebnisse aus diesen zwei Befragungswellen.¹

In Kapitel 1 wird zunächst auf den nationalen und internationalen Hintergrund des Projekts eingegangen und anschliessend die Ziele des Bündner Bündnisses gegen Depression vorgestellt. Kapitel 2 beschreibt das methodische Vorgehen in der vorliegenden Evaluationsstudie mit der notwendigen Ausführlichkeit.

Die Befragungsergebnisse werden in den folgenden Kapiteln dargestellt: Kapitel 3 umfasst die Ergebnisse zur Wahrnehmung des Krankheitsbildes Depression und zur Toleranz gegenüber depressiven Personen. Kapitel 4 präsentiert Ergebnisse zum Wissen und zu Einstellungen gegenüber der Krankheit Depression. Kapitel 5 untersucht die subjektive Einschätzung des eigenen Informationsstands. Die Aufklärung über Depressionen steht im Zentrum der folgenden Kapitel, welche über Medien und die Bevölkerung (Kapitel 6), aber auch ganz direkt durch Kontakte zu depressiven Personen im eigenen Umfeld (Kapitel 7) erfolgen kann. In Kapitel 8 werden die Resultate vorgestellt, in denen die Wahrnehmung der Kampagne und ihrer Botschaften durch die Befragten im Zentrum steht. Der Bericht schliesst mit einem Fazit und Empfehlungen in Kapitel 9.

1.1 Hintergrund

Die Depression ist eine weitverbreitete Krankheit, deren Häufigkeit in der Bevölkerung auf 5-7% geschätzt wird.² Im Gegensatz zu anderen Krankheiten wird die Depression aber oft weder von den Betroffenen selber noch von ihrem sozialen Umfeld und dem betreuenden medizinischen Fachpersonal erkannt, was zu unnötigem Leiden und zur Selbstgefährdung bis hin zur Selbsttötung führen kann.

Vor diesem Problemhintergrund beteiligt sich die Schweiz als Gastland am EU-Programm der „European Alliance against Depression“ (EAAD), das im deutschsprachigen Raum unter dem Titel „Bündnis gegen Depression“ durchgeführt wird. In der Schweiz wird das Programm vom Bundesamt für Gesundheit koordiniert, welches Kantone bei der Durchführung von lokalen Bündnissen gegen Depression unterstützt.

¹ Siehe für die Ergebnisse der ersten Befragungswelle: Dahinden, Urs/Capatt-Kuppelwieser, Iris (2010): Kampagnen-Evaluation: Bündner Bündnis gegen Depression. Ergebnisse Umfrage Welle 1. Projektbericht. Chur: Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur.

² Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2010): Bündnis gegen Depression. (Siehe: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=de> (Datum der Einsichtnahme: 7. 3. 2012))

1.2 Bündner Bündnis gegen Depression

Das „Bündner Bündnis gegen Depression“ strebt als präventions- und gesundheitsförderndes Projekt die Realisierung der folgenden vier Ziele an:

- „Die drei Kernbotschaften des Bündnisses gegen Depression sind der Bündner Bevölkerung bekannt:
 - Depression kann jede und jeden treffen
 - Depression hat viele Gesichter
 - Depression ist behandelbar
- Die Bündner Bevölkerung ist für Erscheinungsbilder und Behandlungsmöglichkeiten von Depression sensibilisiert. Es ist ihr bekannt, wie sich die Depression äussert, wie der Depression zu begegnen ist, welche Wege aus der Depression führen können und dass eine Depression umso besser behandelt werden kann, je früher sie erkannt wird.
- Depression ist entstigmatisiert. Depression wird genauso selbstverständlich als Erkrankung angesehen wie Bluthochdruck oder Diabetes. Die Bündner Bevölkerung hat eine positive Einstellung gegenüber Depression.
- Die Geschäftsstelle des Bündner Bündnisses gegen Depression ist mit den Bündnispartnern und Multiplikatoren vernetzt.“³

Damit diese Ziele realisiert werden können, wurden Aktivitäten auf den folgenden vier verschiedenen Ebenen durchgeführt: (1) Öffentlichkeitsarbeit (Informationskampagne), (2) Kooperation mit Hausärzten und Hausärztinnen, (3) Zusammenarbeit mit Multiplikatoren (z.B. Lehrer, Seelsorger, Berater, usw.) und (4) Angebote für Betroffene und Angehörige.⁴

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Bevölkerungsbefragung vor und nach der Kampagne (Panel-Design)

Zur Wirkungsmessung dieser Informationskampagne hat das Bündner Bündnis gegen Depression bei der HTW Chur eine Evaluationsstudie in Auftrag gegeben. Die Kampagnenwirkung wird in dieser Studie mit einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung gemessen, die als Panel-Design konzipiert ist: Dieselbe Stichprobe (Befragtengruppe) wurde vor und nach der Kampagne befragt, so dass Rückschlüsse auf individuelle Veränderungen im Sinne von Kampagneneffekten möglich sind. Wirkungen sollen auf drei Ebenen gemessen werden: Wissen (Zunahme von Basiswissen zu Depression), Einstellungen gegenüber Depression und Depressiven sowie Verhalten (Toleranz gegenüber Depressiven im Alltag). Die Evaluation bietet eine Erfolgskontrolle, mit der überprüft werden kann, ob die formulierten Kampagnenziele auf diesen drei Ebenen tatsächlich erreicht wurden oder nicht.

Als Befragungsmethode wurde die Telefonbefragung ausgewählt, welche im Vergleich mit anderen Befragungsarten (persönliche Interviews, schriftliche Befragung) sowohl von den beschränkten Kosten als auch der hohen Qualität bei der Stichprobenziehung und Durchführung überzeugt. Für die Durchführung der Telefoninterviews wurden Konkurrenzofferten bei

³ Quelle: Bündner Bündnis gegen Depression (2009): Evaluation - Präventions- und gesundheitsförderndes Projekt im Rahmen des Bündner Regierungsprogramms für die Jahre 2009-2012. (Version vom Oktober 2009).

⁴ Siehe: Bündner Bündnis gegen Depression (2012). In: <http://www.bbgd.ch/> (Zugriff am 24. 2. 2012)

drei Befragungsinstituten eingeholt, von denen das GfS Forschungsinstitut Zürich auf Grund des attraktivsten Angebots den Zuschlag erhielt.

Die erste Welle der Befragung wurde als Nullmessung im Januar 2010 noch vor dem öffentlichen Start der Kampagne durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung wurden in einem ersten Projektbericht vorgestellt. Die zweite Befragungswelle wurde im Zeitraum November/Dezember 2011 durchgeführt. Im vorliegenden Gesamtbericht werden die Ergebnisse aus beiden Befragungswellen gemeinsam vorgestellt, mit dem Ziel, direkte Vergleiche ziehen zu können.

2.2 Wer hat an der Befragung teilgenommen? Repräsentative Stichprobe

Die Zielgruppe der Informationskampagne war die Bevölkerung im Kanton Graubünden. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine repräsentative Stichprobe (Auswahl) nach den folgenden Quotenkriterien gezogen:

- Sprache: Deutsch: 68%, Rätoromanisch: 15%, Italienisch: 10%, Anderssprachige (7%)
- Geschlecht (je 50%)
- Alter: 18-25 Jahre; 26-40 Jahre; 41-50 Jahre; 51-65 Jahre; 66 und mehr Jahre

Da die grosse Mehrzahl der Rätoromanen in der Lage ist, ein Interview auf Deutsch oder Italienisch zu geben, wurde die Befragung nur in diesen zwei Sprachen durchgeführt. Auch die Anderssprachigen konnten nur dann an der Befragung teilnehmen, wenn sie über die notwendigen Sprachkenntnisse des Deutschen oder Italienischen verfügten.

Wie bereits erwähnt, wurde die Wirksamkeit der Informationskampagne mit Hilfe eines Panel-Designs untersucht. Ganz allgemein sollten bei einem Panel-Design dieselben Personen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt werden. Erfahrungsgemäss kann dieses Ziel aus praktischen Gründen (u.a. fehlende Erreichbarkeit, Wegzug von Befragten etc.) nie vollständig erreicht werden. Um diese so genannte „Panel-Mortalität“ auszugleichen und auch bei der zweiten Befragung noch genügend Personen befragen zu können, wurde deshalb bei der ersten Befragung ein gewisses Oversampling betrieben und als Zielgrösse insgesamt 750 Personen befragt. Die Befragung wurde in Form von computerunterstützten Telefoninterviews (Computer Aided Telefon Interviews CATI) vom Befragungsinstitut gfs Zürich durchgeführt.

Dargestellte Grösse	Absolut	In Prozent
2010: Anzahl Befragungsteilnehmende	763	100%
2011: Telefonisch Erreichbare	553	72 % der Befragungsteilnehmenden 2010
2011: Telefonisch nicht Erreichbare	210	28% der Befragungsteilnehmenden 2010
2011: Anzahl Befragungsteilnehmende	378	Bruttoausschöpfung: 69% der 2011 telefonisch Erreichbaren Nettoausschöpfung: 50% der Teilnehmenden 2010

Abbildung 1: Befragungsteilnehmende 2010/2011

In Abbildung 1 ist dargestellt, wie viele Personen an den zwei Befragungszeitpunkten teilgenommen haben. Bei der Planung der Studie wurde als Ziel festgehalten, dass bei der zweiten Befragung 500 von 750 Teilnehmern der ersten Befragung teilnehmen, was einer Nettoausschöpfung von 66% entsprochen hätte. Dieses Ziel konnte trotz grosser Anstrengungen durch das Befragungsinstitut (10 Kontaktversuche) nicht erreicht werden. Die realisierte Teilnehmerzahl in der zweiten Befragung (378 Personen) entspricht einer Nettoausschöpfung von 50%.

Verschiedene Faktoren haben die Realisierung dieses Ziels verhindert:

- Eine sehr grosse Gruppe von Teilnehmenden bei der ersten Befragung waren bei der zweiten Befragung telefonisch schlicht nicht erreichbar (210 Personen oder 28%).
- Bei der ersten Befragung wurden die Teilnehmenden bewusst nicht darauf hingewiesen, dass sie in rund 2 Jahren nochmals befragt werden sollten. Mit dieser Massnahme sollten unerwünschte Verzerrungen der Befragungsergebnisse (so genannte Panel-Effekte) vermieden werden, bei denen sich Befragte ausschliesslich auf Grund der Ankündigung einer Zweitbefragung bewusster und intensiver mit dem Befragungsthema auseinandersetzen, indem sie z.B. Medieninhalte zum Befragungsthema mehr Beachtung schätzen und sich so gezielt auf die zweite Befragung vorbereiten. Der Verzicht auf eine Vorabinformation der Befragungsteilnehmer hatte also den Vorteil, dass die Qualität der erhobenen Daten nicht durch solche Paneleffekte beeinträchtigt wurde. Der Nachteil dieses Vorgehens war aber eine vermutlich geringere Teilnahmebereitschaft, da die telefonische Anfrage für die Zweitbefragung überraschend kam und sie sich in keiner Weise an eine früher geäusserte Teilnahmebereitschaft gebunden fühlten.

Nach einer ersten Runde von telefonischen Kontaktnahmen wurde die unerwartet tiefe Teilnahmebereitschaft als Problem erkannt. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen und den Überraschungseffekt zu reduzieren wurden deshalb alle Verweigerer nochmals mit einem Motivationsbrief kontaktiert. Mit diesem Brief sollte das Vertrauen und die Zustimmung der Befragten gewonnen werden, in dem auf die Seriosität der Befragung hingewiesen und die Ziele und die Auftraggeberin des Projekts hingewiesen wurden, ohne aber schon das genaue Thema der Befragung zu nennen (siehe Anhang). Durch diese zusätzliche schriftliche Information und die daran anschliessende, erneute Kontaktierung per Telefon konnten insgesamt 89 weitere Interviews realisiert werden, so dass die Nettoausschöpfung um insgesamt 12% auf die erwähnten 50% erhöht werden konnte (Verbesserung der Bruttoausschöpfung: +16%).

Die schlussendlich realisierte Nettoausschöpfung von 50% entspricht zwar nicht dem angestrebten Ziel, deckt sich aber mit Resultaten aus anderen Panel-Studien⁵.

Neben den bisher ausführlich diskutierten quantitativen Dimensionen (Brutto- und Nettoausschöpfung) sind im Vergleich zwischen den zwei Befragungswellen aber auch die qualitativen Aspekte, also das möglicherweise unterschiedliche Profile der zwei Befragtengruppen von Interesse. Wenn sich die Teilnahmebereitschaft entlang bestimmter sozialer Merkmale (z.B. Geschlecht, Alter, Sprache) stark unterscheidet, so kann auch dies einen Einfluss auf die

⁵ Sikkels, Dirk/Hox, Joop/Leeuw, Edith de (2009): Using Auxiliary Data for Adjustment in Longitudinal Research. In: Lynn, Peter (Hg.). Methodology of longitudinal surveys, Chichester: Wiley: 144.

Befragungsergebnisse haben. Solche Profilunterschiede sollen im nächsten Abschnitt diskutiert werden.

2.3 Verteilung der Quotenmerkmale in der zweiten Befragungswelle

Die Befragungsteilnehmer für die erste Welle wurden anhand von drei Quotenmerkmalen (Geschlecht, Alter, Sprachregion) ausgewählt. Die Quotenverteilung entsprach dabei der Verteilung dieser Merkmale in der Bevölkerung des Kantons Graubünden.

Sind diese Quotenmerkmale auch in der zweiten Befragung realisiert worden? Oder hat sich auf Grund von unterschiedlichen Teilnahmebereitschaften in den sozio-demographischen Gruppen auch die Verteilung der Quotenmerkmale verändert? Antworten auf diese Fragen sind in den folgenden Abbildungen zu finden.

Geschlechtsverteilung der Teilnehmer

Geschlecht	2010	2011
Mann	50.1%	42.3%
Frau	49.9%	57.7%
Total	100% (N= 763)	100% (N= 378)

Abbildung 2: Geschlechtsverteilung der Teilnehmer 2010/2011

In Abbildung 2 ist erkennbar, dass Frauen häufiger (+7.8%) bereit waren, an der zweiten Befragung teilzunehmen als Männer. Dies deckt sich mit den Resultaten aus anderen Panel-Befragungen.⁶

Altersverteilung der Teilnehmer

Altersgruppe	2010	2011
18-25	10%	5.3%
26-40	25%	22.8%
41-50	25%	23.5%
51-65	20%	24.6%
66+	20%	23.8%
Total	100% (N= 763)	100% (N= 378)

Abbildung 3: Altersverteilung der Teilnehmer 2010/2011

Abbildung 3 macht deutlich, dass bei der zweiten Befragungswelle Ältere (51 Jahre und mehr) vergleichsweise häufiger (+ 8.4%) teilgenommen haben als Jüngere. Auch dieser Trend steht in Übereinstimmung mit anderen Panel-Befragungen.⁷ Eine Erklärung für dieses Resultat könnte die bessere telefonische Erreichbarkeit sowie die geringere geografische Mobilität der älteren Generation sein.

⁶ Watson, Nicole/Wooden, Mark (2009): Identifying Factors Affecting Longitudinal Survey Response. In: Lynn, Peter (Hg.). Methodology of longitudinal surveys, Chichester: Wiley, 165.

⁷ Watson, Nicole/Wooden, Mark (2009): Identifying Factors Affecting Longitudinal Survey Response. In: Lynn, Peter (Hg.). Methodology of longitudinal surveys, Chichester: Wiley, 165.

Verteilung auf Sprachgruppen

Sprachgruppe	2010	2011
Deutsch	71.0%	71.2%
Rätoromanisch	14.7%	17.5%
Italienisch	10.9%,	7.7%,
Anderssprachige	3.4%	3.7%
Total	100% (N= 763)	100% (N= 378)

Abbildung 4: Verteilung auf Sprachgruppen 2010/2011

Bei der grössten Sprachgruppe (Deutsch) und der kleinsten Sprachgruppe (Andere) sind nur sehr geringfügige Veränderung im Promillebereich festzustellen. Bei den mittelgrossen Sprachgruppen sind dagegen etwas deutlichere, aber immer noch kleine Verschiebungen zu beobachten: Es gibt im Zeitvergleich eine leichte Untervertretung der Italienischsprachigen (-3.2%) und eine leichte Übervertretung der Rätoromanen (+2.8%),

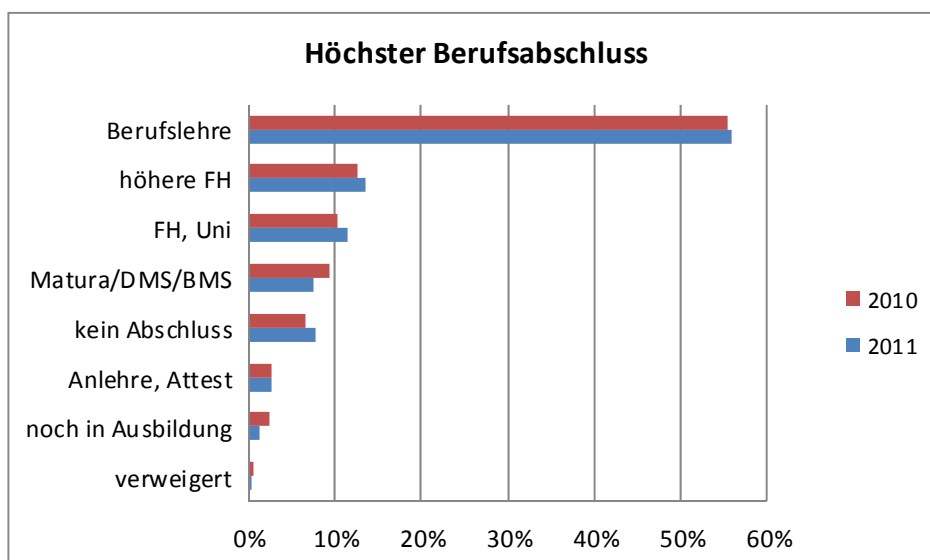


Abbildung 5: Vergleich Höchster Schulabschluss 2010/2011

Die Frage nach der Bildung, bzw. dem höchsten Schulabschluss war kein Quotenmerkmal, ist aber eine häufig verwendete soziodemographische Variable, die ebenfalls Aufschluss über grundlegende Unterschiede zwischen den Befragengruppen geben kann. Die Ergebnisse in Abbildung 5 zeigen auf, dass sich in Bezug auf die Schulabschlüsse keine wesentlichen Unterschiede zwischen den zwei Befragungswellen finden lassen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Bezug auf das Gesamtprofil der Befragten bei den Merkmalen Geschlecht und Alter gewisse Unterschiede zwischen den zwei Befragungszeitpunkten bestehen: Frauen (+7.8%) und Ältere (+8.4% mehr Befragte im Alter von >51 Jahre) waren eher bereit, auch an der zweiten Befragung teilzunehmen. Diese Abweichungen sind allerdings tendenziell mit eher gegensätzlichen Einstellungen zum Thema Depression verbunden. Aus der ersten Befragung ist bekannt, dass Frauen sich im Vergleich zu Männern durch eine höhere Toleranz gegenüber Depressiven auszeichnen.

