

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller  
Abteilung für Klinische Neurophysiologie  
Leiter: Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

## **Aufklärung zur Krankheit Depression**

Auswirkungen einer Aufklärungskampagne zur Krankheit Depression in  
Nürnberg auf Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Philine Freudenberg  
aus Stuttgart

2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dr. H.-E. Wichmann

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter: Dr. Dipl. Psych. David Athaus

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 13.10.2005

## Danksagung

Bedanken möchte ich mich sehr herzlich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Ulrich Hegerl. Ich fühlte mich durch ihn zu jeder Zeit voll und ganz unterstützt und danke ihm für das mir entgegengebrachte Vertrauen. Auch danke ich meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Dr. H.-E. Wichmann für seine freundliche Unterstützung, sowie dem Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, für die Möglichkeit, in seinem Hause zu promovieren. Ebenso möchte ich allen Beteiligten des „Kompetenznetz Depression“ sowie den Kooperationspartnern danken, die durch ihren großen Einsatz die erfolgreiche Durchführung dieses umfangreichen Projektes ermöglichten.

Mein besonderer Dank gilt Dr. David Althaus, dem Betreuer meiner Arbeit, für seine zahlreichen wichtigen Anregungen und Rückmeldungen sowie für seine stets offene Kommunikation. Für die sehr engagierte und konstruktive Unterstützung meiner statistischen Analysen danke ich Dr. Roland Mergl. Für die Unterstützung im Bereich SAS geht mein Dank an MA Jan Stefanek. Danken möchte ich auch meiner Kollegin Dipl.-Psych. Isabel Seidscheck für ihre anregenden Gespräche und ihre Ermutigung.

Für die allgemeine Unterstützung und Korrekturlesung danke ich Heike Ditzhaus sowie meiner lieben Freundin Assessorin Sonja Praxl. Meinen Eltern danke ich von Herzen für alles, was sie mir über viele Jahre mit auf den Weg gegeben haben. Nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank meinem Mann Dr. Heino Freudenberg. Er stand mir durch die Höhen und Tiefen dieser Arbeit stets liebevoll und hilfreich zur Seite. Ihm möchte ich diese Arbeit widmen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1	Einführung in die Problemstellung.....	1
1.2	Aufbau der Arbeit .....	3
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Die Krankheit Depression</b> .....	<b>4</b>
2.1.1	Definition und Klassifikation .....	4
2.1.2	Epidemiologie.....	5
2.1.3	Ursachen depressiver Störungen .....	7
2.1.3.1	Psychologische Modelle .....	7
2.1.3.2	Biologische Modelle .....	9
2.1.4	Symptome depressiver Störungen.....	10
2.1.5	Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen.....	11
2.1.5.1	Psychopharmakotherapie.....	11
2.1.5.2	Psychotherapie.....	13
2.1.5.3	Sonstige Therapieverfahren .....	17
2.1.6	Defizite und Erfolgsfaktoren für die Früherkennung und Heilung depressiver Störungen ..	18
<b>2.2</b>	<b>Einstellungen und Einstellungsänderung</b> .....	<b>22</b>
2.2.1	Definition und Einstellungsstruktur.....	22
2.2.2	Die Funktionen von Einstellungen .....	24
2.2.3	Einstellungsmessung .....	25
2.2.4	Prozesse des Erwerbs und der Änderung von Einstellungen.....	26
2.2.4.1	Einstellungserwerb und -änderung durch direkte Erfahrung.....	26
2.2.4.2	Einstellungserwerb und -änderung durch sozial vermittelte Erfahrung.....	27
2.2.4.3	Konsistenztheorien .....	29
<b>2.3</b>	<b>Soziale Aufklärung</b> .....	<b>31</b>
2.3.1	Begriff und Ziele der sozialen Aufklärung .....	31
2.3.2	Voraussetzungen für den Erfolg von sozialer Aufklärung.....	32
2.3.3	Ein integratives Modell der Einstellungsänderung durch soziale Aufklärung .....	34
<b>2.4</b>	<b>Ausgewählte empirische Vorarbeiten für die vorliegende Untersuchung</b> .....	<b>37</b>
<b>2.5</b>	<b>Das Kompetenznetz Depression als Plattform der Aufklärungskampagne</b> .....	<b>40</b>
2.5.1	Struktur und Ziele des Kompetenznetz Depression .....	40
2.5.2	Das Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ .....	41

<b>3</b>	<b>ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG ..</b>	<b>46</b>
<b>3.1</b>	<b>Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne .....</b>	<b>46</b>
3.1.1	Allgemeine Einstellungen zur Depression .....	47
3.1.2	Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten .....	48
3.1.3	Verhaltensintentionen .....	49
<b>3.2</b>	<b>Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne .....</b>	<b>50</b>
3.2.1	Wahrnehmung der Aufklärungskampagne .....	50
3.2.2	Veränderungen von allgemeinen Einstellungen zur Depression .....	51
3.2.3	Veränderungen von Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten...	52
3.2.4	Veränderungen von Verhaltensintentionen.....	53
<b>3.3</b>	<b>Subgruppenanalysen .....</b>	<b>53</b>
<b>4</b>	<b>METHODIK DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1</b>	<b>Die Aufklärungskampagne zur Krankheit Depression in Nürnberg.....</b>	<b>55</b>
4.1.1	Konzeption der Aufklärungskampagne .....	55
4.1.2	Maßnahmen der Aufklärungskampagne.....	57
4.1.3	Durchführung der Aufklärungskampagne .....	59
<b>4.2</b>	<b>Untersuchungsdesign.....</b>	<b>60</b>
4.2.1	Untersuchungs- und Kontrollregion .....	60
4.2.2	Fragebogen der Untersuchung .....	61
4.2.3	Zeitplan der Untersuchung.....	63
4.2.4	Datenerhebung .....	64
<b>4.3</b>	<b>Statistische Analyse.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4</b>	<b>Stichprobe .....</b>	<b>69</b>
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>71</b>
<b>5.1</b>	<b>Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne .....</b>	<b>71</b>
5.1.1	Allgemeine Einstellungen zur Depression .....	71
5.1.2	Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten .....	74
5.1.3	Verhaltensintentionen .....	80
5.1.4	Kapitelzusammenfassung .....	80
<b>5.2</b>	<b>Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne .....</b>	<b>82</b>
5.2.1	Wahrnehmung der Aufklärungskampagne .....	82
5.2.2	Veränderungen von allgemeinen Einstellungen zur Depression .....	84

5.2.3	Veränderungen von Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten...	88
5.2.4	Veränderungen von Verhaltensintentionen.....	94
5.2.5	Kapitelzusammenfassung .....	95
<b>5.3</b>	<b>Subgruppenanalysen .....</b>	<b>97</b>
5.3.1	Der Einfluss soziodemographischer Variablen .....	97
5.3.1.1	Geschlecht.....	97
5.3.1.2	Alter .....	102
5.3.1.3	Bildungsstand .....	105
5.3.2	Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des Nürnberger Bündnis gegen Depression“ .....	110
5.3.2.1	Beschreibung der Subgruppe.....	110
5.3.2.2	Ergebnisse der Subgruppe.....	111
5.3.3	Kapitelzusammenfassung .....	117
<b>6</b>	<b>DISKUSSION DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE .....</b>	<b>119</b>
6.1	Methodische Schwierigkeiten .....	119
6.2	Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne .....	123
6.3	Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne.....	128
6.4	Subgruppenanalysen .....	138
6.5	Ausblick.....	141
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>144</b>
<b>8</b>	<b>VERZEICHNISSE .....</b>	<b>148</b>
8.1	Abbildungsverzeichnis .....	148
8.2	Tabellenverzeichnis .....	150
8.3	Abkürzungsverzeichnis .....	151
8.4	Literaturverzeichnis .....	152
<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>164</b>
9.1	Detaillierte statistische Ergebnisse.....	164
9.1.1	Gesamtstichprobe .....	164
9.1.1.1	Soziodemographische Daten .....	164
9.1.1.2	Übersicht der Items .....	166

9.1.2	Geschlecht .....	171
9.1.3	Alter .....	178
9.1.4	Bildungsstand.....	184
9.1.5	Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ .....	190
9.1.5.1	Soziodemographische Daten .....	190
9.1.5.2	Übersicht der Items .....	192
9.1.6	Auszüge der SAS Befehlsdatei.....	197
<b>9.2</b>	<b>Ausgewählte Beispiele für Maßnahmen der Aufklärungskampagne.....</b>	<b>198</b>
9.2.1	Plakatmotive.....	198
9.2.2	Flyer .....	199
9.2.3	Übersicht der öffentlichen Veranstaltungen .....	200
<b>9.3</b>	<b>Fragebogen .....</b>	<b>207</b>
	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>215</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung in die Problemstellung

Die Depression ist eine der wichtigsten Volkskrankheiten. Fast jeder 10. Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens ein- oder mehrmals an einer ernsthaften depressiven Episode. Rund 11 000 Menschen nehmen sich in Deutschland pro Jahr das Leben, und ein hoher Anteil dieser Suizide steht im Kontext einer Depression (Lönngqvist, 2000).

Dennoch wird die Depression in der Bevölkerung häufig nicht als Krankheit ernst genommen. Wie kaum bei einer anderen Erkrankung bestehen Missverständnisse darüber, was eigentlich eine Depression ist. Nicht selten wird die Depression mit einer normalen Befindlichkeitsstörung verwechselt. Vorübergehende Stimmungsschwankungen, wie Traurigkeit, Energielosigkeit oder Selbstzweifel, kennen alle Menschen. Hierbei handelt es sich jedoch zumeist um gesunde Reaktionen auf die Erfahrung von Verlusten, Misserfolgen, Enttäuschungen oder Belastungen. Das soziale Umfeld reagiert im Allgemeinen durch tröstendes, unterstützendes Verhalten, bis sich der Zustand nach einiger Zeit wieder gebessert hat. Derartige Reaktionen üben folglich eine wichtige Anpassungsfunktion aus, auch wenn sie umgangssprachlich häufig ebenfalls als „Depression“ bezeichnet werden.

Im Gegensatz zum normalen Phänomen der niedergedrückten Stimmung kommt es bei einer Depression im klinischen Sinne zu einem lang anhaltenden tiefen psychischen Schmerz, und die Teilnahme am Alltag ist häufig nicht mehr möglich (Whybrow, 1999). Die Depression hat folglich keinen adaptiven Wert, sondern blockiert Betroffene und deren Angehörige nachhaltig. Die Depression kann weder mit Anstrengung noch mit Willenskraft kontrolliert werden. Mit zunehmender Dauer der Erkrankung erfährt die Person keine Zuwendung mehr; vielmehr reagiert das soziale Umfeld häufig mit Hilflosigkeit, Ablehnung oder Wut. Gefühle der völligen Hoffnungslosigkeit und inneren Lähmung können sich bei Betroffenen verfestigen und führen im Extremfall zum Suizid. Die Grenze von normalen Reaktionen ist folglich weit überschritten.



Doch gerade weil allgemeine Befindlichkeitsstörungen jedem bekannt sind, wird die Depression in der Bevölkerung häufig nicht als Krankheit erkannt. Nicht selten kommt es zu einer verständnislosen, verharmlosenden Haltung des sozialen Umfelds. Ansichten wie „jeder ist doch mal ein bisschen depressiv“ oder „da muss man sich halt zusammenreißen“ sind weit verbreitet. Dabei beeinflussen Grundhaltungen und Einstellungen, die nicht zuletzt von Familie, Freunden und Bekannten geprägt werden, maßgeblich, wie Betroffene mit den Krankheitssymptomen umgehen (Angermeyer et al., 1999). Scham- und Schuldgefühle führen nicht selten dazu, dass Betroffene mit der Krankheit allein gelassen sind und ohne professionelle Hilfe bleiben. Doch selbst wenn depressiv Erkrankte den Arzt aufsuchen, ist die Bereitschaft zu einer medikamentösen Therapie oft gering. Die Angst vor Abhängigkeit oder starken Nebenwirkungen von Antidepressiva werden hier als häufigste Gründe genannt (Angermeyer & Matschinger, 1996; Jorm et al., 2000a). Der Leidensdruck für Betroffene und deren Angehörige ist entsprechend hoch.

Die Aufklärung der Öffentlichkeit erscheint vor diesem Hintergrund wichtig, um diesen Problemen entgegen zu wirken. Erfahrungen in der Durchführung und Evaluierung derartiger Aufklärungskampagnen sind jedoch bislang noch selten. Darüber hinaus wird die Wirksamkeit solcher Kampagnen immer wieder diskutiert und teilweise angezweifelt (Snyder et al., 2000; Freimuth, 2001). Verglichen mit der Häufigkeit und Schwere der Erkrankung besteht hier ein großer Forschungs- und Handlungsbedarf.

Im Rahmen der Initiative des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (im Folgenden abgekürzt durch NBgD) erfolgte über zwei Jahre eine umfassende Aufklärungskampagne in der Stadt Nürnberg, die durch Informationsveranstaltungen, Plakataktionen, Zeitungsartikel und viele weitere Maßnahmen über die Krankheit Depression informierte. Ziel der Aufklärungskampagne war es, ein größeres Bewusstsein für die Erkrankung sowie eine Enttabuisierung des Themas in der Bevölkerung zu erreichen. Gleichzeitig sollten stigmatisierende Haltungen abgebaut und ein Wissenszuwachs zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht werden. Mit der vorliegenden Arbeit sollen die Effekte der Aufklärungskampagne auf Einstellungen in der Bevölkerung evaluiert werden.

## 1.2 Aufbau der Arbeit

Im *zweiten Kapitel* der vorliegenden Arbeit werden für ein besseres Verständnis des Untersuchungsgegenstands die wichtigsten theoretischen Hintergründe zur Krankheit Depression dargestellt. Darüber hinaus wird auf ausgewählte Theorien der Sozialpsychologie und der Kommunikationswissenschaften zu den Themen Einstellungen, Einstellungsänderung und soziale Aufklärung eingegangen. Im Anschluss werden wichtige empirische Vorarbeiten für die vorliegende Untersuchung beschrieben. Weiterhin werden das Kompetenznetz Depression und die daraus resultierende Initiative „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (NBgD) vorgestellt, im Rahmen derer die Aufklärungskampagne für die vorliegende empirische Untersuchung durchgeführt wurde.

Im *dritten Kapitel* werden die Zielsetzung und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit detailliert erläutert. Ziel der Arbeit ist die Evaluation der Aufklärungskampagne des NBgD.

Das *vierte Kapitel* beschreibt die Methodik der empirischen Untersuchung. Es wird auf die Konzeption und Maßnahmen der Aufklärungskampagne eingegangen, im Zuge derer die Datengenerierung für die vorliegende Arbeit erfolgte. Weiterhin werden das Untersuchungsdesign und die statistische Vorgehensweise beschrieben. Das Kapitel schließt mit der Beschreibung der Stichprobe.

Das *fünfte Kapitel* stellt die Ergebnisse der empirischen Arbeit vor. Hierzu werden in einem ersten Schritt Einstellungen zur Depression vor Beginn der Kampagne aufgezeigt, um bestehende Wissensdefizite und negative Einstellungen in der Bevölkerung zu identifizieren. In einem zweiten Schritt werden die Auswirkungen der Aufklärungskampagne anhand einer repräsentativen Stichprobe in Nürnberg (Untersuchungsregion) und Würzburg (Kontrollregion) empirisch untersucht. Verschiedene Subgruppenanalysen betrachten den Einfluss soziodemographischer Variablen sowie die Besonderheiten der Personengruppe mit bewusster Wahrnehmung des NBgD.

In *Kapitel 6* werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung kritisch diskutiert und Gestaltungsempfehlungen für nachfolgende Arbeiten abgeleitet. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Die Krankheit Depression

#### 2.1.1 Definition und Klassifikation

Der Begriff „Depression“ geht auf den lateinischen Begriff „deprimere“ im Sinne von „herunterdrücken, unterdrücken“ zurück. Wolfersdorf beschreibt die Depression als ein Zustandsbild, das gekennzeichnet ist durch eine allgemeine und umfassende seelisch-körperliche Herabgestimmtheit (Wolfersdorf, 2000).

Dabei umfasst die Depression kein einheitliches Erscheinungsbild, sondern vereint verschiedene Subklassifikationen. Im Rahmen der derzeit gültigen Klassifikationen des internationalen Systems ICD-10 (Dilling et al., 1991) und des amerikanischen Systems DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wurde eine allgemein anerkannte Operationalisierung und Objektivierung der Diagnostik depressiver Störungen gewährleistet. Hierbei wurde auf die frühere Unterteilung in neurotische und endogene Depression verzichtet, da diese Grenze zu unscharf erscheint. Nach heutigem Verständnis stellen psychische und neurobiologische Faktoren komplementäre und bei jeder Depression bedeutsame Aspekte dar. Dabei können depressive Syndrome im Rahmen unterschiedlicher Diagnosen auftreten, die gemäß der ICD-10 nach Verlaufscharakteristika und Schweregrad differenziert werden (Tab.1).

<b>F 31</b>	Depressive Phase im Rahmen einer bipolaren Störung (manisch/depressiv)	
<b>F 32</b>	Depressive Phase, monophasisch (unipolare Depression)	
<b>F 33</b>	Rezidivierende depressive Phase (unipolare Depression)	
	Leicht: 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome	} ≥ 2 Wochen
	Mittelgradig: 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome	
	Schwer: 3 Hauptsymptome + 4 Zusatzsymptome	
<b>F 34</b>	Dysthymie: Milde (nicht rezidivierende), im jungen Erwachsenenalter beginnende, über mindestens 2 Jahre anhaltende depressive Verstimmung	
<b>F 06.32</b>	Organische depressive Störung	

Tabelle 1: Wichtigste diagnostische Kategorien von Depression nach ICD-10

Für die medikamentöse Behandlung und Rezidivprophylaxe ist die Unterscheidung unipolar (nur depressive Phasen, ICD-10: F.32, F.33, F.34) oder bipolar (manische und depressive Phasen, ICD-10: F31) wichtig, wobei erstere die häufigste Form der Erkrankung darstellt. Dysthymie beschreibt eine minder schwere chronische Ausprägung depressiver Symptome und weist große Überlappungen mit der älteren Einteilung der neurotischen Depression auf. Depressive Syndrome können außerdem im Rahmen weiterer Krankheitsbilder auftreten, wie z.B. einer Anpassungsstörung (ICD-10: F 43), einer schizoaffektiven Störung (ICD-10: F 25), einer organischen depressiven Störung (ICD-10: F 06.32) sowie im Rahmen nicht psychiatrischer Erkrankungen, wie z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen oder eines Parkinson-Syndroms. Auch Medikamente können depressive Syndrome induzieren (z.B. Cortison,  $\beta$ -Blocker u.a.).

### 2.1.2 Epidemiologie

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind in der allgemeinmedizinischen Praxis wahrscheinlich jene Krankheit, mit welcher der Hausarzt am häufigsten konfrontiert ist. Die herausragende Bedeutung depressiver Erkrankungen wurde durch eine neuere WHO-Studie (Murray & Lopez, 1997) mit großer Deutlichkeit belegt (Abb. 1).

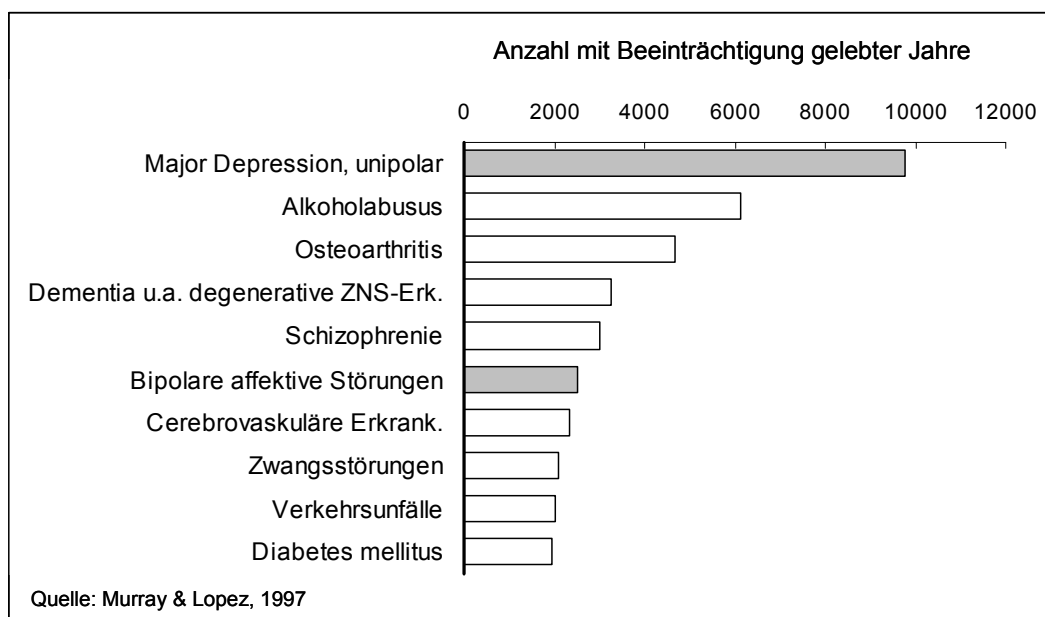


Abbildung 1: Medizinische Bedeutung von Depression im Krankheitsvergleich

Nach dieser Studie kommt der unipolaren Depression in den entwickelten Ländern die größte medizinische Bedeutung zu, gemessen an der Schwere der

Beeinträchtigung und der Erkrankungsdauer. Zusätzlich steht die bipolare affektive Störung an 6. Stelle in der Liste der wichtigsten Volkskrankheiten. Bemerkenswert ist, dass in dieser Untersuchung neben anderen psychiatrischen Erkrankungen auch nicht psychiatrische Krankheiten, wie Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen und AIDS Berücksichtigung fanden.

Exakte Zahlen zur Häufigkeit von Depressionen hängen von Stichproben- und Diagnosekriterien ab. Basierend auf standardisierten und operationalisierten Messinstrumenten sind in den letzten Jahren relativ zuverlässige Prävalenz- und Inzidenzraten in verschiedenen Kulturkreisen und Ländern erhoben worden.

Epidemiologische Studien in mehreren Ländern haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens (Lebenszeitprävalenz) eine Depression zu erleiden, bei 3-20% liegt (Bebbington et al., 1981; Robins & Regier, 1991; Klingelhöfer & Sprange, 2001). Für Deutschland werden Zahlen zwischen 9% und 17% angegeben. Etwa die Hälfte davon leiden an einer Depression, die zwar gering ausgeprägt, aber immer noch klinisch relevant ist (Kasper, 1994). 15% der depressiven Erkrankungen nehmen einen chronischen Verlauf. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten internationalen Forschungsergebnisse zur Lebenszeitprävalenz (vgl. Möller et al., 2000b).

Lebenszeitprävalenz in %	Land/Studie	Autor(en)
18	USA	(Weissmann & Myers, 1978)
17,1	USA, NCS-Studie	(Blazer et al., 1994)
17	WHO	(Wittchen et al., 1994)
17	D	(Kasper, 1994)
16	CH	(Angst, 1997)
16,4	F	(Lépine et al., 1997)
9	D (München)	(Wittchen et al., 1992)
8,9	D	(Wittchen & Zerssen, 1987)
8,6	Kanada	(Spaner et al., 1994)
4,9	USA; ECA-Studie	(Weissmann, 1991; Regier et al., 1993)
3,4	Korea	(Lee et al., 1990)

Tabelle 2: Lebenszeitprävalenzen von unipolaren Depressionen

Die 1-Jahres-Prävalenz behandlungsbedürftiger Depression wird insgesamt mit 5-10%, die 6-Monats-Prävalenz mit 2-7% angenommen (Wittchen et al., 1992; Kessler et al., 1994; Lépine et al., 1997). Frauen erkranken ca. doppelt so häufig wie Männer. Hier werden Raten von 18-25% bei Frauen versus 6-12% bei Männern angegeben (Wittchen et al., 1992; Angst, 1997). Andere Untersuchungen lassen eher vermuten, dass Frauen eine höhere Rückfallneigung zeigen, was die höheren Prävalenzwerte erklären könnte (Lewinsohn et al., 1986). Bei der Mehrzahl der Patienten besteht ein rezidivierender Verlauf. Dabei kann die Dauer einer depressiven Episode nur wenige Wochen, aber auch 1 bis 2 Jahre dauern. Die durchschnittliche Episodendauer beträgt 4-6 Monate.

Depressionen treten offensichtlich in allen sozialen Schichten ähnlich häufig auf (Weissmann, 1991). Ebenso kommen Depressionen in allen Lebensaltern vor, mit einer besonders hohen Häufigkeit in der Dekade 30. bis 40. Lebensjahr. Die Wahrscheinlichkeit, im Alter über 65 an einer Depression zu erkranken, wird mit 15-25% angegeben (Kanowski, 1994; Mulrow, 1995). Depressionen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter, wenngleich keine Evidenz für eine Zunahme im Alter besteht.

### 2.1.3 Ursachen depressiver Störungen

Die Klärung der Frage, wann und wodurch die Grenze zwischen normalen Befindlichkeitsstörungen und klinisch auffälligen Symptomen überschritten wird, ist Gegenstand fortlaufender Forschungsaktivitäten zu depressiven Störungen. Erklärungsansätze lassen sich vereinfacht in psychologische und biologische Modelle gliedern. Dabei sind die verschiedenen Ansätze als ergänzende Blickwinkel zu verstehen.

#### 2.1.3.1 Psychologische Modelle

Bei psychologischen Modellen wird häufig angenommen, dass Lebensereignisse als auslösende Faktoren eine depressive Episode anstoßen können. Neben aversiven Lebensereignissen, wie z.B. der Verlust eines Lebenspartners, sind vor allem chronische Lebensschwierigkeiten und ungünstige soziale Lebensbedingungen, speziell die Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, in verschiedenen Untersuchungen immer wieder bestätigt worden (Paykel et al., 1996).

In kontrollierten Studien waren nur bei rund 30% der Depressiven keine vorangehenden Lebensereignisse im Sinne von Stressoren festzustellen (Brown et al., 1994).

Neuere empirische Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Persönlichkeitsfaktoren einen unspezifischen Vulnerabilitätseffekt besitzen. Hier wurden ein Hang zur interpersonellen Dependenz sowie Perfektionismus und Neurotizismus als zentrales Erklärungskonzept genannt (Hirschfeld et al., 1997). Zahlreiche Studien zeigen außerdem, dass fehlende positive Verstärkung depressionsauslösend wirken kann (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1985). Hierbei wird die Depression als funktionales Verhalten gesehen, das kurzfristig eine größere soziale Zuwendung ermöglicht. Langfristig wird das depressive Verhalten von den Mitmenschen jedoch aversiv erlebt und führt zu einer feindseligen, vorwurfsvollen Haltung und damit zu einem chronischen Verstärkerentzug.

Im Modell der Erlernenen Hilflosigkeit (Seligman, 1975) ist die Depression das Resultat der Erfahrung der Nichtkontrolle über subjektiv bedeutsame Bedingungen. Diese Erfahrungen werden durch Kausalattribution internaler, stabiler und globaler Faktoren verarbeitet, was zu einer Mißerfolgserwartung hinsichtlich zukünftiger Ereignisse führt. In einer neueren Erweiterung des Modells wird angenommen, dass dieser beschriebene Zustand der Hilflosigkeit erst in Verbindung mit weiteren ungünstigen Einflüssen (z.B. fehlender sozialer Unterstützung) in eine Depression mündet.

Ähnlich werden dysfunktionale kognitive Schemata infolge früherer belastender oder aktuell stressreicher Erfahrungen für die Entstehung einer Depression verantwortlich gemacht. Typische kognitive Verzerrungen sind beispielsweise willkürliche Schlussfolgerungen, moralisch-absolutistisches Denken sowie selektive Abstraktionen. Zentral ist dabei der Begriff der „kognitiven Triade“ (Beck & Koenig, 1996), die durch eine negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft gekennzeichnet ist. Gemäß Henkel und Kollegen ist die empirische Evidenz für diese kognitiven Mechanismen jedoch noch nicht ausreichend gut gesichert (Henkel et al., 2002).

Bei psychodynamisch-psychoanalytischen Modellvorstellungen wird von einer „Trauerarbeit“ als Reaktion auf den Verlust eines geliebten Objektes ausgegangen. Die Wut und Enttäuschung über das ursprüngliche Objekt (z.B. die Eltern) wird durch Einverleibung (Introjektion) abgewehrt und gegen das Selbst gerichtet. Die Folge sind negative Stimmungen, Selbsthass, Suizidfantasien etc.

### 2.1.3.2 Biologische Modelle

Bei den biologischen Erklärungsansätzen sind zunächst genetische Konzepte zu nennen. Aufgrund von Zwillingsstudien ist von mehreren Vulnerabilitätsgenen auszugehen, die in Interaktion mit Umweltereignissen, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bedingen. Der Anteil der genetisch bedingten Varianz liegt gemäß Lipp bei maximal 25% (Lipp et al., 1999). Das Vorhandensein eines einzelnen Hauptgens kann inzwischen ausgeschlossen werden.

Diskutiert werden weiter Dysfunktionen im Bereich der zentralen neuromodulatorischen Systeme, insbesondere des serotonergen und noradrenergen Systems. Hierbei wird angenommen, dass bei Depressiven eine erniedrigte Konzentration des Neurotransmitters Serotonin (5-HT) vorliegt. Ferner wird davon ausgegangen, dass das Gleichgewicht des adrenergen (Noradrenalin) und des cholinergen (Acetylcholin) Neurotransmittersystems zugunsten des cholinergen Einflusses verschoben ist. Eine veränderte Neurotransmitteraktivität als Ursache von Depression, wird seit langem diskutiert. Der genaue biologische Wirkmechanismus ist hingegen weiterhin umstritten und Gegenstand intensiver Forschung (Shelton et al., 1991).

Weitere Erklärungsversuche fokussieren neuroendokrinologische Störungen. Insbesondere die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN) und die Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse (HHS) spielen hier eine wichtige Rolle (Holsboer, 2001). Bei depressiven Patienten kommt es zu Veränderungen in Regulations- und Gegenregulationsvorgängen, wobei Stress, Biorythmus und Temperatur die wesentlichen Einflußfaktoren auf diese Systeme sind.

In neueren multifaktoriellen Modellen werden verschiedene Erklärungsansätze zusammengeführt (Kanfer et al., 1996). Diese Ansätze billigen genetischen und



neuromodulatorischen Prozessen, innerpsychischen Mechanismen, verändertem Erleben nach aversiven Erfahrungen sowie protektiven Faktoren (wie z.B. soziale Unterstützung), neben kognitiven, interaktionellen und behavioralen Faktoren eine wichtige Funktion zu. Es ist anzunehmen, dass diese verschiedenen Faktoren sich gegenseitig beeinflussen, gegenseitig von einander abhängen und letztlich nicht von einander zu trennen sind.

#### 2.1.4 Symptome depressiver Störungen

Die Depression ist eine komplexe Gesundheitsstörung mit keinem einheitlichen Erscheinungsbild. Bei einer Depression kommt es nicht nur zur Beeinträchtigung des emotionalen Erlebens (z.B. durch Gefühle der Niedergeschlagenheit, Trauer und Angst), sondern oft auch zu körperlichen Beschwerden (z.B. Schlafstörungen, Appetitstörungen oder sexuelle Störungen), Veränderungen im Verhalten (z.B. sozialer Rückzug) und Denken (z.B. Denkhemmung, Gedankenkreisen) sowie zu Störungen der Motivation (z.B. Antriebsverlust) (vgl. Hautzinger, 1998). In der Literatur werden folgende zentralen Ausprägungsformen der Erkrankung beschrieben:

- *Das gehemmt-depressive Syndrom* ist gekennzeichnet durch eine Antriebs- und Denkhemmung, die zumeist mit einer verlangsamten Psychomotorik einhergeht. Häufig klagen die Patienten zusätzlich über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.
- Beim *agitiert-depressiven Syndrom* steht klagendes, rastloses Verhalten der Betroffenen im Vordergrund.
- Die *somatisierte Depression* ist insbesondere durch körperliche Beschwerden gekennzeichnet. Die depressive Stimmung wird hierbei häufig nicht wahrgenommen oder lediglich als Folge der körperlichen Beschwerden interpretiert.
- Beim *wahnhaft-depressiven Syndrom* bestehen zur Depression dazugehörige Wahnthemen. Hierzu zählen z.B. der Verarmungswahn, der Schuld- und Versündigungswahn sowie der hypochondrische Wahn.

Aufgrund der Tatsache, dass das Muster und die Ausdrucksformen depressiver Störungen sehr vielfältig sein können, fordert die Diagnose von Depression eine sehr sorgfältige Diagnostik.

### 2.1.5 Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen

Bei den Behandlungsmöglichkeiten lassen sich die Akutbehandlung und anschließende Erhaltungstherapie sowie die Langzeitbehandlung zur Rezidivprophylaxe (Rückfallverhütung) unterscheiden (Kupfer et al., 1992). Bei der Akutbehandlung stehen in Abhängigkeit von der Ätiologie der depressiven Störung medikamentöse und/oder psychotherapeutische Therapieverfahren im Vordergrund. Bei der Rückfallverhütung ist die Weiterführung der bisher erfolgreichen Medikation zentraler Bestandteil der Behandlung. Im Folgenden sollen die wichtigsten Therapieverfahren kurz erläutert werden.

#### 2.1.5.1 Psychopharmakotherapie

Die medikamentöse Behandlung ist insbesondere bei mittelschweren und schweren Depressionen angezeigt, da hier ein Gesprächszugang aufgrund der depressiven Symptomatik häufig schwer zu finden ist. Antidepressiva wirken stimmungsaufhellend, angstlösend und antriebssteigernd. Einige Präparate verfügen auch über einen sedierenden Effekt, der speziell für die Behandlung von agitierten Depressionen hilfreich sein kann.

Antidepressiva lassen sich entsprechend ihres Wirkmechanismus bzw. der chemischen Struktur in verschiedene Gruppen untergliedern. Als wichtigste Gruppen sind die trizyklischen Antidepressiva, die neueren Antidepressiva (v.a. selektive Wiederaufnahmehemmer), Monoaminoxidase-Hemmer sowie die Phasenprophylaktika zu nennen (vgl. Möller et al., 2000c):

- *Trizyklische Antidepressiva (TZA)* hemmen die neuronale Wiederaufnahme der freigesetzten Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin aus dem synaptischen Spalt. Die antidepressive Wirkung tritt meist erst nach 8-14 Tagen ein. Als Nebenwirkungen sind vegetative und anticholinerge Effekte wie Mundtrockenheit, Miktionsstörungen, Obstipation und Gewichtszunahme zu nennen. Beispiele trizyklischer Antidepressiva sind Amitriptylin, Doxepin und Imipramin.
- *Selektive Wiederaufnahmehemmer (SSRI)* hemmen als neuere Antidepressiva spezifisch die Wiederaufnahme des Neurotransmitters Serotonin. Die geringen Interaktionen mit anderen Rezeptorsystemen bedingen eine verbesserte

Verträglichkeit, daher werden sie vermehrt im klinischen Alltag eingesetzt. Mögliche negative Begleiterscheinungen sind insbesondere in der Anfangsphase Übelkeit, Agitiertheit und sexuelle Dysfunktion. Als Beispiele für SSRI's sind Paroxetin, Fluvoxamin und Citalopram zu nennen.

- *Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer)* erhöhen die Konzentration der Neurotransmitter durch Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase, das für den Abbau der Botenstoffe verantwortlich ist. Die MAO-Hemmer sind allerdings durch erhebliche Nebenwirkungen gekennzeichnet, wie z.B. Unruhe und Schlafstörungen. Ein weiterer Nachteil besteht in der erforderlichen tyramin-armen Diät, die etwa den Verzehr von Rotwein und Käse verbietet, da ansonsten die Gefahr einer hypertonen Blutdruckkrise besteht. In der ambulanten Versorgung kommt als MAO-Hemmer daher hauptsächlich der reversible und selektive MAO-A-Hemmer Moclobemid in Frage, bei dem diese Diät nicht notwendig ist. Die MAO-Hemmer zeigen bei so genannten therapieresistenten (Trizyklika-Nonresponder) sowie atypischen Depressionen eine gute Wirksamkeit.
- *Phasenprophylaktika* können das Auftreten neuer depressiver Episoden verringern sowie die Schwere und Intensität der Episode dämpfen. Das weltweit am häufigsten eingesetzte Phasenprophylaktikum ist Lithium, als alternative Medikation steht Carbamazepin zur Verfügung (Karow & Lang, 2001).
- *Weitere und neuere Antidepressiva* sind in den letzten Jahren auf den Markt gebracht worden. Sie beeinflussen relativ selektiv die serotonerge und/oder noradrenerge Neurotransmission bei relativ günstigem Nebenwirkungs-Profil. Als bekannte Medikamente sind hier Venlafaxin, Mirtazapin (Remergil) und Reboxetin zu nennen.

Vergleichende Studien ergaben keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen TZA, SSRI und Moclobemid (Amrein et al., 1997; Lotufo-Neto et al., 1999; Geddes et al., 2000; Möller et al., 2000a). Bei korrekter Anwendung und Dosierung beträgt die Response-Rate hinsichtlich der akuten antidepressiven Behandlung meist 50-70%, bei Plazebo-Response-Raten um die 30%. In der täglichen Praxis ist daher bei vielen Patienten wegen ungenügendem Ansprechen ein zweiter Therapieversuch durch ein Antidepressivum mit anderer Wirksubstanz erforderlich. Nach Abklingen der Symptomatik sollte die antidepressive

Medikation im Sinne einer Erhaltungstherapie in unveränderter Dosierung über 4-6 Monate weitergeführt werden (Viguera et al., 1998). Durch die langfristige Einnahme antidepressiver Medikamente wird die Rückfallgefahr einer Depression deutlich gemindert (Kupfer et al., 1992; Geddes et al., 2000). Ein erheblicher Teil von Pharmakotherapien scheitert jedoch aufgrund einer mangelnden Compliance. Wenn Patienten unzureichend über Nebenwirkungen aufgeklärt werden oder sie beispielsweise nicht über die Wirksamkeit des Medikaments informiert werden, führt dies nicht selten dazu, dass Betroffene das Antidepressivum eigenhändig ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt absetzen (Lin et al., 1995).

Neben einer medikamentösen Behandlung von Depression stehen verschiedene gut überprüfte Formen von Psychotherapien zur Verfügung. Die Frage, ob bei schweren Depressionen eine medikamentöse Begleitbehandlung unumgänglich ist, wurde in einer sog. „Megaanalyse“ (Metaanalyse unter Verwendung der ursprünglichen Originaldaten) bejaht (Thase et al., 1997), in einer Erwiderung und erneuten „Megaanalyse“ jedoch verneint (DeRubeis et al., 1999). Die Behandlungen beziehen sich dabei nicht auf schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen oder psychosenahem Zustandsbild (z.B. depressiver Stupor) entsprechend ICD-10 F32.2. Hier ist in jedem Fall zunächst eine hinreichend dosierte antidepressive (ggf. auch eine neuroleptische) Medikation indiziert.

In einer großen deutschen Studie (Hautzinger & DeJong-Meyer, 1996) konnte keine differentielle Überlegenheit der medikamentösen bzw. der kombinierten Therapie bei schweren Depressionen nachgewiesen werden. Um den Nutzen einer Kombinationstherapie bewerten zu können, sind weitere Studien nötig (Reynolds et al., 1992). Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten empirisch überprüften Psychotherapieformen kurz erläutert.

#### 2.1.5.2 Psychotherapie

Verschiedene Studien zeigen übereinstimmend, dass die Effektivität verschiedener psychotherapeutischer Verfahren bei leichten bis mittelschweren Depressionen mit der einer antidepressiven Pharmakotherapie vergleichbar sind (Sonawalla & Fava, 2001). Bei nicht-psychotischen Depressionen hängt die Indikation für eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung stark von

persönlichen Präferenzen sowohl der Patienten als auch der einbezogenen Ärzte bzw. Therapeuten ab.