Ältere Menschen zeigen im Vergleich zu Jüngeren etwas weniger Verständnis gegenüber Depressiven. Die erwähnten Unterschiede bei der Geschlechts- und Altersverteilung sind mit anderen Worten auch mit konträren Tendenzen bei den Einstellungen zum Thema Depression verbunden, so dass sich diese zwei gegenläufigen Trends mindestens teilweise gegenseitig aufheben.

Bei den anderen soziodemographischen Merkmalen (Sprache und Bildung) sind dagegen nur geringfügige Differenzen zwischen den zwei Befragungsjahren vorhanden. Diese weitgehend stabile Verteilung der soziodemographischen Merkmale ist eine wichtige Voraussetzung für die direkte Vergleichbarkeit der Resultate zwischen den zwei Befragungsjahren.

2.4 Fragebogen

Als Fragebogen kam der standardisierte Fragebogen zum Thema „Mental Health Literacy“, Depression zum Einsatz, welcher von der Fachhochschule Nordwestschweiz entwickelt wurde. Das geistige Eigentum an diesem Fragebogen liegt beim kantonsärztlichen Dienst Luzern, welcher den Fragebogen freundlicherweise für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt hat. Dieses Vorgehen war im doppelten Sinne vorteilhaft: Einerseits konnte dadurch der Entwicklungsaufwand in Grenzen gehalten werden, andererseits war durch die Verwendung des identischen Fragebogens auch die direkte Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen aus dem Kanton Luzern (und zusätzlich noch Thurgau) möglich.⁸

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den zwei Fragebogen

Ziel jeder Panelbefragung ist eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der Resultate zwischen den verschiedenen Befragungswellen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, werden in aller Regel die Fragen in allen Wellen möglichst identisch wiederholt. Dieses einfache Vorgehen war in dieser Studie nur teilweise möglich, denn in der ersten Befragungswelle wurde das Thema Depression nicht zu Beginn der Befragung genannt, sondern zunächst nur indirekt durch so genannte Fallvignetten, also fiktive Personen (Peter oder Anna) mit typischen Depressionssymptomen angesprochen.⁹ Erst in der Mitte des Interviews wurde der Begriff Depression explizit genannt und weitere Fragen dazu gestellt. Hätte man dieses Vorgehen in der zweiten Befragungswelle genau gleich wiederholt, so wäre bei einer unbekanntem Anzahl von Befragten mit Erinnerungseffekten zu rechnen gewesen, welche die Resultate in die eine oder andere Richtung verzerrt hätten.

Nach einer ausführlichen Diskussion dieses Problems und der dazugehörigen Lösungsmöglichkeiten beschlossen Auftraggeber und Auftragnehmer dieser Studie gemeinsam, auf einen erneuten Einsatz solcher Fallvignetten zu verzichten. Zur Abschätzung und zur Kontrolle der Erinnerungseffekte wurden aber einerseits die Teilnehmenden bei der zweiten Befragung direkt gefragt, ob sie sich noch an das Thema der ersten Befragung erinnern können und andererseits auch allen Teilnehmenden das Thema der Befragung von Anfang des Interviews an genannt.¹⁰

⁸ Siehe: Dahinden, Urs/Aschwanden, Michael (2010): Kantonsvergleich: Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung der „Bündnisse gegen Depression“ in den Kantonen Luzern, Thurgau und Graubünden. Projektbericht. Chur: Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur.

⁹ Siehe Anhang, Fragebogen der ersten Welle (2010).

¹⁰ Siehe Anhang, Fragebogen der zweiten Welle (2011).

Als Konsequenz aus diesem Vorgehen muss im Zeitvergleich zwischen drei unterschiedlichen Typen von Fragen differenziert werden:

1.) **Direkt vergleichbare Fragen**

Diese beruhen sowohl von ihrer Form als auch dem Vorwissen, welches im Interview vermittelt wurde, auf gleichen Voraussetzungen. Resultate zu diesen direkt vergleichbaren Fragen werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt:

- 4. Wissen und Einstellung gegenüber Depression
- 5. Subjektive Einschätzung des eigenen Informationsstands
- 6. Aufklärung über Depression
- 7. Depression im eigenen Umfeld

2.) **Nur eingeschränkt vergleichbare Fragen**

Bei diesen Fragen ist zwar die Form identisch, aber das im Interview vermittelte Wissen unterschiedlich. Dazu gehören alle Vignettenfragen, welche in der ersten Welle ohne und in der zweiten Welle mit Nennung des Problems Depression gestellt wurden. Resultate zu diesen nur eingeschränkt vergleichbaren Fragen werden im folgenden Kapitel vorgestellt:

- 3. Krankheitsbild Depression

3.) **Fragen ohne zeitliche Vergleichsmöglichkeiten**

Bei einer dritten Gruppe von Fragen sind keine Vergleichsmöglichkeiten zwischen den zwei Befragungszeitpunkten möglich, weil diese Fragen nur einmal, nämlich in der zweiten Welle gestellt wurden. Dazu gehören alle Fragen, die sich auf die Wahrnehmung und Bewertung der Kampagne beziehen und deshalb nur in der zweiten Welle gestellt werden konnten. Resultate zu diesen Fragen ohne zeitliche Vergleichsmöglichkeiten werden im folgenden Kapitel vorgestellt:

- 8. Kampagnenspezifische Auswertung

Bei der Darstellung der Ergebnisse wird in geeigneter Form stets klar erkennbar differenziert zwischen diesen drei Typen von Fragen mit unterschiedlicher zeitlicher Vergleichbarkeit.

Die genauen Inhalte des Fragebogens werden in diesem Bericht nicht hier, sondern im Ergebnissteil zusammen mit der Präsentation der Resultate vorgestellt. Die vollständigen Fragebogen von beiden Wellen sind im Anhang zu finden.

2.5 Darstellung der Ergebnisse, statistische Tests

Bei der Darstellung der Ergebnisse in den folgenden Kapiteln wurde Wert auf Einfachheit und möglichst hohe Verständlichkeit gelegt. Aus diesem Grunde werden oft Diagramme eingesetzt und die Reihenfolge der Fragen zu bestimmten Themenbereichen nicht gleich belassen wie im Fragebogen, sondern gemäss der Häufigkeit von Antworten sortiert. In aller Regel erscheint deshalb in Stabdiagrammen die Frage mit der höchsten Zahl an positiven Antworten zuoberst, die Frage mit der zweithöchsten Zahl an zweiter Stelle, etc. Aus Platzgründen wurden auch die Fragetexte mit einigen Stichworten abgekürzt. Der interessierte Leser findet die Fragebogen mit den vollständigen Formulierungen im Anhang.

Bei der Präsentation der Resultate wurde stets die statistische Genauigkeit dieser Befragungsdaten berücksichtigt. In der Regel wurden die Prozentangaben auf ganzzahlige Werte gerundet, an sinnvollen Stellen auch noch die erste Stelle nach dem Komma aufgeführt.

Für Vergleiche zwischen den zwei Befragungswellen wurde der so genannte Wilcoxon-Test¹¹ eingesetzt. Dieser Test prüft Unterschiede zwischen abhängigen Stichproben, welche durch die mehrmalige Befragung der gleichen Personen auftreten. Der Wilcoxon-Test ist für ein ordinales Datenniveau angebracht, bei dem sich die verschiedenen Antwortkategorien als Ränge interpretieren lassen (z.B. Ränge auf einer Skala der Zustimmung von „sehr einverstanden“ bis zu „gar nicht einverstanden“). Ähnlich wie andere statistische Tests (z.B. Chi-Quadrat) prüft der Wilcoxon-Test, ob die gefundenen Unterschiede so klein sind, dass sie noch im Rahmen des statistischen Zufalls liegen oder ob sie so gross sind, dass sie nicht mehr zufällig sind. Die Resultate des Wilcoxon-Test werden mit einem Signifikanzniveau p angegeben, welches die Irrtumswahrscheinlichkeit in Werten zwischen 0 und 1 (entspricht 0% bis 100%) angibt. Ein Signifikanzniveau von ($p < 0.05$) bedeutet beispielsweise, dass die beobachteten Unterschiede mit einer Wahrscheinlichkeit von weniger als 5% zufällig sind. Üblicherweise werden Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit bis 10% als relevante Unterschiede diskutiert.

Die Testergebnisse werden in Fussnoten in der folgenden Form (Zahlen nur als Beispielwerte) festgehalten: „Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.001, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von 0.1% zufällig und deshalb statistisch bedeutsam ist.“

Bei Fragen mit Mehrfachantworten wurde auf die Berechnung von Wilcoxon-Tests verzichtet, weil ein solcher Test nur mit Einfachantworten sinnvoll durchgeführt werden kann.

¹¹ Bühl, Achim (2009): SPSS 18 (ehemals PASW): Einführung in die moderne Datenanalyse. München, Boston [u.a.]: Pearson Studium, 345

3 Krankheitsbild Depression

3.1 Assoziationen zum Begriff „Depression“

Wie in Kapitel 2 zum methodischen Vorgehen beschrieben, wurde nur in der zweiten Welle das Thema Depression von Beginn der Befragung weg explizit genannt. Aus diesem Grund wurde die Frage nach spontanen Gedanken und Assoziationen zum Begriff „Depression“ auch nur in der zweiten Befragung gestellt (Abbildung 6).

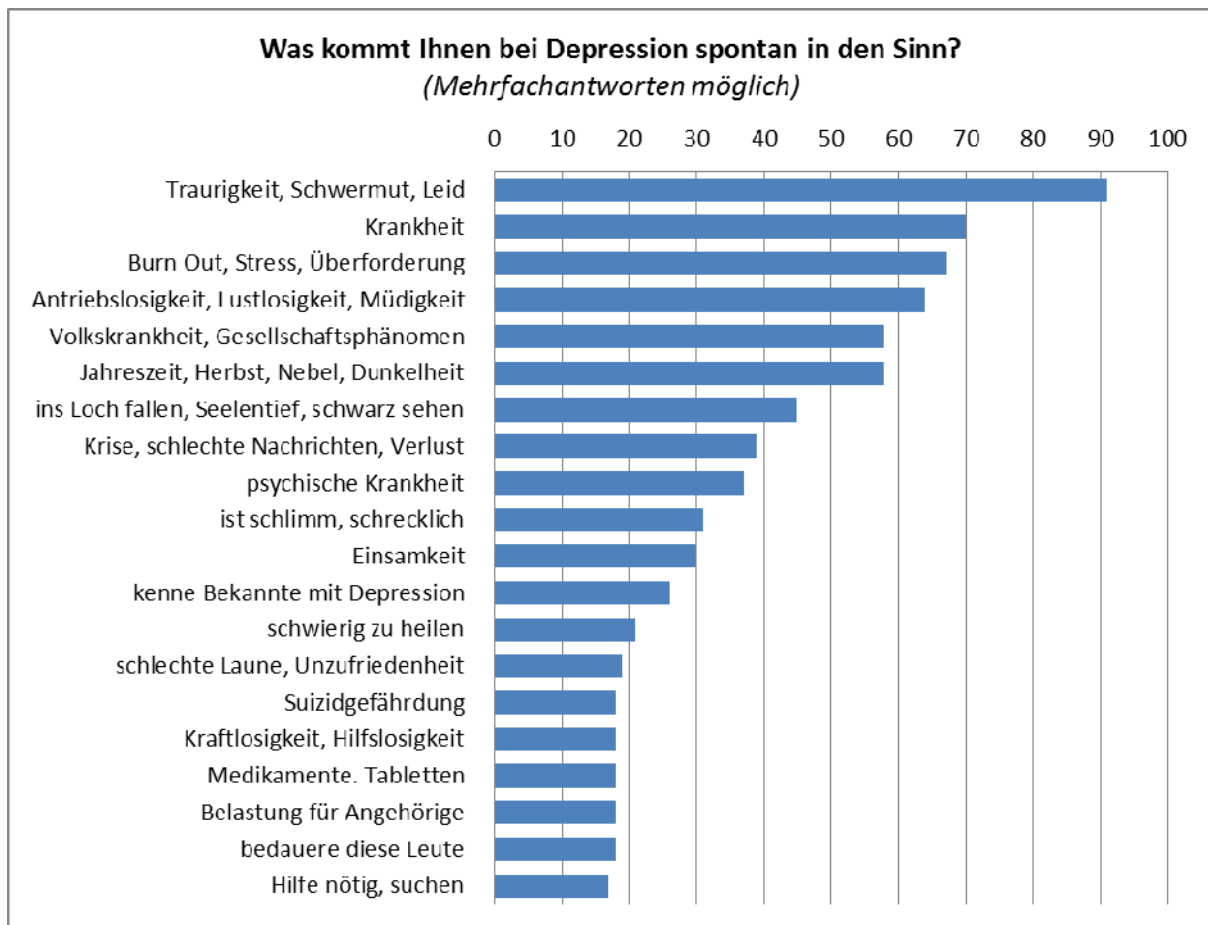


Abbildung 6: Was kommt Ihnen bei Depression spontan in den Sinn? (Hinweis: Nur 2011 gefragt)

Die Antworten in der Abbildung 6 zeigen keine grundsätzlich falschen Vorstellungen und Missverständnisse in Bezug auf Depression. Die Antworten lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen: Einerseits werden Symptome von Depressionen in einer Alltagssprache beschrieben (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, ins Loch fallen, Krise, Einsamkeit etc.). Andererseits werden auch sehr häufig Fachbegriffe aus der Medizin und Psychologie verwendet (Krankheit, Burnout, Volkskrankheit, psychische Krankheit, Suizidgefährdung, Medikamente), die darauf hindeuten, dass Depression als Krankheit verstanden und ernst genommen wird. Dieses Resultat kontrastiert mit Ergebnissen weiter unten (Abbildungen 8 und 9), bei denen nur eine Minderheit der Befragten einer depressiven Person eine Beratung bei einer Fachperson empfohlen hat.

3.2 Aktive Bewältigung

In beiden Befragungswellen wurde gefragt, was eine Person wie Peter / Anna in ihrer problematischen Situation tun könnte. Im Jahr 2010 geschah dies ohne Nennung des Begriffs Depression, nur mit einer Beschreibung von Depressionssymptomen, 2011 dagegen mit einer expliziten Erwähnung der Depression. Die Antworten zu diesen Fragen sind in den folgenden drei Abbildung zu finden.

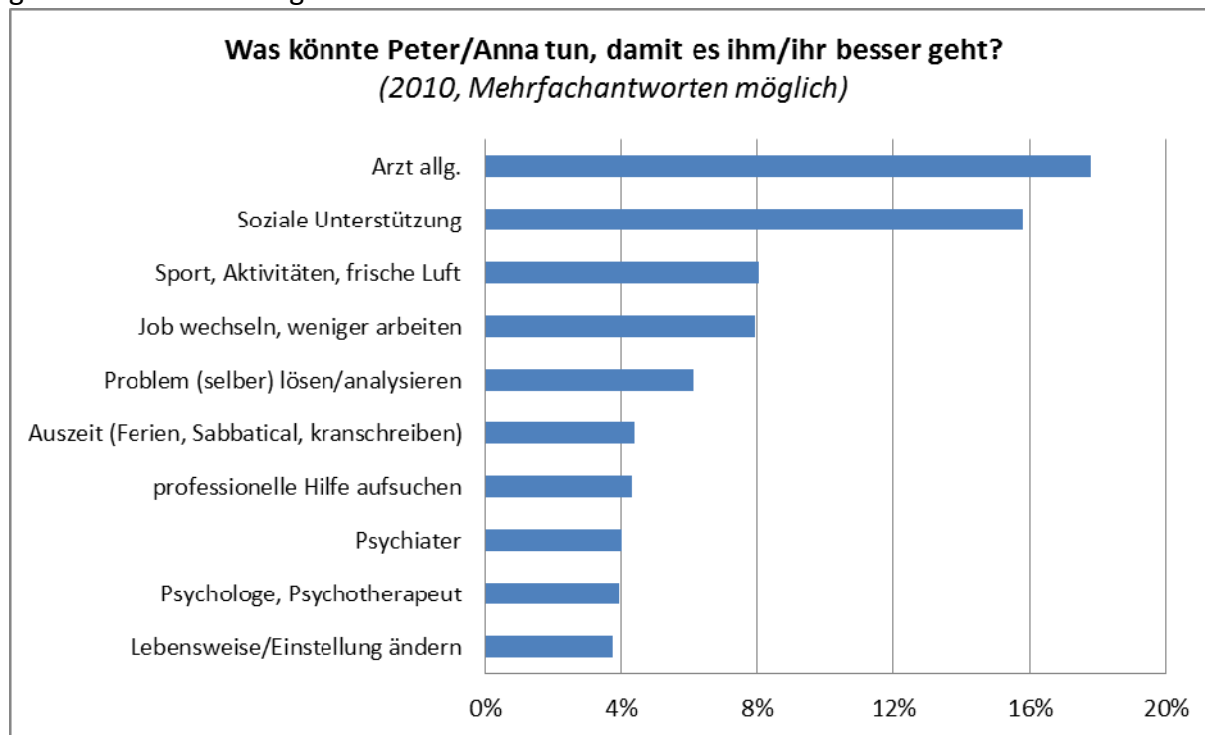


Abbildung 7: Was tun? Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung 2010 in % der Nennung, Top10

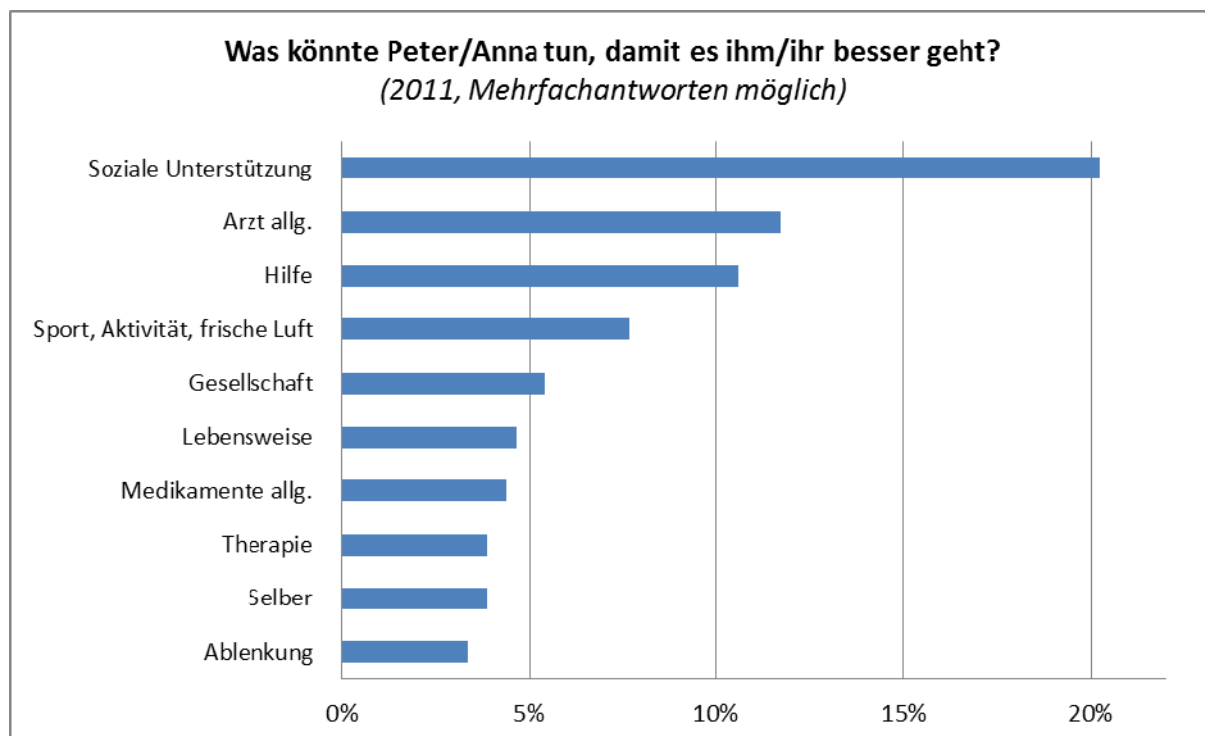


Abbildung 8: Was tun? Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung 2011 in % der Nennung, Top10 (Hinweis: 2011 Depression explizit erwähnt)

Was könnte Peter/Anna tun, damit es ihm/ihr besser geht? Antworten nach Kategorien

Kategorie	Beispiele (in alphabetischer Reihenfolge)	Häufigkeit 2010	Häufigkeit 2011
Individuelles Handeln	Ablenkung, Aktivität, Disziplin, Entspannung, Ernährung, frische Luft, Pause, sich etwas Gutes tun, soziale Unterstützung	56.8%	68.4%
Fachpersonen der Medizin und Psychologie	Arzt allg., Beratung, Hausarzt, Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut, Soziale Arbeit	39.0%	19.8%
Andere Antworten		0.1%	2.9%
Alternative Personen / Methoden	Esoterische Methoden, Gebet, Geistliche aufsuchen, Naturheilmethoden/-personen	2.7%	2.9%
Methoden der Medizin und Psychologie	Antidepressiva, Antipsychotika, Lichttherapie, Medikamente allg., Neuroleptika, psychiatrische Klinik, Psychopharmaka, Psychotherapie	2.7%	2.3%

Abbildung 9: Was tun? Möglichkeiten zur aktiven Bewältigung; Prozentuierung nach Anzahl Antworten (2010 n=1095 / 2011 n=1161) (Hinweis: Nur 2011 Depression explizit erwähnt)

Vergleicht man die Resultate zwischen den zwei Jahren, so ist einerseits erkennbar, dass die Empfehlung zu individuellem Handeln (Ablenkung, Aktivität, Disziplin, Entspannung, Ernährung, frische Luft, Pause, sich etwas Gutes tun, soziale Unterstützung etc.) an Bedeutung gewonnen hat. Andererseits wurde seltener empfohlen, sich von einer medizinischen oder psychologischen Fachperson beraten zu lassen. Eine Erklärung für dieses Resultat wird im folgenden Abschnitt gegeben, wo bei der Frage nach möglichen Unterstützungsmöglichkeiten ein sehr ähnlicher Trend festgestellt werden konnte.

3.3 Mögliche Hilfeleistungen

Auch die Frage, wer oder was Peter/Anna helfen könnte wurde in beiden Jahren gestellt. Die folgenden drei Abbildungen zeigen, dass auch hier ein gewisser Trend weg von medizinischen und psychologischen Fachpersonen hin zu mehr individuellem Handeln erkennbar ist.

Wer oder was könnte Peter/Anna helfen? Antworten nach Kategorien

Kategorie	Häufigkeit 2010	Häufigkeit 2011
Fachpersonen der Medizin und Psychologie	45.4%	28.0%
Individuelles Handeln	47.2%	59.5%
Andere	0%	2.4%
Alternative Personen/Methoden	6.1%	3.5%
Methoden der Medizin und Psychologie	1.3%	6.6%

Abbildung 10: Wer könnte helfen? Unterstützungsmöglichkeiten; Prozentuierung nach Anzahl Antworten (2010 n=986 / 2011 n=1171) (Hinweis: Nur 2011 Depression explizit erwähnt)

Betrachtet man die Ergebnisse in Abbildung 10, 11 und 12, so sind klare und überraschende Unterschiede zu erkennen: Obwohl die Befragten in der zweiten Befragungswelle von Anfang explizit informiert waren, dass Peter/Anna unter einer Depression leidet, empfahlen sie im Vergleich zur ersten Befragung seltener (28.0 %) den Kontakt mit einer Fachperson aus der Medizin oder Psychologie aufzunehmen. Zugenommen hat im Zeitvergleich die Empfehlung für „Methoden der Medizin und Psychologie“. Die klar häufigsten Empfehlungen (59.5 %) waren in der zweiten Befragung aber Antworten, die unter dem Stichwort „Individuelles Handeln“ zusammengefasst werden können. Als individuelles Handeln ist auf Grund der Ergebnisse in Abbildung 11 und 12 insbesondere die Einholung sozialer Unterstützung anzusehen.

Dieses überraschende Resultat kann auf zwei Erklärungen zurückgeführt werden: Erstens und wie bereits mehrmals erwähnt, unterscheiden sich die Frageformulierungen zu den zwei Zeitpunkten: Nur im Jahr 2011 wurde der Begriff „Depression“ explizit erwähnt. Dieser Unterschied beim methodischen Vorgehen verunmöglicht einen einfachen und direkten Zeitvergleich der Befragungsergebnisse. Zweitens kann das gefundene Resultat dahingehend interpretiert werden, dass gerade die fehlende Diagnose in der Befragung 2010 ein wesentlicher Grund für die damals häufiger empfohlene Beratung durch eine medizinische oder psychologische Fachperson war. Bei Kenntnis der Diagnose Depression empfehlen vergleichsweise mehr Befragte „Individuelles Handeln“ und weniger Befragte die Unterstützung durch eine Fachperson.

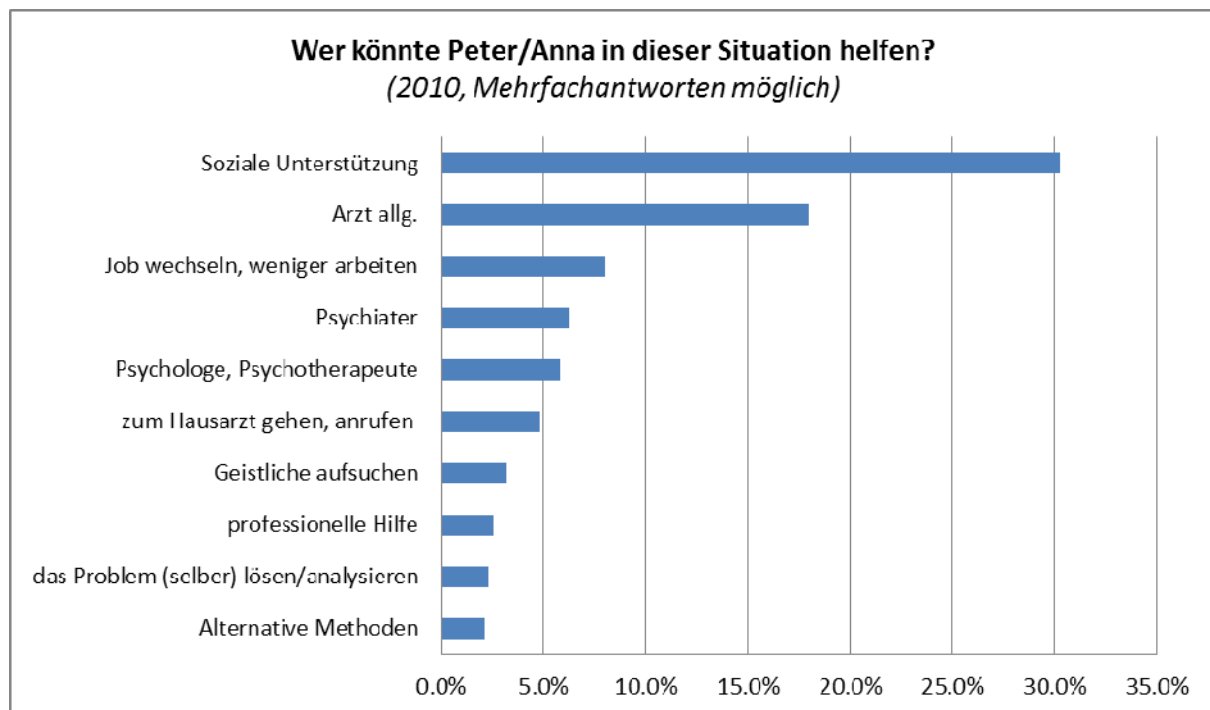


Abbildung 11: Wer könnte helfen? Unterstützungsmöglichkeiten 2010 in % der Nennung, Top10

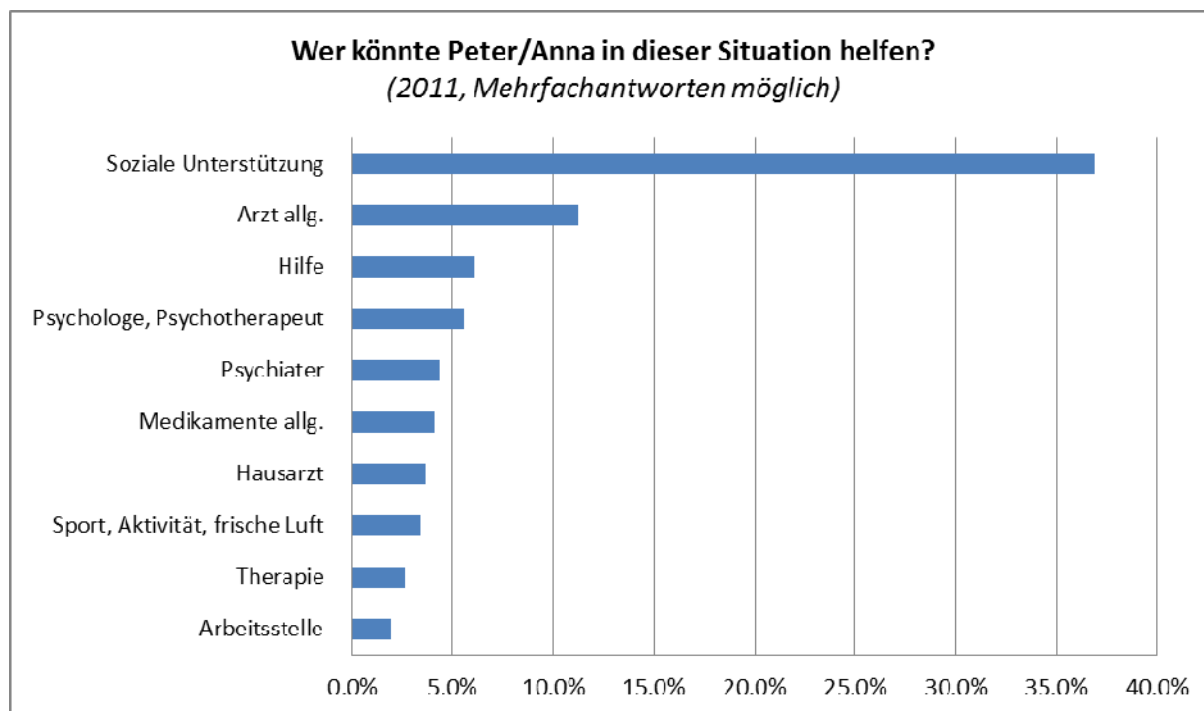


Abbildung 12: Wer könnte helfen? Unterstützungsmöglichkeiten 2011 in % der Nennung, Top10 (Hinweis: Nur 2011 Depression explizit erwähnt).

Da in der Befragung im Jahr 2011 keine genaueren Hinweise zum Schweregrad der Depression und damit auch zur Notwendigkeit von fachlicher Hilfe an die Befragten gegeben wurden, muss die Bewertung dieses Befunds anhand der vorliegenden Daten offen bleiben: Einerseits könnten die Befragten 2011 an eher leichte Ausprägungen von Depression gedacht haben, welche schon durch individuelles Handeln bewältigt werden können. Andererseits könnte vermutet werden, dass einige Befragte auch bei schweren Fällen von Depression die Beratung durch Fachpersonen nicht als erste Wahl empfehlen. In diesem Fall kann hier nur spekuliert werden, dass eventuell nach wie vor bestehende negative Vorurteile und Schwellenängste gegenüber dem zuständigen Fachpersonal (Psychologen, Psychiater, ev. auch Ärzten) zu diesem Resultat geführt haben könnten.

Diese zweite Erklärung steht im Kontrast zu den Befragungsergebnissen in Abbildung 20 (siehe unten), in der eine sehr deutliche Mehrheit der Aussage zustimmt, dass Psychiater oder Psychologen Menschen mit Depressionen helfen können. Mit anderen Worten kann festgestellt werden, dass einerseits die Bereitschaft zum Einholen von fachlicher Unterstützung bei den Befragten eher tief ist, sie aber andererseits über das notwendige Wissen verfügen, welche Fachpersonen für Depressionen zuständig sind.

3.4 Stigmatisierung oder Toleranz gegenüber depressiven Personen wie Peter/Anna

In beiden Befragungsjahren wurden mehrere Fragen zu Stigmatisierung oder Toleranz von Menschen mit Depression gestellt. Auch hier ist der Hinweis zu beachten, dass nur im Jahr 2011 das Problem Depression explizit erwähnt wurde. Die Antworten auf diese Fragen sind in den Abbildungen 13 bis 18 zu finden.

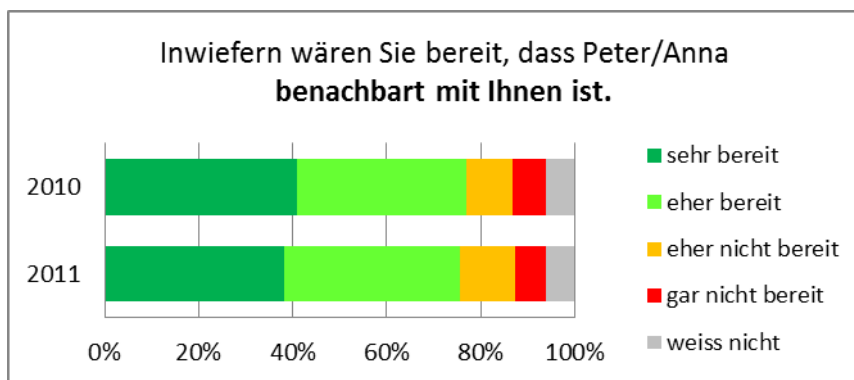


Abbildung 13: ...benachbart mit Ihnen ist? (2010/2011)¹²

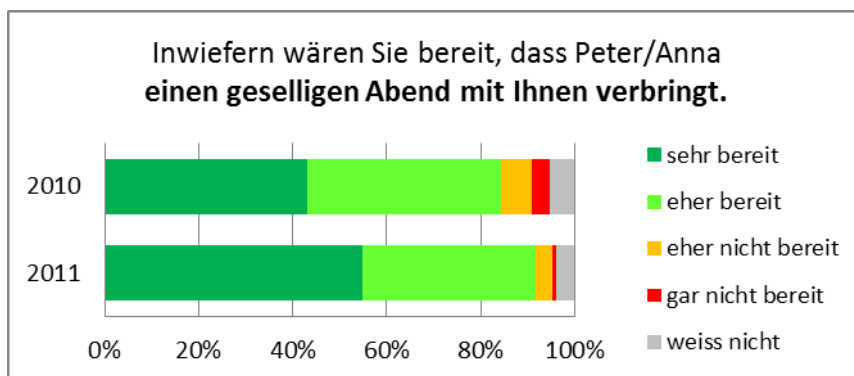


Abbildung 14: ...einen geselligen Abend mit Ihnen verbringt? (2010/2011)¹³

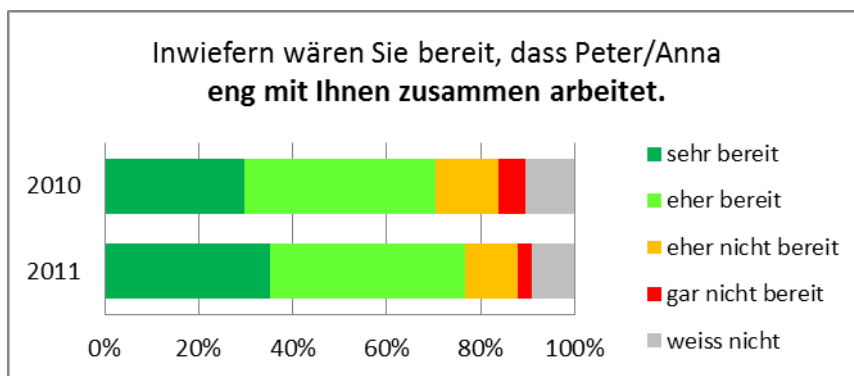


Abbildung 15: ...eng mit Ihnen zusammen arbeitet? (2010/2011)¹⁴

¹² Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.209, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 20.9% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

¹³ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.000, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von 0% zufällig und deshalb statistisch bedeutsam ist.