Psychotherapeutische Verfahren sollen hinsichtlich ihrer Krankheitstheorie und ihrer Behandlungstechniken wissenschaftlich und empirisch geprüft sein. Zu den empirisch überprüften Psychotherapieverfahren gehören:

- die kognitive Verhaltenstherapie (Hautzinger, 1993; Hautzinger & DeJong-Meyer, 1996; Gloaguen et al., 1998; DeRubeis et al., 1999),
- tiefenpsychologisch orientierte/psychoanalytische Verfahren (Crits-Christoph, 1992; Rudolf et al., 1994; Anderson & Lambert, 1995; Blomberg et al., 2001; Leichsenring, 2001; Sandell et al., 2001) sowie
- die interpersonelle Psychotherapie (Weissman et al., 1981)

Die *kognitive Verhaltenstherapie* beschäftigt sich primär mit der Bewältigung der aktuellen Situation. Ziel der Behandlung ist die Korrektur dysfunktionaler Gedankenprozesse im Rahmen der negativen Triade, das heißt der negativen Sichtweise bezüglich des Selbst, der Umwelt und der Zukunft. Anfänglich steht eine gründliche Analyse der depressiv verzerrten Wahrnehmungen und Einstellungen unter Zuhilfenahme protokollierter Selbstbeobachtungen im Vordergrund. Danach wird versucht, zusammen mit dem Patienten die negativen Realitäts- und Selbstbewertungen zu prüfen. Es werden gedankliche sowie praktische Verhaltensübungen abgeleitet in Bezug auf angenehme Aktivitäten sowie auf die Förderung sozialer Fähigkeiten und der Durchsetzungskraft. Es gibt Hinweise, dass diese behavioralen Komponenten besonders wichtig für ein gutes Therapieergebnis sind (Jacobson et al., 1996). Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen ist in mehreren Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien nachgewiesen worden (Elkin et al., 1989; Hautzinger & DeJong-Meyer, 1996; Gloaguen et al., 1998; DeRubeis et al., 1999).

Nach Abklingen der akuten Symptomatik kann auch ein *tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Therapieansatz* angewandt werden. Dieser Therapieansatz beinhaltet die Bearbeitung der typischen Persönlichkeitsstruktur Depressiver anhand

des unbewussten grundlegenden Konflikts. Die Hauptcharakteristika der Persönlichkeitsstrukturen sind unsicher-dependente Züge resultierend aus symbiotischen Abhängigkeitsbeziehungen, abgewehrten aggressiven Impulsen, (früh)kindlicher Mangel Erfahrung sowie abnorme Kränkbarkeit und Rollenfixierung im Sinne einer Überanpassung (Tellenbach, 1983; Kraus, 1985). Es wird versucht, dem Patienten zu verdeutlichen, welche Auswirkungen frühere Emotionen und Beziehungen auf gegenwärtige Erfahrungen haben, um so eine neue Auseinandersetzungsform mit der Gegenwart und der Zukunft zu ermöglichen (Wittchen, 1995).

Dabei weisen tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Therapien einige Unterschiede auf. Bei den kurzen oder mittellangen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien stehen die Bearbeitung aktueller Konflikte sowie deren Manifestation in den interpersonellen und sozialen Bezügen von Betroffenen im Vordergrund. Dies meint insbesondere die Klärung und Konfrontation mit persönlichkeitspezifischen Verarbeitungsmodi der depressiven Vulnerabilität und mit den zugehörigen Abwehrmechanismen (z.B. altruistische Verarbeitung, aggressive Hemmung, Selbstbeschuldigung). Zum Einsatz kommen unterstützende Maßnahmen (Akzeptanz, aktives Zuhören, Förderung der Äußerung schwieriger Impulse), aber auch klassische psychoanalytische Interventionen (Klärungen, Konfrontationen, Deutungen). Für tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapien bestehen nur eine kleinere Anzahl an Wirksamkeitsstudien (Crits-Christoph, 1992; Anderson & Lambert, 1995). Dies ist u.a. auf das traditionell weniger strukturierte und zeitlich weniger festgelegte Vorgehen zurückzuführen, als auch auf die eher nicht symptom- bzw. diagnosebezogene Behandlungstechnik. Eine aktuelle Metaanalyse zum direkten Vergleich von kognitiver und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie findet bei gleichen Rahmenbedingungen und einer mindestens 13 stündigen Therapiedauer eine identische Wirksamkeit für beide Verfahren (Leichsenring, 2001). Für längere tiefenpsychologisch fundierte Therapien (mehr als 25 Stunden) liegen Wirksamkeitsnachweise überwiegend ohne Randomisierung, d.h. in quasi experimentellem Design oder aus naturalistischen Studien vor (Blomberg et al., 2001).

Bei langfristig angelegten psychoanalytischen Behandlungen spielen neben den oben erwähnten Prinzipien die intensive therapeutische Beziehung sowie in diesem

Rahmen auftretende Konflikte und Übertragungskonstellationen eine besondere Rolle. Korrigierende emotionale Erfahrungen sowie wiederholtes „Durcharbeiten“ problematischer Interaktionsweisen und Selbstwahrnehmungen stellen einen besonderen Faktor dar. Die Wirksamkeit von langfristigen psychoanalytischen Behandlungen wurde bisher nur wenig erforscht. Verschiedene jüngere Befunde geben deutliche Hinweise darauf, dass langfristige psychoanalytische Psychotherapien ein wirksames psychotherapeutisches Verfahren darstellen. (Weber et al., 1985; Dührssen, 1986; Rudolf et al., 1994; Sandell et al., 2001). Es besteht auch Grund zu der Annahme, dass unabhängig von der Art des eingesetzten therapeutischen Verfahrens (tiefenpsychologisch fundiert oder psychoanalytisch) die jeweils längeren Therapien in konsistenter Weise mit besseren therapeutischen Ergebnissen assoziiert sind (McNeilly & Howard, 1991). Im Hinblick auf die genannten Studien wird allerdings beanstandet, dass sie den heutigen methodischen Anforderungen nicht gerecht werden (Grawe, 1994). Derartige Kritiken fordern kontrollierte Studien, um die Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie nachzuweisen.

Positive Ergebnisse zur Behandlung von depressiven Störungen sind auch bei der *interpersonellen Therapie* festgestellt worden. Die interpersonelle Therapie ist als ambulante Kurzzeittherapie (12-20 Sitzungen) angelegt. Sie wurde in Tradition früher psychodynamischer Therapieverfahren einerseits und kognitiver Therapien andererseits entwickelt. Grundprinzipien der interpersonellen Therapie liegen in einer starken Fokussierung auf das zwischenmenschliche Umfeld der Patienten und seiner Einflüsse auf die depressive Erkrankung. Die Patienten werden darin bestärkt, ihre Gefühle, insbesondere in Bezug auf Trauer, Verlust oder Veränderung sozialer Rollen, auszudrücken. Zentrales Anliegen ist die Reduzierung der bestehenden sozialen Isolation. Die interpersonelle Therapie konnte ihre Wirksamkeit in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien nachweisen (Elkin et al., 1989; Blanco et al., 2001). Es zeigte sich außerdem, dass die interpersonelle Therapie und die Verhaltenstherapie gleich wirksam sind (Frank & Spanier, 1995).

### 2.1.5.3 Sonstige Therapieverfahren

Neben den zentralen Verfahren von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung haben sich einige weitere Methoden für spezifische Zielgruppen als sinnvoll herausgestellt.

Durch *Schlafentzug*, d.h. durch Vermeiden des Schlafes in der zweiten Nachthälfte kann bei vielen Patienten vorübergehend die depressive Symptomatik deutlich gebessert werden. Dieser durch zahlreiche Studien belegte Effekt klingt jedoch am zweiten bzw. dritten Tag nach dem Schlafentzug in den meisten Fällen wieder ab (Pflug & Töle, 1971; Riemann et al., 1995). Dennoch ist die Erfahrung, dass allein durch einen Schlafentzug die Depression durchbrochen werden kann, für viele Patienten schon ein Grund zur Hoffnung.

Die Wirksamkeit der *Lichttherapie* ist lediglich bei der kleinen Gruppe der Patienten mit saisonal abhängigen Depressionen, meist als zusätzliches Therapieverfahren, belegt (Eastman et al., 1998; Lewy et al., 1998; Terman et al., 1998; Lam & Lewitt, 1999). Bei diesen Patienten besteht im Unterschied zu den sonstigen depressiven Erkrankungen ein regelhaftes Auftreten in den Herbst- und Wintermonaten und zudem ein vermehrtes Schlafbedürfnis sowie Auftreten von Heißhungerattacken. Im Rahmen der Lichttherapie setzt sich der Patient ca. eine halbe Stunde täglich bis zu einer Woche einer Lichtquelle von mindestens 2500 lx aus.

Bei Patienten mit schweren, insbesondere wahnhaften Depressionen, die auf mehrere Therapieversuche mit Antidepressiva oder Psychotherapie nicht respondiert hatten, ist die *EKT (Elektrokrampftherapie)* das wirksamste Verfahren (Prudic & Sackeim, 1990; Wijeratne et al., 1999). Durch neue Stimulationstechniken mit kurzen Stromimpulsen und lediglich unilateraler Stimulation sowie durch Muskelrelaxation und Kurznarkose wurde das Risiko des Verfahrens sowie die Nebenwirkungen bzw. die Belastung der Patienten deutlich gesenkt.



### 2.1.6 Defizite und Erfolgsfaktoren für die Früherkennung und Heilung depressiver Störungen

Die Beschreibung der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten von Depression hat gezeigt, dass eine Reihe wirksamer medikamentöser und psychotherapeutischer Maßnahmen zur Verfügung stehen. Dennoch bleiben viele Betroffene ohne adäquate Therapie (Abb. 2). Jüngere Untersuchungen machen deutlich, dass 60%-70% der rund 4 Millionen Betroffenen in hausärztlicher Behandlung sind (Montano, 1994; Katon et al., 1996b). Die Erkrankung wird jedoch nur bei ca. der Hälfte dieser Personen korrekt als Depression diagnostiziert. Das heißt, es werden nur 30-35% aller Depressionen als solche vom Hausarzt auch erkannt (Üstün & Sartorius, 1995). Davon wiederum werden 70-80% nicht adäquat behandelt. Mit anderen Worten: Nur 6-9% aller depressiv erkrankten Personen erhalten eine geeignete Therapie (Lépine et al., 1997). Aber selbst bei adäquater Behandlung sind nur 50% dieser Patienten compliant (Katon et al., 1996a).

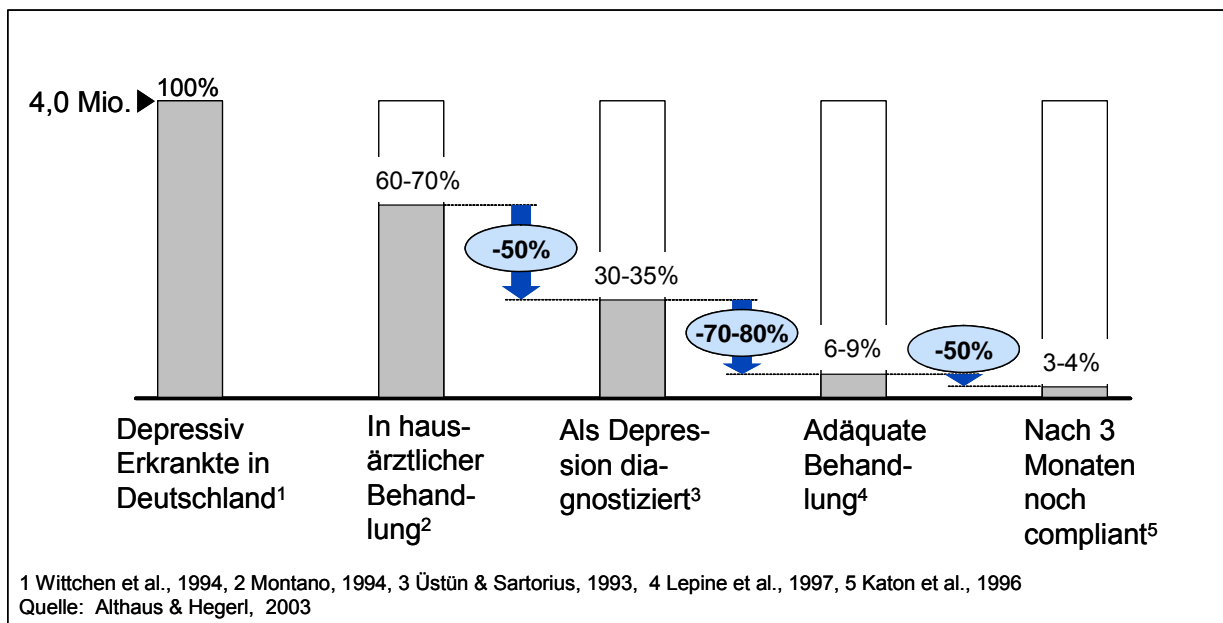


Abbildung 2: Diagnostisches und therapeutisches Defizit bei Depressionen

Die Gründe für das große diagnostische und therapeutische Defizit bei Depressionen sind vielfältig. In der Literatur werden unterschiedliche Erfolgsfaktoren für den Heilungsprozess von Depression diskutiert. Der Heilungsprozess von Depressionen lässt sich in fünf Schritte gliedern (Abb. 3).

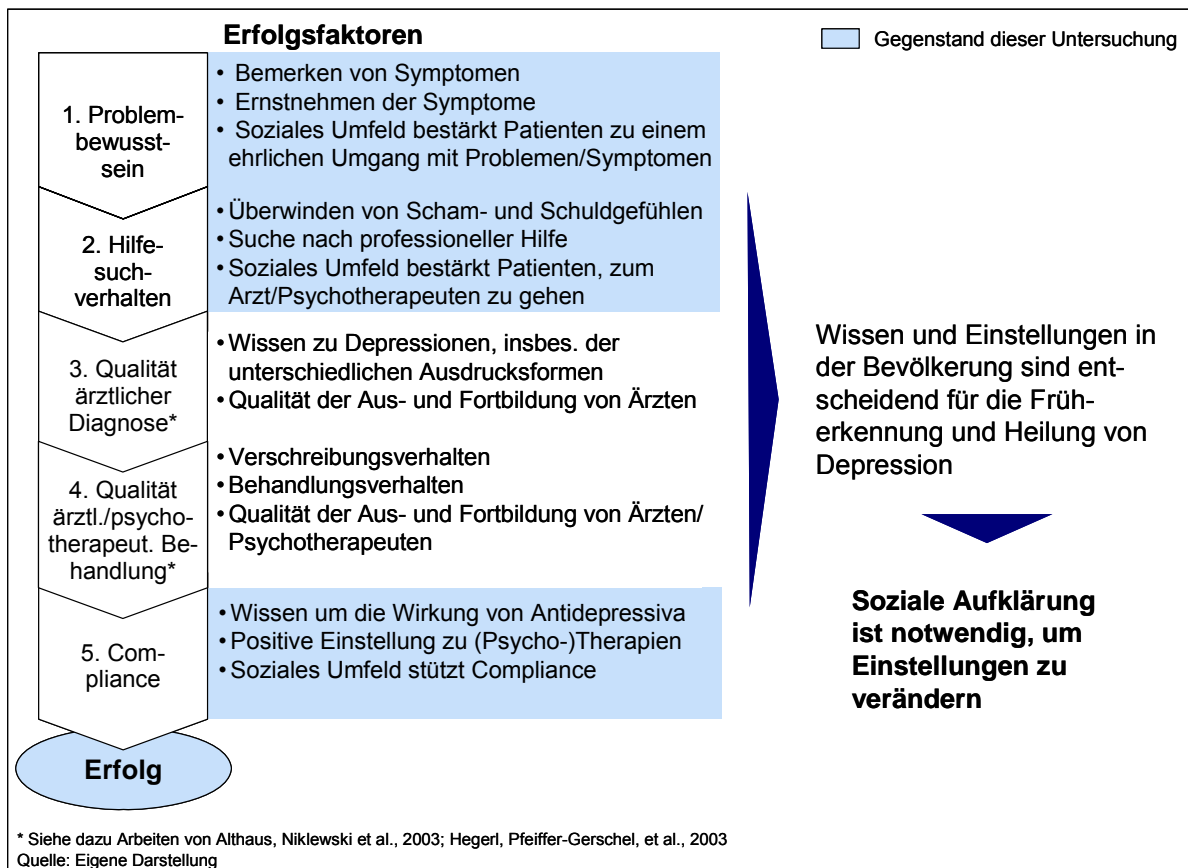


Abbildung 3: Erfolgsfaktoren für die Früherkennung und Heilung von Depression

1) *Problembewusstsein*: Der erste Schritt zum Heilungserfolg ist das Problembewusstsein. In vielen Fällen erkennen die Personen selbst nicht, dass sie an einer Depression leiden (Jorm et al., 1997a). Wichtig für den Heilungserfolg erscheint daher das Bemerkten und ernst nehmen der Symptome bei depressiv Erkrankten. Häufig besteht auch das Problem, dass Betroffene der Meinung sind, selbst mit der Erkrankung fertig werden zu müssen (Blumenthal & Endicott, 1996). Eine verständnisvolle Haltung des sozialen Umfelds erhöht die Akzeptanz der Problematik bei Betroffenen.

2) *Hilfesuchverhalten*: Nur eine Minderheit der Personen mit depressiven Symptomen sucht von sich aus professionelle Hilfe (Regier et al., 1993; Andrews et al., 1999). Scham- und Schuldgefühle verhindern häufig den Gang zum Arzt oder Psychotherapeuten. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, der Stigmatisierung von Depression in der Bevölkerung entgegen zu wirken. Die Untersuchung von Dew und Kollegen zeigt, dass der Zuspruch des sozialen

Umfelds einen maßgeblichen positiven Einfluss auf das Hilfesuchverhalten ausübt (Dew et al., 1991).

- 3) *Qualität der ärztlichen Diagnose*: Selbst wenn Betroffene ihren Hausarzt aufsuchen, ist dieser häufig nicht ausreichend geschult, um die Erkrankung korrekt zu diagnostizieren (Üstün & Sartorius, 1993). In der Weiterbildung zum Allgemeinarzt ist das Fachgebiet Psychiatrie nur fakultativ vertreten. Erschwerend dürfte sich hier auch der zunehmende Kostendruck der Ärzte auswirken, der eine ausführliche Exploration oft erschwert. Darüber hinaus zeigen verschiedene Untersuchungen, dass nur wenige Patienten mit psychischen Störungen dem Allgemeinarzt gegenüber über psychische Beschwerden klagen. Statt dessen schildern sie somatische Symptome, wie z.B. Schlaflosigkeit oder Appetitmangel (Bridges & Goldberg, 1985; Üstün & Korff, 1995). Die eigentliche depressive Erkrankung bleibt dann nicht selten unerkannt. Für das Wissen zu den verschiedenen Ausdrucksformen der Depression bei Hausärzten ist die Qualität der Aus- und Fortbildung wesentlich.
  
- 4) *Qualität ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung*: Trotz richtiger Diagnose erhält nur ein geringer Teil der Betroffenen eine adäquate Behandlung (Lépine et al., 1997). Die Verschreibung von Antidepressiva durch die Hausärzte erfolgt nach wie vor zurückhaltend (Linden et al., 2000). Schätzungen des Arzneiverordnungsreports 1999 haben ergeben, dass der Bedarf an Antidepressiva nominal nur zu ca. 20% gedeckt ist. Ein weiteres Problem liegt darin, dass Antidepressiva häufig unterdosiert eingesetzt werden (Davidson & Meltzer, 1999). Nicht selten werden außerdem bevorzugt Johanniskraut-Präparate verabreicht, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, insbesondere bei schweren Depressionen, jedoch umstritten sind (Linde & Mulrow, 2001; Shelton et al., 2001). Gleichzeitig macht es der stetig wachsende, schwer zu durchschaubare Markt an mehr oder weniger seriösen Psychotherapie-Anbietern dem Laien oft schwer, die richtige Therapieform ausfindig zu machen. Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten und zur Wirkung von Antidepressiva auf Seiten der Patienten sowie ein positiveres Verschreibungsverhalten von antidepressiver Medikation auf Seiten der Ärzte sind hier wichtige Einflussfaktoren für den Heilungserfolg von Depression.

5) *Compliance*: Doch auch bei suffizienter ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung wird die Heilung der Depression oft durch die mangelnde Compliance der Betroffenen erschwert. Gemäß Katon und Kollegen brechen bis zu 60% der depressiven Patienten, die sich in ambulanter Behandlung befinden, bereits innerhalb der ersten 25 Tage nach Therapiebeginn die Einnahme der Medikation ab (Katon et al., 1996a). Angst vor Nebenwirkungen oder Abhängigkeit werden hier als häufigste Gründe genannt (Fischer et al., 1999; Crown et al., 2001). Wissen zur Wirkungsweise von Antidepressiva bzw. der Abbau von Vorurteilen ist daher ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Heilungsprozess von Depressionen.

Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung als auch bei den Behandelnden üben demnach einen elementaren Einfluss darauf aus, wie mit der depressiven Symptomatik umgegangen wird, und ob eine Heilung der Erkrankung erfolgt (Brugha et al., 1997). Alle fünf Schritte des Heilungsprozess finden im Rahmen der Initiative des NBgD Berücksichtigung. Zentraler Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung, die das Problembewusstsein, das Hilfesuchverhalten und die Compliance von Betroffenen beeinflussen (Schritte 1, 2 und 5). Die Qualität der ärztlichen Diagnose und der Behandlung (Schritte 3 und 4) sind Gegenstand weiterer Arbeiten der Arbeitsgruppe des NBgD (siehe etwa Althaus et al., 2003; Hegerl et al., 2003b).

Entsprechend der großen Bedeutung von Einstellungen auf den Heilungsprozess von Depression sollen im folgenden Kapitel die wichtigsten theoretischen Hintergründe von Einstellungen und Einstellungsänderungen erläutert werden.

## 2.2 Einstellungen und Einstellungsänderung

### 2.2.1 Definition und Einstellungsstruktur

Das Konstrukt der Einstellung ist einer der zentralen Begriffe in der Sozialpsychologie. Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Einstellungen ist wichtig, da Einstellungen unsere Wahrnehmung, unser Denken und Fühlen sowie unser Verhalten beeinflussen. In der Literatur findet man eine Vielzahl von unterschiedlichen Begriffsbestimmungen. Die meisten heute dominierenden Definitionen halten sich an Allports definitorisches Grundmuster. Demnach bezeichnet man als Einstellung die „gelernte, relativ stabile Bereitschaft einer Person, sich gegenüber einem Einstellungsobjekt konsistent (mehr oder weniger) positiv/negativ zu verhalten“ (Allport, 1935; Ajzen & Fishbein, 1973; Trommsdorff, 1980).

Trotz der langen Geschichte der Einstellungsforschung besteht bis heute weder eine Einigkeit über den Prozess der Einstellungsänderung und die ihn beeinflussenden Faktoren noch über die Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten. In jüngerer Zeit erfährt das Konzept der Einstellung als intervenierende Variable besondere Beachtung. Dabei vermitteln Einstellungen zwischen situativen Reizen einerseits (Personen, Situationen, sozialen Sachverhalten etc.) und den messbaren abhängigen Variablen andererseits (verbale Äußerungen, beobachtbares Verhalten). Grundsätzlich werden hierbei in der Literatur zwei Positionen unterschieden: Die Drei-Komponenten-Theorie und die Ein-Komponenten-Theorie (vgl. Fischer & Wiswede, 2002).

Die *Drei-Komponenten-Theorie* fasst Einstellung als System von drei aufeinander bezogenen Komponenten auf (Katz & Stotland, 1959; Breckler, 1984).

- Die *affektive* Komponente verkörpert die mit dem Einstellungsobjekt bzw. dessen Eigenschaften verbundenen gefühlsmäßigen Bewertungen.
- Die *kognitive* Komponente bringt das subjektiv geprägte Wissen um das Einstellungsobjekt zum Ausdruck.
- Die *konative* Komponente (konativ = anstrebend) umfasst die Verhaltensbereitschaft oder Verhaltenstendenz gegenüber dem Einstellungsobjekt.

Diese Dreiteilung geht bereits auf Platons klassische Unterscheidung psychischen Geschehens in Fühlen, Denken und Wollen zurück. Nach diesem Modell lässt erst das Zusammenspiel der drei Komponenten eine Einstellung entstehen. Je nachdem wie gleichgerichtet die drei Einstellungskomponenten sind, spricht man von konsistenten oder ambivalenten Einstellungen (Witte, 1992b).

Demgegenüber wird von einigen Forschern hervorgehoben, dass ein wesentlicher Gesichtspunkt der Einstellung die globale summarische Bewertung des Einstellungsobjektes ist. Aus diesem Grunde vertreten einige Forscher eine *Ein-Komponenten-Theorie* der Einstellung. In diesem Modell wird Einstellung als affektive Beziehung einer Person zu einem Stimulus beschrieben. Entsprechend lautet die auf Thurstone zurückgehende Definition: „Einstellung ist ein Affekt für oder gegen ein psychologisches Objekt.“ Kognitive Überzeugungen und Verhaltensabsichten werden unabhängig definiert und als Determinanten oder Konsequenzen der Einstellung angesehen (Thurstone, 1931; Fishbein, 1979; Petty & Cacioppo, 1981).

Im Hinblick auf den Zusammenhang von Einstellung und Verhalten wäre, gemäß der Definition von Allport (1935), eine enge Beziehung zu vermuten. Die Annahme, dass die Erfassung der Einstellung eine zutreffende Verhaltensprognose erlaubt, ist durch die Einstellungsforschung jedoch nicht bestätigt worden. LaPiere zeigte schon 1934, dass eine bestimmte Einstellung nicht notwendigerweise ein entsprechendes Verhalten nach sich ziehen muss (LaPiere, 1934). Die Einstellung ist zwar eine bedeutsame, aber keineswegs die allein dominierende Verhaltensdeterminante. Als zentrale Variablen erweisen sich dabei die Korrespondenz der Messebenen (der Grad der Spezifizierung der Einstellungs- und Verhaltensmessung), die Struktur der Einstellung (die affektiv-kognitive Konsistenz), das Ausmaß persönlicher Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt sowie verschiedene Persönlichkeitsmerkmale der handelnden Personen. Als besonders wirksame Faktoren stellten sich situative Normen heraus, wie die Meinung des sozialen Umfelds, die das Subjekt gegebenenfalls veranlassen können, sich einstellungswidrig zu verhalten. Fischer fasst die diesbezüglich geführte Diskussion zusammen, indem er schreibt „...eine enge Einstellungs-Verhaltens-Konsistenz ist dann gegeben, wenn die Konsistenz zwischen affektiven und kognitiven Komponenten hoch ist, die Einstellung über

längere Zeit stabil ist und sich die Einstellung präzise definieren lässt (Fischer & Wiswede, 2002).“ Fishbein konnte in einigen Experimenten nachweisen, dass Verhaltensvorhersagen auf der Basis der erwähnten Variablen durchaus gut zu treffen (Fishbein, 1979).

Obwohl in der Literatur neben dem Ein- und dem Drei-Komponenten-Modell noch weitere Einstellungskonzeptionen vertreten werden (wie zum Beispiel das Zwei-Komponenten-Modell, das auf den verhaltensbezogenen Aspekt verzichtet), stehen die beiden beschriebenen Modelle allgemein im Zentrum des Interesses. Empirische Belege für die Validität einer ein- oder mehrdimensionalen Einstellungsstruktur sind insgesamt uneindeutig. Gemäß Witte ist die Frage nach der Struktur einer Einstellung nicht empirisch zu klären, sondern eine Definitionsfrage: „Dabei können Definitionen nicht wahr oder falsch sein, sondern allein nützlich oder problematisch (Witte, 1992a).“

## 2.2.2 Die Funktionen von Einstellungen

Einstellungen haben die Tendenz sich zu verfestigen und zu Stereotypen zu werden. Andererseits ermöglichen sie uns aber auch, Richtlinien für unser Verhalten zu finden. Wenn wir die Einstellung vertreten, Depression sei eine Krankheit, werden wir einer betroffenen Person z.B. empfehlen zum Arzt zu gehen. Folgende Funktionen von Einstellung werden unterschieden (McGuire, 1985; Witte, 1989):

- Als *Ökonomiefunktion* wird eine Komplexitätsreduktion gesehen, indem Wahrnehmungs- und Erklärungshypothesen zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch erfolgt eine Erlebens- und verhaltensrelevante Strukturierung der Beziehungen der Person zu ihrer Welt. Aufgrund der begrenzten Verarbeitungskapazität des Menschen kommt der Ökonomiefunktion eine wichtige Bedeutung zu.
- Die *Anpassungsfunktion* ist ein Mittel zur Zielerreichung in der Umwelt. Individuen identifizieren soziale Inhalte, lernen dazu Stellung zu nehmen, und können sich damit einer Referenzgruppe zugehörig fühlen.
- Die *Individuierungsfunktion* dient dem Ausdruck eigener Sichtweisen und Wertungen. Das Individuum hebt sich durch seine Einstellung von anderen ab, im Sinne einer Selbst-Bestätigung.

- Die Funktion des *Selbstwertschutzes* (Abwehrfunktion) beschreibt die Tendenz, das eigene positive Selbst-Bild durch die Abwehr unakzeptabler sowie bedrohlicher Wahrnehmungen, Konzepte und Bewertungen zu schützen.

### 2.2.3 Einstellungsmessung

Das Konstrukt Einstellung kann naturgemäß nicht direkt gemessen werden, sondern es müssen adäquate Indikatoren einer Einstellung gefunden werden. Die Mehrzahl der Methoden zur Einstellungsmessung basiert auf der Annahme, dass Einstellungen durch Fragen nach den Meinungen über ein Einstellungsobjekt gemessen werden können. Andere Methoden haben zum Ziel, den evaluativen Charakter einer Einstellung direkt zu erfassen, wie zum Beispiel durch psychogalvanische Hautreaktionen oder Verhaltensbeobachtung.

Zur Einstellungsmessung mittels Fragebogen sind verschiedene Skalen entwickelt worden. Üblicherweise werden dabei bestimmte Aussagen einer Einstellungsskala vorgegeben, von denen die befragte Person angeben soll, ob sie diese (eher) bejaht oder (eher) ablehnt. Aus der Art und dem Grad der Zustimmung/Ablehnung erschließt man dann Richtung und Stärke der Einstellung. Die bekanntesten Konstruktionsprinzipien gehen auf die von Thurstone (Thurstone, 1931), Likert (Lickert, 1932) und Guttman (Guttman, 1947) entwickelten Methoden zurück. Nach der Zusammenstellung eines Itempools erfolgt eine Item-Analyse, indem man jedes einzelne Item mit dem Gesamtergebnis aller Items korreliert. Alle Items, die einen bestimmten Minimalwert des so genannten Trennschärfe-Koeffizienten nicht erreichen, werden ausgesondert (vgl. Friedrichs, 1990).

Eine weitere, häufig verwendete Methode der Einstellungsmessung stellt die Kurzfassung des semantischen Differentials dar (Osgood & Tannenbaum, 1955a). Dabei werden Einstufungen zu Einstellungsobjekten mittels Adjektivpaaren erfragt (z.B. kühl-gefühlvoll, intelligent-dumm). Die soziale Distanzskala von Bogardus stellt eine besondere Form von Einstellungsskala dar. Hier werden Personen nach konkreten Verhaltensweisen einem Einstellungsobjekt gegenüber befragt, womit Verhaltenstendenzen erfasst werden sollen.



Die Konstruktion komplexerer Verfahren, wie der Thurstone- oder Likert-Skala sind zeitaufwendig und teuer. Andere Verfahren, wie etwa die soziale Distanzskala, berücksichtigen lediglich die verhaltensbezogene, nicht jedoch die kognitive und affektive Komponente von Einstellungen. In der Forschung ist daher die Ein-Item-Ratingskala sehr verbreitet (vgl. Stroebe et al., 2002). Bei dieser Einstellungsskala entscheidet der Untersucher, ob ein Item auf die Einstellung einer Person schließen lässt. Ein solches Einstellungsitem wird dann zusammen mit einer mehrstufigen Ratingskala vorgegeben. Ein Beispielitem wäre: „Depression ist eigentlich gar keine Krankheit“ (Antwortausprägung: „stimme voll zu“= 5 bis „stimme überhaupt nicht zu“= 1). Diese Skala zeichnet sich durch ihre ökonomische Konstruierbarkeit aus, ist gleichzeitig jedoch weniger reliabel als komplexere Verfahren.

#### 2.2.4 Prozesse des Erwerbs und der Änderung von Einstellungen

Es gibt in der Literatur eine große Zahl unterschiedlicher Theorien zum Einstellungserwerb und -wandel. Im Hinblick auf die Quellen des Einstellungserwerbs und Einstellungswandels wird häufig zwischen direkter Erfahrung und sozial vermittelter Erfahrung differenziert, da sich diese Unterscheidung in der Empirie als nützlich heraus gestellt hat. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Unterscheidung unter theoretischen Gesichtspunkten nicht unproblematisch ist, da auch die Interpretation von völlig unmittelbaren Erfahrungen von sozialer Konstruktion abhängen kann (Averill, 1982). Im Folgenden werden ausgewählte wichtige Theorien, die für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind, überblicksartig dargestellt.

##### 2.2.4.1 Einstellungserwerb und -änderung durch direkte Erfahrung

###### *Klassische Konditionierung*

Das Konzept der klassischen Konditionierung basiert auf den behavioristischen Lerntheorien von Watson (Watson, 1968). Bei der klassischen Konditionierung wird ein ursprünglich neutraler Reiz wiederholt mit einem anderen Reiz gepaart dargeboten, der in starkem Maße eine bestimmte Reaktion auslöst. Es ist zu einer Konditionierung gekommen, wenn der ursprünglich neutrale Reiz allein ausreicht, um die Reaktion auszulösen. Ähnliche Reiz-Reaktions-Muster können beim Erwerb von Einstellungen vor sich gehen. Die Einstellungsforschung zeigt, dass man bei Menschen positive oder negative Bewertungen erzeugen kann, wenn neue Reize

wiederholt zusammen mit Reizen dargeboten werden, die bereits positive oder negative Reaktionen auslösen (Petty & Wegener, 1998). Gemäß dem Prinzip der klassischen Konditionierung wird beispielsweise durch die wiederholte Darbietung eines immer gleichen Slogans in den Medien eine Reiz-Reaktionsverbindung bei den Menschen fixiert. Eine Person, die das Logo des NBgD sieht, würde dann z.B. automatisch auch an die Kernbotschaft der Kampagne „Depression kann jeden treffen“ denken.

### *Instrumentelle Konditionierung*

Einstellungen können auch über das Instrumentelle Konditionieren erworben werden. Instrumentelles Konditionieren tritt dann auf, wenn ein Mensch lernt, dass ein bestimmtes Verhalten eine positive Konsequenz hat. Wird eine Person zum Beispiel für negative Äußerungen gegenüber einem depressiv Erkrankten bestärkt, kann sie diese Einstellung als stabiles Vorurteil erwerben. Die Äußerung „wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld“ hat für die Person angenehme Konsequenzen, die negative Einstellung dient einer Bedürfnisbefriedigung und kann sich in ihr Verhalten als feste Einstellung integrieren (Skinner, 1957; Stroebe et al., 2002).

Der Hauptunterschied zwischen dem klassischen und dem instrumentellen Konditionieren liegt folglich darin, dass der Einstellungserwerb beim klassischen Konditionieren eher unbewusst, reflexhaft vor sich geht, während beim instrumentellen Konditionieren eine Einstellung über Verstärkungsprozesse neu geformt wird.

#### 2.2.4.2 Einstellungserwerb und -änderung durch sozial vermittelte Erfahrung

##### *Modell-Lernen*

Viele Einstellungen erwerben wir über das Modell-Lernen. Dabei gibt es Unterschiede, wessen Einstellung wir übernehmen. Je sympathischer uns eine Person ist und je höher das Prestige ist, desto eher übernehmen wir deren Einstellung. Ein persönlicher Kontakt ist nicht zwingend notwendig. Einstellungen können auch von Vorbildern aus dem öffentlichen Leben (Film, Fernsehen, Politik) übernommen werden. Ein Jugendlicher, der sein Popidol verständnisvoll über depressive Menschen reden hört, übernimmt diese Einstellung möglicherweise (Bandura, 1977; vgl. Stroebe et al., 2002).

### *Persuasive Kommunikation*

Die persuasive Kommunikation ist eine direktere Form der sozialen Beeinflussung als das Modell-Lernen. Die Persuasionsforschung beschäftigt sich mit der Einstellungsänderung als Folge von Informationsverarbeitung, meist in Reaktion auf kommunikative Botschaften (Petty & Wegener, 1998). Gemäß dem grundlegenden Modell von McGuire vollzieht sich der Prozess der Änderung oder Entstehung von Einstellungen in fünf Schritten (McGuire, 1985; vgl. Stroebe et al., 2002):

- Die Aufmerksamkeit wird angeregt,
- man tritt in den kommunikativen Prozess ein, nimmt die Informationen auf und versteht sie,
- man bewertet die an einen gerichteten Aussagen und schließt sich ihnen gegebenenfalls an,
- man behält die veränderte Einstellung im Gedächtnis und
- schließlich handelt man der veränderten Einstellung entsprechend.

Dieses theoretische Konzept impliziert die Annahme, dass der Rezipient jeden dieser Schritte durchlaufen muss, wenn die Kommunikation eine persuasive Wirkung haben soll. Ferner ist jeder Schritt erst dann möglich ist, wenn der vorangegangene erfolgt ist. Zwecks Vereinfachung der Messung wird in der Forschung Aufmerksamkeit und Verstehen für gewöhnlich zu einer einzigen, als Rezeption bezeichneten, Stufe zusammengefasst. McGuires Modell wird damit häufig auf ein Zweifaktorenmodell der Überredung reduziert, wobei Einstellungsbeibehaltung und Verhalten nicht mehr berücksichtigt werden (Abb. 4). Das Zweifaktorenmodell stellt unter Forschern einen weit verbreiteten theoretischen Rahmen zur Analyse von Überzeugungsphänomenen dar. (Eagly & Chaiken, 1993).