¹⁴ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.007, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von 0.7% zufällig und deshalb statistisch bedeutsam ist.

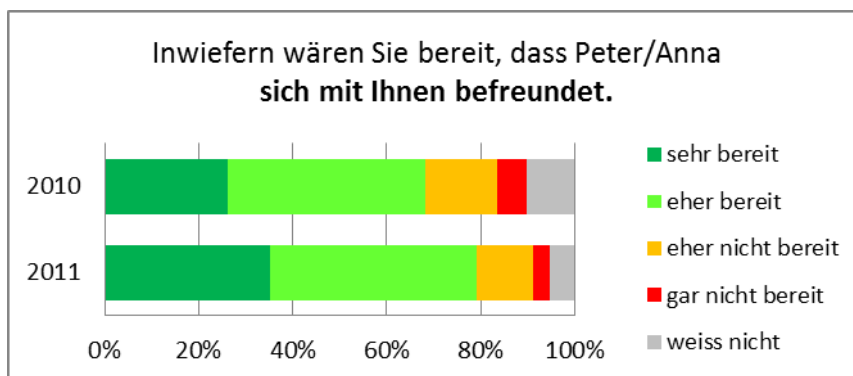


Abbildung 16: ... sich mit Ihnen befreundet? (2010/2011)¹⁵

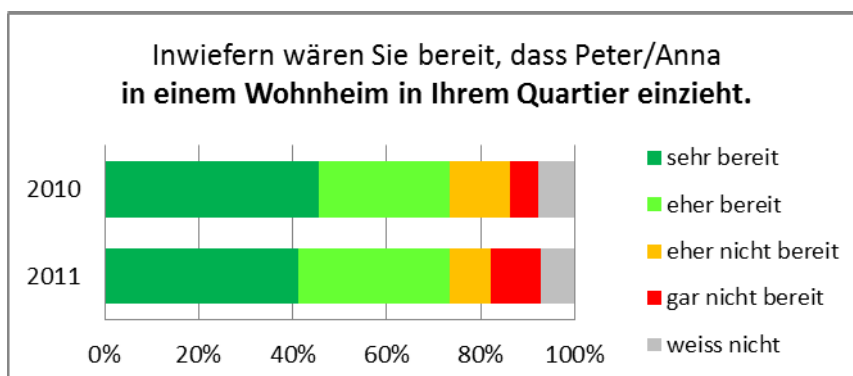


Abbildung 17: ...in einem Wohnheim in Ihrem Quartier einzieht? (2010/2011)¹⁶

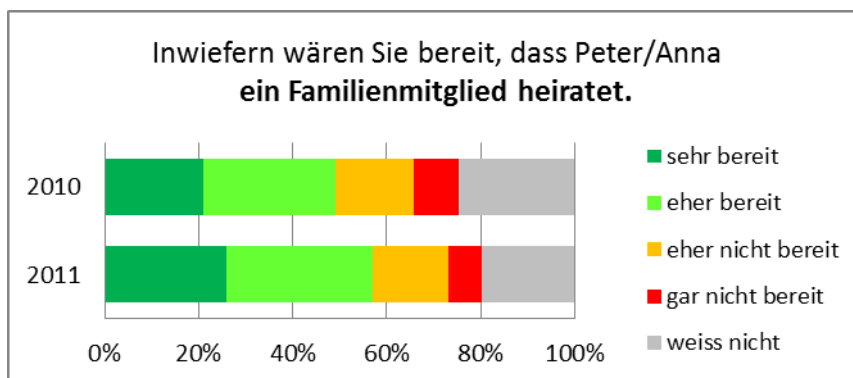


Abbildung 18: ...ein Mitglied ihrer Familie heiratet? (2010/2011)¹⁷

Vergleicht man die Ergebnisse zwischen den zwei Befragungszeitpunkten, so ist ein genereller Trend in Richtung einer geringeren Stigmatisierung und höheren Toleranz gegenüber Depressiven festzustellen. Mehr Befragte waren 2011 bereit, eine depressive Person als Nach-

¹⁵ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.000, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von 0% zufällig und deshalb statistisch bedeutsam ist.

¹⁶ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.186, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 18.6% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

¹⁷ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.058, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 5.8% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

bar zu haben (Abbildung 13), mit ihr einen geselligen Abend zu verbringen (Abbildung 14), mit ihr eng zusammen zu arbeiten (Abbildung 15), sich mit ihr zu befreunden (Abbildung 16) oder zu akzeptieren, dass eine depressive Person ein Familienmitglied heiratet (Abbildung 18).

Es gibt allerdings eine Ausnahme von diesem generellen Trend zu einer höheren Toleranz gegenüber Depressiven: Die Bereitschaft, dass eine depressive Person in einem Wohnheim im Quartier der Befragten einzieht (Abbildung 17), hat nicht zugenommen, sondern ist nur konstant geblieben (Vergleich der zusammengefassten Antwortkategorien: „Sehr / eher bereit“ mit „eher / gar nicht bereit“). Innerhalb dieser zwei Gruppen ist die Intensität der Zustimmung sogar leicht gesunken (weniger „sehr bereit“, mehr „gar nicht bereit“).

4 Wissen und Einstellungen gegenüber Depressionen

Zusätzlich zur Toleranz gegenüber Personen mit Depressionen wurden in der Befragung auch die Einstellungen gegenüber der Krankheit Depression erhoben. Bei diesen Fragen ist ein direkter zeitlicher Vergleich ohne Einschränkungen möglich, da in beiden Befragungswellen zu diesem Zeitpunkt im Interview klar war, dass das Thema Depression im Zentrum steht.

Die Ergebnisse zu diesen Einstellungsfragen sind in den Abbildungen 19 bis 25 dargestellt. Einige dieser Einstellungsfragen enthalten auch Wissenselemente, welche Hinweise auf das Vorhandensein von korrekten oder falschen Vorstellungen zum Thema Depression geben.

Auch bei diesen Einstellungsfragen lässt sich ein Trend zu positiveren Haltungen gegenüber der Krankheit Depression feststellen.

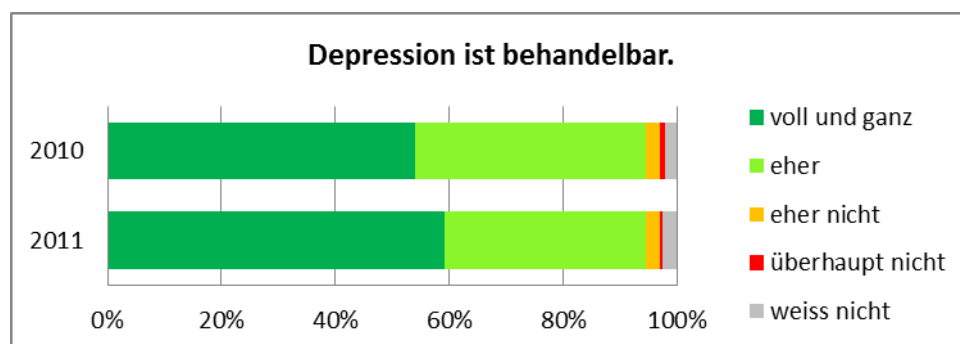


Abbildung 19: Einstellungen gegenüber Depressionen (behandelbar)¹⁸

Die Zustimmung zur Aussage, dass Depressionen behandelbar sind, war in beiden Befragungsjahren weit über 90% und hat sich kaum verändert. Deutlich erkennbar ist aber eine Verstärkung der Zustimmungintensität in Form einer gesteigerten Häufigkeit der Antwort „voll und ganz einverstanden“ im Vergleich zur Antwort „eher einverstanden“.

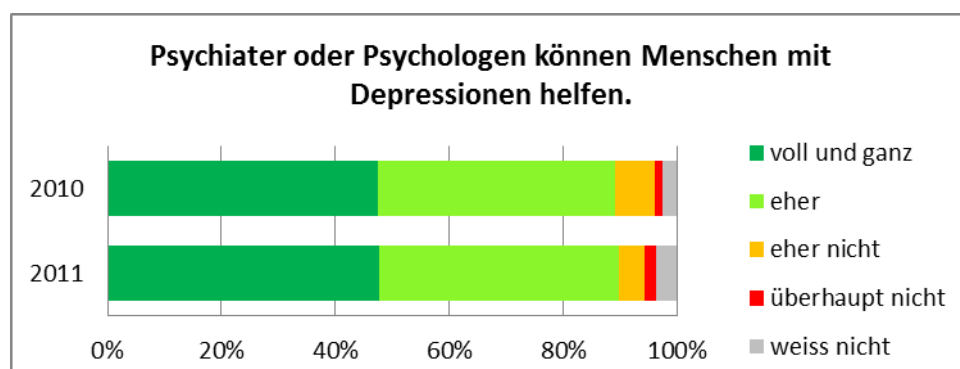


Abbildung 20: Einstellungen gegenüber Depressionen (Psychiater/Psychologen)¹⁹

¹⁸ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.102, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 10.2% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

¹⁹ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.876, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 87.6% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

Kaum Veränderungen sind feststellbar bei den Antworten auf die Frage, ob Psychiater oder Psychologen helfen können (Abbildung 20). Die Zustimmung zu dieser Aussage ist hoch und bleibt im Zeitvergleich auch mehr oder weniger konstant. Einzig die Zahl der „weiss-nicht“ Antworten erhöht sich leicht.

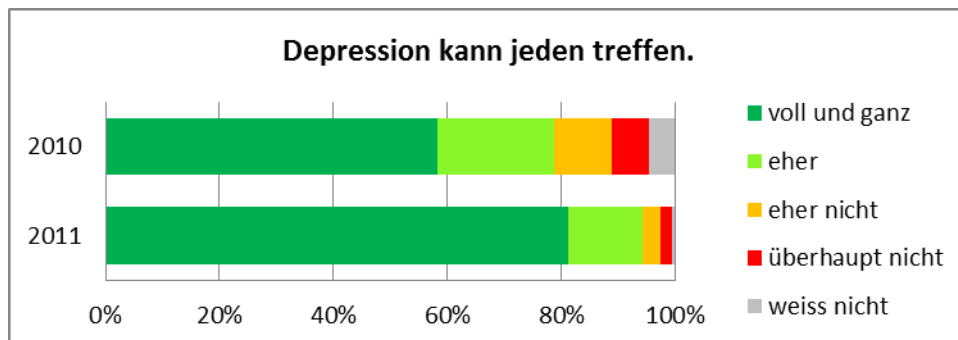


Abbildung 21: Einstellungen gegenüber Depressionen (kann jeden treffen)²⁰

Ein sehr deutlicher Unterschied ist bei der Zustimmung zur Aussage festzustellen, dass Depression jeden treffen kann (Abbildung 21).

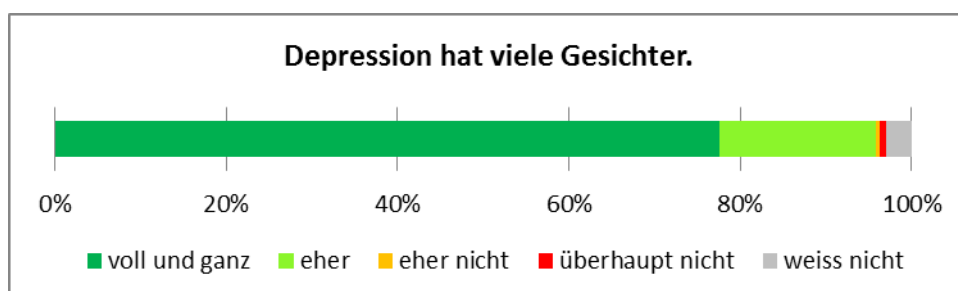


Abbildung 22: Einstellungsfrage: „Depression hat viele Gesichter“ (Fragen nur 2011 gestellt)

Eine hohe Zustimmung erhielt auch die Aussage „Depression hat viele Gesichter“ (Abbildung 22). Diese Frage wurde nur in der zweiten Welle gestellt, so dass kein Zeitvergleich möglich ist.

Bei weiteren Einstellungen ist ein Wandel in die positive Richtung feststellbar, der aber weniger deutlich ist: Mehr Befragte lehnen die Aussage ab, dass Depressive selber schuld an ihrem Leiden sind (Abbildung 23), dass Betroffene mit anderen nicht über Ihre Depression reden sollten (Abbildung 24), dass die Depression eigentlich gar keine Krankheit ist (Abbildung 25) und dass Medikamente gegen Depressionen abhängig machen (Abbildung 26).

²⁰ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.000, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von 0% zufällig und deshalb statistisch bedeutsam ist.

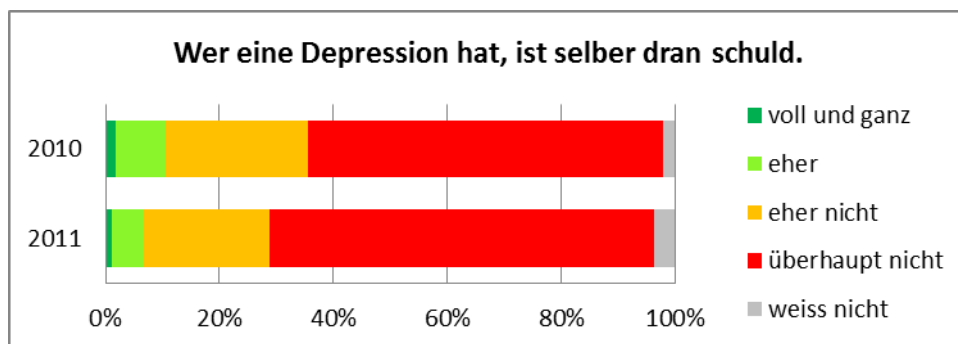


Abbildung 23: Einstellungen gegenüber Depressionen (selber schuld)²¹

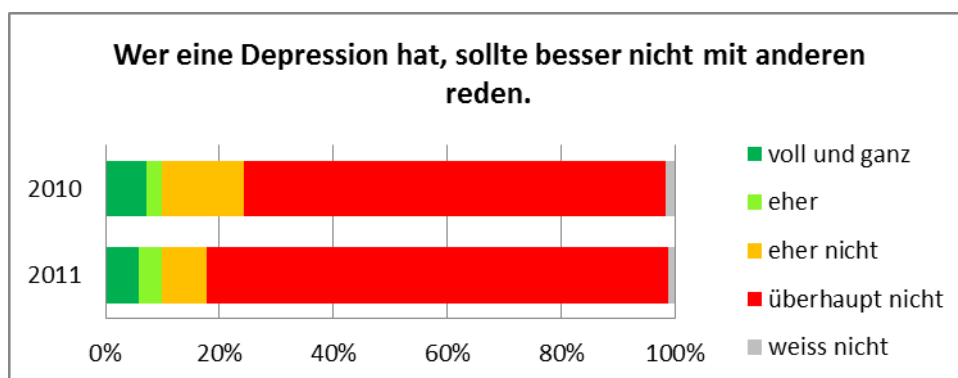


Abbildung 24: Einstellungen gegenüber Depressionen (nicht reden)²²

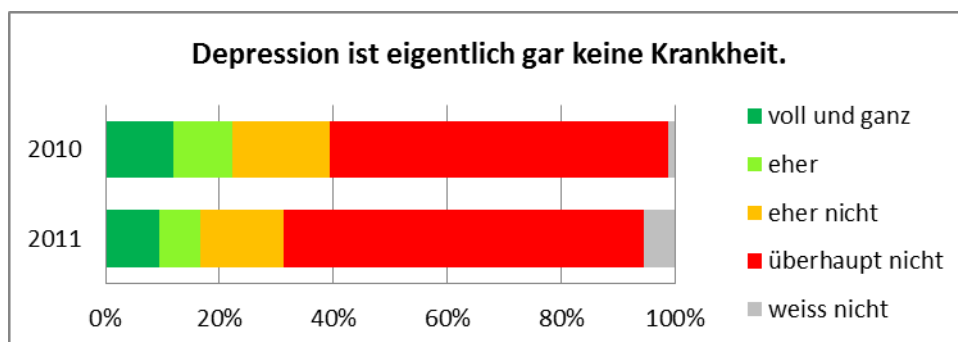


Abbildung 25: Einstellungen gegenüber Depressionen (keine Krankheit)²³

²¹ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.016, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von 1.6% zufällig und deshalb statistisch bedeutsam ist.

²² Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.229, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 22.9% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

²³ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.073, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 7.3% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

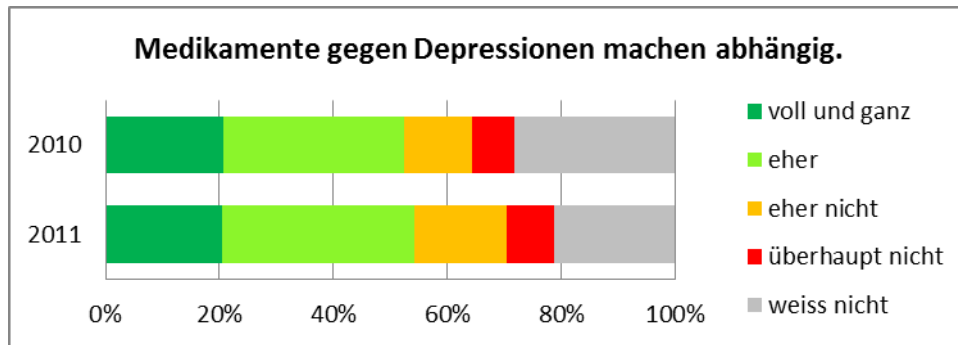


Abbildung 26: Einstellungen gegenüber Depressionen (Medikamente)²⁴

Obwohl der Trend also insgesamt klar in die erwünschte Richtung geht, gibt es zumindest bei der Frage, ob Medikamente gegen Depressionen abhängig machen, nach wie vor eine Mehrheit von Befragten, welche eine wesentliche Wissenslücke aufweisen und die medizinisch korrekte Antwort („nein, Medikamente gegen Depressionen machen nicht abhängig“) nicht kennen.

²⁴ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.471, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 47.1% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

5 Subjektive Einschätzung des eigenen Informationsstands

Neben den Fragen nach dem objektiven Wissen (siehe Kapitel 4 Einstellungen) wurden die Befragten auch nach ihrer subjektiven Einschätzung des eigenen Wissens- und Informationsstands gefragt. Bei diesen Fragen ist aus den bekannten Gründen ein Zeitvergleich ohne Einschränkungen möglich.

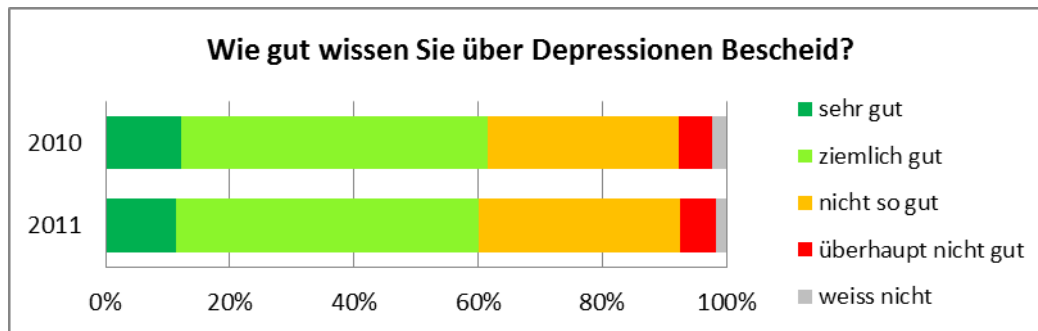


Abbildung 27: Informationsstand über Depression gesamt 2010/2011²⁵

Auf der Ebene aller Befragten (siehe Abbildung 27) sind in Bezug auf den subjektiven Wissensstand keine grossen Veränderungen zwischen den zwei Befragungszeitpunkten feststellbar.

6 Aufklärung über Depressionen

Über welche Kanäle haben die Befragten Informationen zum Thema Depression erhalten? Und wie beurteilen sie die Notwendigkeit, dass die Bevölkerung zu diesem Thema gezielt aufgeklärt wird? Diese Fragen wurden in beiden Wellen unter identischen Voraussetzungen gestellt, so dass ein uneingeschränkter Vergleich möglich ist.

6.1 Depression in den Medien

²⁵ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.396, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 39.6% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

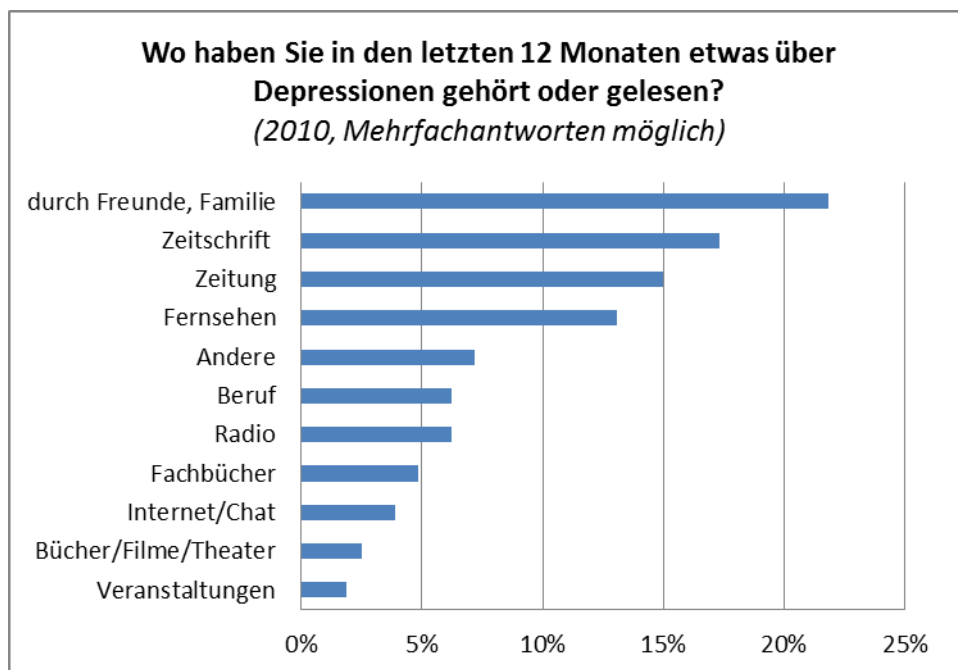


Abbildung 28: Informationskanäle 2010 in % aller Nennungen (n=641)

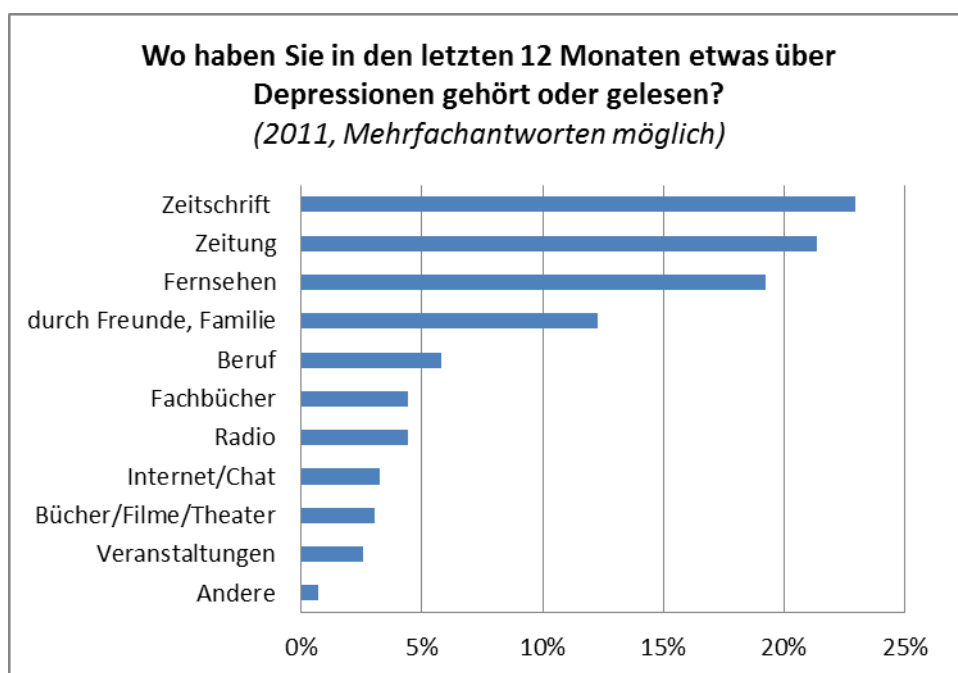


Abbildung 29: Informationskanäle 2011 in % aller Nennungen (n=431)

Vergleicht man die zwei Befragungsjahre in Bezug auf die Informationskanäle zum Thema Depression (Abbildung 28 und 29), so ist ein deutlicher Wandel festzustellen: Während im Jahr 2010 die privaten Kontakte (Freunde, Familie) die wichtigste Informationsquelle darstellten, lagen im Jahr 2011 verschiedene Massenmedien (Zeitschriften, Zeitungen, Fernsehen) auf den ersten drei Rängen und die privaten Kontakte wurden erst an vierter Stelle genannt.

Offenbar hat in dieser kurzen Zeit das Thema Depression aus der Perspektive dieser Befragten mehr Beachtung in der massenmedialen Öffentlichkeit erhalten. Dieses Resultat ist beachtlich, weil die Kampagne für ihre Öffentlichkeitsarbeit nur über wenige Werbemittel

verfügte und klassische Kampagneninstrumente (z.B. Plakate) nicht einsetzen konnte. Als wichtigste massenmediale Kommunikationsinstrumente wurden Inserate und Medienmitteilungen (u.a. Hinweise auf lokale Veranstaltungen) verwendet. Als Resultat dieser Medienarbeit erschienen mehr als 70 Medienbeiträge (Zeitungsartikel, Radio- und TV-Beiträge) zur Kampagne.²⁶

6.2 Aufklärung in der Bevölkerung

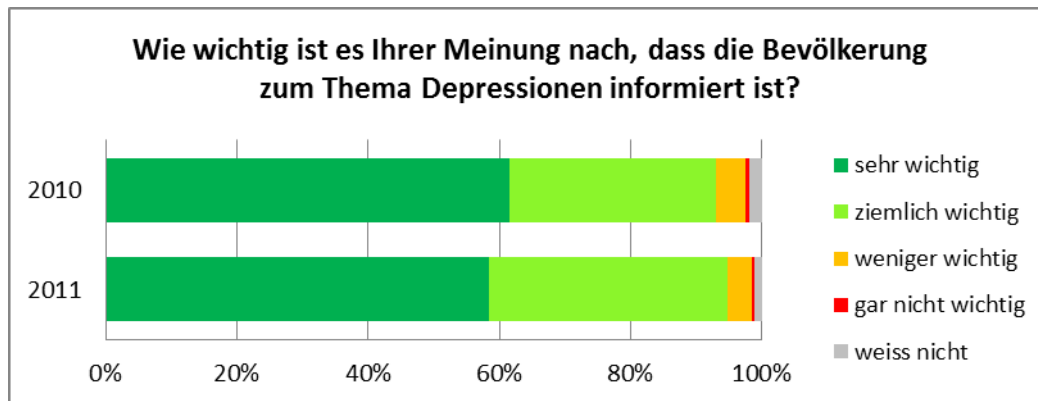


Abbildung 30: Wichtigkeit der Informiertheit in der Bevölkerung 2010/2011²⁷

Die grosse Mehrheit der Befragten beurteilt zu beiden Befragungszeitpunkten die Wichtigkeit, dass die Bevölkerung zum Thema Depression informiert werden soll, als hoch ein (Abbildung 30).

²⁶ Siehe: Bündner Bündnis gegen Depression (2012): Medienberichte. In: <http://www.bbzd.ch/medienberichte-bbzd.html> (Zugriff am 24. 2. 2012)

²⁷ Mit dem Wilcoxon-Test wurde geprüft, ob zwischen den beiden Befragungswellen ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ist. Der Wilcoxon-Test ergab hier ein Signifikanzniveau von 0.435, was bedeutet, dass dieser Unterschied mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit von 43.5% zufällig und deshalb statistisch nicht bedeutsam ist.

7 Depressionen im eigenen Umfeld

Nicht nur die öffentliche Thematisierung, sondern auch die private Kommunikation über das Thema Depression wurde in dieser Untersuchung analysiert. Die folgenden Fragen wurden in beiden Wellen unter identischen Voraussetzungen gestellt, so dass ein uneingeschränkter Vergleich möglich ist.

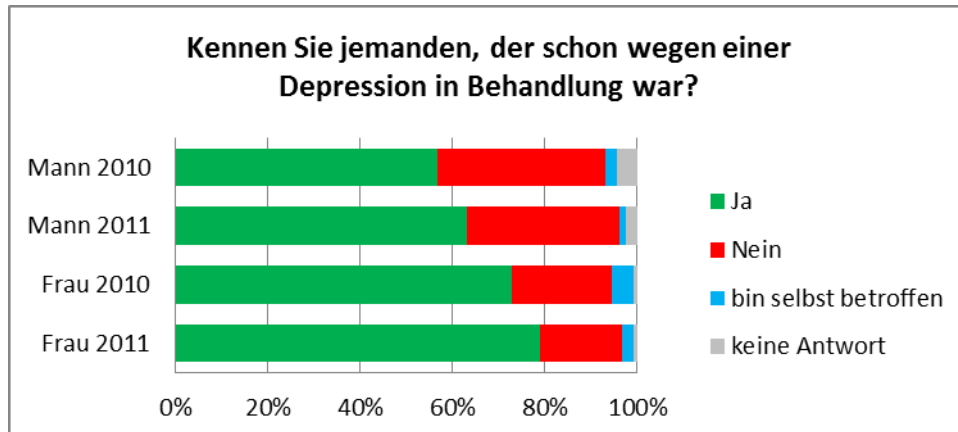


Abbildung 31: Auswertung nach Geschlecht: Depressionen im eigenen Umfeld 2010/2011

Das Thema Depression scheint nicht nur in der medialen Öffentlichkeit an Sichtbarkeit zugenommen zu haben, sondern auch im privaten Umfeld der Befragten: Sowohl Männer als auch Frauen berichten in der zweiten Befragung häufiger, dass sie jemand kennen, der wegen einer Depression schon in Behandlung war (Abbildung 31). Dennoch kennen nach wie vor Frauen häufiger als Männer Depressive in ihrem sozialen Umfeld.

Eine eher unwahrscheinliche Erklärung für diese Ergebnis wäre, dass die Zahl der behandelten Depressiven im Zeitvergleich deutlich zugenommen hätte. Plausibler sind die folgenden zwei Begründungen, welche mit den Botschaften der Kampagne in Verbindung gebracht werden können: Einerseits haben vermutlich mehr Depressive offen über ihre Krankheit gesprochen und sind dadurch im privaten und beruflichen Umfeld sichtbar geworden. Andererseits sind wohl auch die Nicht-Depressiven bis zu einem gewissen Grade für das Thema sensibilisiert worden, haben vermehrt nachgefragt und dadurch Depressive im eigenen sozialen Umfeld auch stärker wahrgenommen.

8 Kampagnenspezifische Auswertung

Zusätzlich zum Zeitvergleich ist es für die Evaluation der Kampagne auch von Interesse, rückblickend einige gezielte Fragen zur Wahrnehmung der Kampagne zu stellen. Diese Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

8.1 Nachhaltigkeit und Erinnerung an Kampagne selber

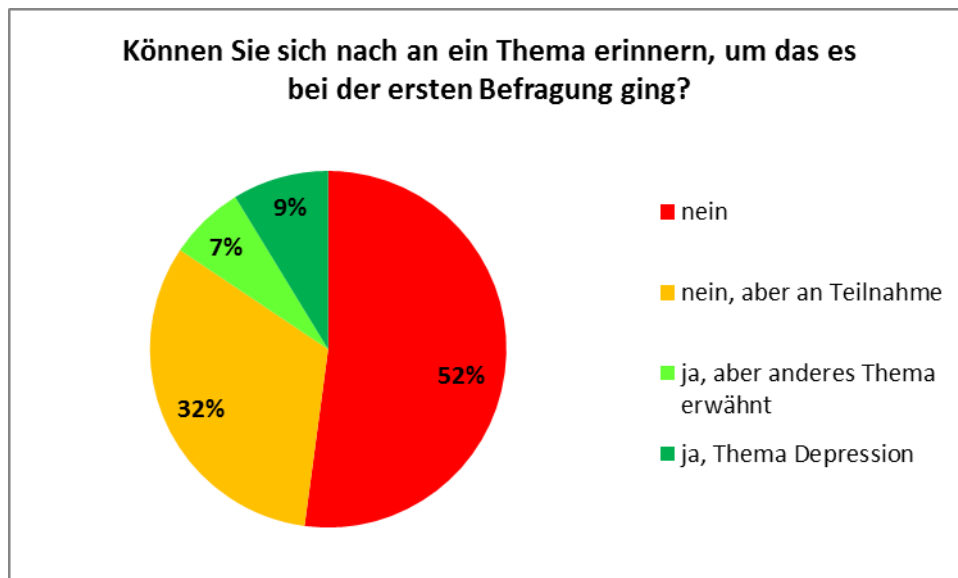


Abbildung 32: Erinnerung an ein Thema der ersten Befragung (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)

Die Mehrheit (52%) der Befragten kann sich rund zwei Jahre später nicht mal an die Befragungsteilnahme erinnern. 32% wissen noch, dass sie teilgenommen haben, aber nicht mehr, zu welchem Thema sie befragt wurden. Nur eine sehr kleine Minderheit von 9% kann sich an das richtige Thema der ersten Befragung erinnern.

Im Folgenden werden einige Resultate zur Sichtbarkeit der Kampagne vorgestellt.

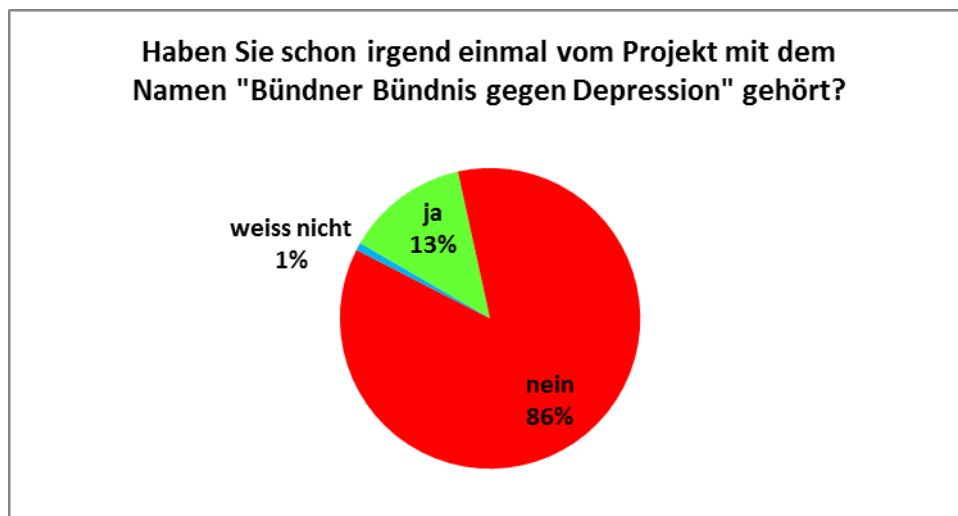


Abbildung 33: Projekt „Bündner Bündnis gegen Depression“ (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)

Die Kampagne selber ist einer Mehrheit der Befragten (86%) unbekannt. Nur 13% (50 Befragte) kennen ihren Namen („Bündner Bündnis gegen Depression“) (Abbildung 33). Aus dieser Zahl kann allerdings nicht direkt geschlossen werden, dass die Befragten die Kampagne gar nie gesehen haben. Denn wie bereits oben (Abbildung 32) festgehalten, ist von einer hohen Vergessensrate auszugehen. Die eigene Teilnahme an der ersten Befragungswelle, die vermutlich ein intensiveres Erlebnis war als die flüchtige Wahrnehmung der Kampagne in der Öffentlichkeit, wurde dennoch von 52% der Befragten vergessen. Ausserdem scheint die Kampagne in einem gewissen Sinne unbewusst gewirkt zu haben: Die Befragten erinnern sich zwar nicht mehr an den Namen der Kampagne, haben dafür aber in grosser Mehrheit deren Kernbotschaften in den letzten zwei Jahren gehört (siehe unten, Abbildungen 37-39).