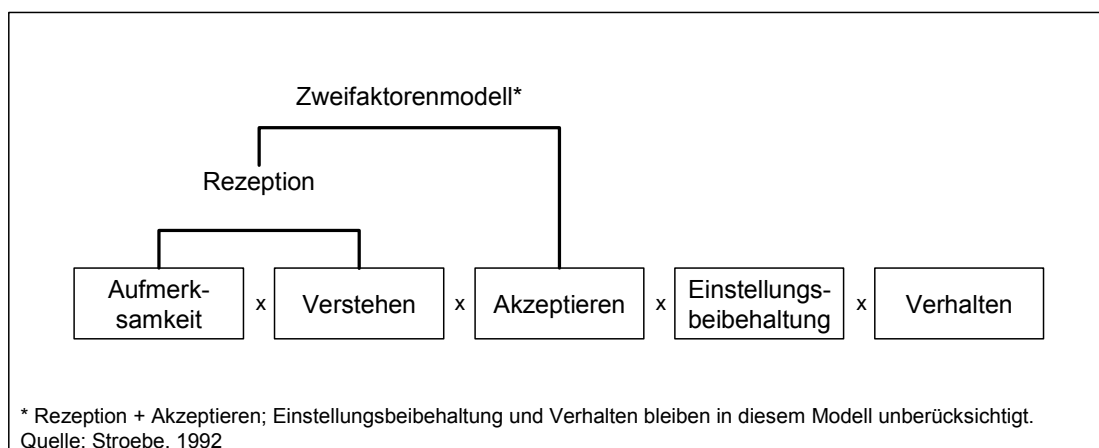


Abbildung 4: Das Informationsverarbeitungsparadigma von McGuire

### *Elaboration-Likelihood-Modell (ELM)*

Das Modell der Elaborationswahrscheinlichkeit beschreibt die grundlegenden Prozesse bezüglich der Wirksamkeit persuasiver Kommunikation (Petty & Cacioppo, 1981; Stahlberg & Frey, 1993; Petty & Wegener, 1998). Elaboration bezieht sich dabei auf das Ausmaß, in dem eine Person über themenspezifische Argumente nachdenkt (lat. elaborare: etwas ausarbeiten). Die Wahrscheinlichkeit der Elaboration ist abhängig von der Motivation (z.B. persönliche Relevanz) sowie der Fähigkeit zur Verarbeitung (z.B. Intelligenz, Verständlichkeit der Information). Das Kernstück des Modells geht von zwei Routen der Einstellungsänderung aus:

- **Zentrale Route:** Wenn die Wahrscheinlichkeit der Elaboration hoch ist (z.B. bei persönlicher Betroffenheit), sollte eine intensive Auseinandersetzung mit den Argumenten erfolgen, so dass sich die Qualität der Argumente auf die Einstellungsänderung auswirkt.
- **Periphere Route:** Ist die Wahrscheinlichkeit der Elaboration gering (z.B. bei geringem Interesse), sind periphere Hinweisreize, wie der Status des Kommunikators, von größerer Bedeutung für die Einstellungsänderung. In diesem Fall erfolgt eine heuristische Verarbeitung nach dem Motto „Expertenaussagen treffen immer zu“.

Da Menschen über begrenzte Zeit und Ressourcen verfügen, können sie nicht jede persuasive Botschaft, der sie ausgesetzt sind, bis ins Detail verarbeiten. Periphere Prozesse sollten daher den Normalfall darstellen. Die Glaubwürdigkeit, Attraktivität und Macht des Kommunikators sind hier die zentralen Determinanten. Gleichzeitig weisen Petty und Kollegen darauf hin, dass Einstellungen, die über die zentrale Route zustande kommen, überdauernder und vorhersagekräftiger für Verhalten sind. Im Einzelfall können beide Prozesse parallel ablaufen oder die betreffende Person kann von einer Route zur anderen springen.

#### 2.2.4.3 Konsistenztheorien

Die Konsistenztheorien bemühen sich, die Widersprüche zwischen Einstellung und Verhalten von Individuen aufzuklären und zu zeigen, wann und wie die Prozesse der Einstellungsänderung vor sich gehen. Von Konsistenz spricht man, wenn eine Person zwischen Einstellung, Erleben und Verhalten keine Widersprüche zeigt. Der entgegengesetzte Fall wäre Inkonsistenz. Ausgangspunkt der Konsistenztheorien ist, dass ein Individuum nach Harmonie und Konsistenz strebt zwischen sich und der

Umwelt. Ein Fall von Inkonsistenz wäre zum Beispiel eine Person, die Depressive für charakterschwach hält, dann aber erlebt, dass eine geliebte Person im Freundeskreis an einer Depression erkrankt. Zur Wiederherstellung von Konsistenz sind kognitive Vorgänge (z.B. ein Einstellungswandel) oder Verhaltensänderungen (z.B. Vermeidung der depressiven Person) wesentlich.

Unter den verschiedenen Konsistenztheorien stellt die Theorie der kognitiven Dissonanz von Leon Festinger den breitesten Ansatz dar. Festinger geht davon aus, dass eine Einstellungsänderung dann eintritt, wenn bestimmte Elemente von einer oder verschiedenen Einstellungen einer Person nicht in Einklang zu bringen sind und folglich in Dissonanz stehen (Festinger, 1957, 1978). Dissonante Beziehungen führen zu einem inneren Spannungszustand, der bei ausreichender Stärke Prozesse auslöst, die die Dissonanz auflösen oder abschwächen.

Festinger nimmt weiterhin an, dass Menschen im Allgemeinen versuchen, den Zustand der Dissonanz zu verhindern, indem sie Situationen, Informationen oder bestimmte Personen meiden, die einen dissonanten Zustand entstehen lassen können. Gleichzeitig suchen sie aktiv einstellungskonsistente Informationen, die die eigenen Überzeugungen unterstützen. Demnach würden Menschen, die einer Depression ablehnend gegenüber stehen, z.B. positiv formulierte, informative Zeitungsartikel oder Plakate zur Krankheit Depression meiden bzw. nicht wahrnehmen, gleichzeitig aber reißerische, negative Berichterstattungen suchen. Diese selektive Wahrnehmung führt dazu, dass bestehende Einstellungen eher verstärkt werden, als dass neue Einstellungen entstehen können.

Neben Festingers Theorie sind weitere bekannte Konsistenztheorien entwickelt worden, die sich im Wesentlichen hinsichtlich der Prozesse, die bei der Wiederherstellung von Konsistenz vor sich gehen, voneinander unterscheiden. Zu nennen sind hier insbesondere die Balance Theorie von Heider (Heider, 1946), die Kongruenztheorie von Osgood und Tannenbaum (Osgood & Tannenbaum, 1955b) sowie die Theorie der affektiv-kognitiven Konsistenz von Rosenberg (Rosenberg, 1956).

Die vorgestellten Theorien und Modelle aus der Einstellungsforschung haben gezeigt, dass die individuelle Einstellung einer Person von unterschiedlichen Faktoren und Prozessen bestimmt wird. Die Theorien sind empirisch gut untermauert

und weniger als konkurrierende sondern ergänzende Blickwinkel zu verstehen. Die Aufklärungskampagne des NBgD hatte das Ziel, Einstellungen zur Krankheit Depression in der Bevölkerung zu verändern. Dabei beinhaltet ein Einstellungswandel durch derartige Aufklärungskampagnen immer einen komplexen Vorgang, für den es nicht *den* einzigen und richtigen Erklärungsansatz geben kann. Vielmehr ist anzunehmen, dass die hier vorgestellten Theorien im Rahmen der vorliegenden Untersuchung alle in unterschiedlichem Ausmaß zum Tragen kommen. In diesem Zusammenhang ist außerdem von Interesse, welche Erfolgsfaktoren und Wirkmechanismen bei Aufklärungskampagnen von Bedeutung sind. Das Konzept der sozialen Aufklärung bzw. des „Social Marketings“ wurde in den letzten Jahren verstärkt als Planungshilfe für Kampagnen diskutiert (vgl. Künzel-Böhmer et al., 1993). Nachfolgend wird dieser Begriff entsprechend begrifflich spezifiziert und inhaltlich charakterisiert.

## **2.3 Soziale Aufklärung**

### **2.3.1 Begriff und Ziele der sozialen Aufklärung**

Soziale Aufklärung als Prozess der Massenkommunikation ist trotz intensiver Kommunikationsforschung, bislang nur ansatzweise untersucht worden (vgl. Fischer & Wiswede, 2002). Dabei wurden soziale Aufklärungskampagnen bereits bei den alten Griechen und Römern durchgeführt, wie etwa zur Sklavenbefreiung. Heutige Sozialkampagnen zielen insbesondere auf Gesundheitsreformen (z.B. gegen das Rauchen oder gegen Aids), auf Umweltreformen (z.B. gegen Luftverschmutzung) oder Bildungsreformen (z.B. Verbesserung des Schulwesens).

Kotler und Roberto verstehen unter einer sozialen Aufklärungskampagne: „...ein von einer Gruppe betriebenes systematisches Bemühen mit dem Ziel, andere zur Annahme, Änderung oder Aufgabe bestimmter Vorstellungen, Einstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen zu bewegen“ (Kotler & Roberto, 1991). Ziel der sozialen Aufklärung ist das Aufgeben ungünstiger bzw. die Annahme neuer, günstiger Einstellungen oder Verhaltensweisen. Einstellungen und Verhaltensweisen sind hier also „Produkte“, die vermarktet werden sollen. Es wird deshalb auch von „Social Marketing“ gesprochen. Gemäß Bruhn und Tilmes ist Social Marketing „...die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von Marketingstrategien und –

aktivitäten, die direkt oder indirekt auf die Lösung sozialer Aufgaben gerichtet sind (Bruhn & Tilmes, 1994).“

### 2.3.2 Voraussetzungen für den Erfolg von sozialer Aufklärung

Die Marketing-Forschung identifiziert drei grundlegende Ziele von Aufklärungskampagnen, die für eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden müssen: Aufmerksamkeit erzeugen, Vertrauen in die Glaubwürdigkeit der Kampagne bzw. Organisation vermitteln und Zustimmung zu ihren Intentionen und Zielen erreichen (Klaus, 1997). Kotler und Roberto beschreiben in diesem Zusammenhang drei wesentliche Erfolgsfaktoren (Kotler & Roberto, 1991):

- **Alleinstellung:** Eine Aufklärungskampagne muss eine Alleinstellung in den Medien einnehmen. Gleichzeitig dürfen keine den Zielen der Kampagne entgegengesetzten Botschaften erscheinen. In der Praxis ist dies häufig schwierig, da die meisten Kampagnen im Wettbewerb stehen – wenn auch nicht notwendig inhaltlich, so doch um die Aufmerksamkeit der Bevölkerung.
- **Kanalisierung:** Massensorientierte, gesellschaftspolitische Kampagnen benötigen eine günstige öffentliche Grundstimmung, die unter Umständen erst geschaffen werden muss. Bei kommerzieller Werbung besteht häufig bereits die richtige Grundstimmung. Ein Zahncremehersteller muss die Verbraucher zum Beispiel nicht erst zum Zähneputzen motivieren, er muss sie lediglich anregen, eine bestimmte Marke zu benutzen. Eine Kampagne zur Krankheit Depression müsste möglicherweise die Bevölkerung hingegen zunächst überzeugen, dass Depression ein wichtiges Thema darstellt, das jeden angeht.
- **Ergänzung:** Soziale Aufklärung funktioniert am besten, wenn die medienorientierte Kommunikation durch direkte Kommunikation ergänzt wird. Je mehr man das, was man hört, mit anderen besprechen kann, desto besser werden Informationen verarbeitet und desto wahrscheinlicher ist es, dass Veränderungen akzeptiert werden. Auf Seiten des Kommunikators sind hier dessen Glaubwürdigkeit (besonders hinsichtlich Fachkompetenz und Vertrauenswürdigkeit), seine Macht und Attraktivität wichtige Erfolgsfaktoren. Eine Aufklärungskampagne sollte folglich immer durch Informationsveranstaltungen, Diskussionsforen o.ä., ergänzt werden, die der Bevölkerung den Austausch mit Fachleuten bzw. Betroffenen oder Angehörigen ermöglichen.

Es sind jedoch nicht alle Kampagnen zur Herbeiführung sozialen Wandels nachhaltig erfolgreich. Groß angelegte Gesundheitskampagnen wie etwa Anti-Rauch-Aktionen oder Gewichtsreduktions-Programme blieben ohne breite Wirkung (McCron & Budd, 1982). In einer Metaanalyse untersuchten Snyder und Kollegen 48 Aufklärungskampagnen (Snyder et al., 2000). Insgesamt zeigte sich, dass es einfacher war, neues Verhalten zu fördern (z.B. den Gebrauch von Sicherheitsgurten, regelmäßige Zahnarztbesuche und ähnliches) als Menschen dazu zu bewegen, ein kritisches Verhalten zu beenden (z.B. übermäßigen Alkoholkonsum). In der Literatur werden Faktoren beschrieben, die die Wirksamkeit von sozialer Aufklärung verringern (vgl. Kotler & Roberto, 1991):

- Publikumsbedingte Faktoren: Abwehrhaltung, Verständnisschwierigkeiten und selektive Wahrnehmung führen dazu, dass Inhalte der Kampagne überhört oder umgedeutet werden. Damit ist die Wirkung von Aufklärungskampagnen nicht allein vom Medium und seinem Inhalt, sondern auch von den Rezipienten und deren Situation abhängig.
- Aussagebedingte Faktoren: Die Aussagen bringen den Bürgern keinen real motivierenden Nutzen nahe, z.B. weil versäumt wird, positive Konsequenzen für eine Verhaltensänderung zu kommunizieren (wie etwa die Aussage „Depression ist heilbar, wenn man zum Arzt oder Psychotherapeuten geht“).
- Medienbedingte Faktoren: Es wird versäumt, die einzelnen Medien in der richtigen Form, am richtigen Ort, in der richtigen Menge und zur richtigen Zeit wirksam einzusetzen. Abhängig von der Wahl des Mediums werden beispielsweise unterschiedliche Bevölkerungsschichten erreicht. Ebenso wirkt sich ein zu niedriger Level an eingesetzten Ressourcen (einschließlich Zeit, Geld, Infrastrukturen) negativ auf den Erfolg der Kampagne aus.
- Faktoren der fehlenden Kopplung: Den motivierten Bürgern wird keine einfache Möglichkeit aufgezeigt, auf die Ziele der Kampagne zu reagieren und diese umzusetzen.

Darüber hinaus geben einige Autoren zu bedenken, dass - anders als im Persuasionsmodell (vgl. Kap. 2.3.2) - Massenmedien erst in zweiter Linie die Einstellungen des Publikums prägen oder verändern können. Gemäß dem Agenda-Setting-Konzept können Medien weniger erfolgreich vermitteln, *was* das Publikum denken soll, als vielmehr *worüber* es denken soll. Die Medienkommunikation bewirkt eine Thematisierung („Awareness“) sowie eine Themenpräferenz in der Bevölkerung,



nicht jedoch primär eine Einstellungsänderung (McCombs, 1977; vgl. Fischer & Wiswede, 2002).

Zusammenfassend ist fest zu stellen, dass das Konzept des Social Marketing wichtige Anregungen für die Planung, Konzeption und Evaluation von Aufklärungskampagnen gibt. In der Praxis ergeben die unterschiedlichen marktpolitischen Strategien jedoch einen derart umfassenden Maßnahmenkomplex, dass es kaum gelingen kann, alle Aspekte zu integrieren. Klare Kriterien, welche Schritte für die Planung von Kampagnen notwendig sind, liegen nicht vor. Zahlreiche, teilweise heterogene Theorien aus der Einstellungs- und Kommunikationsforschung haben vielmehr deutlich gemacht, dass letzten Endes offen bleiben muss, wann, welche Prozesse zu einem Einstellungswandel durch soziale Aufklärung führen. Vor diesem Hintergrund sind in dem nachfolgenden Modell die wichtigsten, empirisch gut untermauerten Ansätze aus der Einstellungsforschung integriert worden, um den Prozess der Einstellungsänderung durch soziale Aufklärung zu erklären.

### 2.3.3 Ein integratives Modell der Einstellungsänderung durch soziale Aufklärung

In dem nachfolgenden Modell finden grundlegende Theorien, wie das Persuasionsmodell von McGuire und die Drei-Komponenten-Theorie Berücksichtigung. Andere bekannte Erklärungsansätze, wie die Verstärker-Theorien, das Lernen am Modell oder die Konsistenztheorien sind Determinanten des integrativen Modells (Abb. 5).

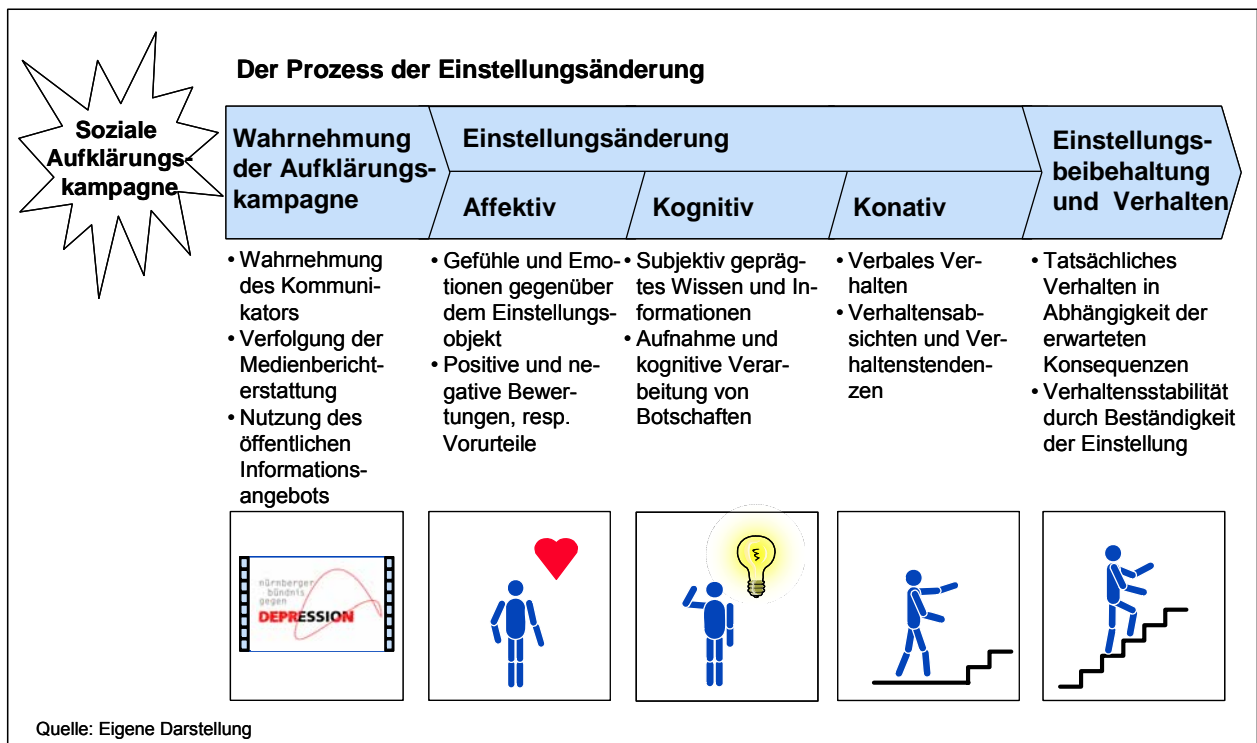


Abbildung 5: Ein integratives Modell der Einstellungsänderung durch soziale Aufklärung

**Phase 1: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne**

Im Prozess der Einstellungsänderung durch soziale Aufklärung muss zunächst die Aufmerksamkeit in der Bevölkerung erreicht werden. Es ist sicher zu stellen, dass die Bevölkerung die Kampagne zur Kenntnis nimmt und dessen Maßnahmen aktiv verfolgt. So müssen z.B. Plakate von der Öffentlichkeit beachtet und Medienberichte zum Thema Depression aufmerksam gelesen werden.

**Phase 2: Einstellungsänderung**

In der zweiten Phase erfolgt der eigentliche Prozess der Einstellungsänderung, der sich beim Empfänger im Affekt, in Kognitionen oder in der Verhaltensbereitschaft widerspiegelt. Durch die Berücksichtigung aller drei Einstellungskomponenten wird der früheren Kritik Rechnung getragen, durch Aufklärungsarbeit erfolge eher eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit, jedoch kein grundlegender Einstellungswandel. Dieser Einwand wurde damit begründet, dass die Informationsvermittlung einseitig auf die kognitive Seite der Einstellung abzielt und die affektive und konative Seite unberücksichtigt blieben (Snyder et al., 2000; Freimuth, 2001). Eine Einstellungsänderung, die sich auf alle drei Einstellungskomponenten bezieht, gilt als homogener und damit stabiler als heterogene Einstellungen.

- *Affektive Einstellungsänderung*: Affektive Einstellungen beinhalten Gefühle und Emotionen gegenüber einem Einstellungsobjekt. Sie äußern sich z.B. in Aussagen wie „wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld“. Affektive Einstellungen liegen meist im Unbewussten der Person, was dazu führt, dass sie sich durch rationale Argumentation und Zufuhr neuer divergenter Informationen nicht ohne weiteres korrigieren lassen (Bargh, 1997). Zur Veränderung von affektiven Einstellungen sind vielmehr immer auch emotionale Botschaften erforderlich, die z.B. durch Bilder oder persönliche Erfahrungen vermittelt werden können. Eine besondere Form von negativer affektiver Einstellung stellen die Vorurteile dar. Gemäß Güttler sind Vorurteile durch grundlegende und stark änderungsresistente Urteile über Personen(gruppen) charakterisiert (Güttler, 1996).
- *Kognitive Einstellungsänderung*: Die kognitive Einstellungsänderung setzt voraus, dass die Inhalte der Aufklärungskampagne von der Öffentlichkeit verstanden und gespeichert werden. Eine Person, die in der Informationsbroschüre liest, dass Stoffwechselstörungen im Gehirn eine mögliche Ursache von Depressionen sind, kann hier z.B. einen Wissenszuwachs erwerben. Dabei sind bestehende kognitive Schemata grundsätzlich nützlich und helfen anhand früher gebildeter Verallgemeinerungen, Situationen zu strukturieren (siehe auch Kap. 2.2.2). Ein Problem für den Prozess der Einstellungsänderung entsteht erst dann, wenn der betreffende Mensch jede neue Erfahrung abwehrt oder jede Information ausschließlich auf der Basis des ihm immer schon Bekannten interpretiert (Merten, 1994). Die kognitive Einstellungsänderung erfordert daher häufig eine länger andauernde, wiederholte Informationszufuhr, um bestehende kognitive Schemata allmählich und nachhaltig zu verändern.
- *Konative Einstellungsänderung*: Einstellungen haben schließlich noch einen dritten, so genannten konativen oder verhaltensbezogenen Aspekt. Ein konativer Einstellungswandel ergibt sich aus den veränderten Mitteilungen über das eigene Verhalten. Ziel von Aufklärungskampagnen ist immer auch die Verhaltensabsichten der Rezipienten zu verändern. Kotler und Roberto (1991) weisen entsprechend darauf hin, dass im Rahmen von sozialer Aufklärung stets konkrete Handlungsempfehlungen gegeben werden sollten (z.B. bei Aids: Präservative verwenden; bei Depression: zum Arzt gehen etc.).

Die drei Komponenten von Einstellungen sind eng miteinander verbunden, gegenseitig voneinander abhängig und können als ein System bezüglich des Einstellungsobjekts aufgefasst werden. Dabei zeigte die empirische Forschung, dass der affektive und kognitive Aspekt in sehr viel höherem Maße korrelieren, als der konative Aspekt (Breckler, 1984; vgl. Fischer & Wiswede, 2002). Die Frage, ob ein Einstellungswandel eher durch emotional getönte Informationen oder eher durch rationale Argumentationen bewirkt wird, hat zu keinen eindeutigen Untersuchungsergebnissen geführt (vgl. Thomas, 1992).

### *Phase 3: Einstellungsbeibehaltung und Verhalten*

Mit dem letzten Schritt des Modells wird angenommen, dass die überdauernde geänderte Einstellung ein bestimmtes Verhalten nach sich zieht, in Abhängigkeit der erwarteten Konsequenzen des Verhaltens. Ob eine bestimmte Einstellung zu einem entsprechenden Verhalten führt, ist abhängig von intervenierenden Faktoren, wie z.B. sozialer Gruppendruck, normative Erwartungen und antizipierte Anreize bzw. Sanktionen der Umwelt (Göpfert, 2001). Wenn eine Person z.B. die Einstellung vertritt, eine Depression müsse medikamentös behandelt werden, ist je nach Reaktion ihres sozialen Umfeldes nicht gesichert, ob sie in gegebener Situation tatsächlich ein Antidepressivum einnimmt. Verhaltensabsichten (konativer Einstellungsaspekt) und das tatsächliche Verhalten müssen folglich nicht notwendigerweise übereinstimmen (siehe auch Kap. 2.2.1). Mit Sicherheit können wir nur sagen, dass Einstellungen eine Bereitschaft zum Handeln erzeugen.

Das vorgestellte integrative Modell dient im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit als Grundlage zur Erläuterung der Fragestellungen sowie zur Beschreibung der Aufklärungskampagne des NBgD. Nachfolgend sollen Ergebnisse der wichtigsten empirischen Vorarbeiten für die vorliegende Untersuchung kurz dargestellt werden.

## **2.4 Ausgewählte empirische Vorarbeiten für die vorliegende Untersuchung**

In der Vergangenheit sind eine Reihe an Studien durchgeführt worden, die sich auf die öffentliche Einstellung zur Krankheit Depression beziehen und hier Wissensdefizite und Vorurteile offen legen. Zunächst werden die Ergebnisse jüngster Untersuchungen ohne Intervention überblicksartig dargestellt.

### *Ursachen von Depression*

Verschiedene Studien zeigen, dass Ursachen von Depression von der Öffentlichkeit hauptsächlich in der sozialen Umgebung oder negativen Lebensereignissen gesehen werden. Dies beschreibt unter anderem die Studie von Priest und Kollegen, bei der in Großbritannien eine Haustürbefragung von 2003 Personen zum Thema Depression durchgeführt wurde (Priest et al., 1996; Link et al., 1999). Biologische Faktoren (z.B. Vererbung), die ebenfalls für die Genese von Depression bedeutsam sind, werden im Vergleich als deutlich weniger wichtig erachtet (McKeon & Carrick, 1991; Jorm et al., 1997b).

### *Symptome von Depression*

Jorm und Kollegen führten anhand von Fallvignetten eine Befragung von 2031 Personen in Australien durch. Die Forscher berichten, dass die Symptome einer Depression häufig nicht als solche erkannt werden. Lediglich 39% der Bevölkerung erkannte die Krankheit als Depression, 11% gingen von einer körperlichen Störung aus und 28% betrachteten den Fall als Normalität (Jorm et al., 1997a).

### *Behandlungsmöglichkeiten von Depression*

In der gleichen Untersuchung wird die Behandlung durch einen Allgemeinarzt von der Öffentlichkeit für geeigneter gehalten als die Behandlung durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten. Der Unterstützung durch die Familie, Freizeitaktivitäten oder Sport wird eine wichtige Bedeutung beigemessen (Jorm et al., 1997d). Ähnliche Ergebnisse berichten Angermeyer und Kollegen, die im Jahr 1990 rund 3000 Personen in Deutschland mit Hilfe von Fallbeispielen zur Krankheit Depression befragten (Angermeyer & Matschinger, 1996).

Große Wissensdefizite sind im Hinblick auf die Behandlung mit Antidepressiva beschrieben worden. Hiller und Kollegen schildern in einer Befragung von 2176 Personen, dass nur 4% der Bevölkerung Medikamente als hilfreich ansehen (Hillert et al., 1999a). In der Untersuchung von Jorm und Kollegen (1997c) ist die Einnahme von Psychopharmaka von 29% der Bevölkerung empfohlen worden. 42% sahen sie als schädlich an. Ebenso berichtet Priest (1996), dass nur 16% der Befragten Antidepressiva für sinnvoll hielten. Als mögliche Gründe werden Angst vor Abhängigkeit und vor einem sedativen Effekt sowie eine vermeintlich fehlende kausale Wirkung von Antidepressiva genannt.

Gleichzeitig zeigte sich, dass pflanzliche Präparate, wie Johanniskraut, sowie Vitamine und Mineralstoffe in allen Untersuchungen gegenüber Antidepressiva bevorzugt werden (Jorm et al., 1997a; Jorm et al., 1997c; Jorm et al., 1997d; Angermeyer et al., 1999; Braendli, 1999). Ebenso wird Psychotherapie gegenüber einer medikamentösen Behandlung deutlich präferiert. In der Allensbacher Studie nannten 65% der Befragten Psychotherapie als empfehlenswert. Gemäß Angermeyer besteht hier die weitläufige Meinung, Psychotherapie würde die Ursachen der psychischen Störung aufdecken, was ein stark psychoanalytisch geprägtes Therapiebild widerspiegelt (Angermeyer et al., 1993a). 26% der Befragten glaubten, dass eine Behandlung nicht möglich oder nicht nötig sei.

Die beschriebenen Ergebnisse der empirischen Vorarbeiten zeigen, dass Gründe für die Erkrankung häufig in der Person gesehen werden, Symptome nicht selten nur unzureichend bekannt sind und einer Behandlung mit Antidepressiva oft mit großer Skepsis begegnet wird. Negative Einstellungen und Wissensdefizite zur Depression sind in der Bevölkerung folglich weit verbreitet. Dies hat zur Folge, dass betroffene Personen aus ihrem sozialen Umfeld Unverständnis und Ablehnung erfahren, bzw. dass die Krankheit nicht erkannt und/oder nicht adäquat behandelt wird. Der Aufklärungsbedarf zur Krankheit Depression wird hier sehr deutlich. Entsprechend ist die Notwendigkeit von Aufklärungskampagnen zur Depression für die Förderung psychischer Gesundheit im Rahmen der WHO mit Nachdruck kommuniziert worden (Rutz, 2001). Dennoch finden sich hierzu in der Literatur kaum Untersuchungen. Unter den wenigen internationalen Studien ist die „Defeat Depression Campaign“ aus Großbritannien zu nennen (Paykel et al., 1997). Diese Studie wurde durch das Royal College of Psychiatrists und das Royal College of General Practitioners (RCGP) während der Jahre 1992 bis 1996 durchgeführt. Ziele der Studie waren die Reduktion der Stigmatisierung von Depression, die Verbesserung von Wissen und Einstellungen in der Öffentlichkeit sowie die Ermutigung zu einer frühen Behandlungsaufnahme. Die Medienkampagne umfasste Maßnahmen, wie Zeitungsberichte, Radio- und Fernsehinterviews, Pressekonferenzen, Selbst-Hilfe-Videos und Bücher. Zur Evaluierung der Aufklärungskampagne wurden voll strukturierte Interviews zu drei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Die Stichprobe umfasste jeweils rund 2000 Personen. Da es sich um eine nationale Untersuchung handelt, war keine Kontrollgruppe möglich. Depressionen wurden

aufgrund der Kampagne öfter als „normale“ Krankheit gesehen, die behandlungsbedürftig ist. Neben Stress und Beziehungsschwierigkeiten sind vermehrt auch biologische Ursachen genannt worden (43%). Die Zahl derer, die Antidepressiva für sinnvoll hielten, stieg um 50%, war aber mit insgesamt 24% nach Abschluss der Kampagne immer noch niedrig. Der Glaube an eine abhängig machende Wirkung von Antidepressiva konnte hingegen nicht verändert werden.

Erfahrungen mit der Durchführung und Evaluierung von Aufklärungskampagnen zur Krankheit Depression sind folglich insgesamt noch sehr begrenzt. Durch die Repräsentativität der Stichprobe und die Einbeziehung einer Kontrollgruppe stellt die vorliegende Untersuchung eine wesentliche methodische Weiterentwicklung bisheriger Studien dar. Die Aufklärungskampagne des NBgD ist im Rahmen des Gesamtprojekts „Kompetenznetz Depression“ durchgeführt worden, das im folgenden Kapitel näher beschrieben wird.

## **2.5 Das Kompetenznetz Depression als Plattform der Aufklärungskampagne**

### **2.5.1 Struktur und Ziele des Kompetenznetz Depression**

1999 wurde das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ gegründet. Es hat eine vorläufige Laufzeit von 5 Jahren und ein Gesamtfördervolumen von 13 Millionen Euro, getragen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Dieses Großforschungsprojekt hat langfristig eine Verbesserung der Versorgung affektiv erkrankter Menschen zum Ziel durch die Optimierung von Diagnostik, Therapie und Erforschung von Depressionen. Das Kompetenznetz verbindet hierzu führende Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken der Bundesrepublik Deutschland mit Bezirks- und Landeskrankenhäusern, psychosomatischen Kliniken sowie niedergelassenen Ärzten und Praxen. Zum Kompetenznetz gehören außerdem die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Zentren für medizinische Biometrik, Statistik und Didaktik, Krankenkassen, Vertreter der pharmazeutischen Industrie, kassenärztliche Vereinigungen, Kriseninterventionseinrichtungen und Selbsthilfegruppen (Abb. 6).

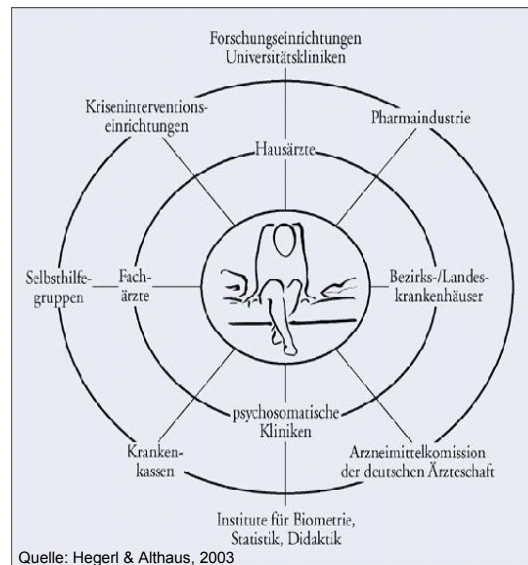


Abbildung 6: Netzwerkpartner des Kompetenznetz Depression

Durch die Etablierung des Kompetenznetzes soll eine Kommunikationsmatrix geschaffen werden, die zu einer dauerhaften Verbesserung der Kooperation unterschiedlicher Versorgungsebenen bei der Forschung der Patienten führen kann. Das Kompetenznetz bearbeitet insgesamt über 25 verschiedene Fragestellungen innerhalb von sechs großen Teilprojekten. Zentrale Themen sind:

- Modelle zur effektiveren Gestaltung von Suizidprävention
- Behandlung leichter depressiver Syndrome
- Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung
- Wirkmechanismen antidepressiver Therapien
- Molekulargenetik/Pharmakogenetik
- Chronizität, Therapieresistenz, Prädiktion

### 2.5.2 Das Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“

Im Rahmen des ersten Teilprojekts „Suizidalität“ entwickelte sich das Modellprojekt Nürnberger Bündnis gegen Depression, mit dem Ziel einer besseren Früherkennung und Versorgung für depressiv erkrankte Menschen (Hegerl & Ziegler, 2000). Dazu müssen Wissen, Einstellungen und Verhalten in der Bevölkerung beeinflusst werden, die unter Umständen tiefe Wurzeln in gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen haben. Das Projekt wurde in den Jahren 2001 und 2002 auf lokaler Ebene durchgeführt. Vor dem Hintergrund früherer Untersuchungen (siehe Kap. 2.4) erfolgte die Integration mehrerer Interventionsansätze zu einem 4-Ebenen Aktionsprogramm (Abb. 7). Mit diesem Ansatz wurde versucht auf unterschiedlichen



Ebenen des Versorgungssystems gleichzeitig anzusetzen, um Synergieeffekte zu erreichen, welche die Effekte einer Einzelmaßnahme deutlich übersteigen (Althaus et al., 2003).

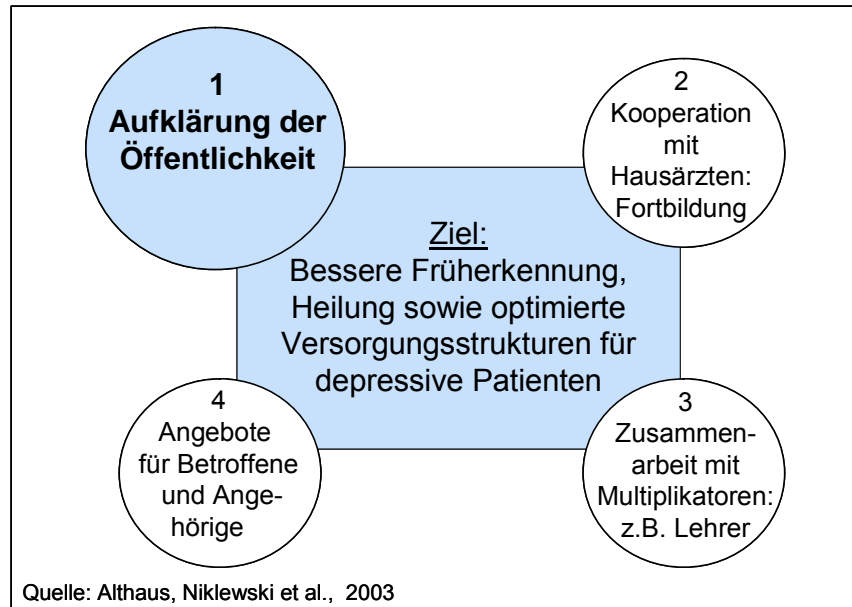


Abbildung 7: Der Vier-Ebenen-Ansatz des NBgD

### 1. Aufklärung der Öffentlichkeit

Ängste, Scham sowie fehlendes Wissen zu Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten bei Betroffenen und deren sozialen Umfeld führen trotz guter Versorgungsangebote dazu, dass ein erheblicher Teil depressiver Menschen ohne professionelle Unterstützung bleibt. Von zentraler Bedeutung für eine bessere Früherkennung und optimierte Versorgungsstruktur ist daher die Aufklärung der Öffentlichkeit. Im Rahmen des NBgD wurde eine umfassende Aufklärungskampagne durchgeführt. Die Evaluation der Aufklärungskampagne ist Gegenstand der vorliegenden empirischen Untersuchung. Die Kampagne wird daher im methodischen Teil der Arbeit (Kap. 4.1) separat beschrieben.

### 2. Kooperation mit Hausärzten

Patienten suchen bei Beschwerden zuerst ihren Hausarzt auf. Dessen Fähigkeit, die Depression als solche zu erkennen, ist entscheidend für den weiteren Versorgungsweg des Patienten (vgl. Kap. 2.1.6). Die Kooperation mit Hausärzten ist daher ein zweiter wichtiger Ansatzpunkt. Hierbei war zu berücksichtigen, dass Hausärzte bereits mit einem großen Fortbildungsangebot konfrontiert sind (z.B. seitens der Pharmaindustrie). Ferner unterliegen Hausärzten einem stark gestiegenen

Kostendruck, der sie zu einer Vermeidung von Fehlzeiten zwingt. Das folgende Angebot des NBgD wurde daher speziell auf die Bedürfnisse von Hausärzten abgestimmt (vgl. Althaus et al., 2003; Althaus, 2004):

- Fortbildungsveranstaltungen: In ca. 2-monatigen Abständen wurden ganztägige Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Depression, Suizidalität“ organisiert, die von der Landesärztekammer offiziell mit 4 Fortbildungspunkten zertifiziert waren.
- Lehrvideos für Hausärzte: Es wurde ein Video erstellt, das Wissensinhalte zur Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen vermittelt.
- Screening-Instrumente: Den Hausärzten wurden Screening-Instrumente, wie der WHO-5 (WHO, 1998) zur Verfügung gestellt. Dieser Fragebogen erlaubt eine Vorselektion potentiell depressiver Patienten und kann mit geringem Zeitaufwand auch durch die Sprechstundenhilfe im Wartezimmer eingesetzt werden.
- Telefonhotline: Die Telefonhotline bot niedergelassenen Ärzten im Falle von spezifischen Fragen die Möglichkeit, ganztägig einen erfahrenen Kollegen aus der Universitätsklinik LMU München zu Rate zu ziehen.

### 3. Einbeziehung unterschiedlicher Multiplikatoren

Neben den Hausärzten erschien es sinnvoll, auch andere Berufsgruppen, die an der Versorgung depressiver Menschen beteiligt sind, mit einzubeziehen. Dies galt in erster Linie für Nervenärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter von Beratungsstellen, aber auch für Lehrer, Pfarrer, und Altenpflegekräfte (Abb. 8).