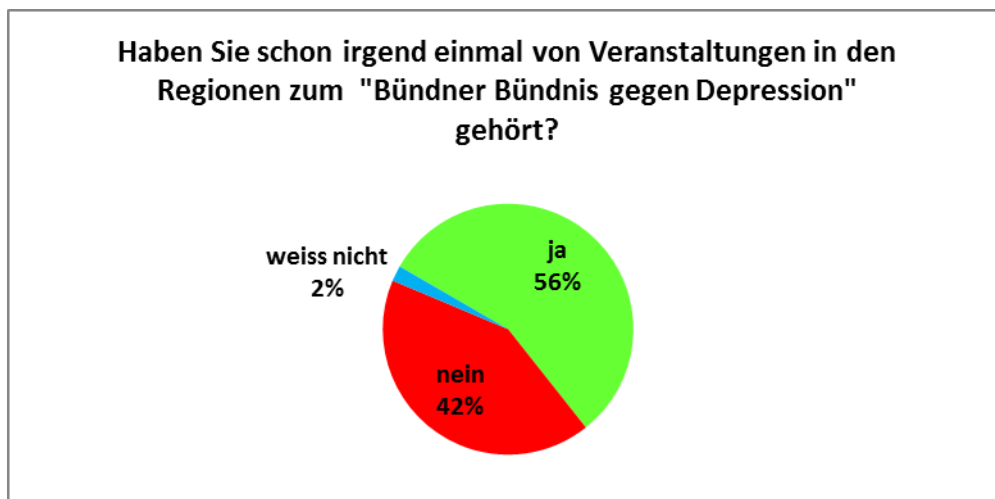


Abbildung 34: Veranstaltungen zum „Bündner Bündnis gegen Depression“ (Filter: Falls von Bündnis schon mal gehört; N=50) (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)

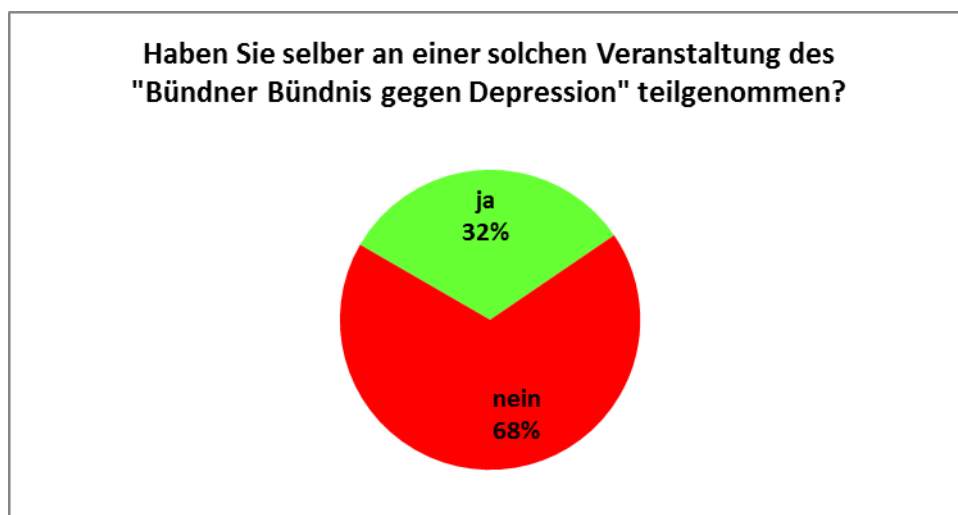


Abbildung 35: Teilnahme an Veranstaltungen „Bündner Bündnis gegen Depression“ (Filter: Falls von Bündnis und von dessen Veranstaltungen schon gehört; N=28) (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)

Bei den Personen, welche überhaupt schon mal vom Bündnis gegen Depression gehört haben, kennt eine Mehrheit (56%, 28 Personen) auch dessen Veranstaltungen (Abbildung 34). Daran teilgenommen hat innerhalb dieser Gruppe allerdings nur eine Minderheit (32%, 9

Personen) (Abbildung 35). Diese 9 Personen entsprechen einem Anteil von nur 2% an allen Befragten.

Haben Sie schon irgend einmal vom Projekt mit dem Namen „Bündner Bündnis gegen Depression“ gehört?		
Ja	Nein	weiss nicht
50	325	3
Haben Sie schon irgend einmal von Veranstaltungen in den Regionen zum „Bündner Bündnis gegen Depression“ gehört? (Filter: Falls von Bündnis schon mal gehört)		
Ja	Nein	Weiss nicht
28	21	1
Haben Sie selber an einer solchen Veranstaltung des „Bündner Bündnis gegen Depression“ teilgenommen? (Filter: Falls von Bündnis und dessen Veranstaltungen schon gehört)		
Ja	Nein	
9	19	

Abbildung 36: Bekanntheitsgrad und Teilnahme an Veranstaltungen im Überblick

Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit sind in Abbildung 36 die bisher erwähnten Angaben zum Bekanntheitsgrad der Kampagne und zur Teilnahme an Veranstaltungen nochmals zusammenfassend und in absoluten Zahlen aufgeführt.

8.2 Nachhaltigkeit und Erinnerung an Kernbotschaften der Kampagne

Im Gegensatz zum geringen Bekanntheitsgrad des Kampagnennamens hat eine sehr klare Mehrheit der Befragten (mindestens 75%) die Kernbotschaften der Kampagne in den letzten 2 Jahren bewusst wahrgenommen (siehe Abbildungen 37-39).

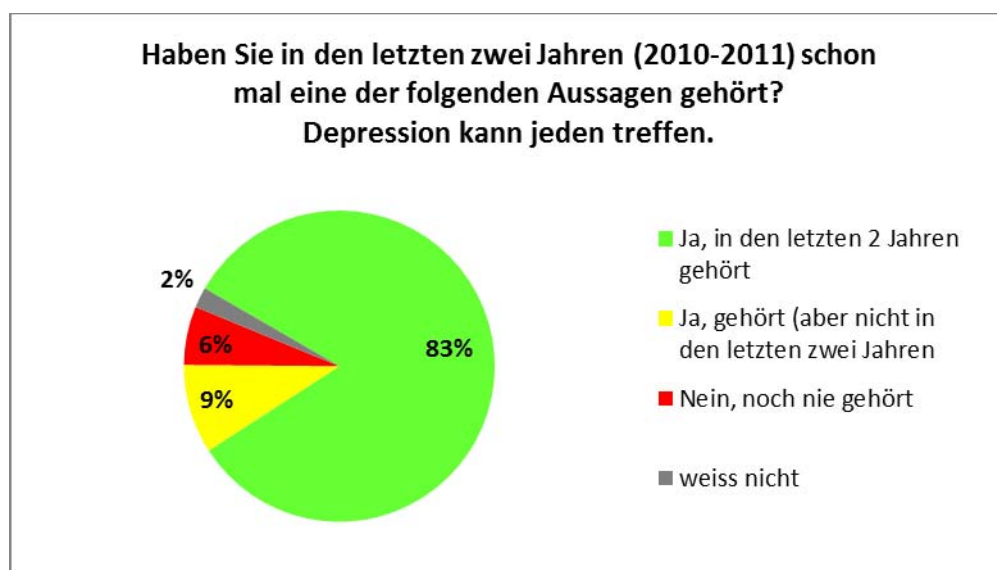


Abbildung 37: Nachhaltigkeit „Depression kann jeden treffen“.

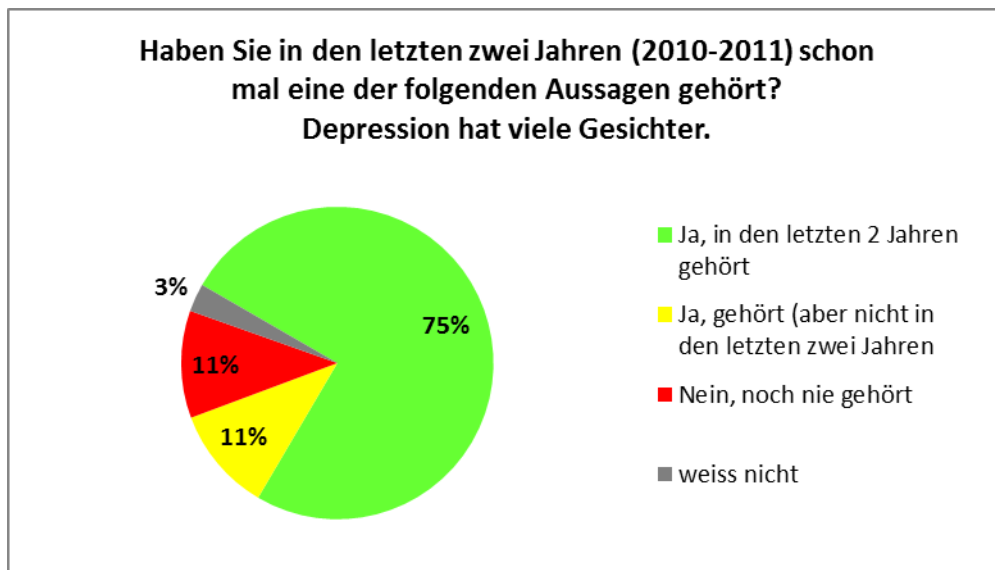


Abbildung 38: Nachhaltigkeit „Depression hat viele Gesichter“. (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)

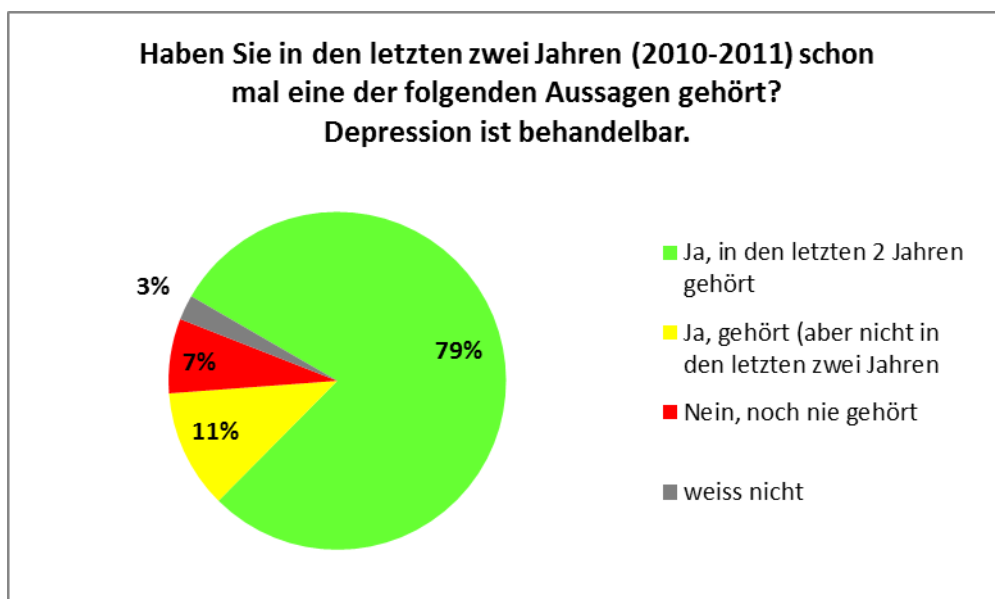


Abbildung 39: Nachhaltigkeit „Depression ist behandelbar“. (Hinweis: Frage nur 2011 gestellt)

8.3 Einstellungen zur Kampagne

Neben dem Bekanntheitsgrad der Kampagne und ihrer Kernbotschaften war es auch von Interesse, die Zustimmung der Bevölkerung zu den Kampagnenzielen und zur Durchführung der Kampagne kennen zu lernen.

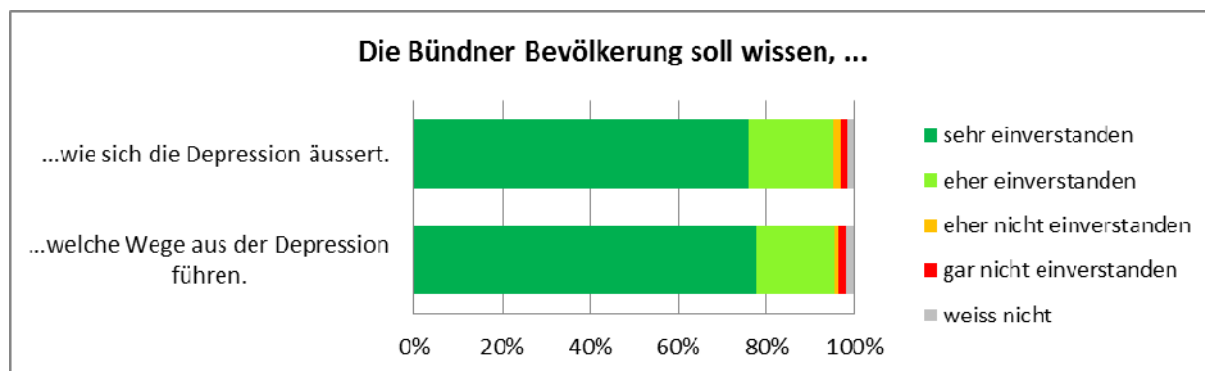


Abbildung 40: Einstellungen zu Wissenszielen der Kampagne (Hinweis: Fragen nur 2011 gestellt)

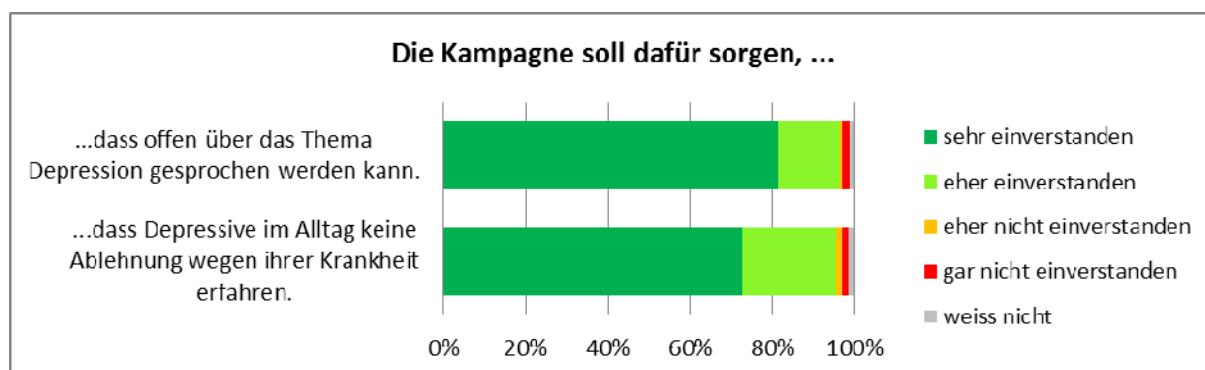


Abbildung 41: Einstellungen zu Verhaltenszielen der Kampagne (Hinweis: Fragen nur 2011 gestellt)

Die in den Abbildungen 40 und 41 aufgeführten Zielsetzungen der Kampagne sind unbestritten und stossen bei fast allen Befragten auf eine hohe Zustimmung.

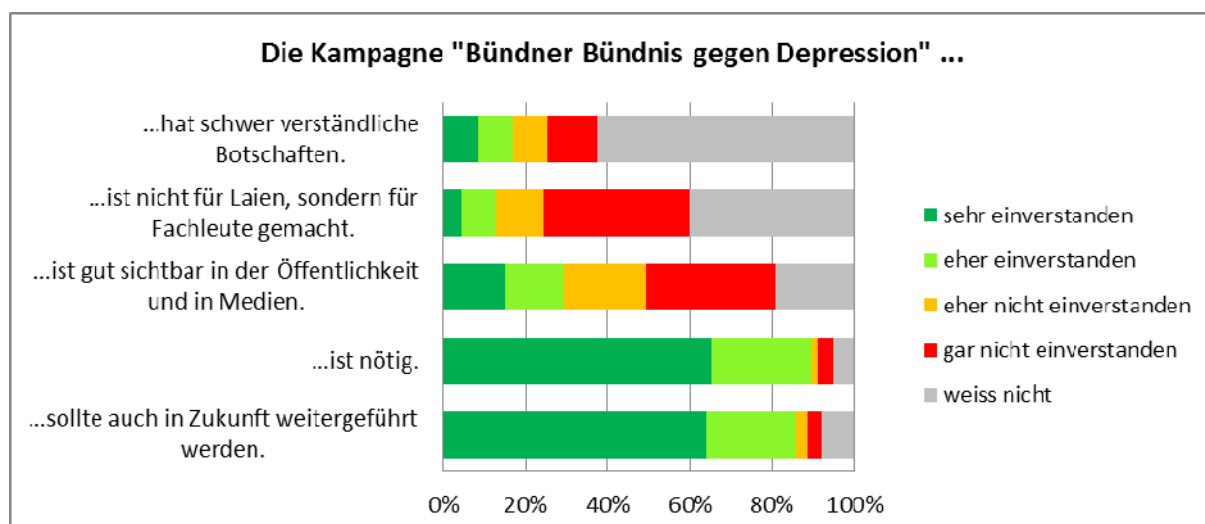


Abbildung 42: Einstellungen zur Durchführung der Kampagne (Hinweis: Fragen nur 2011 gestellt)

Deutlich kritischer sieht das Urteil der Befragten zur konkreten Durchführung der Kampagne aus (Abbildung 42). Auffällig bei den ersten drei Fragen ist zunächst der hohe Anteil von Weiss-nicht-Antworten (20%-60%), der mit grosser Wahrscheinlichkeit mit der geringen Erinnerung der Befragten an die Kampagne (siehe oben) zusammenhängt.