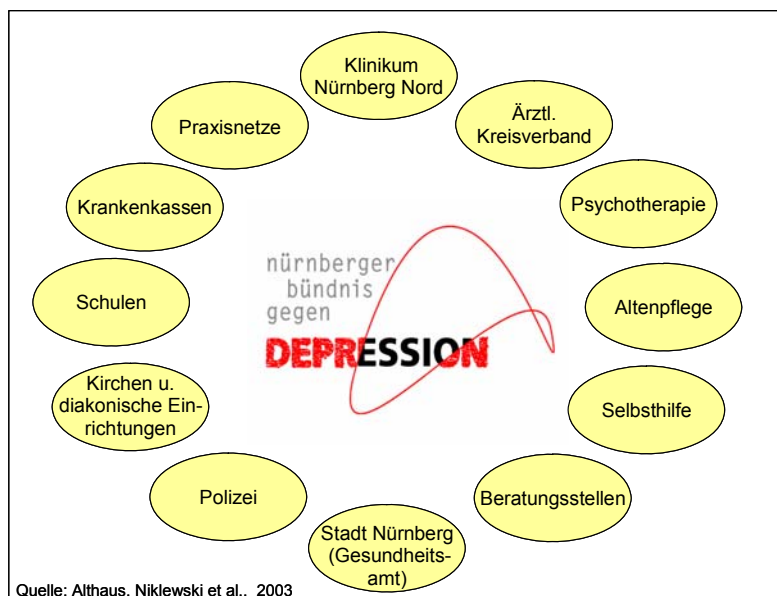


Abbildung 8: Kooperationspartner innerhalb des NBgD

Der Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Institutionen wurde gefördert, und es fanden zahlreiche gemeinsame Veranstaltungen für die Öffentlichkeit statt. Das Angebot für diese Zielgruppen umfasste sowohl Fortbildungen als auch umfangreiche Informationsmaterialien wie Flyer, Broschüren und Videos. Ein Informationsheft „Wegweiser Depression“ machte die Angebote in Nürnberg für depressiv Erkrankte transparenter.

#### 4. Angebote für Betroffene und Angehörige

Zur besseren Versorgung von depressiv Erkrankten wurden mit Hilfe des Selbsthilfevereins „Equilibrium“ Selbsthilfegruppen ins Leben gerufen. Eine enge Zusammenarbeit erfolgte außerdem mit dem „Verein der Angehörigen Psychisch Kranker e.V.“, der sich an gemeinsamen öffentlichen Veranstaltungen beteiligte. Patienten nach Suizidversuch oder suizidaler Gefährdung wurde eine so genannte „Notfallkarte“ ausgehändigt, über die rund um die Uhr ein Psychiater zu erreichen war.

Ausgehend von dem Modellprojekt NBgD ist in jüngerer Zeit das „Bündnis gegen Depression e.V.“ entstanden. Es handelt sich hierbei um einen bundesweit tätigen Verein, innerhalb dessen zahlreiche Institutionen und Personen zusammenarbeiten, die primär oder sekundär in die Versorgung depressiv erkrankter Menschen eingebunden sind. In Kooperation mit Fachleuten hat das Bündnis gegen Depression umfangreiche Materialien und Konzepte erstellt, die verschiedenen Regionen zur Verfügung gestellt werden können. Mehrere Städte in Deutschland, wie Hamburg, Erlangen, Kempten oder Regensburg, konnten bereits als Bündnispartner geworben werden. Zahlreiche weitere Kooperationen sind in Vorbereitung. Auch im europäischen Ausland konnten Regionen und Länder wie Zug in der Schweiz, Südtirol in Italien und Island bereits als Bündnispartner gewonnen werden. Diese erhalten neben Materialien, umfangreiche Unterstützung bei der Projektplanung sowie bei der Durchführung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Wirksamkeit des Aktionsprogramms des NBgD wird kontinuierlich durch die Auswertung verschiedener Erfolgskriterien evaluiert. In diesem Zusammenhang sind in der Vergangenheit bereits Veränderungen bei Suiziden und Suizidversuchen in Nürnberg untersucht worden, wobei ein signifikanter Rückgang von mehr als 20% bei

Suizidversuchen festgestellt werden konnte (Althaus & Hegerl, 2001; Althaus, 2004). Dieses Ergebnis kann als klares Signal für den Erfolg des Aktionsprogramms gesehen werden. Ferner wird derzeit untersucht, ob es in Nürnberg zu einer Steigerung der Verschreibungen antidepressiver Medikamente gekommen ist. Auswertungen zur Medienberichterstattung über Suizide sind ebenfalls in Arbeit. Hier soll untersucht werden, ob die Empfehlungen des NBgD hinsichtlich einer moderaten Berichterstattung umgesetzt wurden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen die Auswirkungen der Aufklärungskampagne des NBgD auf Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung von Nürnberg untersucht werden. Die genaue Zielsetzung und Fragestellungen der vorliegenden empirischen Untersuchung werden im folgenden Kapitel erläutert.

### 3 Ziel und Fragestellungen der empirischen Untersuchung

Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, ob aufgrund der Aufklärungskampagne des NBgD ein Einstellungswandel zur Depression in der Bevölkerung erreicht werden konnte. Zur Untersuchung dieser Frage werden:

- Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne aufgezeigt (prä-Messung), um anschließend
- mögliche Einstellungsänderungen aufgrund der Aufklärungskampagne zu untersuchen (Delta prä-/post-Messungen) sowie
- vertiefende Subgruppenanalysen durchzuführen.

Die vorliegende empirische Untersuchung soll hierbei eine Übersicht anhand von explorativen Analysen ermöglichen. Auf eine konfirmatorische Testung wird verzichtet.

#### 3.1 Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne

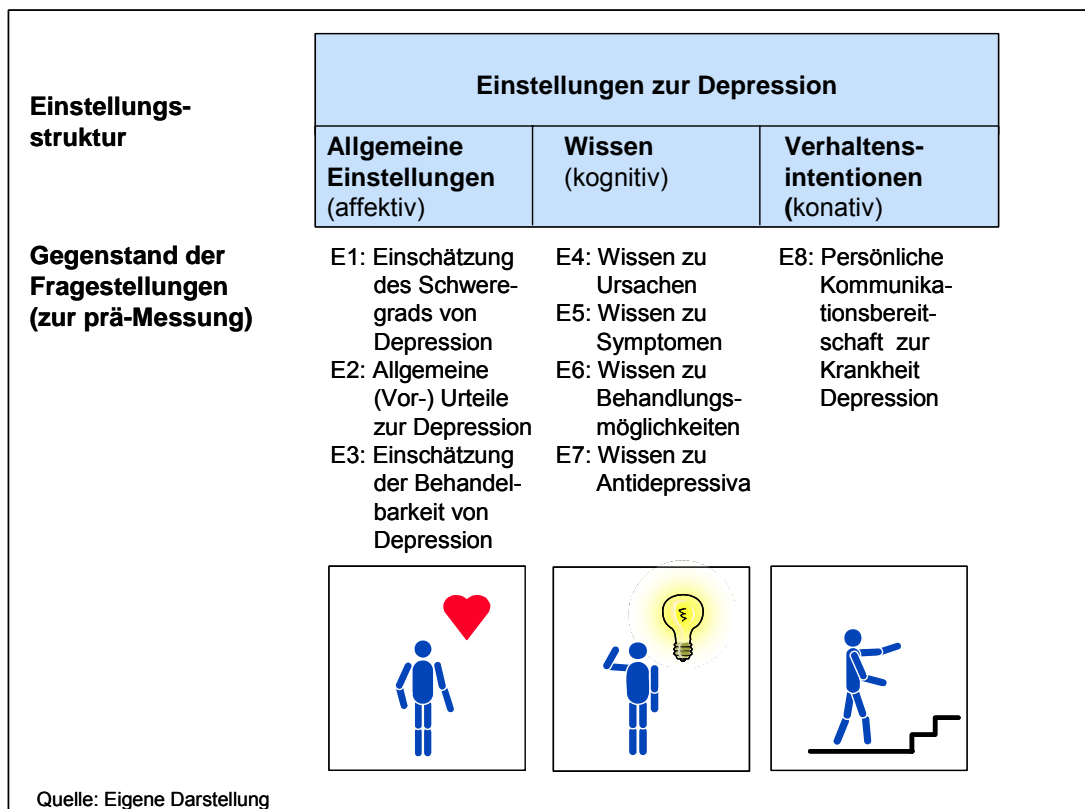


Abbildung 9: Gegenstand der Fragestellungen (prä-Messung): Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne

Einstellungen zur Depression vor Beginn der Kampagne sind von Interesse, um gezielt ungünstige Haltungen und Wissensdefizite in der Bevölkerung offen zu legen. Ferner soll hier untersucht werden, ob sich Untersuchungs- und Kontrollregion signifikant voneinander unterscheiden, da ähnliche Ausgangsniveaus der beiden Städte Voraussetzung für ihre Vergleichbarkeit ist. Die Fragestellungen zu Einstellungen sind aufgrund eines besseren Überblicks entsprechend der oben beschriebenen Einstellungsstruktur (vgl. Kap. 2.2.1; 2.3.3) in drei Themenbereiche gegliedert (Abb. 9). Die Zuordnung der Items erfolgte anhand der Frageformulierung im Erhebungsbogen (siehe auch Kap. 4.2.2).

### 3.1.1 Allgemeine Einstellungen zur Depression

Frühere Untersuchungen berichten von weit verbreiteten Vorurteilen gegenüber der Krankheit Depression. Verwechslungen mit normalen Befindlichkeitsstörungen führen zu Unverständnis und ablehnenden Haltungen. Die Depression wird nach wie vor häufig nicht als Krankheit ernst genommen. Viele Menschen sind der Ansicht, eine Depression sei gar nicht behandelbar (Hillert et al., 1999b). Vor diesem Hintergrund interessieren folgende drei Fragestellungen zu allgemeinen Einstellungen zur Depression (Abb. 10):

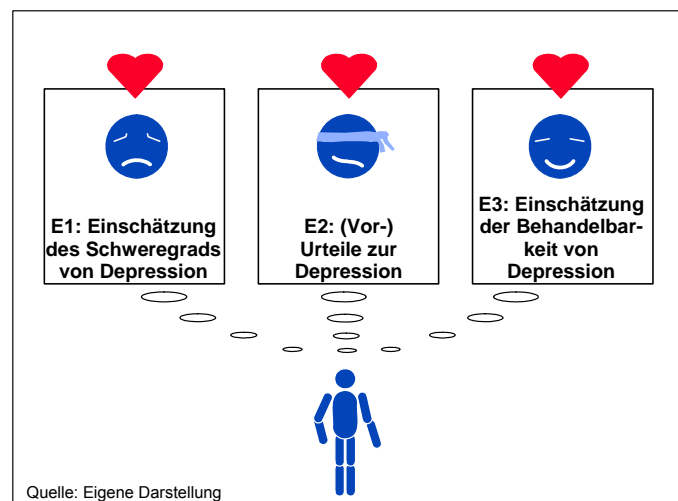


Abbildung 10: Allgemeine Einstellungen zur Depression

E1 (prä): Wie ist die Einschätzung des Schweregrads von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?

E2 (prä): Welche (Vor-) Urteile zur Depression bestehen in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?

E3 (prä): Wie ist die Einschätzung der Behandelbarkeit von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?

### 3.1.2 Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten

Das Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten beeinflusst maßgeblich, wie im konkreten Krankheitsfall mit der Depression umgegangen wird. Frühere Untersuchungen zeigen, dass *Ursachen* von Depression häufig der betroffenen Person zugeschrieben werden, was zu Schuldzuweisungen führen kann (vgl. Kap. 2.4). Das Wissen zu *Symptomen* hat einen direkten Einfluss darauf, wie gut Betroffene und deren Umfeld in der Lage sind, eine Depression zu erkennen. Dies hat wiederum erhebliche Auswirkungen darauf, ob im Bedarfsfall professionelle Behandlung gesucht wird. Im Hinblick auf die *Behandlungsmöglichkeiten* von Depression ist von Interesse, ob bzw. in welchem Ausmaß die wissenschaftlich und klinisch bewährten medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien der Bevölkerung geläufig sind. Insbesondere im Hinblick auf Antidepressiva sind in der Vergangenheit große Wissensdefizite beschrieben worden (Jorm et al., 1997d). Einstellungen zu Antidepressiva sind von besonderer Bedeutung, da sie in direktem Zusammenhang mit der Compliance von Betroffenen stehen und wurden daher mit separaten Items detaillierter erfragt. Das Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten soll mit den Fragestellungen 4 bis 7 untersucht werden (Abb. 11).

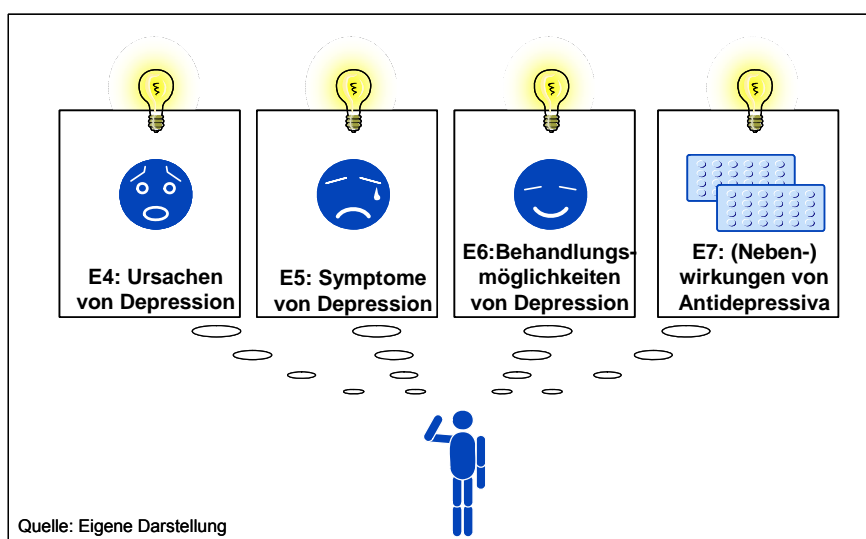


Abbildung 11: Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression

- E 4 (prä): Wie ist der Wissensstand zu Ursachen von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?
- E 5 (prä): Wie ist der Wissensstand zu Symptomen von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?
- E 6 (prä): Wie ist der Wissensstand zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?
- E 7 (prä): Wie ist der Wissensstand zur Wirkungsweise von Antidepressiva in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?

### 3.1.3 Verhaltensintentionen

Im Hinblick auf Verhaltensintentionen interessiert einerseits die Frage, was die Bevölkerung bei einer Depression tun würde (z.B. zum Psychotherapeuten gehen, Antidepressiva einnehmen etc.). An dieser Stelle ergeben sich Überschneidungen mit dem Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten, das bereits mit Fragestellung E 6 untersucht wird. Darüber hinaus ist von Interesse, ob die Bevölkerung bereit ist, über die Krankheit Depression zu sprechen. Die Tabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit ist ein wichtiger Grund, warum Betroffenen häufig keine Hilfe angeboten wird. Entsprechend bezieht sich die 8. Fragestellung auf die Kommunikationsbereitschaft zur Depression (Abb. 12).

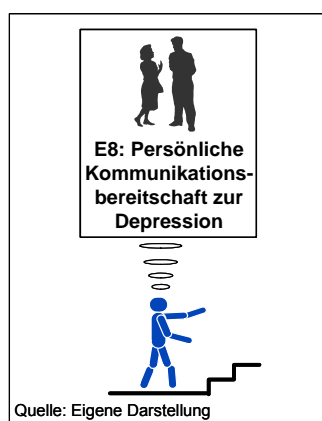


Abbildung 12: Verhaltensintentionen

- E 8 (prä): Wie ist die Kommunikationsbereitschaft zum Thema Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?



### 3.2 Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne

Zehn Monate sowie zweiundzwanzig Monate nach Beginn der Intervention sind weitere Befragungen in der Bevölkerung von Nürnberg und Würzburg durchgeführt worden. Hier ist von Interesse, ob bestehende Einstellungen aufgrund der Aufklärungskampagne positiv verändert werden konnten. Bei den Fragestellungen zu Einstellungsänderungen werden entsprechend dem in Kapitel 2.3.3 beschriebenen Modell wieder mehrere Themenbereiche unterschieden (Abb. 13).

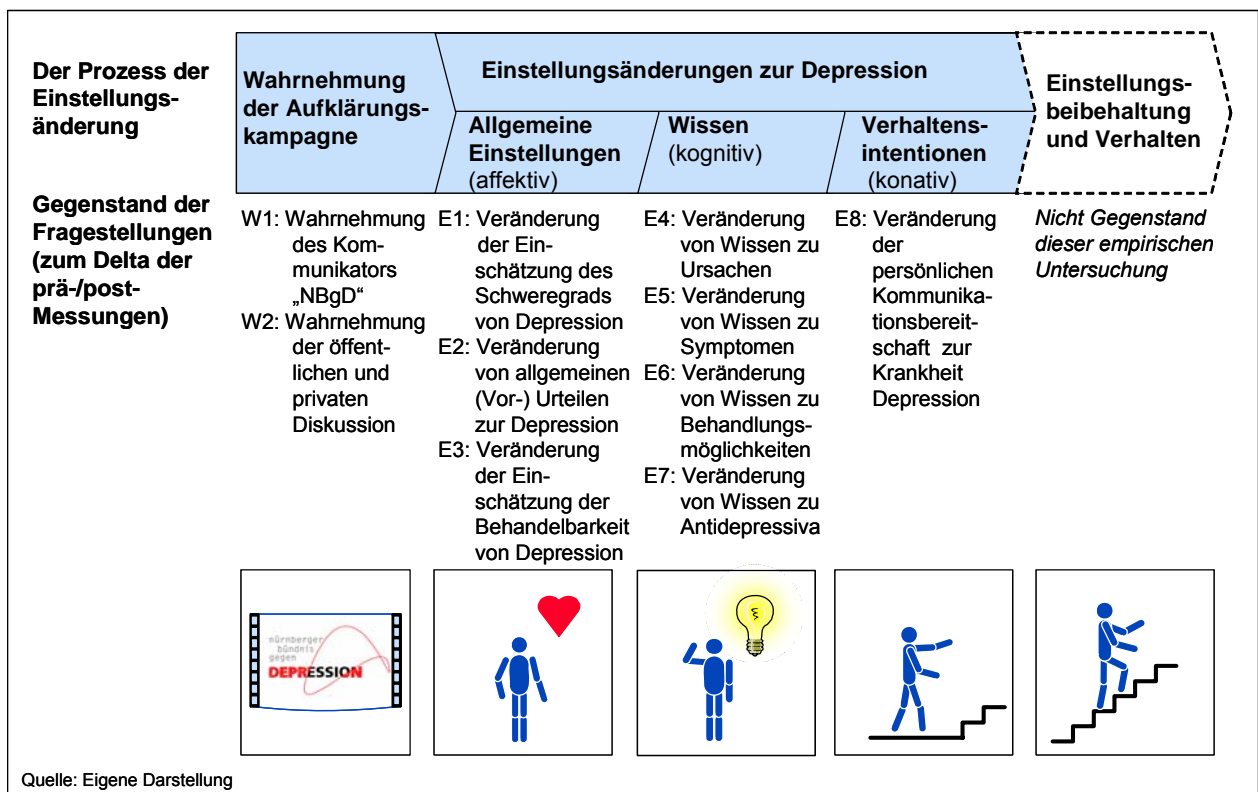


Abbildung 13: Gegenstand der Fragestellungen (post-Messungen): Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne

#### 3.2.1 Wahrnehmung der Aufklärungskampagne

Voraussetzung für einen Einstellungswandel ist die Wahrnehmung der Aufklärungskampagne in der Bevölkerung. Es interessiert daher zunächst die Frage, ob:

- der Kommunikator „NBgD“ und

- die öffentliche Diskussion (wie z.B. Plakate, Zeitungsberichte) sowie eine verstärkte Diskussion im persönlichen Umfeld in der Bevölkerung von Nürnberg bemerkt worden sind (Abb. 14).

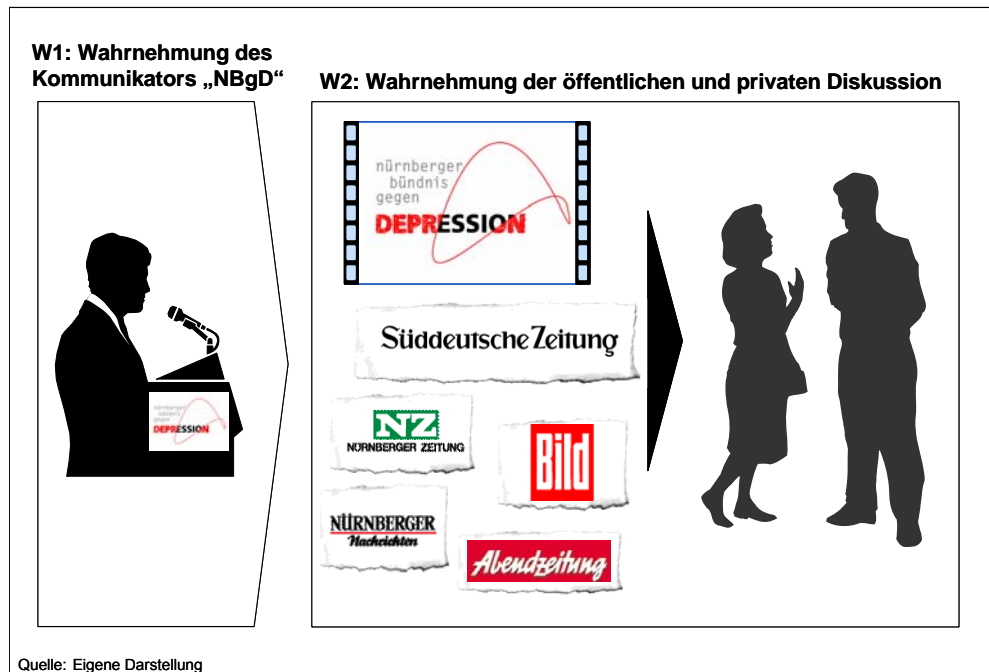


Abbildung 14: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne

Aus diesen Überlegungen leiten sich folgende zwei Fragestellungen ab:

- W1: Verändert sich der Bekanntheitsgrad des Kommunikators NBgD während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant?
- W2: Verändert sich die Wahrnehmung der öffentlichen Diskussion sowie der Diskussion im persönlichen Umfeld während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant?

### 3.2.2 Veränderungen von allgemeinen Einstellungen zur Depression

Im Hinblick auf allgemeine Einstellungen zur Depression waren für die Baseline-Erhebung Fragestellungen zum Schweregrad, zu allgemeinen (Vor-)Urteilen sowie zur Behandelbarkeit von Depression formuliert worden (vgl. Kap. 3.1.1). In einem zweiten Schritt interessiert nun die Frage, ob derartige allgemeine Einstellungen im Rahmen der Aufklärungskampagne des NBgD verändert werden konnten. Insbesondere in Bezug auf Vorurteile wird in der Literatur beschrieben, dass sich diese teilweise als änderungsresistent erweisen, da sie durch rationale Informationszufuhr nicht ohne weiteres beeinflussbar sind (Güttler, 1996).

Es ergeben sich folgende Fragestellungen 1 bis 3, die sich auf das Delta ( $\Delta$ ) zwischen der Baseline-Erhebung und den Messungen während der Intervention beziehen:

- E1 ( $\Delta$ ): Konnte die Einschätzung des Schweregrads von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?
- E2 ( $\Delta$ ): Konnten (Vor-) Urteile zur Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?
- E3 ( $\Delta$ ): Konnte die Einschätzung der Behandelbarkeit von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?

### 3.2.3 Veränderungen von Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten

Ein größeres Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression in der Bevölkerung ermöglicht eine bessere Früherkennung und Therapie von Depression. Entsprechend soll untersucht werden, inwieweit es im Rahmen der Kampagne gelang, die unterschiedlichen Erklärungsansätze zur Depression zu vermitteln bzw. inwieweit eine multikausale Sichtweise, die sich unter Experten etabliert hat, bei Laien gefördert werden konnte. Ebenso ist von Interesse, ob die verschiedenen Ausdrucksformen von Depression sowie die wissenschaftlich und klinisch bewährten medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien in der Bevölkerung bekannt gemacht werden konnten. Einstellungsänderungen zu Antidepressiva werden dabei wieder separat betrachtet. Es ergeben sich folgende Fragestellungen zu den post-Messungen:

- E4 ( $\Delta$ ): Konnte der Wissensstand zu Ursachen von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?
- E5 ( $\Delta$ ): Konnte der Wissensstand zu Symptomen von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?

E6 ( $\Delta$ ): Konnte der Wissensstand zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?

E7 ( $\Delta$ ): Konnte der Wissensstand zur Wirkungsweise von Antidepressiva während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?

### 3.2.4 Veränderungen von Verhaltensintentionen

Mit der 8. Fragestellung soll untersucht werden, ob die Bevölkerung aufgrund der Kampagne häufiger bereit war, über das Thema Depression zu sprechen.

E8 ( $\Delta$ ): Konnte die Kommunikationsbereitschaft zum Thema Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?

## 3.3 Subgruppenanalysen

Neben den beschriebenen zentralen Fragestellungen ist der Einfluss soziodemographischer Variablen von Interesse. Angermeyer und Kollegen weisen beispielsweise darauf hin, dass Frauen medizinisch besser ansprechbar sind und insgesamt häufiger medizinische Institutionen besuchen (Angermeyer et al., 1999). Es soll daher untersucht werden, ob sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Einstellungen bzw. Einstellungsänderungen zur Depression signifikant unterscheiden.

Ferner ist von spezieller Bedeutung, alte Menschen zu betrachten, da sie eine besondere Risikogruppe von Depression darstellen. Die Depression gilt neben den Demenzen im höheren Lebensalter als häufigste Erkrankung. Dabei wird die depressive Symptomatik häufig nicht als therapiebedürftige Krankheit, sondern als nachvollziehbare Reaktion auf betrübliche Lebensumstände im Alter aufgefasst (Hegerl et al., 2001). Das Diagnose- und Behandlungsdefizit bei Altersdepressionen ist bekannt (Angermeyer et al., 1993b; Linden et al., 1998).

Ein moderierender Einfluss ist außerdem aufgrund des Bildungsstands denkbar. Bei Personen mit hohem Bildungsstand ist vorstellbar, dass diese die Inhalte der Kampagne besser übernehmen können und damit einen größeren Einstellungswandel aufweisen. Der Einfluss des Geschlechts, des Alters und des

Bildungsstands soll anhand einer Reihe explorativer Zusatzanalysen überprüft werden.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Aufklärungskampagne des NBgD von einem Teil der Menschen in Nürnberg überhaupt nicht bemerkt worden war. Als weitere Zusatzanalyse soll deshalb in den Interventionsjahren speziell diejenige Bevölkerungsgruppe betrachtet werden, die bestätigt, das NBgD wahrgenommen zu haben. Hier ist einerseits von Interesse, durch welche Charakteristika diese Substichprobe gekennzeichnet ist bzw. inwieweit Abweichungen von der Gesamtstichprobe hinsichtlich der soziographischen Variablen bestehen. Andererseits kann vermutet werden, dass diese Bevölkerungsgruppe über mehr Wissen und positivere Einstellungen zur Depression verfügt, als die Gesamtbevölkerung. Mögliche Einstellungsunterschiede zur Baseline (Gesamtstichprobe) und zur Kontrollregion wären in diesem Fall jedoch nicht ohne weiteres auf die Aufklärungskampagne zurückzuführen. Vielmehr spielen bei der bewussten Wahrnehmung der Kampagne auch andere Faktoren eine maßgebliche Rolle, die bereits für sich einen Einflussfaktor darstellen. Denkbar wäre beispielsweise ein größeres Interesse für die Erkrankung oder ein höherer Bildungsgrad dieser Personengruppe. Effekte aufgrund der Aufklärungskampagne dürfen dann angenommen werden, wenn zwischen dem ersten und zweiten Kampagnenjahr signifikante Einstellungsänderungen im Vergleich zur Kontrollregion feststellbar wären. Dies soll anhand von entsprechenden Zusatzanalysen überprüft werden.

## 4 Methodik der empirischen Untersuchung

### 4.1 Die Aufklärungskampagne zur Krankheit Depression in Nürnberg

#### 4.1.1 Konzeption der Aufklärungskampagne

Für die Konzeption der Aufklärungskampagne stellte sich die Frage, wie die Botschaften des NBgD optimal kommuniziert werden können. Die Beschreibung der Kampagne erfolgt anhand des in Kapitel 2.3.3 erläuterten Modells (Abb.15).

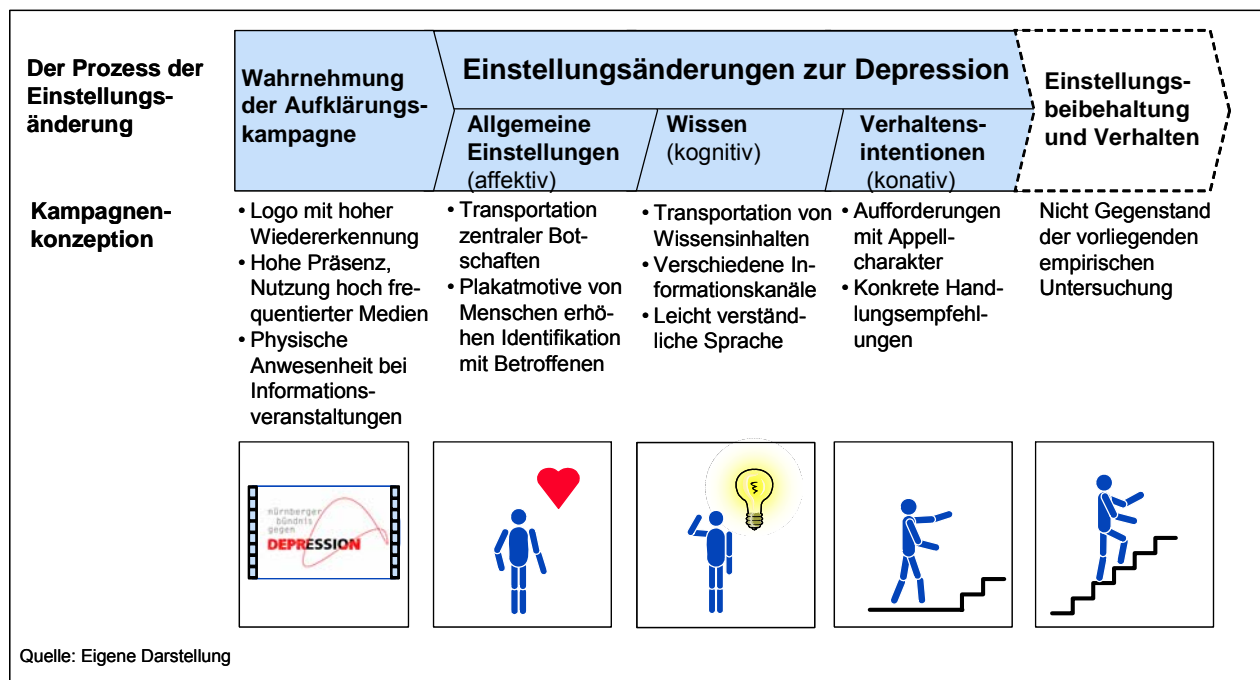


Abbildung 15: Konzeption der Aufklärungskampagne des NBgD

#### Wahrnehmung der Aufklärungskampagne

Wichtiges Element einer Kampagne ist ein Signet, das die Wiedererkennung erleichtert und Identifikation schafft. Das Logo des NBgD trug wesentlich dazu bei, dass die verschiedenen Aktivitäten als gemeinsame Teile des NBgD wahrgenommen wurden. Eine hohe Präsenz vor Ort erfolgte durch die intensive Nutzung verschiedener, hoch frequentierter Medien bzw. öffentlicher Plätze für Plakataktionen. Auf die Veranstaltungen des NBgD wurde vorab im Internet und in Printmedien aufmerksam gemacht. Die Schirmherren der Initiative, die Bundesministerin Frau Renate Schmidt und der Staatsminister Günter Beckstein

wurden aktiv und persönlich eingebunden, was sich ebenfalls positiv auf die Wahrnehmung der Aufklärungskampagne ausgewirkt haben sollte.

#### *Allgemeine Einstellungen zur Depression (affektiv)*

Im Hinblick auf allgemeine Einstellungen zur Depression sind im Rahmen von Kinospots und auf Plakaten zentrale Botschaften in hoher Dichte und Frequenz übermittelt worden. Botschaften wie „Depression kann jeden treffen“ oder „Depression ist eine schwere Krankheit“ verdeutlichen, dass die Krankheit Depression weit verbreitet und ernst zu nehmen ist. Die Plakate zeigten außerdem verschiedene Menschen jeden Alters, welche die Gelegenheit bieten, sich selbst, den Freund oder das Familienmitglied zu erkennen. Beispiele für Motive sind eine Mutter mit Kind, ein älterer Herr oder ein junges Paar. Diese Menschen wirken auf den ersten Blick ganz zufrieden, lediglich ein unscharfer Fleck im Bild lässt spüren, dass etwas nicht in Ordnung ist. Derartige Bilder erhöhen die persönliche Involviertheit und Identifikation mit den Betroffenen. Sie rufen Gefühle hervor, die willentlich wenig kontrolliert werden, aber die Botschaften des NBgD wirksam transportieren können.

#### *Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten (kognitiv)*

Die Wissensvermittlung zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression erfolgte über verschiedene Kanäle, wie Presseberichte, Ratgeberbroschüren oder Informationsveranstaltungen. Auf diese Weise wurde ein Zugang zu den Informationen über verschiedene Sinnesorgane und Kontaktformen ermöglicht. Mehrere Assoziationsmöglichkeiten förderten ein tieferes Verständnis. Für die Aktivierung der kognitiven Leistung ist außerdem die formale Qualität der Botschaftsdarbietung von Bedeutung, wie z.B. die Schriftgröße in Ratgeberbroschüren. Darüber hinaus sollten Sprache, Ton und Stil bei der Vermittlung der Wissensinhalte eine integrierende Funktion übernehmen. Sie wurden so gestaltet, dass ihr Inhalt von jedem Bürger unabhängig von Bildungsunterschieden verstanden werden konnte.

#### *Verhaltensintentionen (konativ)*

Einige Kampagneninhalte bezogen sich auf erwünschte Verhaltensweisen, wie die Bereitschaft, über das Thema Depression zu kommunizieren oder im konkreten Fall

zum Arzt zu gehen bzw. sich behandeln zu lassen. So enthalten die auf den Plakaten kommunizierten Botschaften (z.B. „Depression ist behandelbar“) auch Appellcharakter. Darüber hinaus wurde auf allen Plakaten darauf hingewiesen, dass man sich bei Depression an einen Arzt oder eine Beratungsstelle wenden solle. Zahlreiche Presseberichte enthielten die Aufforderung professionelle Hilfe zu suchen, gerade dann, wenn unklar ist, was einem fehlt. Um das Vertrauen in eine medikamentöse Therapie zu stärken sind konkrete Wissensinhalte vermittelt worden, wie „Antidepressiva machen nicht abhängig“ oder „Antidepressiva haben nur geringe Nebenwirkungen“.

#### *Einstellungsbeibehaltung und Verhalten*

Der letzte Prozessschritt „Einstellungsbeibehaltung und Verhalten“ ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung, da hierzu ein anderes Untersuchungsdesign, wie etwa Längsschnittstudien oder Verhaltensbeobachtungen, erforderlich sind. Um eine langfristige Einstellungsbeibehaltung zu unterstützen, wäre eine überdauernde Fortführung der Kampagne notwendig. Die Überprüfung des letzten Prozessschrittes kann eine sinnvolle Erweiterung für spätere Untersuchungen darstellen.

#### 4.1.2 Maßnahmen der Aufklärungskampagne

Die einzelnen Maßnahmen der Aufklärungskampagne werden im Folgenden noch einmal überblicksartig dargestellt (vgl. Althaus, 2004).

*Logo:* Das Logo des „Bündnis gegen Depression“ war auf sämtlichen Informationsmaterialien und öffentlichen Veranstaltungen präsent.

*Plakate:* Die Plakate in mehreren Formaten waren in der ganzen Stadt auf Großflächen der Stadtreklame, auf Infotürmen, Litfasssäulen, auf Flächen der Deutschen Bahn oder der evangelischen Kirche zu sehen und enthielten eine Hotline-Nummer sowie den Hinweis, dass weitere Informationen über den Arzt erhältlich sind. Die Motive können im Anhang betrachtet werden.

*Informationsmaterial:* Es wurden insgesamt 50 000 Informationsflyer sowie 25 000 Ratgeberbroschüren zum Thema Depression in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern an verschiedene Versorgungseinrichtungen sowie im Rahmen



von Informationsveranstaltungen verteilt. Der Informationsflyer ist im Anhang beigelegt.

*Videos für Patienten:* In Zusammenarbeit mit einer Filmfirma aus München wurde ein halbstündiges Video für Patienten erstellt, das von den Hausärzten leihweise ausgehändigt werden konnte. In dem Video erzählen zwei Betroffene ihre Krankheitsgeschichte. Die Inhalte des Videos beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Symptomatik, mögliche Ursachen sowie auf psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten von Depression.

*Kinospot:* Ein Kinospot mit den zentralen Botschaften zum Thema Depression wurde während der gesamten Interventionszeit im Cinecittakino von Nürnberg gezeigt. Der Film lief alternierend in 2 von insgesamt 18 Sälen.

*Öffentliche Veranstaltungen:* In 36 öffentlichen Veranstaltungen, wie z.B. Vorträgen, Podiumsdiskussionen und Aktionstagen, aber auch Fotoausstellungen sowie Lesungen wurde auf die Thematik Depression aufmerksam gemacht. Die Teilnehmer wurden dabei jeweils mit Informationsmaterialien versorgt. Die Veranstaltungen wurden über Infobriefe, Presse, Internet, etc. beworben.

*Einbindung ehrenamtlicher Helfer:* Über das „Zentrum Aktiver Bürger“ wurden verschiedene Veranstaltungen durch ehrenamtliche Helfer mitbetreut sowie Informationsstände in der Nürnberger Innenstadt organisiert.

*Kooperation mit lokalen Medien:* Es fand eine enge Zusammenarbeit mit Funk, Fernsehen und Printmedien in Nürnberg statt, um die Präsenz der Thematik in der öffentlichen Diskussion zu stärken und einer negativen Berichterstattung entgegen zu wirken. Hierfür ist ein Medienguide zur Berichterstattung über Suizid entwickelt worden, der auf den „Werther-Effekt“ hinweist (Phillips, 1974) und für eine moderate Berichterstattung plädiert, um Nachahmungssuizide zu verhindern. Es erfolgte außerdem eine kontinuierliche Versorgung lokaler Medien mit Hintergrundinformationen. Die Medien wurden als Multiplikatoren mit großer Breitenwirkung in mehreren Pressekonferenzen informiert. Um eine möglichst breite Öffentlichkeit zu erreichen, wurden außerdem überregionale Printmedien, wie

Tageszeitungen (z.B. SZ), Fachmagazine (z.B. Fokus) und „Special-Interest“-Zeitschriften (z.B. Bunte) gezielt mit Themenangeboten und teilweise ausgearbeiteten Artikeln zu Publikationen angeregt.

*Internetauftritt:* Als weitere überregionale und andauernde Maßnahme besteht für Interessierte die Möglichkeit, sich über den Internetauftritt des Kompetenznetzes Depression ([www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)) zu informieren. Neben einem Depressions-Selbsttest und einem betreuten Chatroom, der Austauschmöglichkeiten bietet, sind dort zahlreiche weitere Informationen zur Krankheit Depression geboten.

#### 4.1.3 Durchführung der Aufklärungskampagne

Die Durchführung der beschriebenen Maßnahmen erfolgte während der Jahre 2001 und 2002 in Nürnberg. Im Folgenden sind die Maßnahmendichte, Schätzungen bezüglich der Anzahl der erreichten Rezipienten sowie Angaben der Bevölkerung zur Wahrnehmung der verschiedenen Medienaktivitäten beschrieben (Abb. 16).

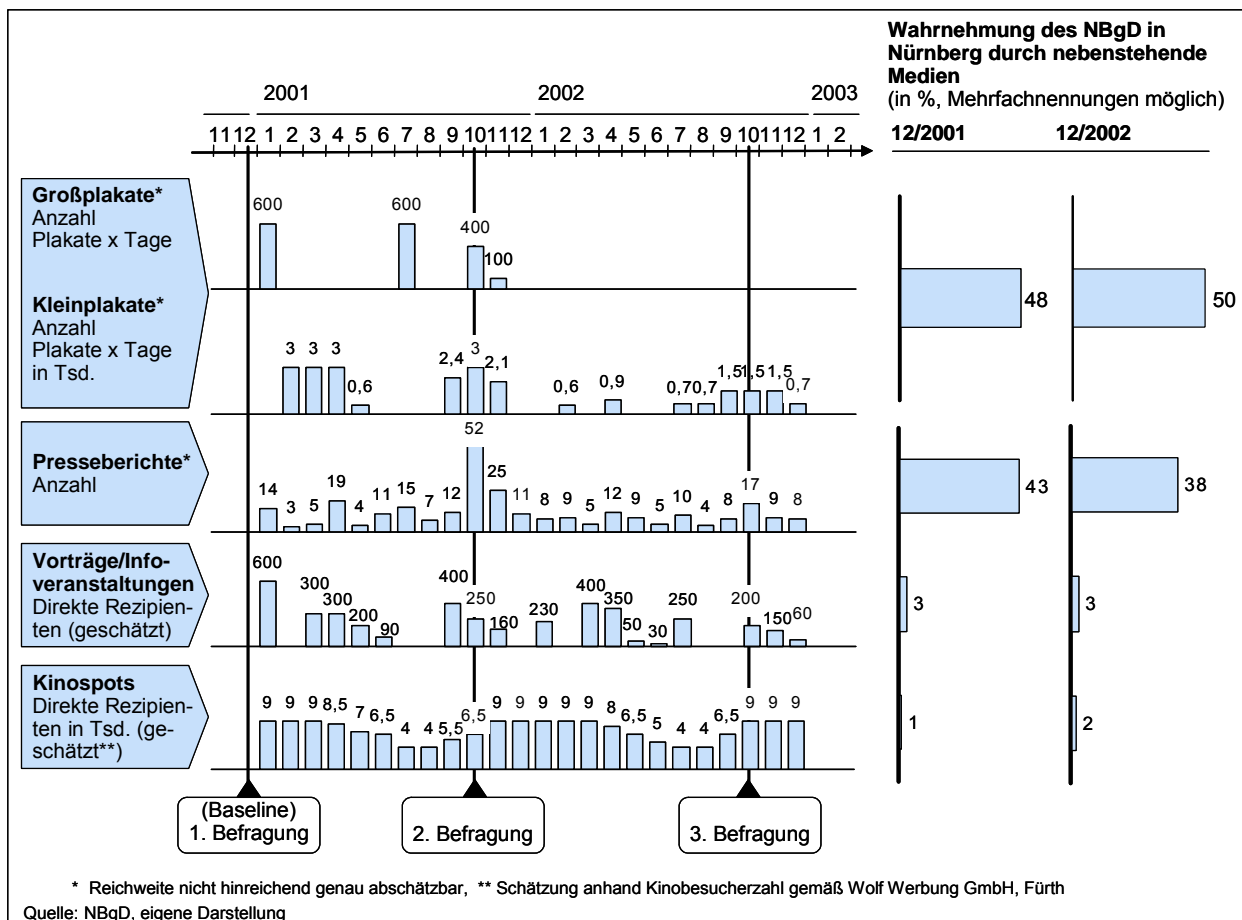


Abbildung 16: Durchführung der Aufklärungskampagne des NBGD: Maßnahmendichte und deren Wahrnehmung durch die Bevölkerung

Der Maßnahmenüberblick macht deutlich, dass Großflächenplakatierungen der Stadtreklame nur im ersten Interventionsjahr erfolgt waren. Hingegen waren in beiden Jahren in großem Umfang Kleinplakatflächen der Stadt (z.B. Litfasssäulen, Infotürme), der Deutschen Bahn und der evangelischen Kirche genutzt worden. Die angegebenen Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Plakatierungen innerhalb der Stadt Nürnberg. Plakate erzielten positive Aufmerksamkeit: 48-50% derjenigen Personen, die das NBgD bewusst wahrgenommen haben (n=398), erfuhren über Plakate von der Initiative.

Während des gesamten Untersuchungszeitraums war außerdem eine sehr aktive Pressearbeit geleistet worden. Durchschnittlich wurden pro Monat rund 12 Presseberichte initiiert. Eine Pressekampagne kurz vor der zweiten Befragung ging zu diesem Zeitpunkt mit einer besonders hohen Dichte an Berichterstattungen einher. Rund 38-43% der Bevölkerung, die das NBgD bewusst wahrgenommen haben, sind über Presseberichte von der Kampagne informiert worden.

Vorträge und Informationsveranstaltungen bildeten eine weitere wichtige Kommunikationsplattform. Teils über 300 Personen pro Monat sind im direkten Gespräch über die Krankheit Depression informiert worden. Die Breitenwirkung von Vorträgen liegt mit 3% deutlich unter Plakataktionen und Printmedien, doch ist eine wesentlich höhere Tiefenwirkung der direkten Kommunikation zu erwarten. Kinospots haben sich trotz der relativ hohen Zahl von direkten Rezipienten (durchschnittlich rund 7200 pro Monat) als sehr begrenzt wirksam erwiesen.

## **4.2 Untersuchungsdesign**

### **4.2.1 Untersuchungs- und Kontrollregion**

Untersuchungsregion der vorliegenden Erhebung ist die deutsche Stadt Nürnberg. Nürnberg ist die Hauptstadt des bayerischen Regierungsbezirks Mittelfranken und hat rund 415 000 Einwohner über 18 Jahre. Die Stadt ist industriell geprägt und bezeichnet sich selbst als zweitwichtigste bayerische Hochschul- und Forschungsregion Deutschlands (Quelle: Nürnberg online, Stand 31.12.2003). Der Ausländeranteil beträgt in Nürnberg 17% und liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt (9%). 46% der Einwohner sind erwerbstätig, die durchschnittliche Arbeitslosenquote liegt bei 10% (Quelle: Bayerisches Landesamt

für Statistik und Datenverarbeitung, Stand 31.12.2002). Nürnberg wurde insbesondere aufgrund seiner medizinischen Versorgungsstruktur sowie Kooperationsbereitschaft als Untersuchungsregion gewählt (vgl. Althaus, 2004). Die Versorgung mit niedergelassenen Fach- und praktischen Ärzten je Einwohner liegt in Nürnberg über dem Durchschnitt von Bayern und Deutschland. Von den insgesamt 1063 Ärzten in freier Praxis sind etwa 350 Hausärzte und weitere 70 Psychiater, Nervenärzte oder Neurologen. Darüber hinaus gibt es 150 kassenärztlich zugelassene Psychotherapeuten sowie eine größere Anzahl an Beratungsstellen und psycho-sozialen Fachdiensten. Das Großklinikum Nord umfasst Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (Quelle: Nürnberg online – Stadtwegweiser, Stand 31.12.2003).

Der Untersuchungsregion Nürnberg wurde die Kontrollregion Würzburg gegenübergestellt. Würzburg liegt rund 110 km nordöstlich von Nürnberg und ist strukturell gut mit Nürnberg vergleichbar. Würzburg ist Hauptstadt des bayerischen Regierungsbezirks Unterfranken mit rund 114 000 Einwohnern über 18 Jahre. Die Stadt verfügt über mehrere Hochschulen mit insgesamt 23 000 Studenten. Der größte Teil der Bevölkerung ist im Dienstleistungsbereich tätig (Quelle: Würzburg online, Stand 31.12.2003). Der Ausländeranteil liegt mit 9% niedriger als in Nürnberg. Im Kreis Würzburg liegt die Anzahl der Erwerbstätigen bei 52%, für die Stadt Würzburg liegen keine entsprechenden Zahlen vor. 35% der Einwohner sind 30 Jahre alt oder jünger (Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Stand: 31.12.2002).

#### 4.2.2 Fragebogen der Untersuchung

Der den Interviews zugrunde liegende Fragebogen wurde im Rahmen des Projekts „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ konstruiert. Der Fragebogen ist voll standardisiert. Einleitung des Gesprächs sowie Wortlaut und Reihenfolge der Fragen sind genau festgelegt. Es wurden offene und geschlossene Fragen sowie Fragen mit Antworthilfen formuliert, wobei es sich überwiegend um quantitative Angaben handelt. Der Fragebogen wurde aufgrund von Erfahrungswerten sowie aus Kostengründen über die Zeit angepasst, respektive gekürzt. Einige Items sind daher ausschließlich in der ersten und/oder zweiten Befragung verfügbar. Der Original-Fragebogen ist im Anhang beigefügt.

Der Fragebogen umfasst mehrere Themengebiete:

- *Wahrnehmung der Kampagne*: Die Wahrnehmung der Kampagne wurde anhand mehrerer Items gemessen. Ein Beispiel ist folgende Frage: „Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?“ Darüber hinaus ist dokumentiert worden, wo die Informationen zum Thema Depression bzw. zum Kommunikator gesammelt worden waren.
- *Allgemeine Einstellungen zur Depression (affektiv)*: Im Hinblick auf allgemeine Einstellungen sind die Einschätzung des Schweregrads von Depression im Vergleich zu anderen Erkrankungen sowie die Einschätzung der Behandelbarkeit von Depression erfragt worden. Darüber hinaus wurde der Grad an Zustimmung zu allgemeinen (Vor-) Urteilen erfasst. Ein Beispielitem hierfür wäre: „Wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld“. Für die Antworten stehen fünfstufige Skalen mit Ausprägungen von „stimme voll zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ zur Verfügung.
- *Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten (kognitiv)*: Zur Erfassung von Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression sind Antworthilfen vorgegeben worden, die nach ihrer Wichtigkeit, Zustimmung bzw. Eignung beurteilt werden sollten. Vorgaben für mögliche Ursachen von Depression reichen von „Vererbung“ bis „falsche Ernährung“. Als Vorgaben für Symptome von Depression wurden „Freudlosigkeit“, aber auch „zwanghaftes Putzen“ als Optionen genannt.
- *Verhaltensintentionen (konativ)*: Im Hinblick auf die Verhaltensintentionen in der Bevölkerung wurde die Bereitschaft zur persönlichen Kommunikation über die Krankheit Depression erfragt. Sie ist mit folgendem Item erfasst worden: „Haben Sie in letzter Zeit mit anderen über Depressionen gesprochen?“
- *Soziodemographische Daten*: Es wurden außerdem eine Reihe soziodemographischer Merkmale erhoben, wie das Alter der befragten Personen, Geschlecht, Bildungs- und Familienstand, Anzahl der Kinder, Beruf sowie Angaben zur Tätigkeit im Gesundheitswesen und zur Muttersprache.

Die theoretische Differenzierung in „Allgemeine Einstellungen“, „Wissen“ und „Verhaltensintentionen“ dient in der vorliegenden Arbeit der Gliederung der Inhalte; sie ist jedoch in der Praxis nicht immer eindeutig. Zum Beispiel kann die negative

Meinung „Antidepressiva machen abhängig“ auf einem Wissensdefizit (kognitiv) oder aber auf einem allgemeinen Vorurteil (affektiv) beruhen. Ebenso kann die Befürwortung eines Arztbesuchs auf ein Wissen (kognitiv) und/oder auf eine Verhaltensbereitschaft (konativ) hinweisen. Die Zuordnung der Items erfolgte anhand der Frageformulierung im Erhebungsbogen. Items, die allgemeine Einschätzungen zu Depressionen erfassen, werden als „allgemeine Einstellungen“ (affektiv) klassifiziert. Items, die explizit Symptome, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten anhand von Anwerthilfen erfragen, werden als „Wissen“ (kognitiv) eingeordnet. Verhaltensintentionen (konativ) beziehen sich auf Aussagen zur persönlichen Kommunikation über Depression.

#### 4.2.3 Zeitplan der Untersuchung

Das Projekt wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Depression im Jahre 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung genehmigt. Nach einer Vorbereitungsphase mit den Kooperationspartnern wurde das Aktionsprogramm während der Jahre 2001 und 2002 in der Untersuchungsregion Nürnberg durchgeführt. Zur Evaluation der Kampagne wurden zwei Monate vor Beginn (Baseline-Jahr 2000) sowie zehn und zweiundzwanzig Monate nach Beginn der Kampagne computergestützte Telefoninterviews in Nürnberg und Würzburg durchgeführt. Die Evaluation des Aktionsprogramms erfolgt durch kontinuierliche Auswertungen seit dem Jahr 2001 (vgl. Althaus et al., 2002; Hegerl et al., 2003a).

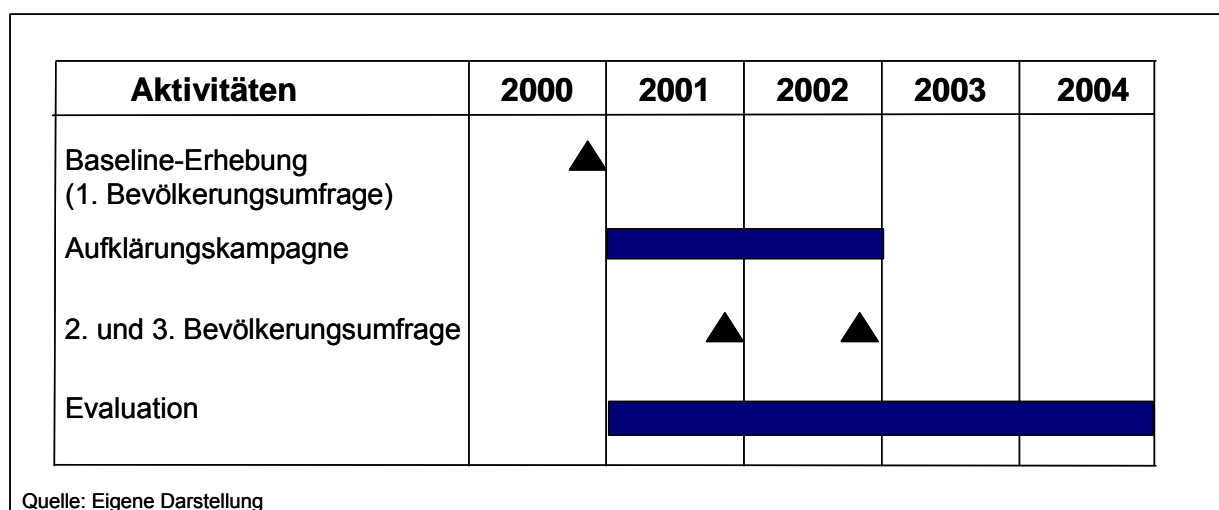


Abbildung 17: Zeitplan der Untersuchung des NBgD

#### 4.2.4 Datenerhebung

Die Befragung der Bevölkerung der Untersuchungs- und Kontrollregion zum Thema Depression erfolgte mittels computerassistierter Telefoninterviews (CATI). Dieses Verfahren erscheint sinnvoll, da 95% der deutschen Bevölkerung über das Telefon erreichbar sind (Jacob & Willy, 2000). Damit ist das strukturierte Telefoninterview allen anderen repräsentativen Erhebungsverfahren überlegen. Der Einsatz von Telefoninterviews bietet die Möglichkeit, Probanden persönlich anzusprechen. Differenzierte Sachverhalte können im Telefoninterview durch Betonung oder Pausen verständlich vorgetragen werden. Bei zögerlichen oder nicht passenden Antworten kann der Interviewer nachhaken. Im Vergleich zum persönlichen Interview bleibt außerdem eine gewisse Anonymität für die befragten Personen gewährt. Bei der Versendung von Fragebögen wäre aufgrund des Tabucharakters von psychischen Krankheiten ein geringer Rücklauf zu erwarten. Ein weiterer Vorteil von Telefoninterviews ist der vergleichsweise geringe Aufwand. Der Interviewerstab muss nicht so groß sein und ist geografisch unabhängig. Außerdem muss der Interviewer die Zielperson nicht persönlich aufsuchen (vgl. Hüfken, 2000).

Die Durchführung der Telefoninterviews erfolgte in den Jahren 2000 bis 2002 jeweils von Oktober bis November in Kooperation mit der „Projektgruppe CATI“ innerhalb des Bayerischen Forschungsverbunds „Public Health – Öffentliche Gesundheit“. Das CATI-Labor ist angegliedert an das Institut für Biometrie und Epidemiologie (IBE) der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Haushalte wurden anhand von Zufallszahlen mit Hilfe der Telefon-CD-ROM „KlickTel 2000“ zufällig ausgewählt. Die Durchführung der Telefoninterviews erfolgte abends zwischen 17 und 21 Uhr, um auch erwerbstätige Personen erreichen zu können. Zu Beginn des Telefonats ist das Gespräch mit derjenigen Person erbeten worden, die zum letzten Termin Geburtstag hatte. Bei Abwesenheit der gewünschten Person ist eine telefonische Vereinbarung getroffen worden. Insgesamt wurde bis zu fünf Mal der Versuch unternommen, die betreffende Person zu erreichen. Das voll strukturierte Telefoninterview war auf zehn bis fünfzehn Minuten ausgelegt. Die Eingabe der Daten erfolgte während der Interviews direkt am PC. Durch entsprechende programmierte Plausibilitätschecks wurden versehentliche Falscheingaben, wie z.B. Werte außerhalb eines definierten Gültigkeitsbereichs, korrigiert bzw. eliminiert.

Die im Rahmen dieser Arbeit ausgewerteten Daten sind Querschnittsdaten. Ein längsschnittliches Design erschien zunächst sinnvoll, da Veränderungen idealerweise dort gemessen werden sollten, wo sie stattfinden, das heißt beim Individuum (Willet, 1988). Gleichzeitig bergen Längsschnittdaten das Problem, dass die Erstmessung selbst einen Effekt auf Wahrnehmung und Einstellung ausübt. In der vorliegenden Untersuchung sind diesbezüglich starke Methodeneffekte festgestellt worden. Ein weiterer Verzerrungseffekt ist durch die hohe Anzahl an Drop-Outs aufgetreten. Die parallel erhobenen Längsschnittdaten wurden daher in der vorliegenden Untersuchung nicht verwendet.

Bei den querschnittlichen Befragungen sind im Jahr 2000 2746 Personen in Nürnberg und Würzburg zwischen 18 und 99 Jahren kontaktiert worden, wovon insgesamt 1426 Personen bereit waren, an der Erhebung teilzunehmen (Response-Rate: 52%). Im Jahr 2001 wurde eine zweite unabhängige Stichprobe von 2203 Personen erhoben, deren Beteiligung mit 68% deutlich höher lag als im vorherigen Jahr (1507 Personen). Im Jahr 2002 beteiligten sich 1423 Personen von insgesamt 2475 Befragten und damit war die Response-Rate mit 57% wieder rückläufig.

Die aus der Erhebung resultierenden Rohdaten sind vom Projektteam des NBgD für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellt worden. Die Vorgehensweise bei den statistischen Analysen für die oben beschriebenen Fragestellungen wird im Folgenden erläutert.

### **4.3 Statistische Analyse**

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte überwiegend mit SPSS für Windows (Version 11.5). Die Häufigkeitsverteilungen der verschiedenen Items in Nürnberg und Würzburg wurden mittels einfacher Kreuztabellen berechnet. Im vorliegenden Fall ist das Jahr der Erhebung und das entsprechende Item, mit seinen kategorialen Ausprägungen, als Zeile oder Spalte festgelegt worden. Die Berücksichtigung der Stadt erfolgte als Schichtfaktor. Im Rahmen des Mehrfelder-Chi-Quadrat-Tests nach Pearson wurden die Häufigkeiten in allen Kategorien miteinander verglichen. Die Ausprägungen von fünf-stufigen Items wurden aufgrund einer besseren Übersichtlichkeit in dreistufige Items umgruppiert. Bei ausgewählten Items erfolgte die zusätzliche Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen mit dem



Datenverarbeitungsprogramm Systat (Version 10.2). Ferner sind zur Beschreibung der Stichprobe die Altersmittelwerte anhand von T-Tests für unabhängige Stichproben verglichen worden.

Um zu überprüfen, ob sich die Einstellungsänderungen über die Zeit in Nürnberg von den Veränderungen in Würzburg unterscheiden, ist die Interaktion der Variablen „Erhebungsjahr“ und „Stadt“ mittels logistischer Regressionsanalysen berechnet worden. Bei der logistischen Regressionsanalyse ist die abhängige Variable nicht metrisch, sondern kategorial mit nominalem Skalenniveau. Die unabhängigen Variablen können kategorial oder metrisch sein. Da in der vorliegenden Untersuchung von ordinal- und nominalskalierten Items ausgegangen werden muss, erscheint dieses statistische Verfahren sinnvoll. Die logistische Regressionsanalyse stellt damit unseres Erachtens eine bessere Alternative zur multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) dar, die u.a. Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen voraussetzt.

Logistische Regressionen analysieren die Wirkung von unabhängigen Variablen auf eine dichotome bzw. polytome abhängige Variable. Bei Anwendung des jeweiligen Modells für die Einstellungsitems können die Haupteffekte und die Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Stadt“ und „Erhebungsjahr“ errechnet werden. Die Parameterschätzung wird hierbei mit einem iterativen Maximum-Likelihood-Algorithmus durchgeführt und erfolgt unter der Verwendung der Wald-Statistik. Der Interaktionsterm der logistischen Regressionsanalyse stellt einen komplexen Algorithmus dar, der mit der Statistiksoftware SAS (Version 8, SAS Institute, Cary, North Carolina, USA) durchgeführt wurde. SAS bietet gegenüber SPSS den Vorteil einer vollständigen Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Rechenoperationen, da die Erstellung der Befehlsyntax durch den Anwender erfolgt. Die Verwendung von SAS für die vorliegende Untersuchung erschien außerdem sinnvoll, da dieses Programm bereits für vorhergehende Veröffentlichungen des NBgD eingesetzt wurde (Hegerl et al., 2003a). Die bestehende Befehlsyntax aus den vorhergehenden Veröffentlichungen wurde im Rahmen dieser Arbeit für die vorliegenden Auswertungen angepasst. Die logistische Regressionsanalyse stellt das primäre statistische Verfahren der

vorliegenden Untersuchung dar. Repräsentative Auszüge der SAS-Befehlsdatei sind im Anhang beigefügt, um die Replizierbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

Zur Beschreibung der Ergebnisse wird im Folgenden zwischen verschiedenen Signifikanzen differenziert. Um zu untersuchen, ob sich verschiedene Gruppen (Nürnberg/Würzburg, Männer/Frauen, hoch/niedrig Gebildete etc.) in einem bestimmten Erhebungsjahr (z.B. 2000) signifikant voneinander unterscheiden, werden die Signifikanzen mit  $p$  beschrieben ( $\chi^2$ -Test für unabhängige Stichproben). Die Signifikanzen der Zeiteffekte werden mit  $p_t$  angegeben. Diese geben Aufschluss, ob die zeitlichen Veränderungen innerhalb von Nürnberg (bzw. Würzburg) statistisch bedeutsam sind ( $\chi^2$ -Test für unabhängige Stichproben). Die Signifikanzen des Interaktionsterms werden mit  $p_i$  bezeichnet (logistische Regressionsanalyse). Der Interaktionsterm gibt an, ob sich die Veränderungen in der Untersuchungsregion signifikant von den Veränderungen in der Kontrollregion unterscheiden. Es sind damit folgende Signifikanzen zu differenzieren:

- $p$  = Signifikanz der Gruppeneffekte (Ort, Geschlecht, Bildungsstand etc.)
- $p_{t(N)}$  = Signifikanz der Zeiteffekte innerhalb Nürnbergs
- $p_{t(W)}$  = Signifikanz der Zeiteffekte innerhalb Würzburgs
- $p_i$  = Signifikanz Ort (Nb oder Wü) x Zeit (2000 oder 2001 bzw. 2002)

Um Abweichungen der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung von sozio-demographischen Charakteristika in der Bevölkerung der beiden Städte auszugleichen, ist für jede befragte Person eine Gewichtung durchgeführt worden. Die Gewichtung der Daten erfolgte gemäß Angaben des Bundesamtes für Statistik, welche Schätzungen zur Population von Nürnberg und Würzburg geben. Die eingesetzten Gewichte entsprechen dem aus den „Soll-Zahlen“ und „Ist-Zahlen“ gebildeten Quotienten. Die Gewichtung der Daten führte jedoch zu keinen wesentlichen Differenzen von den Ursprungsdaten (durchschnittlich 1-3%) und übte keinen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Ergebnisse aus. Eine Gegenüberstellung von gewichteten und ungewichteten Daten erfolgt in Kap. 5.2 exemplarisch für die Hauptfragestellung. Aufgrund der geringen Abweichungen werden die übrigen Ergebnisse zugunsten einer besseren Replizierbarkeit ungewichtet dargestellt.

Grundsätzlich muss für die vorliegende Untersuchung darauf hingewiesen werden, dass Probleme des multiplen Testens zum Tragen kommen, da mehrere (simultane) Tests am gleichen Datenmaterial durchgeführt werden. Aufgrund des Problems der multiplen Tests können auf dem 5%-Niveau signifikante Effekte folglich zufallsbedingt sein. Einen einfachen und korrekten Lösungsansatz bietet hier die Bonferroni-Methode. Bei dieser Methode werden alpha-adjustierte Signifikanzniveaus berechnet, indem das Signifikanzniveau durch die Anzahl der Tests geteilt wird ( $p < \alpha/n$ ). Andererseits stellt dieser Ansatz eine sehr konservative Lösung dar. Die Analysen der nachfolgenden empirischen Untersuchung haben keinen hypothesenprüfenden, sondern explorativen Charakter. Auf eine Bonferroni-Korrektur wurde daher im Ergebnisteil verzichtet. Die Prüfung der statistischen Signifikanz erfolgte stets zweiseitig. Als Signifikanzniveau wurde  $p \leq 0,05$  gewählt. Im Hinblick auf die Diskussion der Ergebnisse ist es hingegen wichtig zu berücksichtigen, welche Ergebnisse einer Bonferroni-Korrektur nicht stand halten können. Diese müssten entsprechend vorsichtig interpretiert werden und wären, aufgrund des Problems der multiplen Tests, hinsichtlich ihrer Robustheit noch zu überprüfen. Auf diese Einschränkung wird im Diskussionsteil der vorliegenden Arbeit (Kap. 6) vertieft eingegangen.

Aufgrund einer besseren Übersichtlichkeit werden die Daten in den folgenden Kapiteln nur auszugsweise dargestellt. Einen Gesamtüberblick aller Itemausprägungen sowie aller dazugehörigen Auswertungen findet sich im Anhang.

## 4.4 Stichprobe

Soziographische Merkmale	Nürnberg			Würzburg (Kontrollregion)			p, $\chi^2$ (df)*		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
<b>Befragte</b> Anzahl Personen	716	752	709	710	755	714			
<b>Alter</b> Mittelwert, in Jahren (SD)	50,6 (17,74)	49,5 (17,68)	49,6 (17,53)	44,7 (18,36)	43,0 (18,53)	47,0 (18,33)	<0,001** 6,10 (1424)	<0,001** 7,02 (1505)	0,007** 2,71 (1421)
<b>Geschlecht</b> Weiblich, in Prozent	60,6	58,9	59,9	61,7	57,1	57,1	0,677 0,17 (1)	0,473 0,51 (1)	0,284 1,15 (1)
<b>Familienstand</b> Verheiratet, in Prozent	50,4	53,8	47,8	43,2	44,2	45,2	<0,001 24,72 (5)	<0,001 57,29 (5)	0,100 9,24 (5)
<b>Bildungsstand</b> Akademiker, in Prozent	19,1	17,3	22,2	23,7	21,6	23,6	<0,001 53,86 (4)	<0,001 50,71 (4)	<0,001 42,78 (4)
<b>Beruf</b> Arbeiter, in Prozent	11,9	11,6	12,3	8,7	7,8	7,1	<0,001 69,67 (5)	<0,001 58,76 (5)	<0,001 45,58 (5)
<b>Muttersprache</b> Nicht-Deutsche, in Prozent	10,0	6,9	9,3	6,0	5,3	7,0	0,006 7,57 (1)	0,224 1,48 (1)	0,111 2,54 (1)
<b>D. in Familie/Freundeskreis</b> ja, in Prozent	47,5	44,5	48,0	54,3	46,9	55,1	0,011 6,42 (1)	0,356 0,85 (1)	0,008 7,02 (1)
<b>Im Gesundheitswesen tätig</b> ja, in Prozent	12,4	15,8	18,0	22,7	21,8	21,3	<0,001 15,05 (1)	0,020 5,45 (1)	<0,001 15,05 (1)

\* Die Signifikanzen beziehen sich auf den Vergleich von Nb und Wü pro Erhebungsjahr hinsichtlich aller Itemsausprägungen (z.B. Familienstand: verheiratet, geschieden, allein stehend, etc.)  
\*\* T-Test bei unabhängigen Stichproben: T (df)  
Quelle: NBgD, eigene Darstellung

Abbildung 18: Soziodemographische Daten der Stichproben Nürnberg und Würzburg

Die Untersuchung der Stichprobe zeigt, dass das Durchschnittsalter in der Nürnberger Stichprobe signifikant höher liegt als in Würzburg. Während die Nürnberger Bevölkerung zu allen drei Messzeitpunkten durchschnittlich ca. 50 Jahre alt ist ( $p_{t(N)}=0,433$ ), variiert das Durchschnittsalter in der Kontrollregion zwischen 43 und 47 Jahren ( $p_{t(W)}<0,001$ ). Im Hinblick auf das Geschlecht zeigen Untersuchungs- und Kontrollregion ähnliche Verteilungen. Frauen sind in beiden Städten zu allen drei Messzeitpunkten etwas häufiger vertreten (Nb:59-61%, Wü:57-62%). Die Städte unterscheiden sich nicht signifikant.

Unterschiede zwischen Nürnberg und Würzburg bestehen auch hinsichtlich des Familienstands der befragten Personen. In Nürnberg liegt der Anteil Verheirateter (Nb:48-54%,  $p_{t(N)}=0,433$ ) höher als in Würzburg (Wü:43-45%,  $p_{t(W)}<0,001$ ). Gleichzeitig sind in der Untersuchungsregion weniger allein stehende Personen anzutreffen (Nb:22-25%, Wü:30-38%). Die Abweichungen hinsichtlich des Familienstands sind für die ersten zwei Messzeitpunkte signifikant.

Im Hinblick auf den Bildungsstand sind in der Untersuchungsregion Akademiker seltener vertreten (Nb:17-22%, Wü:22-24%). Personen mit Volks- oder Hauptschulabschluss trifft man in der Untersuchungsregion häufiger an (Nb:32-36%, Wü:20-24%). Die Abweichungen des Bildungsstands sind für alle drei Messzeitpunkte signifikant. Die Nürnberger Stichprobe enthält außerdem mehr Arbeiter (Nb:12%, Wü:7-9%) sowie etwas mehr Personen, die deutsch nicht als Muttersprache sprechen (Nb:7-10%, Wü:5-7%,).

Zwischen 45% und 48% der befragten Personen in Nürnberg geben an, einen depressiv Erkrankten im Familien- oder Freundeskreis zu kennen ( $p_{t(N)}=0,356$ ). In Würzburg sind es etwas mehr Personen (Wü:47%-55%,  $p_{t(W)}=0,003$ ). Die Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollregion sind für den ersten und dritten Erhebungszeitpunkt signifikant. Der Anteil an Personen mit einer Beschäftigung im Gesundheitswesen variiert in Nürnberg zwischen 12% und 18% ( $p_{t(N)}=0,090$ ) und in Würzburg zwischen 21% und 23% ( $p_{t(W)}=0,881$ ). Auch hier unterscheiden sich Untersuchungs- und Kontrollregion signifikant voneinander (Abb. 18).

## 5 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

### 5.1 Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne

In einem ersten Schritt sollen Einstellungen zur Depression in der Baseline-Erhebung aufgezeigt werden, um in einem zweiten Schritt (siehe Kap. 5.2) Einstellungsänderungen aufgrund der Kampagne zu untersuchen. Gemäß Kotler und Roberto ist das Ziel von Aufklärungskampagnen ein Aufgeben unerwünschter/falscher Vorstellungen oder die Bestärkung bzw. Annahme erwünschter/richtiger Vorstellungen (Kotler & Roberto, 1991). Entsprechend wird bei der Darstellung der Ergebnisse zwischen eher „falschen/unerwünschten“ und eher „richtigen/erwünschten“ Einstellungen unterschieden. Die Zuordnung der Items erfolgt auf Basis der in Kapitel 2.1 beschriebenen empirischen Belege.

Bei der Betrachtung der Abbildungen ist zu berücksichtigen, dass es sich um Mehrfachnennungen handelt. Aufgrund einer besseren Übersichtlichkeit ist jeweils nur eine Itemsausprägung dargestellt (z.B. „stimme zu“), wobei sich die angegebenen statistischen Maße ( $p$ ,  $\chi^2$ ,  $df$ ) auf alle Itemsausprägungen beziehen. Die Signifikanzen in den folgenden Abbildungen geben an, ob sich Untersuchungs- und Kontrollregion statistisch bedeutsam unterscheiden.

#### 5.1.1 Allgemeine Einstellungen zur Depression

*E1 (prä): Wie ist die Einschätzung des Schweregrads von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Depressionen wurden von rund einem Drittel der Bevölkerung als sehr schwerwiegende Krankheit beurteilt (Nb:33%, Wü:35%,  $p=0,311$ ). Eine ähnliche Bedeutung wurde der weniger belastenden Krankheit Diabetes zugesprochen (Nb:29%, Wü:30%,  $p=0,895$ ). Karies oder Grippe wurden erwartungsgemäß nur sehr selten als ernst zu nehmende Erkrankungen erachtet (2-3%). Am gravierendsten wurde die Krankheit Krebs erlebt (Nb:89%, Wü:92%,  $p=0,041$ ). Bis auf letztere Erkrankung sind keine signifikanten Unterschiede zwischen Nürnberg und Würzburg zu beobachten (Abb. 19).

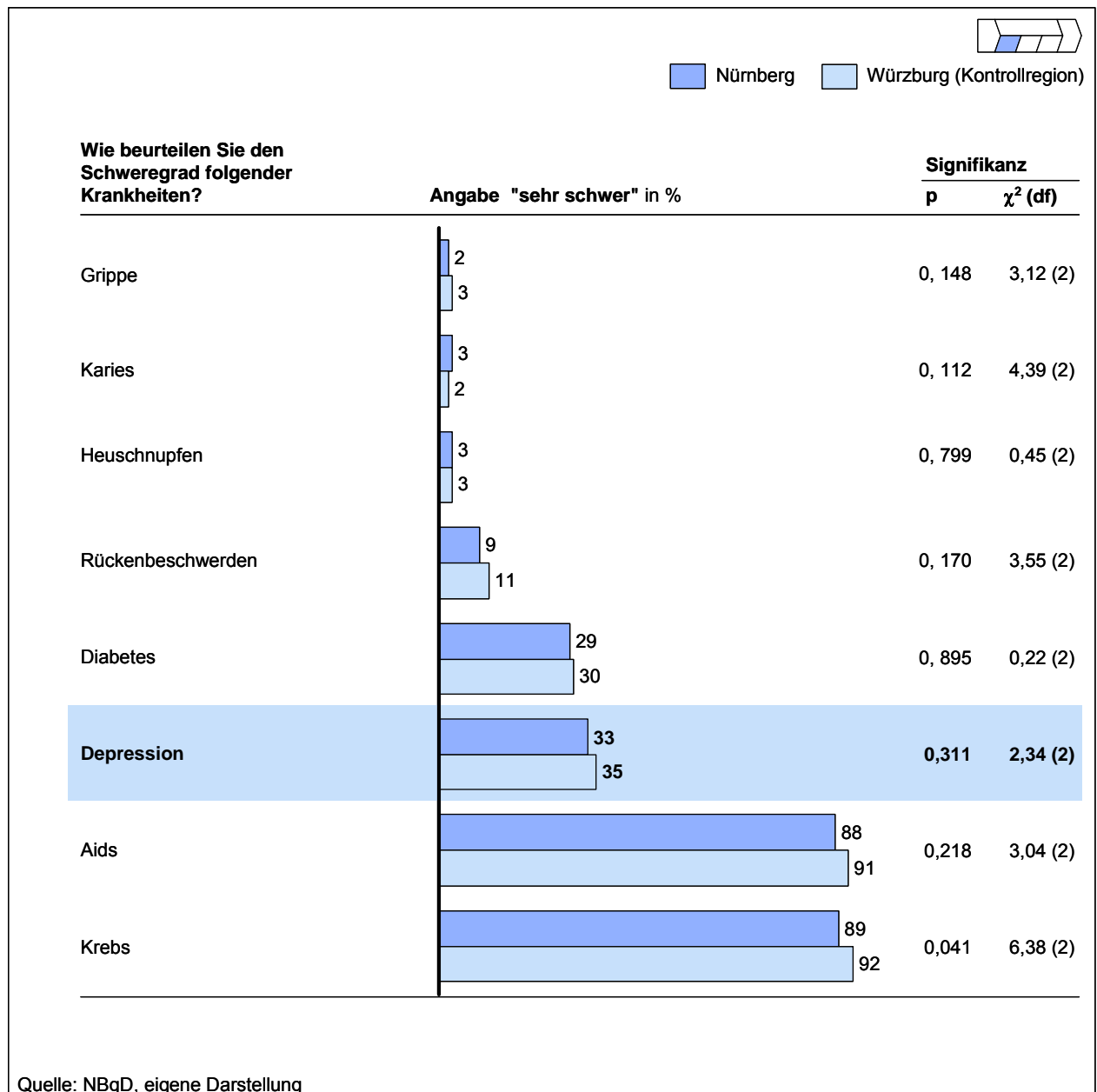


Abbildung 19: Allgemeine Einstellungen: Schweregrad der Depression im Krankheitsvergleich (2000)

*E2 (prä): Welche (Vor-) Urteile zur Depression bestehen in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Erwünschte Urteile zur Depression fanden erwartungsgemäß deutlich häufiger volle Zustimmung, als unerwünschte Urteile. So erachteten im Jahr 2000 78% (Wü:79%,  $p=0,783$ ) der Befragten die Depression als behandlungsbedürftige Krankheit. 61% (Wü:59%,  $p=0,466$ ) der Bevölkerung war der Meinung, Depression sei eine Krankheit, der man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert sei. Andererseits stimmte aber auch jeder fünfte Nürnberger der Aussage zu, man müsse sich bei einer

Depression zusammenreißen (20%) und jeder Achte war der Meinung „Depression sei eigentlich gar keine Krankheit“ (12%). In der Kontrollregion waren solche Vorurteile signifikant seltener zu beobachten (Abb. 20).