Bei den Fragen mit hohen Weiss-nicht-Anteilen ist die Bewertungstendenz der Kampagne nicht eindeutig: Es gab sowohl ein insgesamt positives Gesamturteil zu beobachten

(Ablehnung der Aussage, „ist nicht für Laien gemacht...“) als auch ein Patt zwischen positiven und negativen Einschätzungen („hat schwer verständliche Botschaften“) als auch ein klar negatives Urteil (mehrheitliche Ablehnung zur Aussage, „ist gut sichtbar in der Öffentlichkeit“). Die geringe Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit hat sich bereits an anderer Stelle gezeigt (siehe oben, Kapitel 8.1 Nachhaltigkeit und Erinnerung an die Kampagne). Bemerkenswert ist beim Vergleich dieser Resultate, dass immerhin rund 30% die Kampagne als in der Öffentlichkeit gut sichtbar bewerten (Abbildung 42), aber sich nur 13% an den genauen Namen der Kampagne erinnern können (Abbildung 33).

Unbestritten ist die Notwendigkeit der aktuellen Kampagne. Ebenso gross ist die Zustimmung zur Weiterführung der Kampagne in der Zukunft.

9 Fazit: Kampagnenziele erreicht?

In diesem letzten Kapitel wird ein Fazit gezogen, indem die verschiedenen Teilresultate zusammenfassend dargestellt und vor dem Hintergrund der formulierten Kampagnenziele diskutiert werden.

Auf einer allgemeinen Ebene kann festgehalten werden, dass die Kampagne Wirkung gezeigt hat und dass sich das Wissen und die Einstellungen bei fast allen Fragen verbessert haben. Begrüssenswert ist insbesondere auch die hohe Zustimmung zur Notwendigkeit dieser Kampagne. Betrachtet man die Ergebnisse im Detail, so ist es sinnvoll, dies vor dem Hintergrund der Kampagnenziele zu tun, welche bereits nach der ersten Befragungswelle in quantitativen Grössen formuliert wurden (Abbildung 43).

Ziel	Zielebene	Ist-Stand vor der Kampagne (Januar 2010)	Zielwerte nach der Kampagne (Angestrebter Soll-Stand)	Kampagnenziele 2011 erreicht?
1	Allgemeinwissen	78% Zustimmung: Depressionen können alle Menschen gleichermaßen treffen 92% Zustimmung: Depressionen sind behandelbar	85% der Bündner Bevölkerung kennen die Kernbotschaften des Bündnisses gegen Depression	Ja: Hohe Zustimmungsraten: 94.2% Depression kann alle treffen Depressionen sind behandelbar (Abbildung 19)
2	Handlungswissen	16% nennen bei fiktiver Person mit Depressionssymptomen explizit den Begriff Depression 37%: Empfehlung zur Behandlung durch med./psychisches Fachpersonal	35% der Bündner Bevölkerung wissen, was eine Depression ist und wie sie sich äussern kann. 60% der Bündner Bevölkerung wissen, welche Behandlungsmöglichkeiten bei einer Depression bestehen.	Kein direkter Vergleich möglich da fiktive Frage (Fallvignette) nicht erneut gestellt wurde (siehe Kapitel 2 zum Fragebogen) Ja beim Wissen über Depression (Abbildung 6) und Wissen über zuständige Fachpersonen (Abbildung 20)
3	Verhalten	78%: Zustimmung zu einem Nachbar mit Depressionen 50%: Zustimmung zu Depressivem, der in die Familie einheiratet	75% der Bündner Bevölkerung haben eine positive Einstellung gegenüber Depression.	Ja, Konstanz oder Verbesserung: 75.7%: Zustimmung zu einem Nachbar mit Depressionen (Abbildung 13); Noch nicht: Nur 57.1%: Zustimmung zu Depressivem, der in die Familie einheiratet (Abbildung 18);

Abbildung 43: Kampagnenziele und Zielerreichung

Die Ergebnisse in Abbildung 43 machen deutlich, dass die meisten Kampagnenziele erreicht wurden: Das allgemeine Wissen zu Depression und das Handlungswissen (Behandlungsmöglichkeiten) hat zugenommen. Auch die Bereitschaft zu tolerantem, nicht-stigmatisierendem Verhalten gegenüber Depressiven ist gegenüber dem bereits hohen Niveau aus der ersten Befragung noch angestiegen. Kritisch zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang einzig die nach wie vor eher tiefe Bereitschaft zu einer depressiven Person, welche in die Familie einheiratet.

Negativ zu bewerten ist das nach wie vor fehlende Wissen über Medikamente gegen Depressionen: Obwohl der Trend insgesamt klar in die erwünschte Richtung geht, gibt es immer noch eine Mehrheit von Befragten, welche eine wesentliche Wissenslücke aufweisen und die medizinisch korrekte Antwort („nein, Medikamente gegen Depressionen machen nicht abhängig“) nicht kennen.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die geringe Sichtbarkeit der Kampagne selber in der Öffentlichkeit: Während die Kernbotschaften über einen hohen Bekanntheitsgrad verfügen, ist der Kampagnenname bei einer Mehrheit der Befragten (86%) unbekannt. Es kennen nur 13% (50 Befragte) das „Bündner Bündnis gegen Depression“. Einschränkend muss hier allerdings festgehalten werden, dass die Erinnerung an den Kampagnennamen kein explizites Kampagnenziel war. Als zentrales Kommunikationsinstrumenten wurden von der Kampagne lokale Veranstaltungen durchgeführt, an denen nur eine Minderheit der Bevölkerung teilnahm. Da die Kampagne aber klare Wirkungen gezeigt hat, wurde die Mehrheit der Bevölkerung offenbar auch über die anderen und indirekten Kommunikationsinstrumente (Medienberichte über die lokalen Veranstaltungen, persönliche Kontakte zu Veranstaltungsteilnehmenden etc.) erreicht.

Die Notwendigkeit der aktuellen Kampagne und auch ihre Fortsetzung in der Zukunft werden von der grossen Mehrheit der Befragten unterstützt. Die vorhandenen Schwachstellen (fehlendes Wissen über Medikamente, Unsicherheit, bei welchem Schweregrad Hilfe durch eine Fachperson notwendig ist, geringe Sichtbarkeit der Kampagne selber) sollten bei einer Fortsetzung der Kampagne mehr Beachtung finden und mit gezielten Verbesserungsmaßnahmen angegangen werden.

Literatur

- Bühl, Achim (2009): SPSS 18 (ehemals PASW): Einführung in die moderne Datenanalyse. München, Boston [u.a.]: Pearson Studium.
- Bundesamt für Gesundheit (2011): Bündnis gegen Depression. (Siehe: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=de> (Datum der Einsichtnahme: 7. 3. 2012)).
- Bündner Bündnis gegen Depression (2009): Evaluation. Präventions- und gesundheitsförderndes Projekt im Rahmen des Bündner Regierungsprogramms für die Jahre 2009-2012. (Version vom Oktober 2009).
- Bündner Bündnis gegen Depression (2012). In: <http://www.bbgd.ch/> (Zugriff am 24. 2. 2012)
- Dahinden, Urs/Aschwanden, Michael (2010): Kantonsvergleich: Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung der „Bündnisse gegen Depression“ in den Kantonen Luzern, Thurgau und Graubünden. Projektbericht. Chur: Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur.
- Dahinden, Urs/Capatt-Kuppelwieser, Iris (2010): Kampagnen-Evaluation: Bündner Bündnis gegen Depression. Ergebnisse Umfrage Welle 1. Projektbericht. Chur: Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur.
- Sikkel, Dirk/Hox, Joop/Leeuw, Edith de (2009): Using Auxiliary Data for Adjustment in Longitudinal Research. In: Lynn, Peter (Hg.). Methodology of longitudinal surveys, Chichester: Wiley, 141–156
- Watson, Nicole/Wooden, Mark (2009): Identifying Factors Affecting Longitudinal Survey Response. In: Lynn, Peter (Hg.). Methodology of longitudinal surveys, Chichester: Wiley, 157–182.

Anhang: Fragebogen (1. Welle)

„Bünder Bündnis gegen Depression“: Fragebogen

Basis: Fragebogen des Luzern Bündnis gegen Depression

(Autorinnen des Luzerner Bogens: **Renate Gutmann, Brigitte Müller**)

Schlussversion für Welle 1

15. 12. 2009

Fragebogen „Mental Health und Depression: Wissen und Einstellungen der Bevölkerung des Kantons Graubünden“

Einleitung/Erklärung

Grüezi, mein Name ist _____ vom Meinungsforschungsinstitut gfs zürich.

Wir führen im Kanton Graubünden eine Umfrage zum Thema Wohlbefinden durch und möchten Sie fragen, ob Sie Interesse haben, daran teilzunehmen. Ihre Telefonnummer wurde zufällig aus allen Haushalten des Kantons Graubünden ausgewählt. Die Umfrage dauert etwa 10 Minuten und wird anonym ausgewertet, d.h. es besteht keine Möglichkeit, Ihre Antworten mit Ihrem Namen in Verbindung zu bringen. Sind Sie bereit an dieser Studie teilzunehmen?

S1 Alter

Zuerst ein paar statistische Fragen: Darf ich Sie nach Ihrem Alter fragen?

Alter notieren verweigert

S2 Geschlecht

(Int: Bitte Geschlecht notieren)

Mann

Frau

S3 Sprache

Welches ist Ihre Muttersprache? (INT: Falls nicht verstanden wird: welche Sprache sprechen Sie bei sich zuhause?)

Deutsch, Schweizerdeutsch

Italienisch

Rätoromanisch

andere

verweigert

F1a-b

Ich werde Ihnen zuerst eine kurze Beschreibung von einer Person vorlesen und Ihnen danach ein paar Fragen dazu stellen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern es geht allein um Ihre persönlichen Einschätzungen und Meinungen.

Vignette (nach Wang, ISPM Zürich)

F1a Peter

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

F1b Anna:

Anna ist 30 Jahre alt. Seit einigen Wochen fühlt sie sich ungewöhnlich traurig und elend. Obwohl sie immer müde ist, schläft sie fast jede Nacht schlecht. Anna hat keinen Appetit und hat abgenommen. Sie kann sich nicht auf ihre Arbeit konzentrieren und schiebt Entscheidungen vor sich her. Sogar alltägliche Aufgaben scheinen zuviel für sie zu sein. Ihr Chef hat dies mitbekommen und macht sich Gedanken über Annas sinkende Arbeitsleistung.

Frage 1: Erklärung, Begründung

Wie würden Sie sich Peters/Annas Zustand erklären?

Bitte nennen Sie vier mögliche Erklärungen, die Ihnen spontan in den Sinn kommen. (4 Nennungen, Antwortkodierung durch InterviewerIn)

Oberkategorie	Kodierebene (1-4)	Antworten (Kodierhilfe)
Belastungen	allgemein	Stress, Belastung allg./nicht spezifiziert, Frustration, Überforderung, Krise, Lebenskrise
	Zeiterscheinungen	Zeiterscheinung, Gesellschaft, Weltgeschehen, heutige Zeiten, Leistungsgesellschaft, Reizüberflutung
	Lebensereignisse	traumatische oder belastende Ereignisse (Gewalt, Unfall, Scheidung, Todesfälle), Schicksalsschlag
	Arbeit/Beruf	berufliche Belastung, Stress am Arbeitsplatz Arbeitslosigkeit, drohender Stellenverlust
	Geld	Armut, finanzielle Probleme, Verschuldung, oder: Reichtum, Prominenz
Persönliche Ursachen	Lebensstil	falsche Lebensführung (work-life-balance), falscher, ungesunder Lebensstil
	Belastbarkeit	fehlende Belastbarkeit, fehlende Abgrenzung, fehlender Selbstwert
	Persönlichkeit	Persönlichkeit, Charakterschwäche, mangelnde Selbstdisziplin, Selbstverschuldung
	Glaube	fehlender Glaube oder Spiritualität
	Kindheit	schwierige Kindheit, Kindheitserlebnisse, Erziehung, Vergangenheit
Somatische Ursachen	Krankheit	allg. Krankheit, somatische Erkrankungen (z.B. Krebs)
	Ernährung	Fehl-, Mangelernährung, falsches oder ungesundes Essen
	Sucht	zu viel Alkohol, andere Drogen, anderes Suchtverhalten (Internet)
	Vererbung	genetische Ursachen, Vererbung
	Stoffwechsel	Stoffwechselstörung, Veränderungen im Gehirn (nicht krankheitsbedingt)
	Umweltfaktoren	Umweltbelastungen (Gifte, Elektromog, Wasseradern, Strahlen, Abgase, Ozon), auch: Wetter, Klima
Soziale Ursachen	soziale Probleme	Probleme oder Konflikte in der Familie, Partnerschaft, Freundeskreis
	falsche Freunde	negativer sozialer Einfluss, „falsche Freunde“, „schlechte Gesellschaft“
	Einsamkeit	Einsamkeit, soziale Isolation
	Sexualität	Probleme mit der Sexualität
Psychische Ursachen	psychisches Problem	allg. psychische Probleme, emotionale Probleme, geht ihm nicht gut, Verstimmung
	Depression	Depression, Suizidalität
	Burnout	
	Psychose, Schizophrenie	Psychose, Schizophrenie, manisch-depressiv
	Neurose	Neurose, allg. psychische Krankheit
andere	Schicksal, Gott	Schicksal, Vorbestimmung, Gottes Wille
	Problem	hat ein Problem, ist komisch
	andere
weiss nicht, keine Antwort		

Frage 2a: Handlungsbedarf (Filterfrage)

Müsste Peter/Anna Ihrer Meinung nach etwas tun, um sein/ihr Befinden zu verändern?

Nein → weiter zu „Überleitung“ Ja → weiter zu 2b

Frage 2b: Aktive Bewältigung

Was könnte Peter/Anna Ihrer Meinung nach in dieser Situation tun, damit es ihm besser geht?

Bitte nennen Sie vier mögliche Dinge oder Personen, die Ihnen spontan in den Sinn kommen. (4 Nennungen, Antwortkodierung durch InterviewerIn).

Oberkategorie	Kodierebene (1-4)	mögliche Antworten/Kodierhilfe
Fachpersonen MED und PSY	Arzt allg.	einen Arzt aufsuchen, zum Arzt gehen
	Hausarzt	zum Hausarzt gehen, anrufen
	Psychiater	zum Psychiater gehen
	Psychologe, Psychotherapeut	zum Psychologen gehen, zum Psychotherapeuten gehen
	Beratung, Soziale Arbeit	Beratung suchen, konkrete Beratungsstellen, Sozialarbeiter
Methoden MED und PSY	Psychotherapie	eine Psychotherapie machen, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie etc.
	Lichttherapie	eine Lichttherapie machen
	Medikamente allg.	allg. Medikamente nehmen (Schlafmittel, etc.)
	Psychopharmaka	Psychopharmaka nehmen
	Antidepressiva	Antidepressiva nehmen, etwas gegen Depressionen nehmen, Prozac/Fluctin nehmen
	Antipsychotika, Neuroleptika	
	psychiatrische Klinik	in eine psychiatrische Klinik gehen, sich einliefern lassen, „gelbes Wägel“, „Kantonsecke“, St. Urban
Personen/Methoden ALTERNATIV	Geistliche aufsuchen	Pfarrer, Priester, Seelsorger aufsuchen
	Gebet	beten, beichten, pilgern, Kerzen anzünden, andere religiöse Handlungen
	Naturheilmethoden/-personen	Shiatsu, Homöopathie, Kinesiologie, Akupunktur, Osteopathie, pflanzl. Mittel (Johanniskraut, Baldrian), Naturheilpraktiker, Bioresonanz etc.
	esoterische Methoden	Heiler, Schamane, Handauflegen, Fernheilung, Astrologie, Edelsteine etc.
Individuelles Handeln	Ernährung	Diät machen, spezielle Ernährungsform (Trennkost, Vegetarismus u.Ä.), Nahrungsergänzung
	Pause	Ferien machen, eine Reise machen, ein Time-Out oder Sabbatical machen, sich krankschreiben lassen
	Soziale Unterstützung	mit Freunden oder Familienmitgliedern reden, sich helfen lassen
	Ablenkung	sich ablenken, nicht immer daran denken, positiv denken, sich ein Hobby suchen
	Disziplin	sich zusammennehmen, sich zusammenreissen, aufhören mit grübeln
	sich etwas Gutes tun	sich etwas Gutes tun, sich etwas zuliebe tun, Süßes essen
	Aktivität, frische Luft	Sport machen, nach draussen gehen, an die frische Luft gehen, trainieren
Entspannung	sich entspannen, Yoga oder autogenes Training machen	
andere	andere
weiss nicht, keine Antwort		

Frage 2c: Hilfe, Unterstützung

Was oder wer könnte Peter/Anna Ihrer Meinung nach in dieser Situation helfen?

Bitte nennen Sie vier mögliche Dinge oder Personen, die Ihnen spontan in den Sinn kommen. (4 Nennungen, Antwortkodierung durch InterviewerIn).

Oberkategorie	Kodierebene (1-4)	mögliche Antworten/Kodierhilfe
Fachpersonen MED und PSY	Arzt allg.	einen Arzt aufsuchen, zum Arzt gehen
	Hausarzt	zum Hausarzt gehen, anrufen
	Psychiater	zum Psychiater gehen
	Psychologe, Psychotherapeut	zum Psychologen gehen, zum Psychotherapeuten gehen
	Beratung, Soziale Arbeit	Beratung suchen, konkrete Beratungsstellen, Sozialarbeiter
Methoden MED und PSY	Psychotherapie	eine Psychotherapie machen, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie etc.
	Lichttherapie	eine Lichttherapie machen
	Medikamente allg.	allg. Medikamente nehmen (Schlafmittel, etc.)
	Psychopharmaka	Psychopharmaka nehmen
	Antidepressiva	Antidepressiva nehmen, etwas gegen Depressionen nehmen, Prozac/Fluctin nehmen
	Antipsychotika, Neuroleptika	
	psychiatrische Klinik	in eine psychiatrische Klinik gehen, sich einliefern lassen, „gelbes Wägeli“, „Kantonsecke“, St. Urban
Personen/Methoden ALTERNATIV	Geistliche aufsuchen	Pfarrer, Priester, Seelsorger aufsuchen
	Gebet	beten, beichten, pilgern, Kerzen anzünden, andere religiöse Handlungen
	Naturheilmethoden/-personen	Shiatsu, Homöopathie, Kinesiologie, Akupunktur, Osteopathie, pflanzl. Mittel (Johanniskraut, Baldrian), Naturheilpraktiker, Bioresonanz etc.
	esoterische Methoden	Heiler, Schamane, Handauflegen, Fernheilung, Astrologie, Edelsteine etc.
Individuelles Handeln	Ernährung	Diät machen, spezielle Ernährungsform (Trennkost, Vegetarismus u.Ä.), Nahrungsergänzung
	Pause	Ferien machen, eine Reise machen, ein Time-Out oder Sabbatical machen, sich krankschreiben lassen
	Soziale Unterstützung	mit Freunden oder Familienmitgliedern reden, sich helfen lassen
	Ablenkung	sich ablenken, nicht immer daran denken, positiv denken, sich ein Hobby suchen
	Disziplin	sich zusammennehmen, sich zusammenreissen, aufhören mit grübeln
	sich etwas Gutes tun	sich etwas Gutes tun, sich etwas zuliebe tun, Süßes essen
	Aktivität, frische Luft	Sport machen, nach draussen gehen, an die frische Luft gehen, trainieren
	Entspannung	sich entspannen, Yoga oder autogenes Training machen
andere	andere
weiss nicht, keine Antwort		

Frage 2d:

Inwiefern wären Sie bereit....