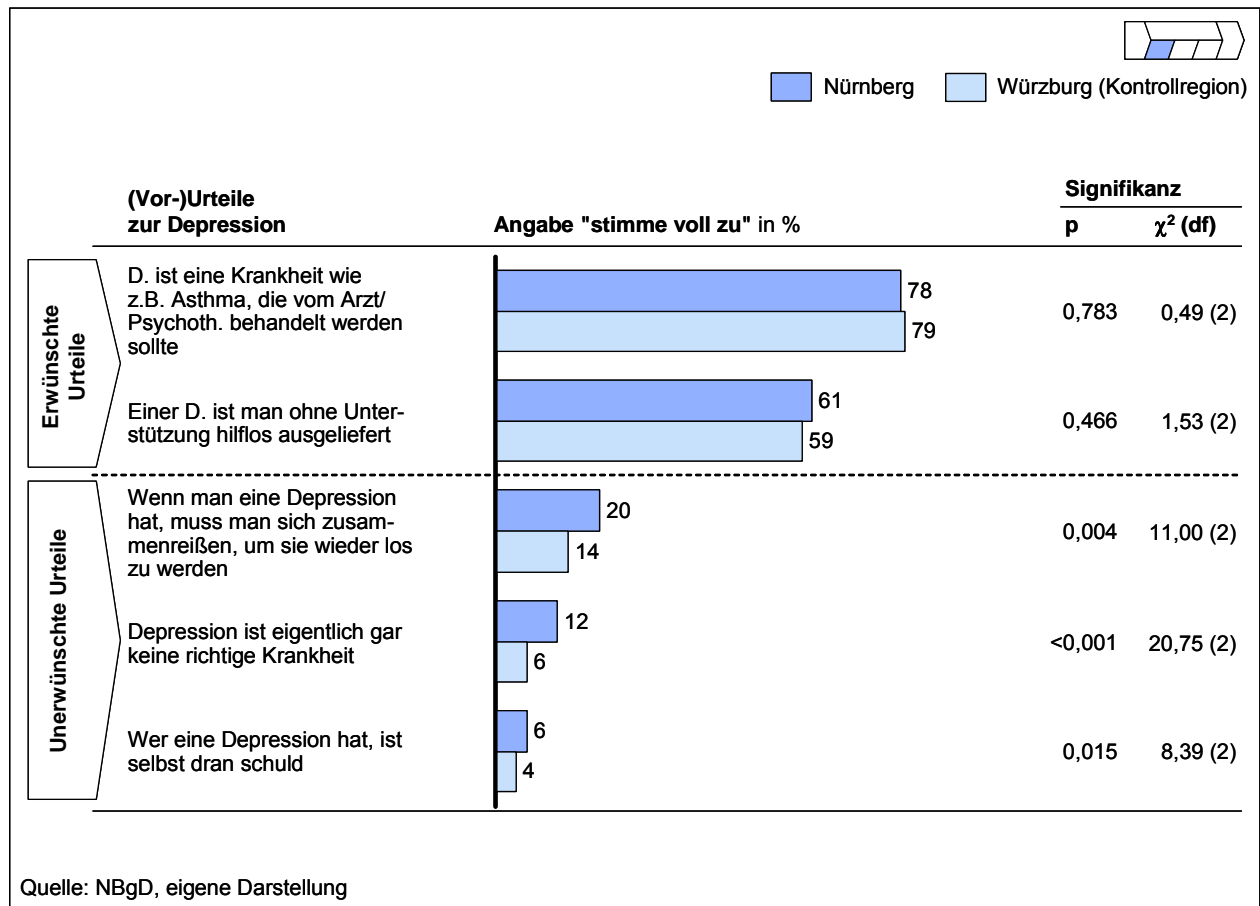


Abbildung 20: Allgemeine Einstellungen: (Vor-) Urteile zur Depression (2000)

**E3 (prä): Wie ist die Einschätzung der Behandelbarkeit von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?**

Vor Beginn der Aufklärungskampagne bestand ein deutliches Misstrauen hinsichtlich der Behandelbarkeit von Depression. Nur gut die Hälfte der befragten Personen (Nb:53%, Wü:57%, p=0,621) war der Meinung, Depressionen ließen sich durch einen Arzt oder Psychotherapeuten ausreichend behandeln (Abb. 21).



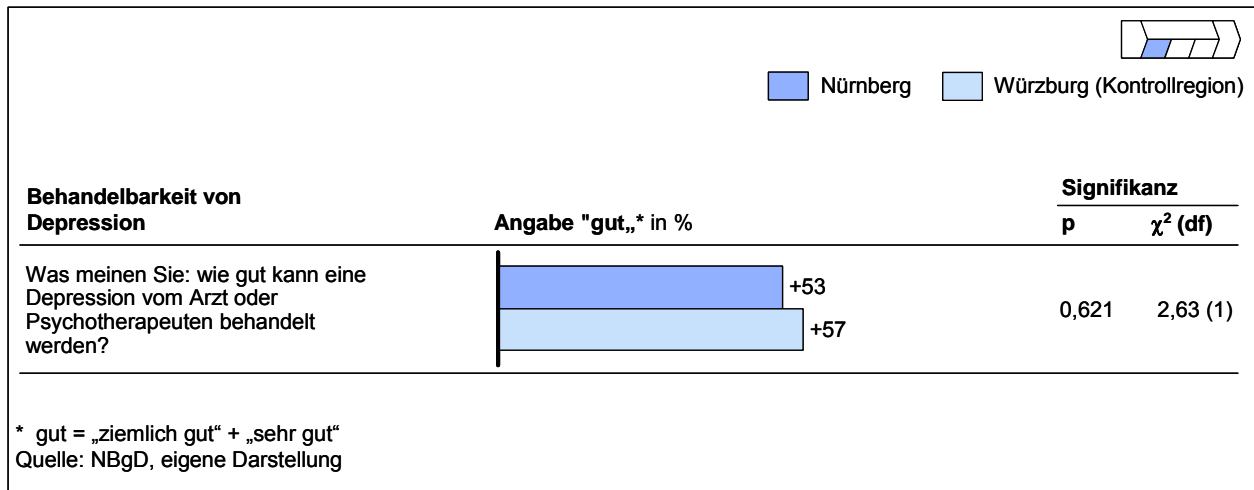


Abbildung 21: Allgemeine Einstellungen: Behandelbarkeit von Depression (2000)

### 5.1.2 Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten

*E4 (prä): Wie ist der Wissensstand zu Ursachen von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Ein Schicksalsschlag wurde in beiden Städten am Häufigsten als wichtiger Grund von Depression genannt (Nb:90%, Wü:88%,  $p=0,362$ ). 65% der Bevölkerung in beiden Städten bewertete außerdem eine Stoffwechselstörung des Gehirns korrekterweise als „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Rund die Hälfte der Bürger wusste, dass Vererbung eine bedeutsame Ursache von Depression darstellt (Nb:49%, Wü:51%,  $p=0,128$ ).

Gleichzeitig ist aber auch fest zu stellen, dass ein Drittel der Nürnberger glaubte, eine falsche Lebensführung stehe in kausalem Zusammenhang zur Depression (Nb:33%, Wü:29%,  $p=0,055$ ). (Obwohl diese Ursachenzuschreibung aus verhaltenstherapeutischer Sicht grundsätzlich denkbar wäre, scheint hier ein implizierter Vorwurf häufig im Vordergrund zu stehen). Darüber hinaus erachteten 30% der Nürnberger Bevölkerung (Wü:23%,  $p<0,001$ ) fehlende Selbstdisziplin und 23% (Wü:16%,  $p<0,001$ ) Charakterschwäche als relevant für die Genese von Depression. Die Würzburger Einwohner zeigten sich diesbezüglich signifikant besser informiert (Abb. 22).

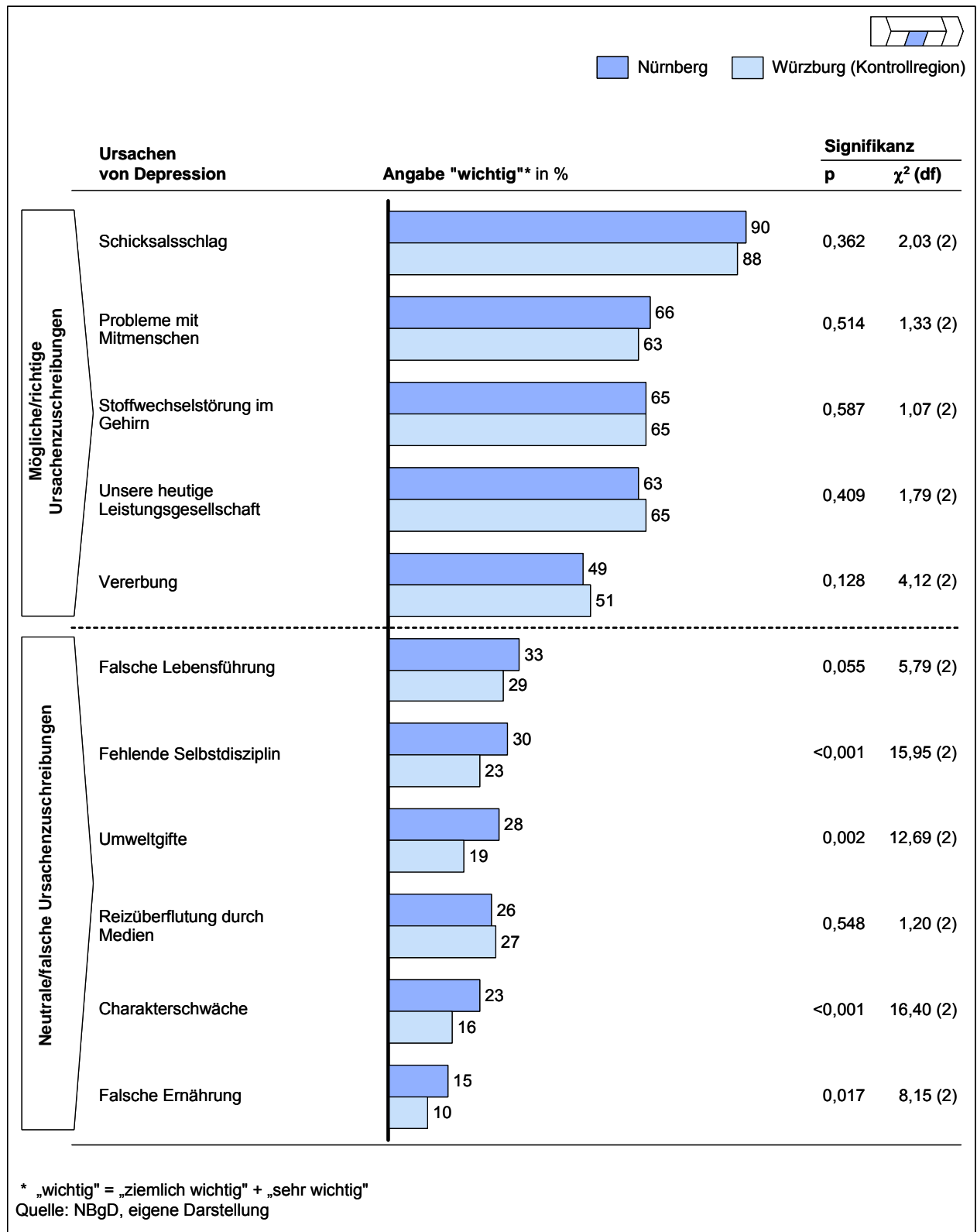


Abbildung 22: Wissen zu Ursachen von Depression (2000)

*E5 (prä): Wie ist der Wissensstand zu Symptomen von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Der überwiegende Teil der Bevölkerung in Nürnberg und Würzburg betrachtete Freudlosigkeit und Schuldgefühle korrekterweise als typische Symptome einer Depression (94-95%,  $p=0,759$ ). Ebenso waren körperliche Beschwerden einem Gutteil der Bevölkerung als Ausdruck einer Depression bekannt (Nb:83%, Wü:82%,  $p=0,765$ ). Andererseits wurden aber auch nicht zutreffende Merkmale, wie Halluzinationen und zwanghaftes Putzen, von einem ebenfalls hohen Prozentsatz der Bevölkerung als „typisch“ klassifiziert (zwischen 44% und 67%). Die Einstellungen zu Symptomen unterscheiden sich für Nürnberg und die Kontrollregion nicht signifikant (Abb. 23).

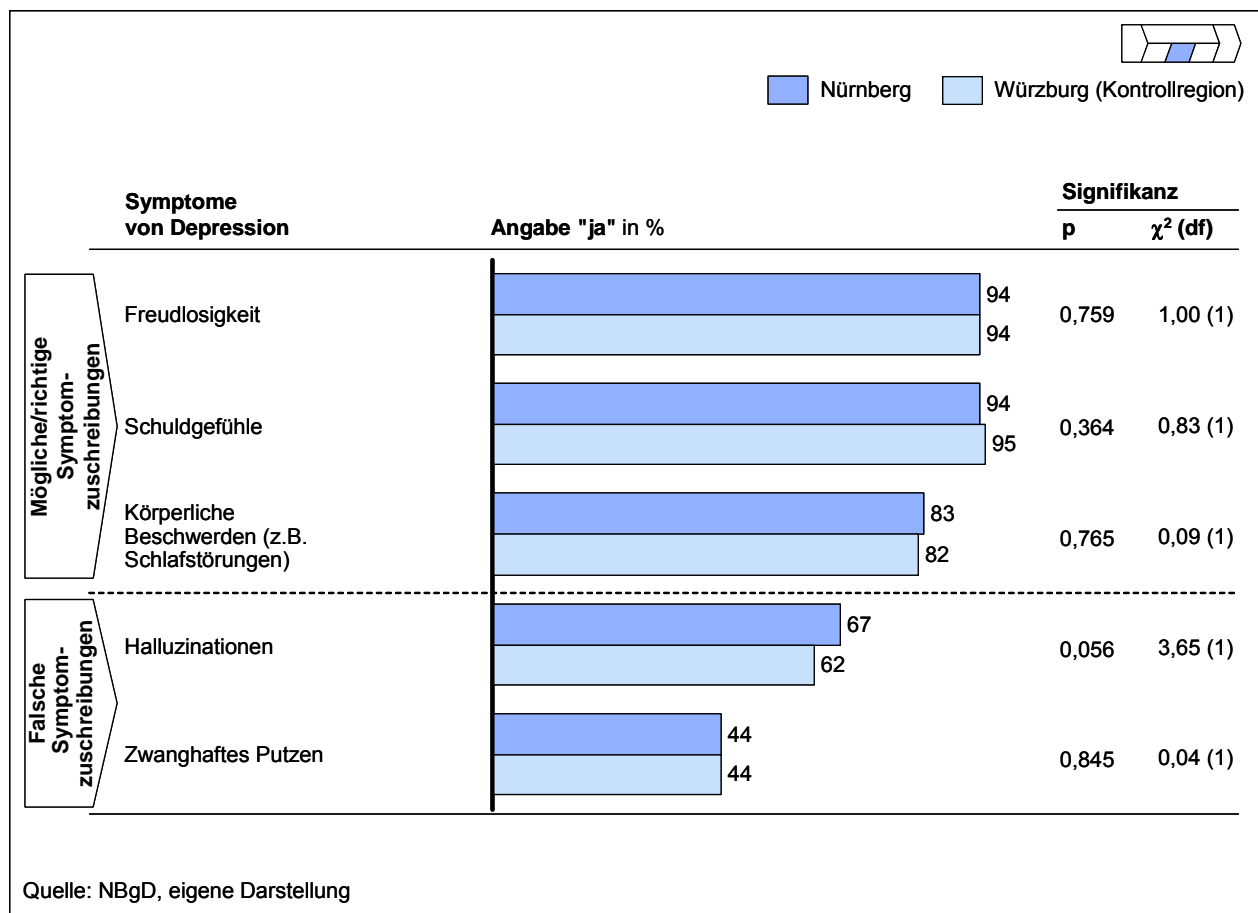


Abbildung 23: Wissen zu Symptomen von Depression (2000)

*E6 (prä): Wie ist der Wissensstand zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Der Besuch eines Psychotherapeuten wurde insgesamt am häufigsten als geeignete Maßnahme genannt, um etwas gegen Depression zu tun. Dabei lag die Zustimmung zur Psychotherapie in Würzburg signifikant höher, als in Nürnberg (Nb:75%, Wü:80%,  $p=0,022$ ). Ähnlich häufig ist der Besuch eines Arztes befürwortet worden (Nb:68%, Wü:68%,  $p=0,921$ ). Die Möglichkeit mit Freunden zu sprechen ist von weit über der Hälfte der Bevölkerung (Nb:65%, Wü:62%,  $p=0,464$ ) als sehr geeignet erachtet worden. Eine Lichttherapie bewerteten 43% (Nürnberg) bzw. 39% (Würzburg) der Bevölkerung als sehr geeignete Behandlungsmöglichkeit ( $p=0,235$ ). Deutliche Wissensdefizite bestanden hinsichtlich einer medikamentösen Behandlung. Lediglich rund ein Drittel der Bevölkerung beurteilte die Einnahme von Antidepressiva als „sehr geeignet“ (Nb:30%, Wü:34%,  $p=0,094$ ). Aktivitäten, wie „viel Sport machen“ oder „in den Urlaub fahren“ wurden ähnlich häufig oder sogar deutlich häufiger genannt (zwischen 31% und 59%). 22% der Nürnberger Bevölkerung war der Meinung „sich zusammenreißen“ sei angemessen, um etwas gegen die Erkrankung zu tun. In Würzburg vertraten mit 14% signifikant weniger Personen diese stigmatisierende Haltung ( $p=0,001$ , Abb. 24).

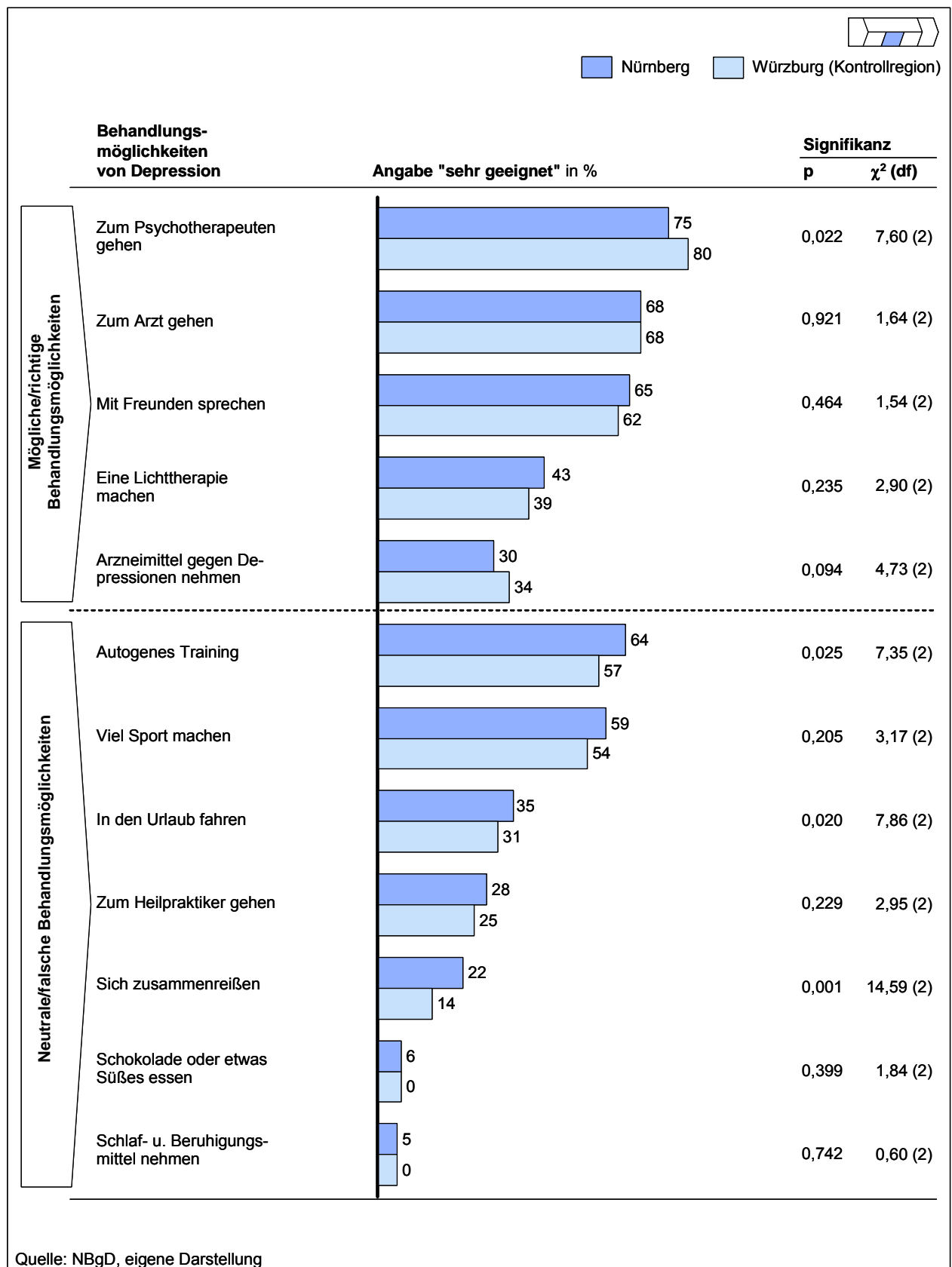


Abbildung 24: Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression (2000)

*E7 (prä): Wie ist der Wissensstand zur Wirkungsweise von Antidepressiva in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Entsprechend der beschriebenen allgemeinen Skepsis gegenüber einer medikamentösen Behandlung von Depression, bestanden deutliche Wissensdefizite zur Wirkungsweise von Antidepressiva. Ein Großteil der Bevölkerung in Nürnberg und Würzburg vertrat die Meinung, Antidepressiva veränderten den Charakter (Nb:70%, Wü:67%,  $p=0,249$ ), hätten starke Nebenwirkungen (Nb:70%, Wü:67%,  $p=0,871$ ) und machten abhängig (Nb:82%, Wü:79%,  $p=0,241$ ). Nur 38% der Nürnberger glaubten, „man sei noch man selbst“, wenn man Antidepressiva nehme. In Würzburg war das Vertrauen diesbezüglich signifikant höher (47%,  $p=0,003$ , Abb. 25).

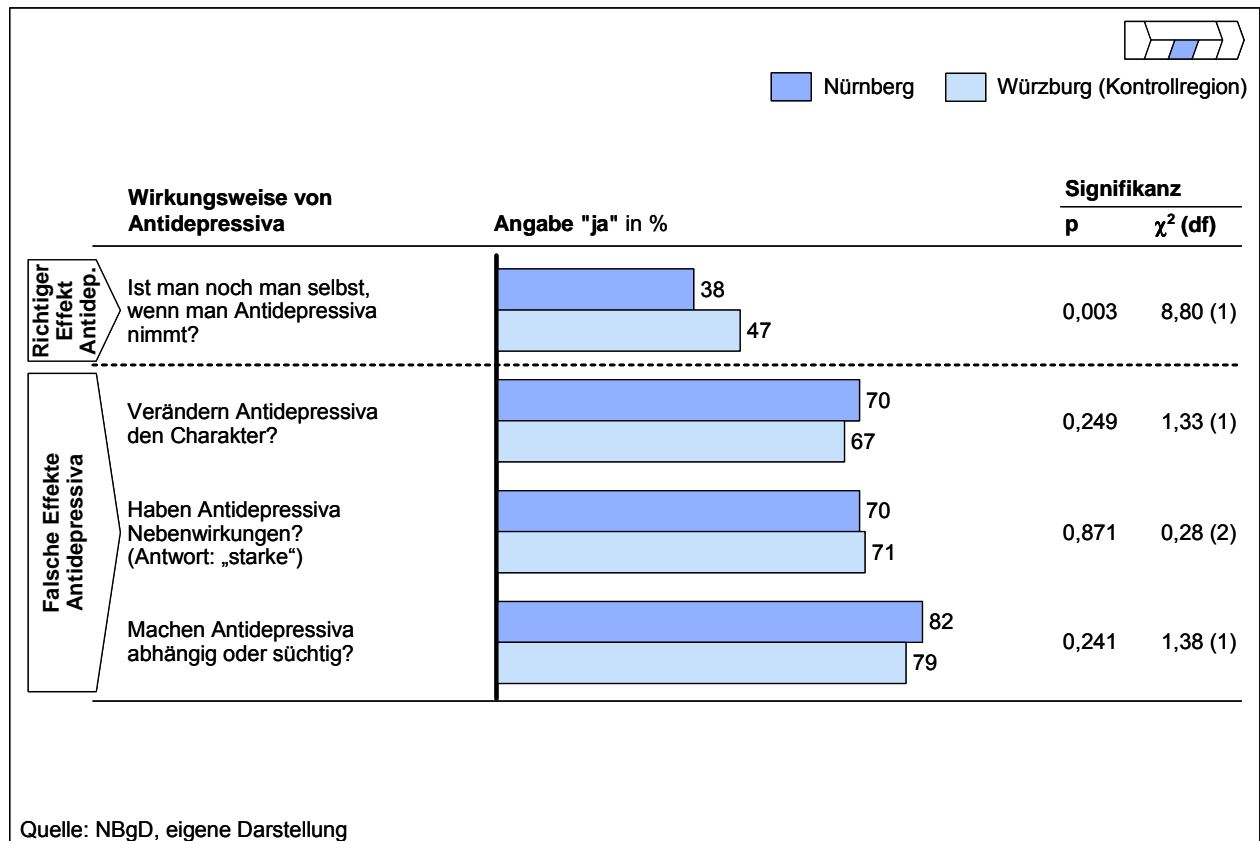


Abbildung 25: Wissen zu Antidepressiva (2000)

### 5.1.3 Verhaltensintentionen

*E8 (prä): Wie ist die Kommunikationsbereitschaft zum Thema Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion vor Beginn der Aufklärungskampagne?*

Sowohl in Nürnberg als auch in Würzburg bestätigten im Jahr 2000 40% der befragten Personen, in letzter Zeit mit anderen über das Thema Depression gesprochen zu haben ( $p=0,973$ , Abb. 26).

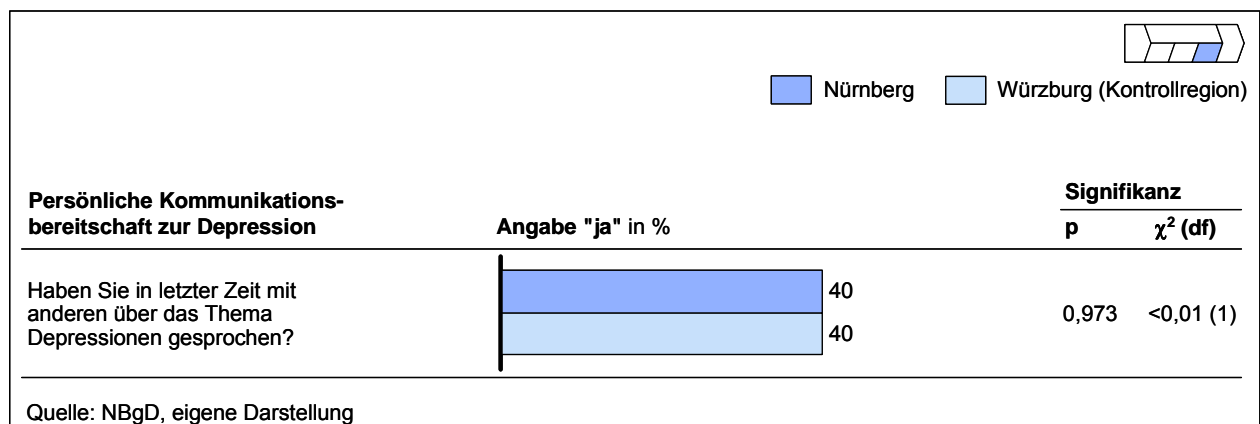


Abbildung 26 Verhaltensintentionen: Persönliche Kommunikationsbereitschaft zur Depression (2000)

### 5.1.4 Kapitelzusammenfassung

Zusammenfassend ist fest zu stellen, dass Einstellungen zur Depression in der Untersuchungs- und Kontrollregion vor Beginn der Kampagne sehr ähnliche Strukturen aufweisen, so dass Würzburg als Kontrollregion gut geeignet erscheint.

Bei den *allgemeinen Einstellungen* zeigte sich, dass die Depression ähnlich schwer, wie die Krankheit Diabetes eingestuft wird. Hinsichtlich der (Vor-) Urteile zur Depression waren insgesamt bereits recht hohe Übereinstimmungen mit den erwünschten Ausprägungen beobachtbar. Die Einschätzung der Behandelbarkeit depressiver Störungen durch die Allgemeinheit war hingegen deutlich kritischer. Derartige Vorbehalte sind im Zuge der Aufklärungskampagne abzubauen.

Im Hinblick auf das *Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten* verfügte die Bevölkerung über ein erstaunlich gutes Wissen hinsichtlich der Genese von Depression, etwas weniger gut war sie zu den Ausdrucksformen der Erkrankung informiert. Deutliche Wissensdefizite bestanden im

Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten von depressiven Störungen. Viele Menschen überschätzten die Möglichkeit mit Lifestyleangeboten, wie Sport oder Urlaub, gegen die Krankheit anzukommen, deren Wirksamkeit empirisch nicht belegt ist. Die Einnahme von Medikamenten gegen Depression wurde eher selten als sinnvoll erachtet. Entsprechend zeigte sich das deutlichste Fehlwissen im Hinblick auf die (Neben)wirkungen von Antidepressiva. Hier liegt ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt der Aufklärungskampagne.

Bei den *Verhaltensintentionen* bestätigte deutlich mehr als ein Drittel der befragten Personen, in letzter Zeit über Depression gesprochen zu haben. Eine weitere Erhöhung der Kommunikationsbereitschaft ist Ziel der Aufklärungsarbeit, um der Tabuisierung der Krankheit entgegen zu wirken.



## 5.2 Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne

Zehn Monate und zweiundzwanzig Monate nach Beginn der Aufklärungskampagne wurden weitere Befragungen in Nürnberg und Würzburg durchgeführt. Hier interessiert die Frage, ob Einstellungen in Nürnberg signifikant in die gewünschte Richtung verändert werden konnten, bzw. ob sich diese Veränderungen signifikant von der Kontrollregion unterscheiden. Zur Beantwortung dieser Frage ist in den folgenden Abbildungen der Interaktionsterm der logistischen Regressionsanalyse ( $\pi_i$ ) angegeben. Interaktionen der beiden Städte, die lediglich für das erste Kampagnenjahr ein signifikantes Niveau erreichen, nicht jedoch für den gesamten Interventionszeitraum, werden hierbei im Text gesondert angegeben. Darüber hinaus sind die Signifikanzen der zeitlichen Veränderungen innerhalb von Nürnberg bzw. Würzburg mit  $pt(N)$  bzw.  $pt(W)$  beschrieben. Eine Übersicht aller Auswertungen befindet sich im Anhang (Kap. 9.1.1.2)

### 5.2.1 Wahrnehmung der Aufklärungskampagne

Voraussetzung für einen Einstellungswandel ist die Wahrnehmung der Aufklärungskampagne. In diesem Zusammenhang sollen zwei Fragestellungen untersucht werden.

*W1: Verändert sich der Bekanntheitsgrad des NBgD während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant?*

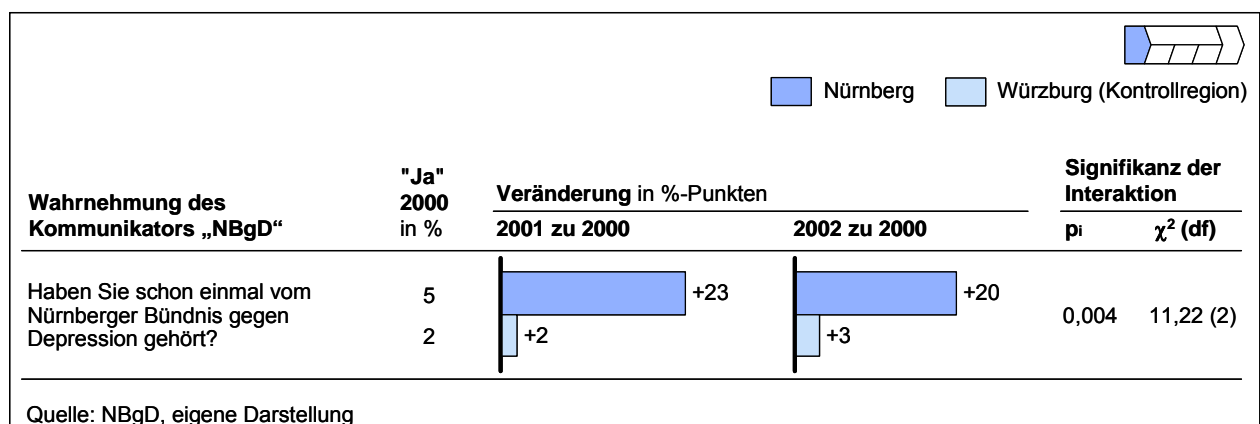


Abbildung 27: Wahrnehmung des Kommunikators „NBgD“

In Nürnberg ist während der Intervention eine signifikante Zunahme hinsichtlich der Wahrnehmung des NBgD zu beobachten. Während in der Baseline nur 5% der Nürnberger Bevölkerung das NBgD kannte, waren es ein Jahr nach Beginn der Aufklärungskampagne 28% (95% K.I.: 24%-31%). Im darauf folgenden Jahr bestätigten 25% (95% K.I.: 22%-29%) der Bevölkerung, vom NBgD gehört zu haben ( $p_{t(N)} < 0,001$ ). In der Kontrollregion war hier lediglich eine leichte Zunahme von 2% auf 5% beobachtbar ( $p_{t(W)} = 0,017$ ). Die Veränderungen in Nürnberg sind im Vergleich zur Kontrollregion signifikant ( $p_i = 0,004$ , Abb. 27).

*W2: Verändert sich die Wahrnehmung der öffentlichen Diskussion sowie der Diskussion im persönlichen Umfeld zur Krankheit Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant?*

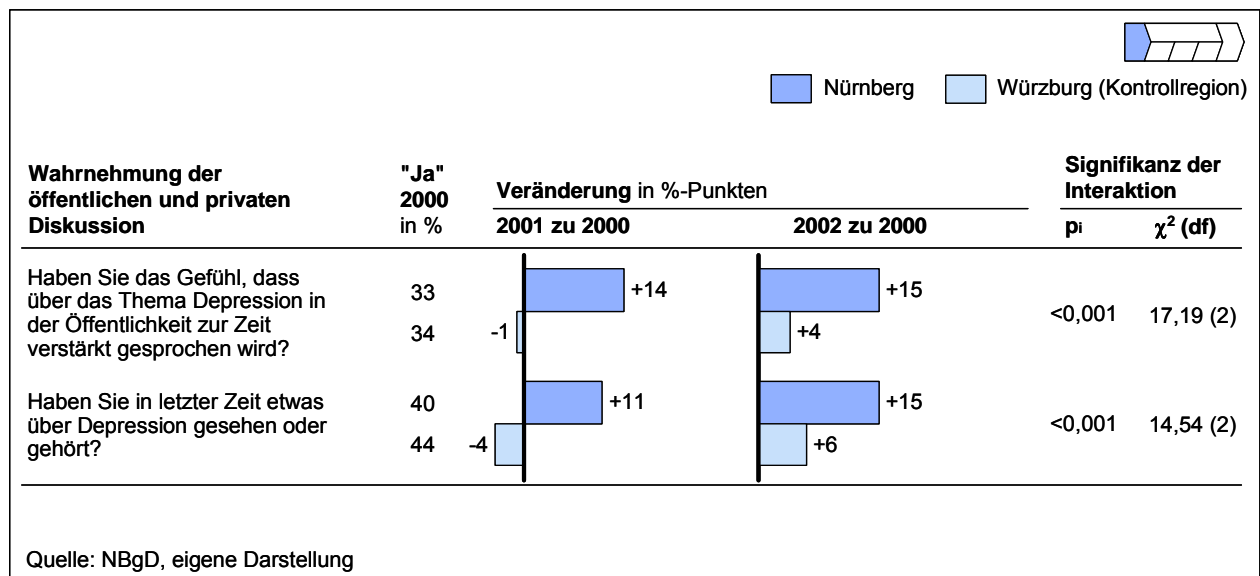


Abbildung 28: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne (2000-2002)

Der Bevölkerungsanteil in Nürnberg, der eine verstärkte öffentliche Diskussion zum Thema Depression wahrnahm, konnte im ersten Jahr von 33% auf 47% (95 K.I.: 43%-51%) und im zweiten Jahr auf 49% (95 K.I.: 43%-52%) signifikant erhöht werden ( $p_{t(N)} < 0,001$ ). In der Kontrollregion Würzburg zeigen sich hier erwartungsgemäß keine signifikanten Veränderungen (prä:34%, post:38%,  $p_{t(W)} = 0,203$ ). Die Interaktion der beiden Städte ist signifikant ( $p_i < 0,001$ ).

In Bezug auf die Diskussion im persönlichen Umfeld, bestätigten nach Beginn der Kampagne über die Hälfte der Nürnberger Bürger, in letzter Zeit etwas über

Depression gesehen oder gehört zu haben. Dies entspricht 11% (2001) bzw. 15% (2002) mehr als vor der Aufklärungskampagne (prä:40%, 95 K.I.: 36%-45%  $p_{t(N)} < 0,001$ ). Betrachtet man das 95% Konfidenzintervall während der Intervention liegt der wahre Wert im ersten Interventionsjahr zwischen 47% und 55% und im zweiten Jahr zwischen 51% und 59%. Die Veränderungen sind im Vergleich zu Würzburg signifikant ( $p_i < 0,001$ , Abb. 28).

Die Ergebnisse der ersten Fragestellung haben gezeigt, dass die Kampagne des NBgD und dessen Kommunikation von der Bevölkerung in Nürnberg bemerkt worden sind, und die allgemeine Diskussion zur Depression in der Öffentlichkeit erkennbar angeregt wurde. Mit den folgenden Analysen sollen Art und Ausmaß der Auswirkungen der Kampagne auf Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung untersucht werden.

#### 5.2.2 Veränderungen von allgemeinen Einstellungen zur Depression

Im Hinblick auf allgemeine Einstellungen zur Depression sind drei Fragestellungen untersucht worden.

*E1 ( $\Delta$ ): Konnte die Einschätzung des Schweregrads von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?*

Der Schweregrad einer Depression wurde vor Beginn der Aufklärungskampagne von 33% der Nürnberger Bevölkerung als schwer beurteilt. Während der Intervention konnte hier keine signifikante Zunahme erreicht werden (post:32%,  $p_{t(N)} = 0,597$ , Abb.29).

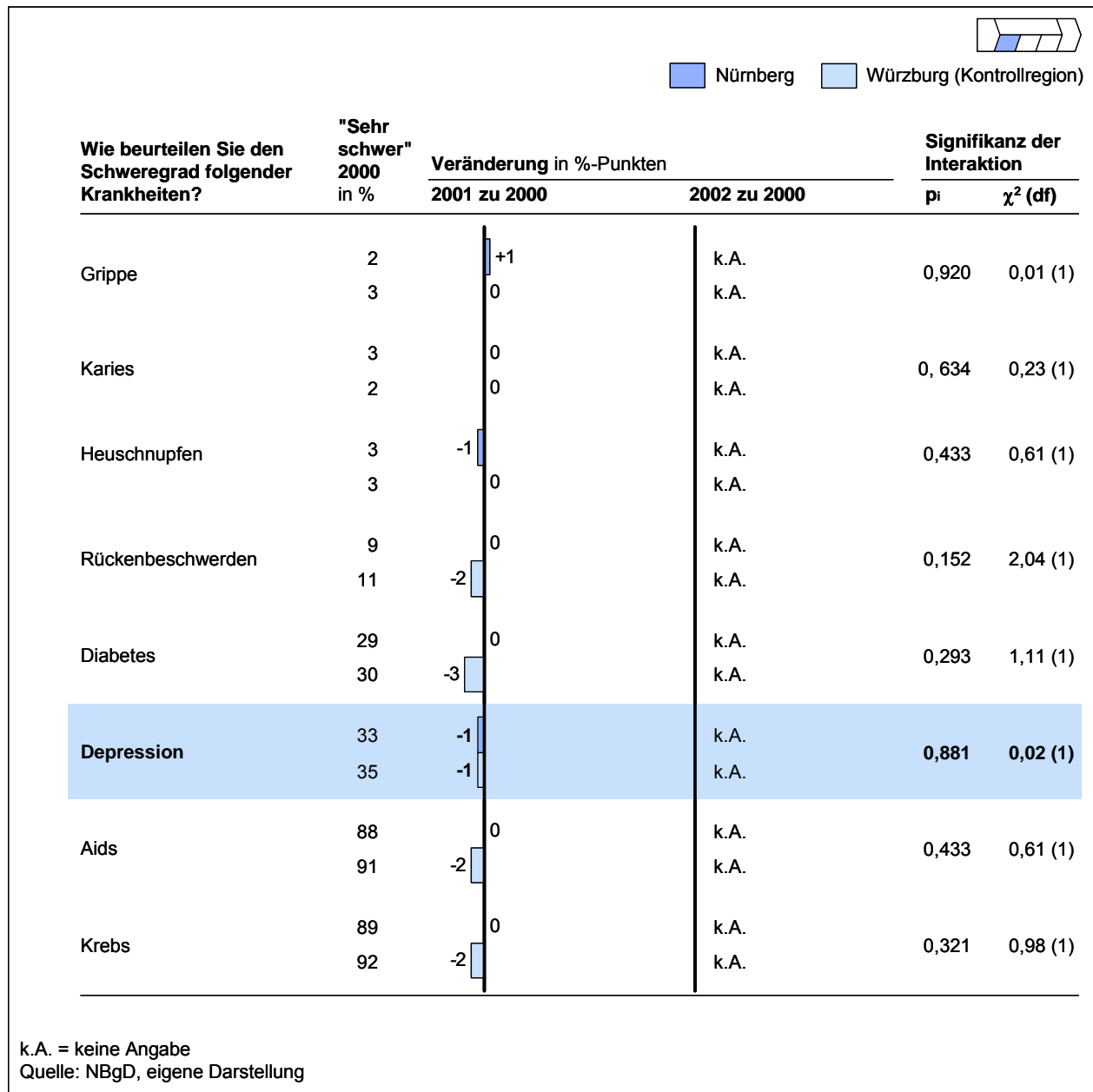


Abbildung 29: Veränderungen von allgemeinen Einstellungen: Schweregrad von Depression (2000-2002)

*E2 (Δ): Konnten (Vor-) Urteile zur Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?*

Bei den allgemeinen (Vor-) Urteilen zeigte sich, dass die Depression nach Beginn der Aufklärungskampagne häufiger als Krankheit anerkannt wurde: Die Anzahl der Personen mit der Meinung, eine Depression sei gar keine richtige Krankheit, konnte im ersten Interventionsjahr signifikant um die Hälfte reduziert werden (prä:12%, post:6%,  $p_{(N)} < 0,001$ ). Im zweiten Jahr war jedoch wieder das Ausgangsniveau

erreicht. Die Interaktion mit der Kontrollregion ist signifikant ( $p_i=0,004$ ). Der Bevölkerungsanteil mit dem Vorurteil, Betroffene müssten sich bei einer Depression zusammenreißen, ist während der Intervention ebenfalls leicht gesunken (prä:20%, post:16-18%,  $p_{t(N)}=0,161$ ). Ein signifikantes Niveau wird im Vergleich zur Kontrollregion allerdings klar verfehlt ( $p_i=0,919$ ). Darüber hinaus sind ein Jahr nach Beginn der Kampagne 5% mehr Personen der Meinung, die Depression sei eine behandlungsbedürftige Erkrankung (prä:78%, post:83%,  $p_{t(N)}=0,002$ ). Doch auch hier ist dieser Effekt im zweiten Jahr nicht mehr beobachtbar und der Vergleich mit der Kontrollregion ist nicht signifikant ( $p_i=0,550$ ; Abb. 30).

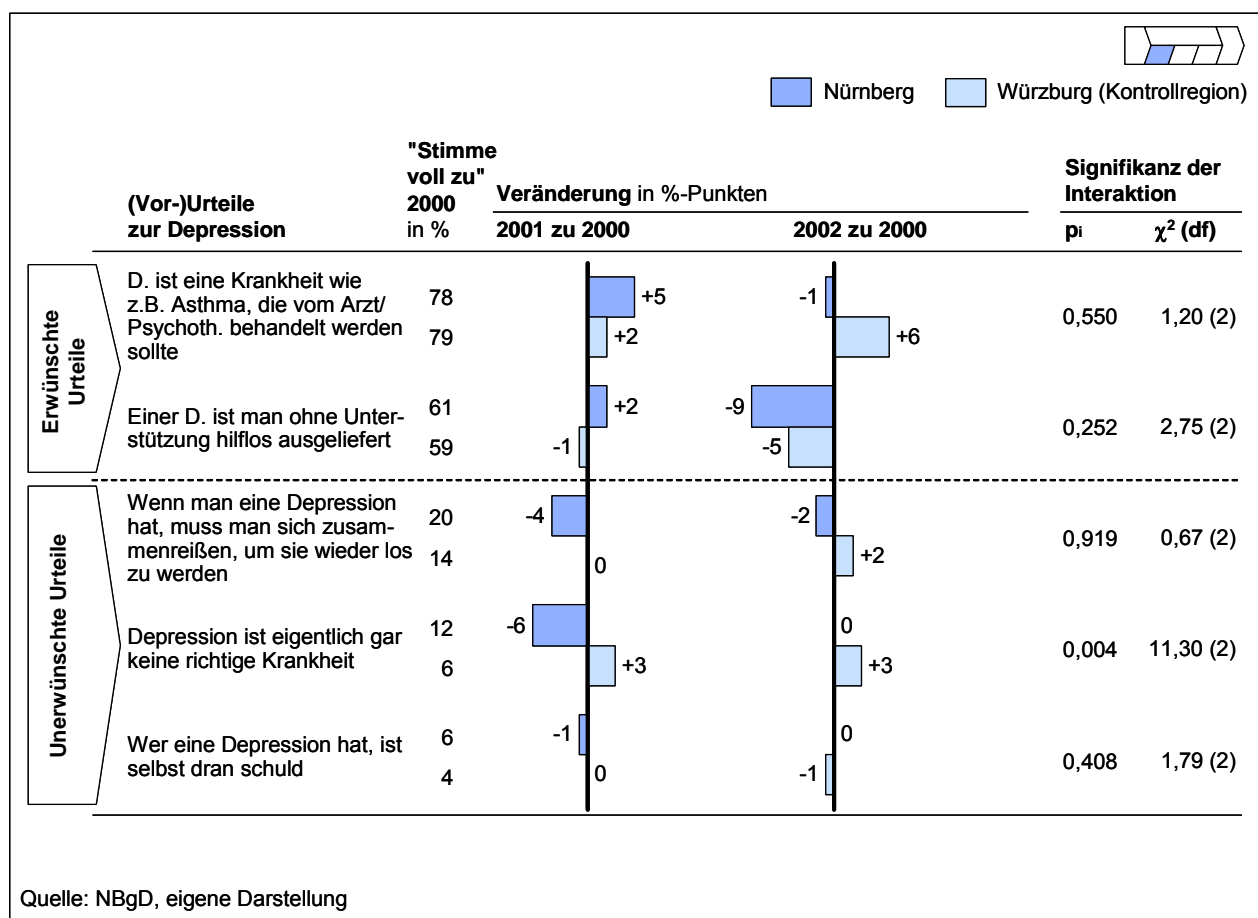


Abbildung 30: Veränderungen von allgemeinen Einstellungen: (Vor-) Urteile zur Depression (2000-2002)

In Abbildung 31 sind die Ergebnisse zu allgemeinen (Vor-) Urteilen zur Depression noch einmal unter Berücksichtigung einer Gewichtung dargestellt, wobei sich insgesamt ein sehr ähnliches Bild zeigt. Auch hier wird im Vergleich zur Kontrollregion lediglich für das Item „Depression ist eigentlich gar keine richtige Krankheit“ ein signifikantes Niveau erreicht ( $p_i=0,004$ ). Aufgrund der insgesamt

geringen Differenzen wird für die nachfolgenden Analysen auf eine gewichtete Darstellung der Daten verzichtet.

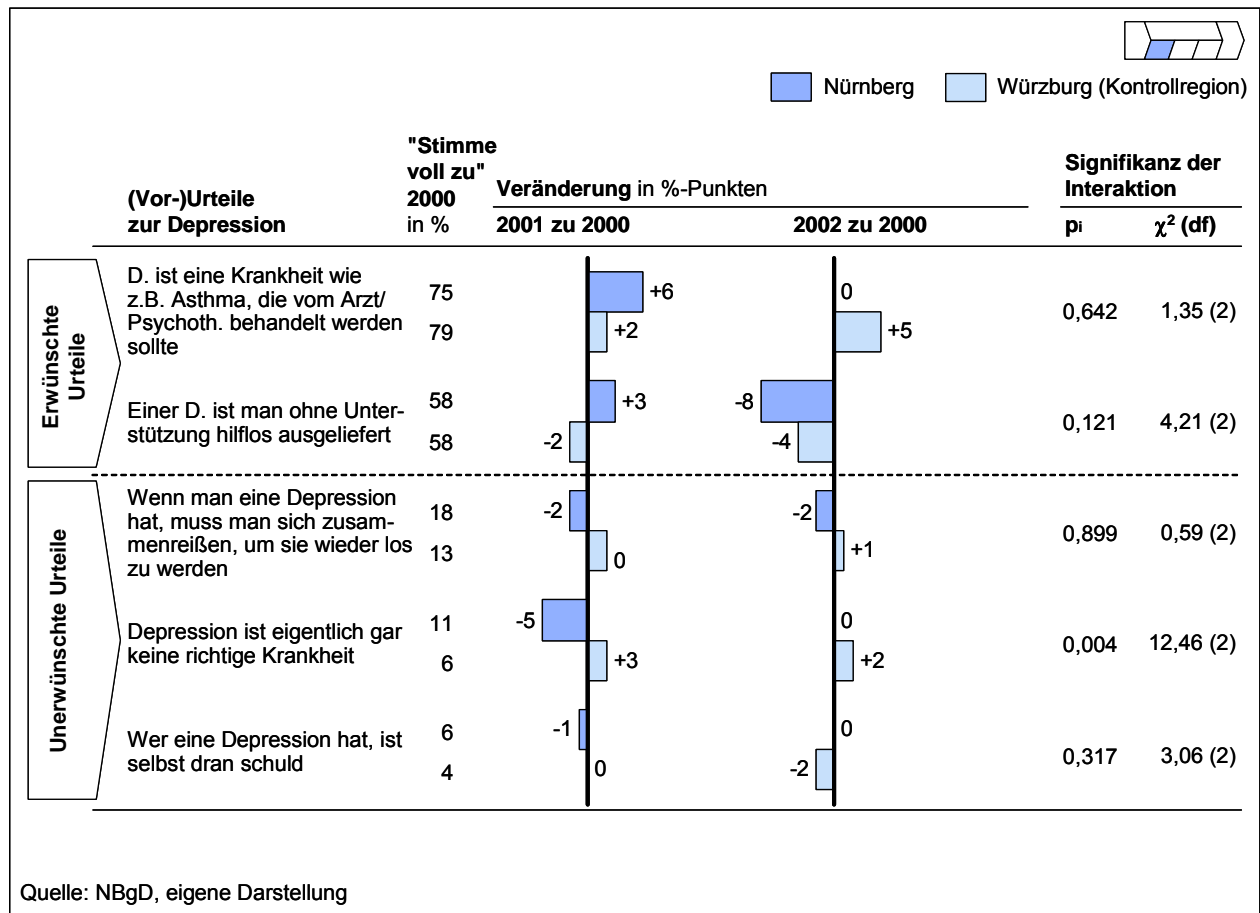


Abbildung 31: Veränderungen von allgemeinen Einstellungen: (Vor-) Urteile zur Depression (2000-2002) unter Berücksichtigung einer Gewichtung

**E3 (Δ): Konnte die Einschätzung der Behandelbarkeit von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?**

Die Effektivität der Behandlung von Depression wurde nach Beginn der Intervention um 4% (2001) bzw. um 8% (2002) höher eingeschätzt (prä:53%, p<sub>t(N)</sub>=0,055). In der Kontrollregion zeigten sich hier jedoch ebenfalls leichte positive Veränderungen (prä:57%, post:63%, p<sub>t(W)</sub>=0,147). Die Interaktion von Untersuchungs- und Kontrollregion ist nicht signifikant (p<sub>i</sub>=0,619, Abb. 32).

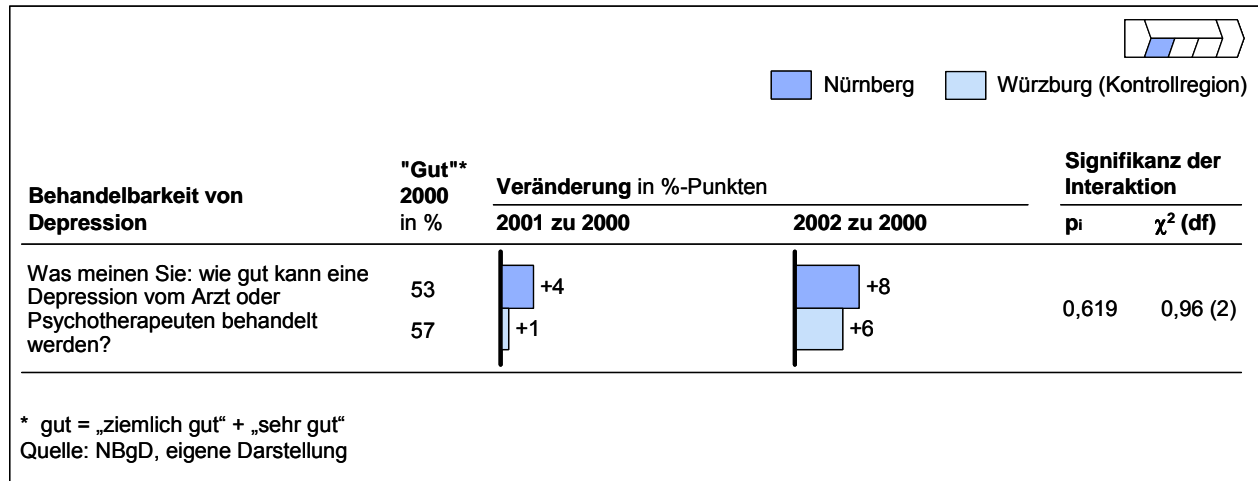


Abbildung 32: Veränderungen von allgemeinen Einstellungen: Behandelbarkeit von Depression (2000-2002)

### 5.2.3 Veränderungen von Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten

Bei den Fragestellungen 4 bis 7 ist von Interesse, ob im Vergleich zur Kontrollregion eine signifikante Zunahme an Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression sowie zu Antidepressiva im Speziellen erreicht werden konnte.

*E4 (Δ): Konnte der Wissensstand zu Ursachen von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?*

Betrachtet man nur das erste Kampagnenjahr, konnte der Bevölkerungsanteil, der „fehlende Selbstdisziplin“ als wichtig für die Genese von Depression ansieht, im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verringert werden (prä:30%, post:19%,  $p_{i(2000-2001)}=0,031$ ). Im darauf folgenden Jahr lag dieser Anteil bei 24% und damit immer noch niedriger als in der Baseline ( $p_{t(N)}<0,001$ ). Auf den gesamten Zeitraum gesehen verfehlt der Vergleich mit der Kontrollregion jedoch ein signifikantes Niveau ( $p_i=0,078$ ). Auch die stigmatisierende Ursachenzuschreibung „Charakterschwäche“ konnte im ersten Interventionsjahr im Vergleich zur Kontrollregion tendenziell reduziert werden (prä:23%, post:15%,  $p_{i(2000-2001)}=0,069$ ). Im zweiten Jahr war hier jedoch wieder der Ausgangswert erreicht worden und für den gesamten Interventionszeitraum ergibt sich ebenfalls kein signifikantes Niveau ( $p_i=0,087$ ). Ein signifikanter Rückgang im ersten Interventionsjahr ist außerdem für die falsche

Ursachenzuschreibung „Umweltgifte“ beobachtet worden (prä:28%, post:18%,  $p_i=0,033$ ). Bei weiteren empirisch nicht belegten Begründungen von Depression, wie „falsche Lebensführung“ (prä:33%, post:24%,  $p_{t(N)}<0,001$ ) oder „falsche Ernährung“ (prä:15%, post:11%,  $p_{t(N)}=0,086$ ) war ebenfalls ein Rückgang in Nürnberg festzustellen –im Vergleich zur Kontrollregion jedoch nicht signifikant.

Kein Wissenszuwachs zeigte sich hingegen für empirisch belegte, d.h. „richtige“ Ursachen von Depression, wie Vererbung oder Stoffwechselstörung im Gehirn. Vielmehr waren diese Begründungen von Depression ebenfalls seltener als wichtig erachtet worden (Abb. 33).



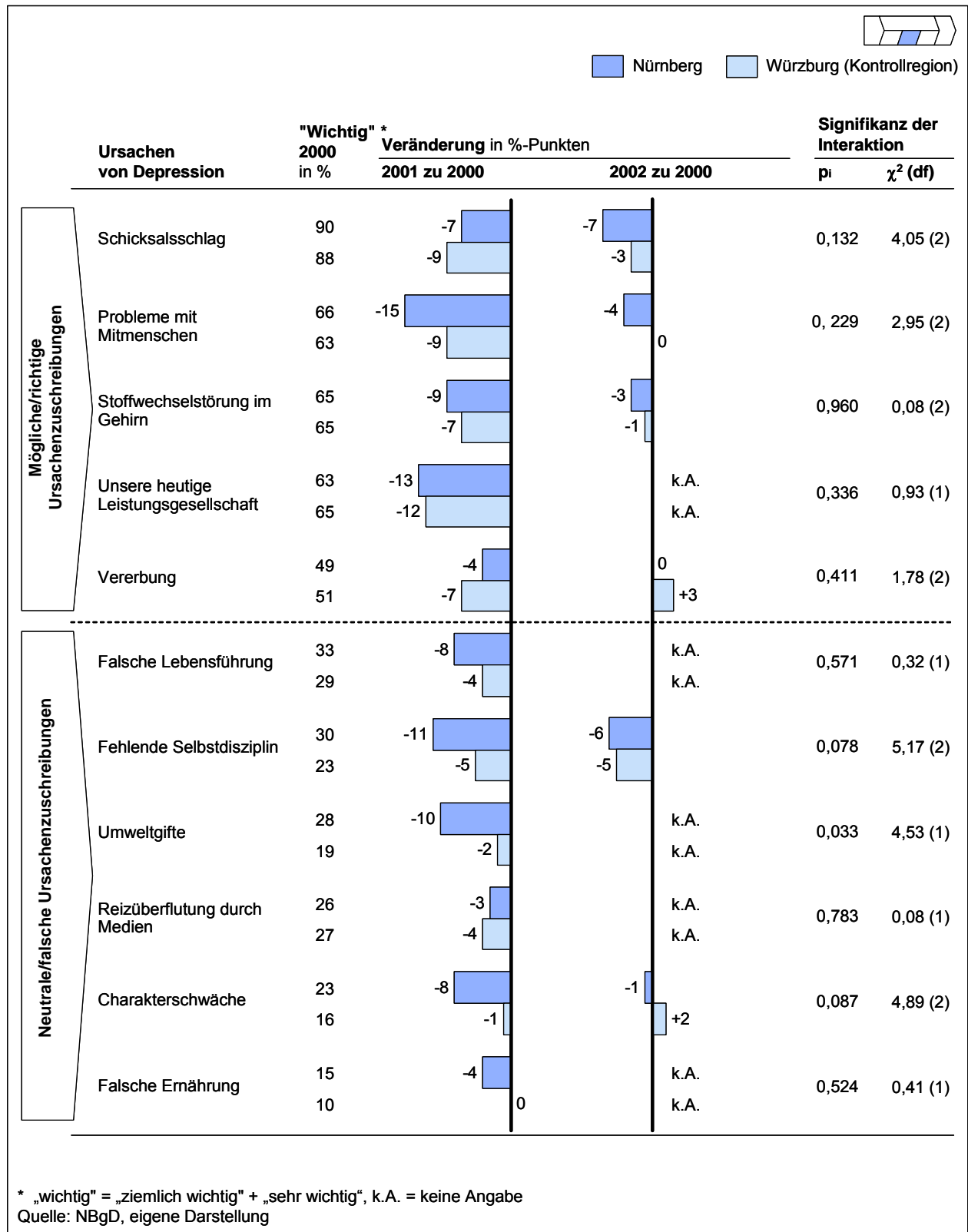


Abbildung 33: Veränderungen von Wissen: Ursachen von Depression (2000-2002)

**E5 (Δ): Konnte der Wissensstand zu Symptomen von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?**

Im Hinblick auf das Wissen zu Symptomen einer Depression sind im Vergleich zur Kontrollregion keine signifikanten Veränderungen festgestellt worden (Abb. 34).

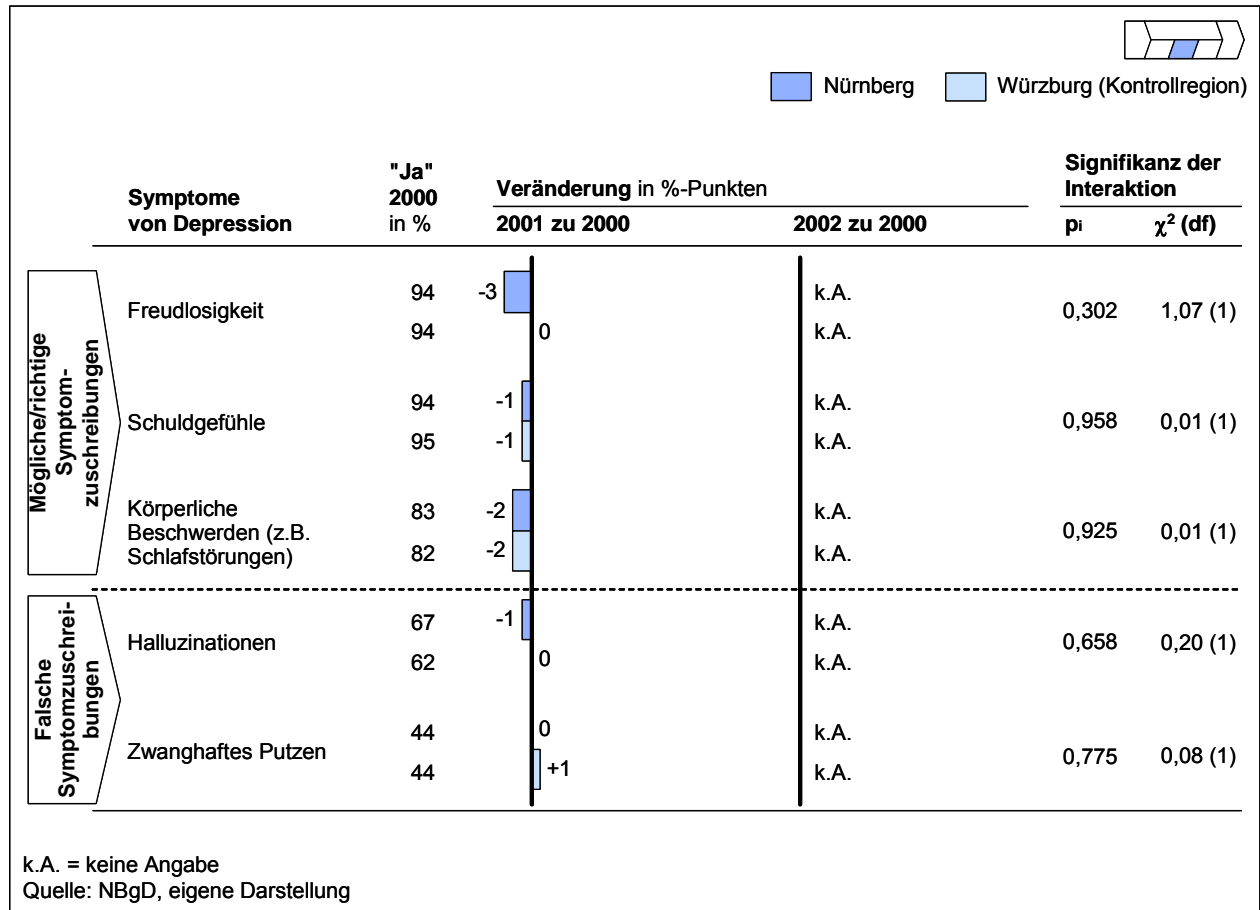


Abbildung 34: Veränderungen von Wissen: Symptome von Depression (2000-2002)

**E6 (Δ): Konnte der Wissensstand zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?**

Die Rolle des Psychotherapeuten bei der Depressionsbehandlung war nach zehn Monaten Intervention in Nürnberg häufiger als wichtig erachtet worden (prä:75%, post:80%, p<sub>t(N)</sub>=0,065). Im zweiten Interventionsjahr zeigt sich dieser Effekt jedoch rückläufig (post:74%) und der Vergleich mit der Kontrollregion ist nicht signifikant (p<sub>i</sub>=0,344). Ebenso hielten es im ersten Interventionsjahr signifikant mehr Nürnberger für sinnvoll, bei Depression einen Arzt aufzusuchen (prä:68%, post 75%, p<sub>t(N)</sub>=0,031).

Im zweiten Interventionsjahr sank dieser Wert allerdings wieder weit unter den Ausgangswert (59%) und die Interaktion mit der Kontrollregion verfehlt klar ein signifikantes Niveau ( $p_i=0,599$ ). Eine positive Tendenz zeigte sich auch im Hinblick auf die Einstellung zur medikamentösen Therapie. Im ersten Interventionsjahr befürworteten 5% mehr Personen eine Behandlung mit Antidepressiva (prä:30%, post:35%,  $p_{t(N)}=0,065$ ). Im Vergleich zur Kontrollregion wird hier für das erste Kampagnenjahr ein signifikantes Niveau nur knapp verfehlt ( $p_i=0,077$ ). Im zweiten Kampagnenjahr sind immer noch 32% der Bevölkerung dieser Meinung ( $p_{t(N)}=0,167$ ). Die Interaktion für den Gesamtzeitraum der Intervention ist jedoch klar nicht signifikant ( $p_i=0,699$ ). Der Anteil an Personen mit der Einstellung „sich zusammen zu reißen“ sei geeignet, um etwas gegen Depression zu tun, konnte im ersten Kampagnenjahr um fast ein Viertel reduziert werden (prä:22%, post:17%,  $p_{t(N)}=0,069$ ). Im zweiten Jahr war dieser Effekt jedoch wieder rückläufig und der Vergleich mit Würzburg ist nicht signifikant ( $p_i=0,435$ ). Ein rückwärtiger Trend zeigte sich außerdem für die Behandlungsmöglichkeiten „Autogenes Training“ und „Sport machen“ (Abb. 35).

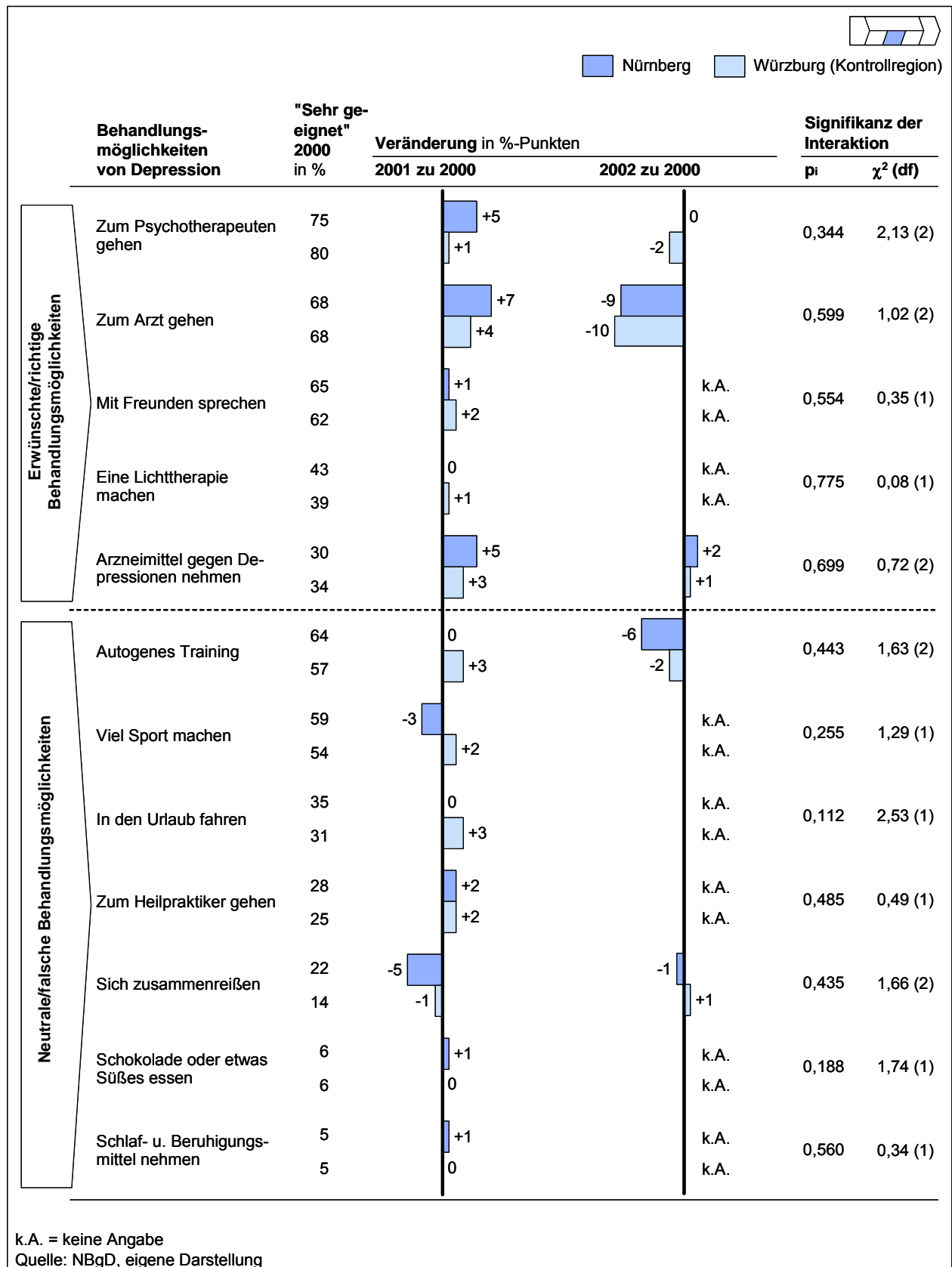


Abbildung 35: Veränderungen von Wissen: Behandlungsmöglichkeiten von Depression (2000-2002)

**E7 (Δ): Konnte der Wissensstand zur Wirkungsweise von Antidepressiva während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?**

Die Akzeptanz von Antidepressiva nahm während der Aufklärungskampagne nur bei einem Item zu. Die Ansicht, man sei noch man selbst, wenn man Antidepressiva nehme, ist in Nürnberg im Vergleich zur Baseline signifikant gestiegen (prä:38%, post:46%,  $p_{t(N)}=0,020$ ). In der Kontrollregion zeigen sich hier jedoch ebenfalls tendenzielle Veränderungen (prä: 47%, post: 51%,  $p_{t(W)}=0,527$ ). Die Interaktion ist nicht signifikant ( $p_i=0,345$ ). Einstellungen bezüglich eines vermeintlichen Abhängigkeitspotenzials sowie einer Persönlichkeitsveränderung konnten nicht beeinflusst werden (Abb. 36).

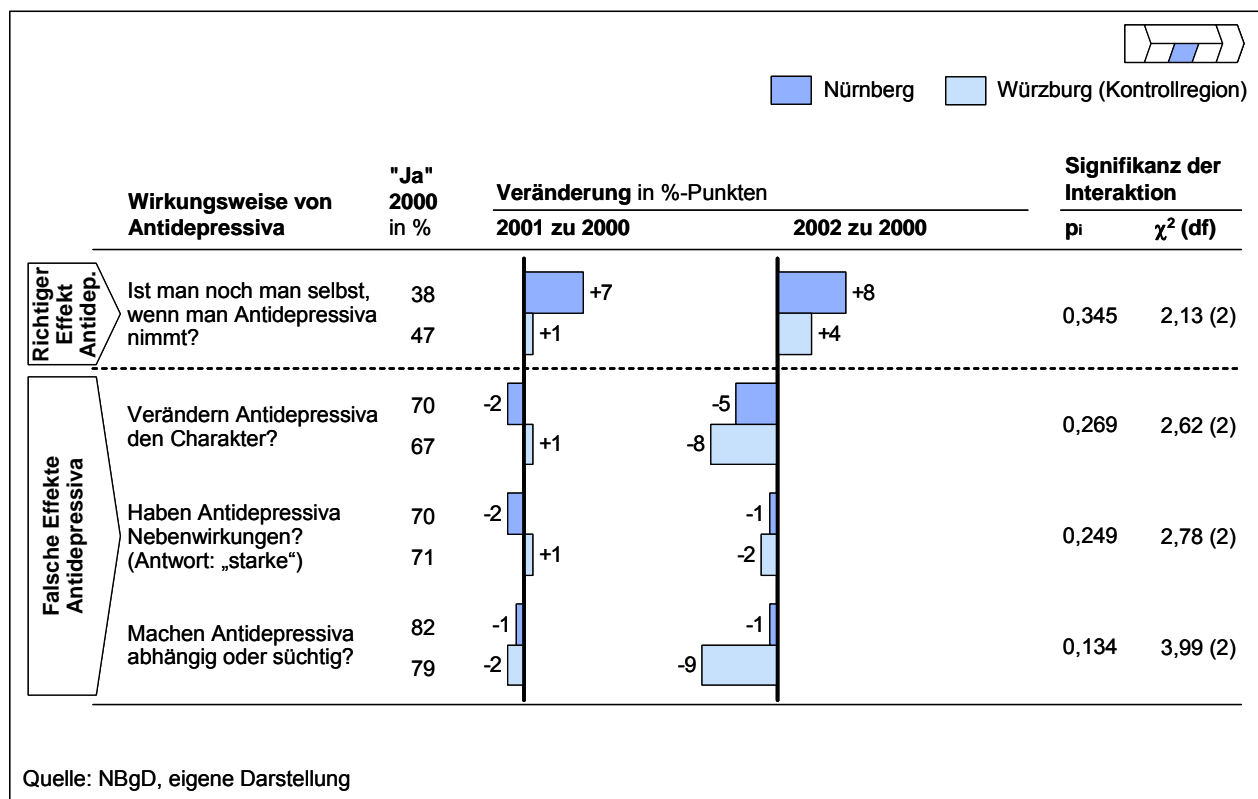


Abbildung 36: Veränderungen von Wissen: Antidepressiva (2000-2002)

**5.2.4 Veränderungen von Verhaltensintentionen**

Mit der letzten Fragestellung soll überprüft werden, ob die Bereitschaft, über die Krankheit Depression zu sprechen, aufgrund der Aufklärungskampagne erhöht werden konnte.

**E8 (Δ):Konnte die persönliche Kommunikationsbereitschaft zum Thema Depression**

während der Aufklärungskampagne in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion signifikant verändert werden?

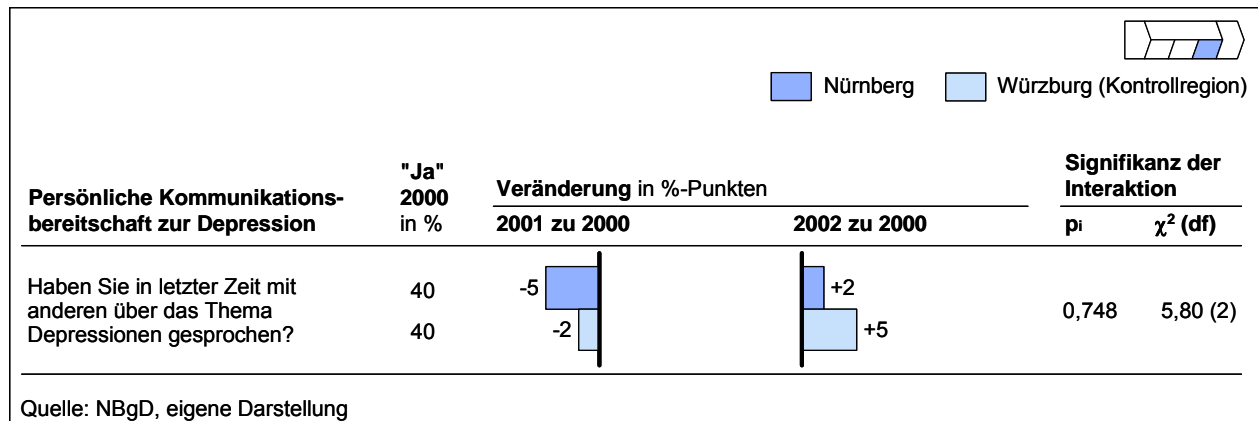


Abbildung 37: Veränderungen von Verhaltensintentionen: Persönliche Kommunikationsbereitschaft zur Depression (2000-2002)

Abbildung 37 zeigt, dass die persönliche Kommunikationsbereitschaft zur Krankheit Depression in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion nicht signifikant erhöht werden konnte.

### 5.2.5 Kapitelzusammenfassung

Zusammenfassend ist fest zu stellen, dass die Aufklärungskampagne des NBgD erkennbare Wirkungen im Hinblick auf die *Wahrnehmung der Aufklärungskampagne* erzielen konnte. Es zeigte sich, dass der Kommunikator „NBgD“ und seine öffentliche Diskussion bemerkt worden waren. Darüber hinaus hatte die Bevölkerung von Nürnberg eine zunehmende Diskussion zur Krankheit Depression im persönlichen Umfeld wahrgenommen. Eine im Vergleich zur Kontrollregion signifikante Einstellungsänderung konnte hingegen überwiegend nicht erreicht werden.

*Allgemeine Einstellungen* konnten nur geringfügig beeinflusst werden. Während die Einschätzung des Schweregrads von Depression nicht erhöht werden konnte, waren bei den (Vor-)Urteilen positive Einstellungsänderungen in Nürnberg beobachtbar, die jedoch im Vergleich zur Kontrollregion nur bei einem Item signifikant sind. Die Akzeptanz der Depression als Krankheit konnte hier im Vergleich zur Kontrollregion signifikant erhöht werden. Das Vertrauen in die Behandelbarkeit von Depression war in Nürnberg ebenfalls gestiegen. In der Kontrollregion waren hier jedoch ähnliche Effekte beobachtbar.

Im Hinblick auf das *Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten* zeigten sich die deutlichsten Veränderungen der Ursachen depressiver Störungen. Ein teilweise signifikanter Rückgang im Vergleich zur Kontrollregion ist für die Ursachenzuschreibungen Charakterschwäche, fehlende Selbstdisziplin und Umweltgifte beobachtet worden. Positive Veränderungen zeigten sich außerdem bei einigen Behandlungsmöglichkeiten von Depression, wie dem Arzt- und Psychotherapeutenbesuch oder einer medikamentösen Therapie. In keinem der Fälle war der Vergleich mit der Kontrollregion jedoch signifikant. Darüber hinaus war der überwiegende Teil der Einstellungsänderungen im zweiten Kampagnenjahr wieder rückläufig. Das Wissen zu Symptomen konnte nicht verändert werden.

Ebenso konnte die *Verhaltensintention* über die Krankheit Depression zu kommunizieren im Rahmen der Aufklärungskampagne nicht erhöht werden.

## 5.3 Subgruppenanalysen

### 5.3.1 Der Einfluss soziodemographischer Variablen

Soziodemographische Variablen üben möglicherweise einen moderierenden Einfluss auf die beschriebenen Ergebnisse aus. Ferner sind bei der Beschreibung der Stichprobe teilweise Abweichungen zwischen Untersuchungs- und Kontrollregion festgestellt worden (vgl. Kap. 4.4). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden der Einfluss des Geschlechts, des Alters und des Bildungsstands auf Einstellungen und Einstellungsänderungen anhand einer Reihe von Zusatzanalysen untersucht. Für die Subgruppenanalysen sind die Ergebnisse in den folgenden Abbildungen nur auszugsweise dargestellt. Einen Überblick aller Ergebnisse enthält der Anhang.