2d1) ...als direkter Nachbar neben Peter/Anna einzuziehen?

2d2) ...einen geselligen Abend mit Peter/Anna zu verbringen?

2d3) ...im Beruf eng zusammenzuarbeiten mit Peter/Anna?

2d4) ...sich mit Peter/Anna zu befreunden?

2d5) ...in das Quartier von Peter/Anna einzuziehen?

2d6) ...dass Peter/Anna ein Mitglied aus ihrer Familie heiraten würde?

ANTWORTKATEGOREN (2d1-2d6):

- sehr einverstanden
- eher einverstanden
- eher nicht einverstanden
- gar nicht einverstanden

- weiss nicht, kann ich nicht einschätzen

Überleitung zum Thema „Depression“:

Gerne möchten wir Ihnen nun zum Thema „Depressionen“ noch ein paar Fragen stellen.

Frage 3a: Informationskanäle

Haben Sie in den letzten 12 Monaten etwas über Depressionen gehört oder gelesen? (*Antwortoptionen nicht aufzählen, sondern nachfragen „gibt es sonst noch etwas?“*)

- Nein (→ weiter zu Frage 4)
- Ja → Können Sie mir sagen, wo Sie schon etwas über Depressionen gehört oder gelesen haben?

Zeitung Wissen Sie noch, in welcher Zeitung oder in welchen Zeitungen?

Nein

Ja, in:
.....
.....

Zeitschrift Wissen Sie noch, in welcher Zeitschrift oder in welchen Zeitschriften?

Nein

Ja, in:
.....
.....

Radio Wissen Sie noch, auf welchem Sender oder auf welchen Sendern?

Nein

Ja, auf:
.....
.....

Fernsehen

Nein

Ja:

Internet/Chat

Nein

Ja:

Fachbücher

Nein

Ja:

Fortsetzung auf folgender Seite

Büchern (Romane) oder Filme, Seifenoperen, Theaterstücke

Nein

Ja:

Veranstaltungen (Vorträge u.Ä.)

Können Sie sagen, was für eine Veranstaltung das war?

Nein

Ja:
.....

- durch FreundInnen, KollegInnen, Familienmitglieder, Verein, Bekannte
- durch den Beruf, beruflich
- anderes:

Frage 3b: Subjektive Einschätzung Informationsstand

Was würden Sie sagen, wie gut wissen Sie über Depressionen Bescheid? *(nur Skala vorlesen; „weiss nicht“ mit 8 kodieren, wenn genannt, keine Antwort missing/9)*

- sehr gut
- ziemlich gut
- nicht so gut
- überhaupt nicht gut

- weiss nicht, kann ich nicht einschätzen

Frage 3c: Aufklärung über Depressionen

Wie wichtig ist es Ihrer Meinung nach, dass die Bevölkerung zum Thema Depressionen informiert ist? *(nur Skala vorlesen, „weiss nicht“ mit 8 kodieren, wenn genannt; keine Antwort missing/9)*

- sehr wichtig
- ziemlich wichtig
- weniger wichtig
- gar nicht wichtig

- weiss ich nicht, kann ich nicht einschätzen

Frage 4: Einstellungen

Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen? Sagen Sie bitte jeweils, ob Sie voll und ganz (4) oder eher (3) zustimmen oder ob Sie eher nicht (2) oder überhaupt nicht zustimmen (1). *(weiss nicht/keine Antwort: missing/9)*

- „Depression ist eigentlich gar keine Krankheit.“

- „Wer eine Depression hat, ist selber daran schuld.“
- „Depressionen können alle Menschen gleichermassen treffen.“
- „Wer eine Depression hat, sollte besser nicht mit anderen darüber reden.“
- „Eine Depression ist eine Krankheit, die behandelbar ist.“
- „Medikamente gegen Depressionen machen abhängig.“
- „Psychiater oder Psychologen können Menschen mit Depressionen helfen.“

Soziodemografische Angaben

Zum Schluss möchte ich Sie noch nach einigen Angaben zu Ihrer Person fragen.

S4

Wie lautet die **Postleitzahl** Ihres Wohnortes?

.....

S5

Welches ist Ihr höchster **Ausbildungsabschluss**?:

- kein Abschluss/obligatorische Schule
- noch in Ausbildung
- Matura/Diplommittelschule/Berufsmittelschule
- Berufslehre
- Anlehre, Attest
- höhere Fachschule
- Fachhochschule, Universität

S6

Darf ich Sie zum Schluss noch fragen, ob Sie in Ihrer Verwandtschaft oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis jemanden kennen, der schon einmal wegen einer Depression in Behandlung war?

- Ja
- Nein
- selbst betroffen (*betroffen (nicht vorlesen, nur anklicken wenn erwähnt)*)
- weiss nicht, keine Antwort

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang: Fragebogen (2. Welle)

„Bünder Bündnis gegen Depression“: Fragebogen

Basis: Fragebogen des Luzern Bündnis gegen Depression

(Autorinnen des Luzerner Bogens: **Renate Gutmann, Brigitte Müller**)

Anpassungen und Erweiterungen:

Urs Dahinden, HTW Chur

Kontakt:

urs.dahinden@htwchur.ch

Schlussversion für die Befragungswelle 2 (Durchführung: November 2011)

Version vom: 1.11.2011

Fragebogen „Mental Health und Depression: Wissen und Einstellungen der Bevölkerung des Kantons Graubünden“

N0. Einleitung/Erklärung

Grüezi, mein Name ist _____ vom Meinungsforschungsinstitut gfs zürich.

Ihre Telefonnummer wurde im letzten Jahr für eine erste Befragung zufällig aus allen Haushalten des Kantons Graubünden ausgewählt.

Aus Ihrem Haushalt hat ein/e .. jährige/r Frau/Mann teilgenommen.

Sind Sie diese Person/Darf ich mit dieser Person sprechen?

Wenn richtige Person dran:

Wir führen im Kanton Graubünden eine Umfrage zum Thema Wohlbefinden und Gesundheit durch. Die Umfrage dauert etwa 12 Minuten und wird anonym ausgewertet, d.h. es besteht keine Möglichkeit, Ihre Antworten mit Ihrem Namen in Verbindung zu bringen.

Sind Sie bereit an dieser Studie teilzunehmen?

Das Gespräch kann zur Qualitätsprüfung der BefragterInnen verwendet werden. Die Anonymität der befragten Personen bleibt auf jeden Fall gewährleistet.

- Ja, kann jetzt teilnehmen
- nein, aber später
- nein, will überhaupt nicht mehr teilnehmen

N1: Themenerinnerung

Sie haben schon im letzten Jahr (Januar 2010) an einer Umfrage zum Thema Wohlbefinden und Gesundheit im Kanton Graubünden teilgenommen. Wir möchten Ihnen auch dieses Jahr zu diesem Thema einige Fragen stellen.

Können Sie sich noch an ein Thema erinnern, um das es bei der ersten Befragung ging?

NICHT VORLESEN

- nein, kann sich nicht mehr an Teilnahme erinnern
- nein, kann sich zwar an Teilnahme, aber an kein konkretes Thema mehr erinnern
- ja, aber anderes Thema erwähnt (Gesundheit allgemein, Peter und Anna etc.)
- ja, Thema Depression (psychische Gesundheit oder ähnliches)

N2: Themenerinnerung

Es ging bei der ersten Befragung um das Thema Depression. Wenn Sie dieses Wort hören, was kommt ihnen dazu spontan in den Sinne?

(Offene Frage mit 4 Nennungen, Befrager notiert Antworten wörtlich).

NF 2a: Handlungsbedarf (Filterfrage)

Nehmen wir mal an, eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis hat eine Depression. Nennen wir diese Person zum Beispiel Peter/Anna.

Müsste Peter/Anna Ihrer Meinung nach etwas tun, um sein/ihr Befinden zu verändern?

- Nein → weiter zu „F3 Informationskanäle“ Ja → weiter zu 2b

NF 2b: Aktive Bewältigung

Was könnte Peter/Anna in dieser Situation mit der Depression tun, damit es ihm besser geht?

Bitte nennen Sie vier mögliche Dinge oder Personen, die Ihnen spontan in den Sinn kommen.

(offene Frage mit 4 Nennungen).

NF 2c: Hilfe, Unterstützung

Was oder wer könnte Peter/Anna in dieser Situation mit der Depression helfen?

Bitte nennen Sie vier mögliche Dinge oder Personen, die Ihnen spontan in den Sinn kommen.

(offene Fragen mit 4 Nennungen).

NF 2d:

Inwiefern wären Sie bereit, mit einer depressiven Person wie Peter/Anna

2d1) ...als direkter Nachbar neben ihr einzuziehen?

2d2) ...einen geselligen Abend mit ihr zu verbringen?

2d3) ...im Beruf eng zusammenzuarbeiten mit ihr?

2d4) ...sich mit ihr zu befreunden?

2d5) ...in das Quartier von ihr einzuziehen?

2d6) ...dass diese ein Mitglied aus ihrer Familie heiraten würde?

ANTWORTKATEGORIEN (2d1-2d6):

gar nicht bereit

eher nicht bereit

eher bereit

sehr bereit

weiss nicht, kann ich nicht einschätzen

Frage 3a: Informationskanäle

Haben Sie in den letzten zwei Jahren etwas über Depressionen gehört oder gelesen? (*Antwortoptionen nicht aufzählen, sondern nachfragen „gibt es sonst noch etwas?“*)

Nein (→ weiter zu Frage 4)

Ja → Können Sie mir sagen, wo Sie schon etwas über Depressionen gehört oder gelesen haben?

Zeitung Wissen Sie noch, in welcher Zeitung oder in welchen Zeitungen?

Nein Ja, in:

Zeitschrift Wissen Sie noch, in welcher Zeitschrift oder in welchen Zeitschriften?

Nein Ja, in:

- Radio Wissen Sie noch, auf welchem Sender oder auf welchen Sendern?
 Nein Ja, auf:
- Fernsehen Wissen Sie noch, auf welchem Sender oder auf welchen Sendern?
 Nein Ja, auf:
- Internet/Chat Wissen Sie noch, ...
 Nein Ja, ...:
- Fachbücher Wissen Sie noch, ...
 Nein Ja, ...:
- Büchern (Romane) oder Filme, Seifenopern, Theaterstücke Wissen Sie noch, ...
 Nein Ja, ...:
- Veranstaltungen (Vorträge u.Ä.) Können Sie sagen, was für eine Veranstaltung das war?
 Nein Ja:
- durch FreundInnen, KollegInnen, Familienmitglieder, Verein, Bekannte
 durch den Beruf, beruflich
 anderes:

N3: Erinnerung: Kernbotschaften

Haben Sie in den letzten zwei Jahren (2010-2011) schon mal eine der folgenden Aussagen gehört?

- Depression kann jeden treffen.
 Depression hat viele Gesichter
 Depression ist behandelbar

(Antwortkategorien:

- (1) Ja, in den letzten 2 Jahren gehört
- (2) ja, gehört (aber nicht in den letzten 2 Jahren)
- (3) nein, noch nie gehört
- (4) weiss nicht

Frage 4: Einstellung zu Kernbotschaften

Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen? Sagen Sie bitte jeweils, ob Sie voll und ganz (4) oder eher (3) zustimmen oder ob Sie eher nicht (2) oder überhaupt nicht zustimmen (1). *(weiss nicht/keine Antwort: missing/9)*

- Depression kann jeden treffen.
- Depression hat viele Gesichter.
- Depression ist behandelbar.
- Depression ist eigentlich gar keine Krankheit.
- Wer eine Depression hat, ist selber daran schuld.
- Wer eine Depression hat, sollte besser nicht mit anderen darüber reden.
- Medikamente gegen Depressionen machen abhängig.
- Psychiater oder Psychologen können Menschen mit Depressionen helfen.

Frage 3b: Subjektive Einschätzung Informationsstand

Was würden Sie sagen, wie gut wissen Sie über Depressionen Bescheid? *(nur Skala vorlesen; „weiss nicht“ mit 8 kodieren, wenn genannt, keine Antwort missing/9)*

- sehr gut
- ziemlich gut
- nicht so gut
- überhaupt nicht gut

- weiss nicht, kann ich nicht einschätzen

Frage 3c: Aufklärung über Depressionen

Wie wichtig ist es Ihrer Meinung nach, dass die Bevölkerung zum Thema Depressionen informiert ist? (*nur Skala vorlesen, „weiss nicht“ mit 8 kodieren, wenn genannt; keine Antwort missing/9*)

- sehr wichtig
- ziemlich wichtig
- weniger wichtig
- gar nicht wichtig

- weiss ich nicht, kann ich nicht einschätzen

N4: Wahrnehmung und Wissen über Kampagne

a) Der Kanton Graubünden hat ein Projekt gestartet mit dem Namen «Bündner Bündnis gegen Depression». Haben Sie davon schon einmal irgend etwas gehört?

- ja
- nein

b) Das «Bündner Bündnis gegen Depression» hat viele Veranstaltungen in den Regionen durchgeführt. Haben Sie davon schon einmal irgend etwas gehört?

- ja
- nein

c) Haben Sie selber an einer solchen Veranstaltung des «Bündner Bündnis gegen Depression» teilgenommen?

- ja
- nein

N5: Wahrnehmung und Wissen über Kampagne

Das «Bündner Bündnis gegen Depression» verfolgt verschiedene Ziele. Bitte sagen Sie mir bei jedem dieser Ziele, wie sehr Sie damit einverstanden sind oder nicht.

- a) Die Bündner Bevölkerung soll wissen, wie sich die Depression äussert.
- b) Die Bündner Bevölkerung soll wissen, welche Wege aus der Depression führen
- c) Die Kampagne soll dafür sorgen, dass offen über das Thema Depression gesprochen werden kann
- d) Die Kampagne soll dafür sorgen, dass Depressive im Alltag keine Ablehnung wegen ihrer Krankheit erfahren.

ANTWORTKATEGOREN:

- sehr einverstanden
- eher einverstanden
- eher nicht einverstanden
- gar nicht einverstanden

N6: Beurteilung der Kampagne

Wie beurteilen Sie die Durchführung der Kampagne? Ich lese Ihnen dazu einige Meinungen vor, bitte sagen Sie mir, ob Sie damit einverstanden sind oder nicht.

Die Kampagne des Bündner Bündnis gegen Depression....

- a) ...hat schwer verständliche Botschaften
- b) ...ist nicht für Laien, sondern nur für Fachleute gemacht
- c) ...ist gut sichtbar in der Öffentlichkeit und in den Medien
- d) ...ist nötig
- e) ...sollte auch in Zukunft weitergeführt werden

ANTWORTKATEGOREN:

- sehr einverstanden
- eher einverstanden
- eher nicht einverstanden
- gar nicht einverstanden

Soziodemografische Angaben

Zum Schluss möchte ich Sie noch nach einigen Angaben zu Ihrer Person fragen.

S4

Wie lautet die **Postleitzahl** Ihres **heutigen** Wohnortes?

.....

S1 Alter

Darf ich Sie nach Ihrem Alter fragen?

Alter notieren verweigert

S2 Geschlecht

(Int: Bitte Geschlecht notieren)

Mann

Frau

S6

Darf ich Sie zum Schluss noch fragen, ob Sie in Ihrer Verwandtschaft oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis jemanden kennen, der schon einmal wegen einer Depression in Behandlung war?

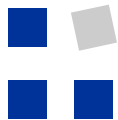
Ja

Nein

selbst betroffen (*betroffen (nicht vorlesen, nur anklicken wenn erwähnt)*)

weiss nicht, keine Antwort

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



HTW Chur

Hochschule für Technik und Wirtschaft
University of Applied Sciences

Anhang: Motivationsbrief

Frau /Herr X
(Adresse)

24. November 2011

Gesundheit im Kanton Graubünden: Ihre Meinung ist gefragt!

Sehr geehrte/r Frau /Herr X,

Gesundheit ist uns allen wichtig. Aus diesem Grund hat der Kanton Graubünden eine Umfrage in Auftrag gegeben, in der dieses Thema im Zentrum steht. Ihre Meinung ist gefragt! In den vergangenen Tagen haben Sie deshalb vom Forschungsinstitut gfs-zürich einen Anruf erhalten. Leider konnten Sie sich damals nicht für eine Teilnahme an der Umfrage entscheiden.

Mit diesem Brief möchten wir es nochmals versuchen und Sie bitten, an dieser wichtigen Umfrage teilzunehmen. Die Ergebnisse dieser Studie dienen als Grundlage, um Lücken in der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden zu erkennen und das Gesundheitsangebot für die Einwohnerinnen und Einwohner zu verbessern.

Sie sind im Rahmen einer Zufallsauswahl für diese Befragung ausgewählt worden. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und ausschliesslich anonym ausgewertet. Nach der Befragung werden alle Adressangaben gelöscht.

Aus wissenschaftlichen Gründen ist es besonders wichtig, dass genau Sie an dieser Befragung teilnehmen. Wir werden uns deshalb erlauben, Sie in den kommenden Tagen durch das Befragungsinstitut gfs-zürich nochmals anrufen zu lassen. Für allfällige Fragen stehen wir Ihnen gerne unter gesundheit_gr@gfs-zh.ch zur Verfügung.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung dieses wichtigen Vorhabens!

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. Urs Dahinden
Projektleiter der Befragung zur Gesundheit im Kanton Graubünden