#### 5.3.1.1 Geschlecht

Bei den Einstellungen von weiblichen und männlichen Personen zeigte sich, dass Frauen vor Beginn der Kampagne signifikant mehr Wissen und positivere Einstellungen zur Depression aufweisen konnten. Untersuchungs- und Kontrollregion zeigen hier ein sehr ähnliches Bild. Im Text sind aufgrund eines besseren Leseflusses lediglich die Ergebnisse für Nürnberg dargestellt, die Ergebnisse für Würzburg sind den Abbildungen bzw. detailliert dem Anhang zu entnehmen.

Der Schweregrad einer Depression ist von Frauen vor Beginn der Kampagne signifikant häufiger als „schwer“ bzw. „sehr schwer“ beurteilt worden (w:38%, m:26%,  $p<0,001$ ). Frauen waren außerdem signifikant häufiger der Meinung, man sei einer Depression ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert (w:66%, m:53%,  $p<0,001$ ). Weibliche Personen schätzten die Depression signifikant öfter als behandlungsbedürftige Krankheit ein (w:82%, m:71%,  $p=0,003$ ) und beurteilten deren Behandelbarkeit signifikant häufiger als gut (w:58%, m:47%,  $p=0,032$ ).

Im Hinblick auf empirisch belegte Ursachen von Depression wurden „Stoffwechselstörung des Gehirns“ (w:69%, m:57%,  $p=0,018$ ) oder „Vererbung“ (w:53%, m:43%,  $p=0,041$ ) von weiblichen Personen vor Beginn der Kampagne signifikant häufiger bestätigt. Auch waren sie besser zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression informiert. Signifikant mehr Frauen befürworteten den Besuch eines Psychotherapeuten (w:79%, m:69%,  $p=0,004$ ) oder Arztes (w:75%, m:58%,



p<0,001). Eine Lichttherapie ist von Frauen signifikant häufiger als sehr geeignete Behandlungsmöglichkeit bestätigt worden (w:52%, m:26%, p<0,001). Ebenso lag die Kommunikationsbereitschaft zum Thema Depression bei Frauen signifikant höher, als bei den männlichen Bürgern (w:60%, m:40%, p=0,001). Einstellungen zu Antidepressiva unterschieden sich hingegen überwiegend nicht zwischen den Geschlechtern.

Während der Intervention wird deutlich, dass die Kampagne von beiden Geschlechtern wahrgenommen worden war, wobei Frauen eine stärkere Zunahme hinsichtlich des Bekanntheitsgrads des NBgD zeigten (w:25-27%, m:13-16%). Im Hinblick auf die Wahrnehmung der öffentlichen und privaten Diskussion zum Thema Depression zeigten Frauen ein etwas höheres Ausgangsniveau. Während der Intervention waren hier ähnliche Veränderungen für beide Geschlechter beobachtbar. Die Effekte erreichen jedoch im Vergleich zur Kontrollregion nur bei Frauen ein signifikantes Niveau (Abb. 38).

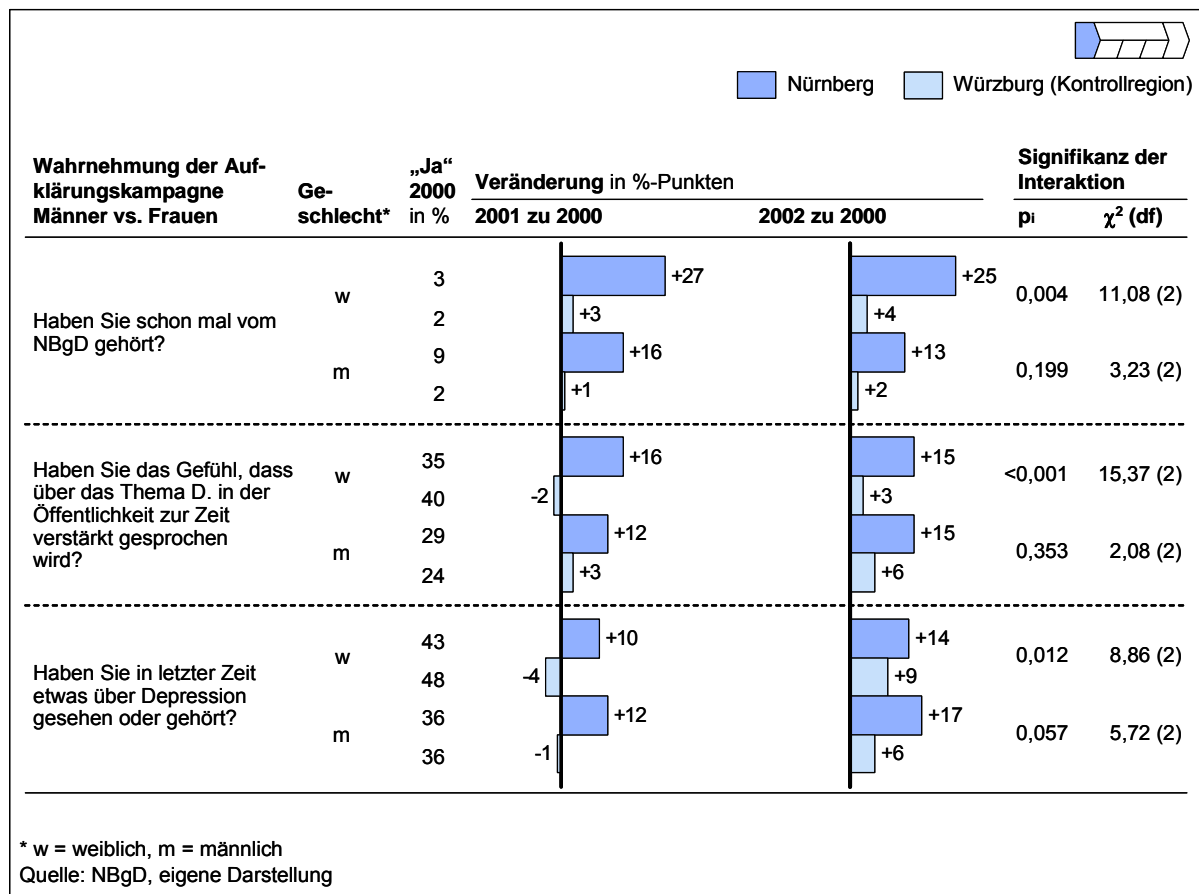


Abbildung 38: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne: Männer versus Frauen (2000-2002)

Betrachtet man Einstellungsänderungen während der Kampagne bei Frauen und Männern getrennt, ergibt sich insgesamt ein heterogenes Bild. Bei einer Reihe von Items waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern fest zu stellen (Details siehe Anhang). Für allgemeine Einstellungen zeigte sich hingegen bei Männern insgesamt ein deutlicherer Einstellungswandel (Anmerkung zu Abb. 39: Um Geschlechtsunterschiede besser zu verdeutlichen ist, abweichend von den vorherigen Abbildungen, hier die Antwortausprägung „Stimme gar nicht zu“ dargestellt).

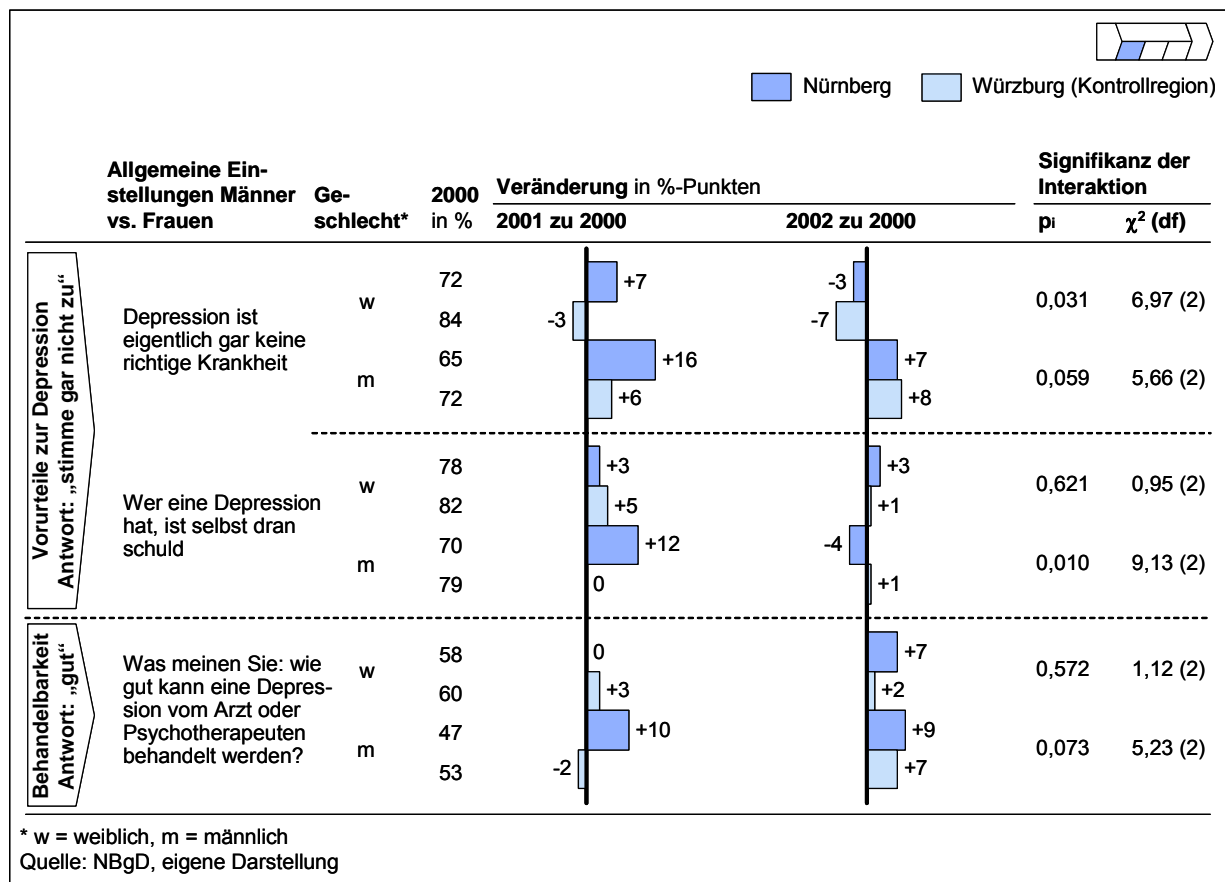


Abbildung 39: Veränderungen von allgemeinen Einstellungen zur Depression: Männer versus Frauen (2000-2002)

Die Ablehnung des Vorurteils „eine Depression ist eigentlich gar keine Krankheit“ nahm bei Männern um 16% (2001) bzw. um 7% (2002) zu (prä:65%, pi=0,059). Bei Frauen war hier im ersten Jahr eine geringere Veränderung beobachtet worden, die im zweiten Jahr rückläufig war. Die Interaktion ist bei Frauen jedoch signifikant (ein signifikantes Niveau wird auch erreicht, wenn lediglich das erste Kampagnenjahr betrachtet wird (pi(2000-2001)=0,007)). Die Ablehnung der Aussage „wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld“ konnte bei Männern im ersten

Kampagnenjahr um 12% erhöht werden (prä:70%). Die Interaktion mit Würzburg verfehlt für das erste Jahr nur knapp ein signifikantes Niveau ( $p_{i(2000-2001)}=0,054$ ). Im zweiten Jahr war dieser Effekt jedoch rückläufig. Frauen weisen hier nur geringere Veränderungen auf (prä:78%, post:81%,  $p_i=0,621$ ). Auch die Einschätzung der Behandelbarkeit von Depression konnte bei Männern insgesamt deutlicher verbessert werden (prä:47%, post:56%,  $p_i=0,073$ ).

Ebenso zeigten Männer größere Veränderungen im Hinblick auf das Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression (Abb. 40). Die Zustimmung zu einem Psychotherapeutenbesuch erhöhte sich bei Männern im ersten Kampagnenjahr um 9% (prä:69%,  $p_{t(N)}=0,037$ ), bei Frauen lediglich um 3% (prä:79%,  $p_{t(N)}=0,389$ ). Auch wurde der Arztbesuch bei Männern im ersten Kampagnenjahr häufiger befürwortet (prä:58%, post:72%,  $p_{t(N)}=0,002$ ) als bei Frauen (prä:75%, post:77%,  $p_{t(N)}=0,849$ ). Die genannten Effekte waren bei beiden Geschlechtern im zweiten Jahr jedoch wieder rückläufig und sind im Vergleich zur Kontrollregion nicht signifikant.

Unterschiede zwischen Frauen und Männern waren auch hinsichtlich der Zustimmung zu einer Lichttherapie beobachtbar. Diese konnte lediglich bei Männern erhöht werden (prä:26%, post:36%). Die Interaktion mit der Kontrollregion ist für die männliche Bevölkerung signifikant ( $p_i=0,008$ ).

Ein anderes Bild zeigt sich im Hinblick auf das Wissen zu Antidepressiva. Hier waren bei Frauen tendenziell größere Veränderungen zu beobachten. Die Meinung, dass Antidepressiva starke Nebenwirkungen haben, wurde bei Frauen um 4% (2001) bzw. 2% (2002) gesenkt (prä:70%,  $p_{t(N)}=0,766$ ). Die Angst vor Abhängigkeit war bei Frauen von 85% auf 80% (2001) bzw. 78% (2002) gemindert worden ( $p_{t(N)}=0,070$ ). Im Vergleich zur Kontrollregion erreichen die Veränderungen bei Frauen jedoch kein signifikantes Niveau. Bei Männern zeigten sich hier in Nürnberg keinerlei Einstellungsänderungen in die richtige Richtung (Abb. 40).

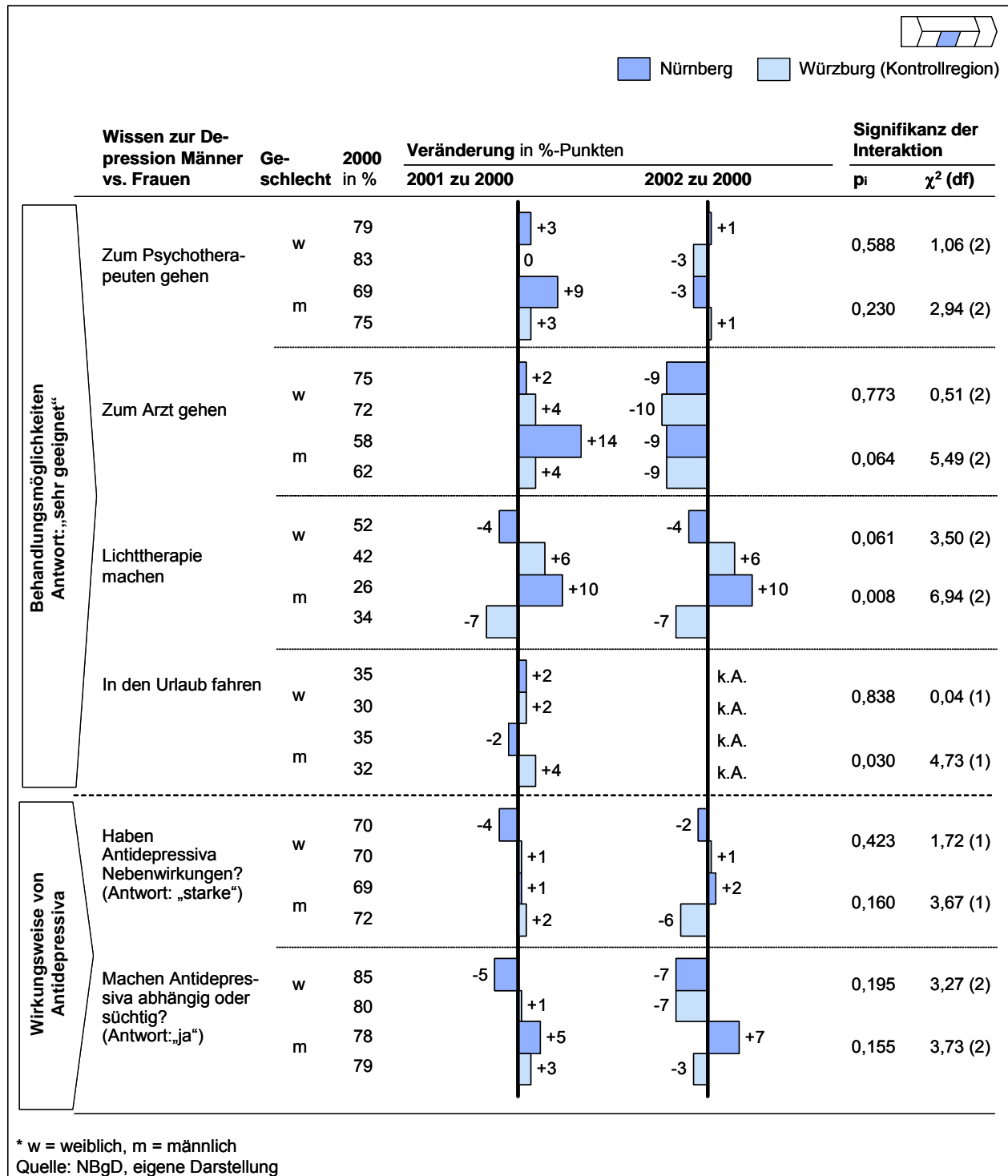


Abbildung 40: Veränderungen von Wissen zur Depression: Männer versus Frauen (2000-2002)

Ein weiterer Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigte sich hinsichtlich der Bereitschaft, über die Krankheit Depression zu sprechen. Die verhältnismäßig hohe Kommunikationsbereitschaft bei Frauen vor Beginn der Kampagne konnte während der Intervention nicht weiter gesteigert werden, sondern nahm im ersten Jahr vielmehr ab. Bei Männern wurde die Bereitschaft zu kommunizieren hingegen um 2%

(2001) bzw. 11% (2002) erhöht (prä:28%,  $p_t(N)=0,037$ ). Doch auch hier erreicht die Gegenüberstellung mit der Kontrollregion kein signifikantes Niveau ( $p_i=0,446$ ; Abb.41).

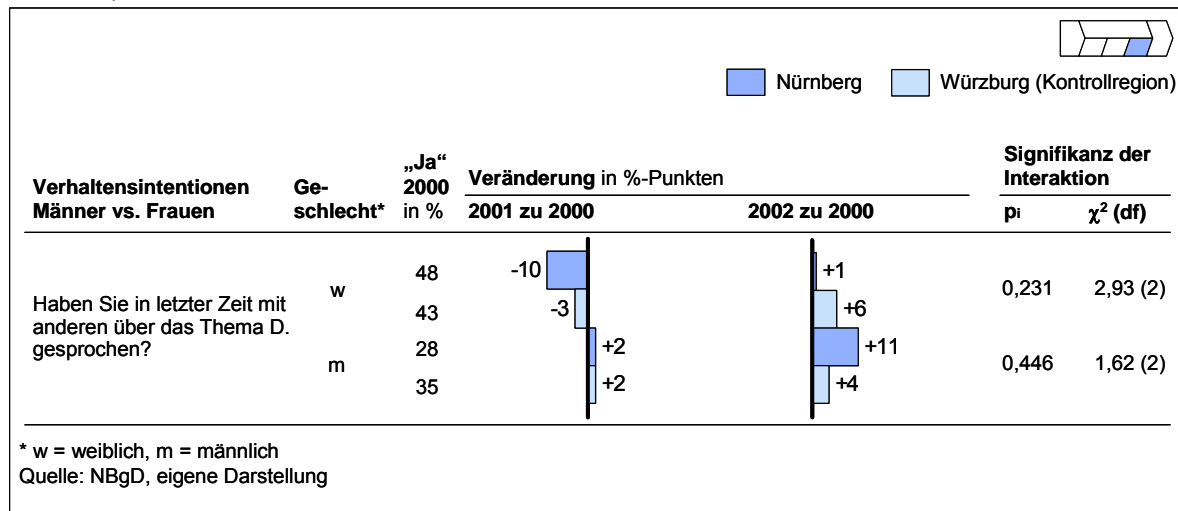


Abbildung 41: Veränderungen von Verhaltensintentionen: Persönliche Kommunikationsbereitschaft zur Depression; Männer versus Frauen (2000-2002)

### 5.3.1.2 Alter

Ältere Menschen stellen für die Krankheit Depression eine besondere Risikogruppe dar, so dass sie für die vorliegende Untersuchung von besonderem Interesse sind. Für die folgenden Auswertungen wurde als Altersgrenze 60 Jahre gewählt. Die Lebensphase ab 60 ist typischerweise gekennzeichnet durch die vermehrte Auseinandersetzung mit dem Ruhestand, mit dem älter werden und mit dem Tod. Die Ergebnisse für die Baseline werden im folgenden Abschnitt zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit wieder nur für Nürnberg vorgestellt. Die Ergebnisse für Würzburg sind den Abbildungen bzw. dem Anhang zu entnehmen.

Vor Beginn der Kampagne sind negative Einstellungen zur Depression von den über 60 jährigen deutlich häufiger geäußert worden, als von jüngeren Personen. Die Befragten über 60 waren signifikant seltener der Meinung, es handele sich bei Depression um eine schwere Krankheit ( $\leq 60$  Jahre: 34%,  $> 60$  Jahre: 21%,  $p=0,014$ ). Entsprechend glaubten über 60 jährige häufiger, Depression sei im Grunde gar keine Krankheit ( $\leq 60$  Jahre: 11%,  $> 60$  Jahre: 19%,  $p=0,027$ ), und sie waren öfter der Meinung, man müsse sich bei einer Depression zusammenreißen ( $\leq 60$  Jahre: 19%,  $> 60$  Jahre: 23%,  $p<0,056$ ). Ältere Menschen schätzten außerdem die Behandelbarkeit von Depression signifikant seltener als gut ein ( $\leq 60$  Jahre: 55%,

> 60 Jahre: 39%, p=0,005).

Fehlende Selbstdisziplin ( $\leq 60$  Jahre: 30%,  $> 60$  Jahre: 37%, p=0,160) und Charakterschwäche ( $\leq 60$  Jahre: 22%,  $> 60$  Jahre: 28%, p=0,123) wurden von älteren Menschen tendenziell häufiger als wichtige Ursachen von Depression genannt. Der Besuch eines Psychotherapeuten wurde im Vergleich zu jüngeren Menschen signifikant seltener befürwortet ( $\leq 60$  Jahre: 76%,  $> 60$  Jahre: 71%, p=0,026) und die Lichttherapie war den über 60 jährigen seltener als Behandlungsmethode bekannt ( $\leq 60$  Jahre: 45%,  $> 60$  Jahre: 26%, p=0,003). Eine Ausnahme bildet die Einnahme von Medikamenten. Diese Maßnahme befürworteten ältere Menschen signifikant häufiger ( $\leq 60$  Jahre: 28%,  $> 60$  Jahre: 41%, p=0,023). Im Hinblick auf das Wissen zur Wirkungsweise von Antidepressiva bestanden vor Beginn der Kampagne keine Unterschiede zwischen den zwei Altersgruppen.

Betrachtet man die Ergebnisse während der Intervention, zeigt sich, dass die Kampagne von der älteren Generation etwas weniger gut wahrgenommen worden war (Abb.42).

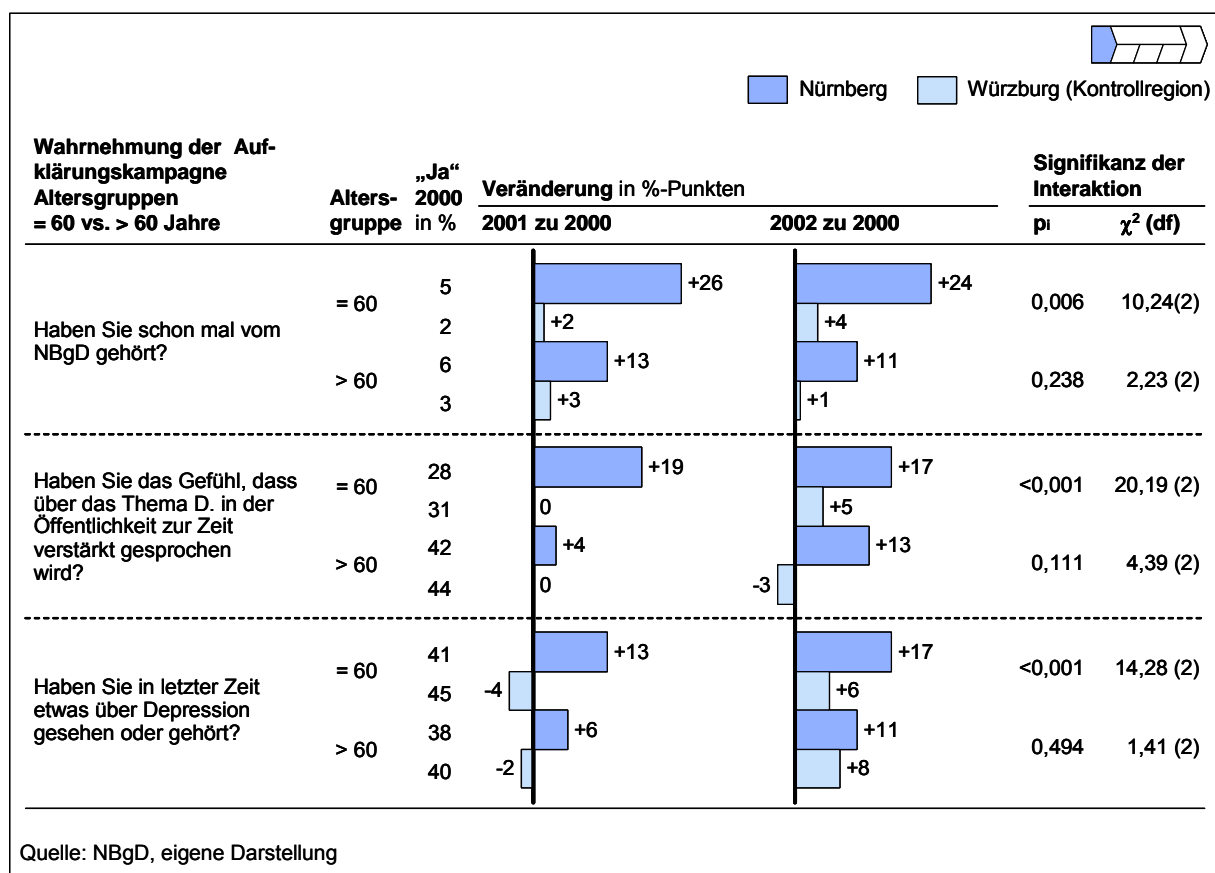


Abbildung 42: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne bei Personen  $\leq 60$  Jahre versus  $> 60$  Jahre (2000-2002)

Dennoch war bei der Risikogruppe der über 60 jährigen teilweise ein deutlicher Einstellungswandel beobachtbar, der sich bei jüngeren Bürgern nicht in diesem Ausmaß zeigte: Das Vorurteil, man müsse sich bei einer Depression zusammenreißen, ist bei älteren Menschen im ersten Jahr um 9% reduziert worden (prä:30%,  $p_t(N)=0,033$ ). Im zweiten Kampagnenjahr war dieser Effekt jedoch wieder rückläufig. Die Interaktion mit der Kontrollregion erreicht kein signifikantes Niveau ( $p_i=0,098$ ).

Die Einstellung, fehlende Selbstdisziplin sei wichtige Ursache von Depression konnte um 20% (2001) bzw. um 6% (2002) reduziert werden (prä:44%,  $p_t(N)<0,001$ ). Diese Veränderungen sind im Vergleich zu Würzburg signifikant ( $p_i<0,001$ ). Auch waren im ersten Kampagnenjahr signifikant weniger Personen über 60 Jahre der Meinung, Charakterschwäche sei ein wichtiger Grund für Depression (prä:30%, post:19%,  $p_t(N)=0,027$ ). Im zweiten Kampagnenjahr war hier jedoch wieder fast der Ausgangswert erreicht. Die Interaktion mit der Kontrollregion ist ebenfalls signifikant ( $p_i=0,034$ ).

Deutliche Effekte aufgrund der Kampagne sind bei der älteren Bevölkerung auch im Hinblick auf das Wissen zu Antidepressiva beobachtet worden. Ein Jahr nach Beginn der Kampagne glaubten anstatt 73% nur noch 64% der Personen über 60 Jahre, dass Antidepressiva den Charakter veränderten ( $p_t(N)=0,096$ ). Der Effekt ist im zweiten Kampagnenjahr jedoch rückläufig. Der Vergleich mit der Kontrollregion verfehlt ein signifikantes Niveau ( $p_i=0,063$ ). Die falsche Meinung, Antidepressiva machten abhängig, konnte in beiden Jahren um 10% reduziert werden. Der Vergleich mit der Kontrollregion ist signifikant ( $p_i=0,019$ ).

Während bei älteren Menschen Wissen und Einstellungen zur Depression folglich teilweise signifikant verändert werden konnten, zeigten jüngere Menschen keine signifikanten Effekte im Vergleich zur Kontrollregion. Die Veränderungen bei Personen über 60 Jahre beziehen sich ausschließlich auf empirisch nicht belegte (d.h. „falsche“ bzw. unerwünschte) Einstellungen, die abgebaut werden konnten (Abb. 43).

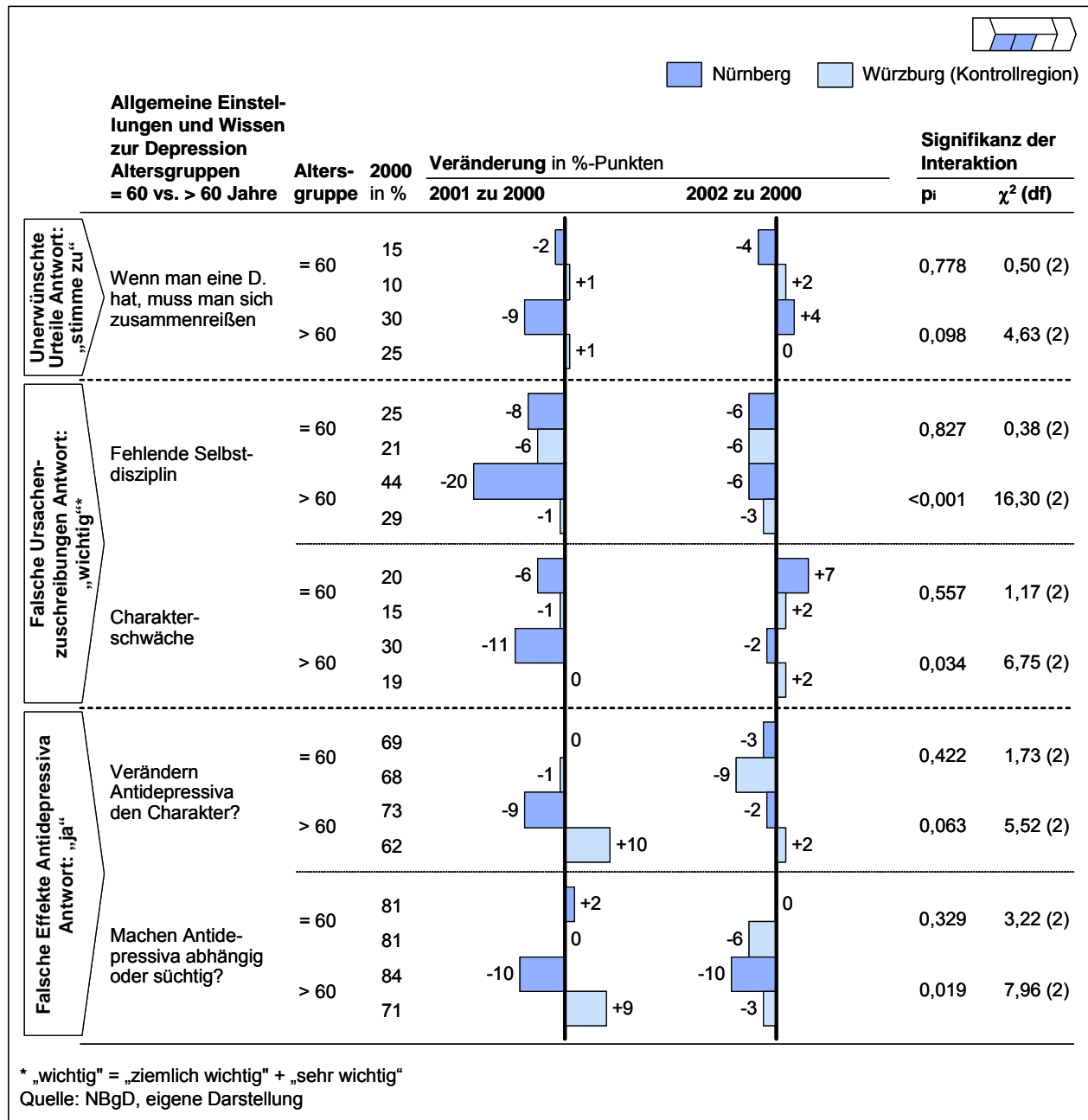


Abbildung 43: Veränderungen von allgemeinen Einstellungen und Wissen zur Depression bei Personen ≤ 60 Jahre versus > 60 Jahre (2000-2002)

### 5.3.1.3 Bildungsstand

Zur Untersuchung des Bildungsstands wurden Personen mit hohem versus niedrigem Bildungsabschluss gegenübergestellt. In der Gruppe „Hohe Bildung“ werden Personen mit Universitäts- oder Fachhochschulabschluss zusammengefasst. Die Gruppe „Niedrige Bildung“ beinhaltet Personen mit Volks- oder Hauptschulabschluss. Die Ergebnisse werden im Folgenden nur auszugsweise aufgezeigt; im Anhang sind alle Daten verfügbar.



Bei Personen mit niedrigem Bildungsstand sind vor der Kampagne insgesamt deutlich negativere Einstellungen zur Krankheit Depression beobachtet worden. 29% der Personen mit Volks- oder Hauptschulabschluss waren der Meinung, man müsse sich bei einer Depression zusammenreißen, während nur 9% der Akademiker diese Ansicht vertraten ( $p < 0,001$ ). 31% der Personen mit niedrigem Bildungsstand hielten Charakterschwäche für eine wichtige Ursache von Depression. Bei höher gebildeten waren es nur 20% ( $p < 0,001$ ). Ebenso wurde „fehlende Selbstdisziplin“ von Personen mit niedrigem Bildungsstand häufiger für die Genese von Depression verantwortlich gemacht (Niedrige Bildung:38%, Hohe Bildung:26%,  $p < 0,001$ ). Personen mit niedrigem Bildungsniveau zeigten zudem ein geringeres Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten sowie zur Wirkungsweise von Antidepressiva. So waren sie u.a. signifikant seltener der Meinung, dass man noch man selbst ist, wenn man Antidepressiva nimmt (Niedrige Bildung:28%, Hohe Bildung:45%,  $p = 0,021$ ). Eine Ausnahme bildet der Besuch eines Arztes. Dieser wurde von 74% der Personen mit niedrigem Bildungsabschluss befürwortet, während nur 55% der höher Gebildeten dieser Maßnahme zustimmte ( $p = 0,004$ ).

Im Rahmen der Intervention zeigte sich, dass die Aufklärungskampagne von der niedrigen Bildungsschicht insgesamt etwas weniger gut wahrgenommen worden war. Der Bekanntheitsgrad des Kommunikators „NBgD“ stieg bei Akademikern während der Intervention um 39% (2001) bzw. 32% (2002) (prä:8%,  $pt(N) < 0,001$ ). Personen mit niedrigem Bildungsniveau erreichten hier lediglich eine Zunahme von 12% (2001) bzw. 13% (2002) (prä: 3%,  $pt(N) < 0,001$ ). Personen mit hoher Bildung nahmen außerdem die öffentliche Diskussion (prä:33%, post: 50%,  $pt(N) < 0,001$ ) sowie die Diskussion im persönlichen Umfeld (prä:45%, post: 63%,  $pt(N) < 0,001$ ) häufiger wahr. Die Interaktion der beiden Städte ist bei den zuletzt genannten Items signifikant. Personen mit niedrigem Bildungsstand zeigten hier geringere Veränderungen zwischen 6% und 18% (Abb.44).

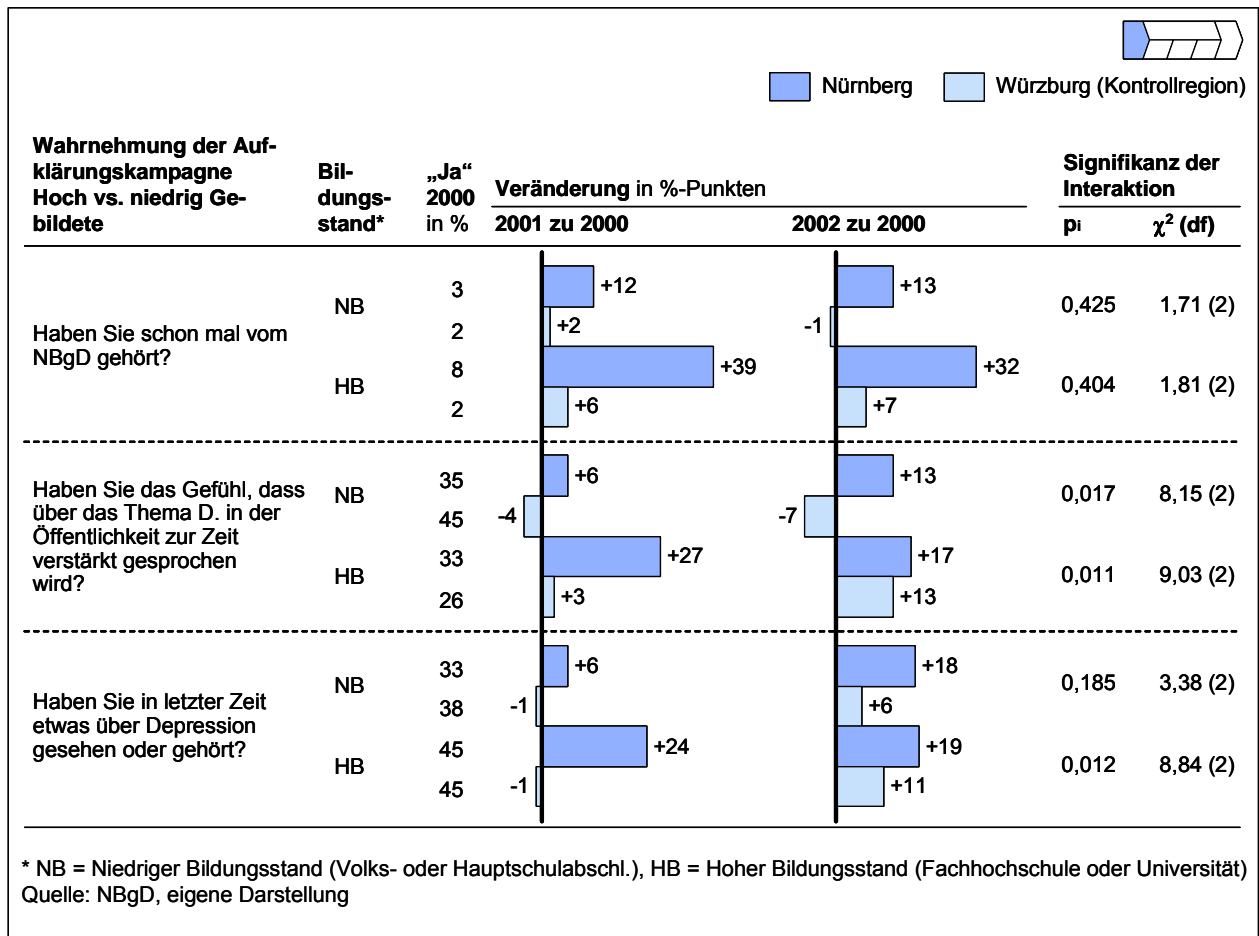


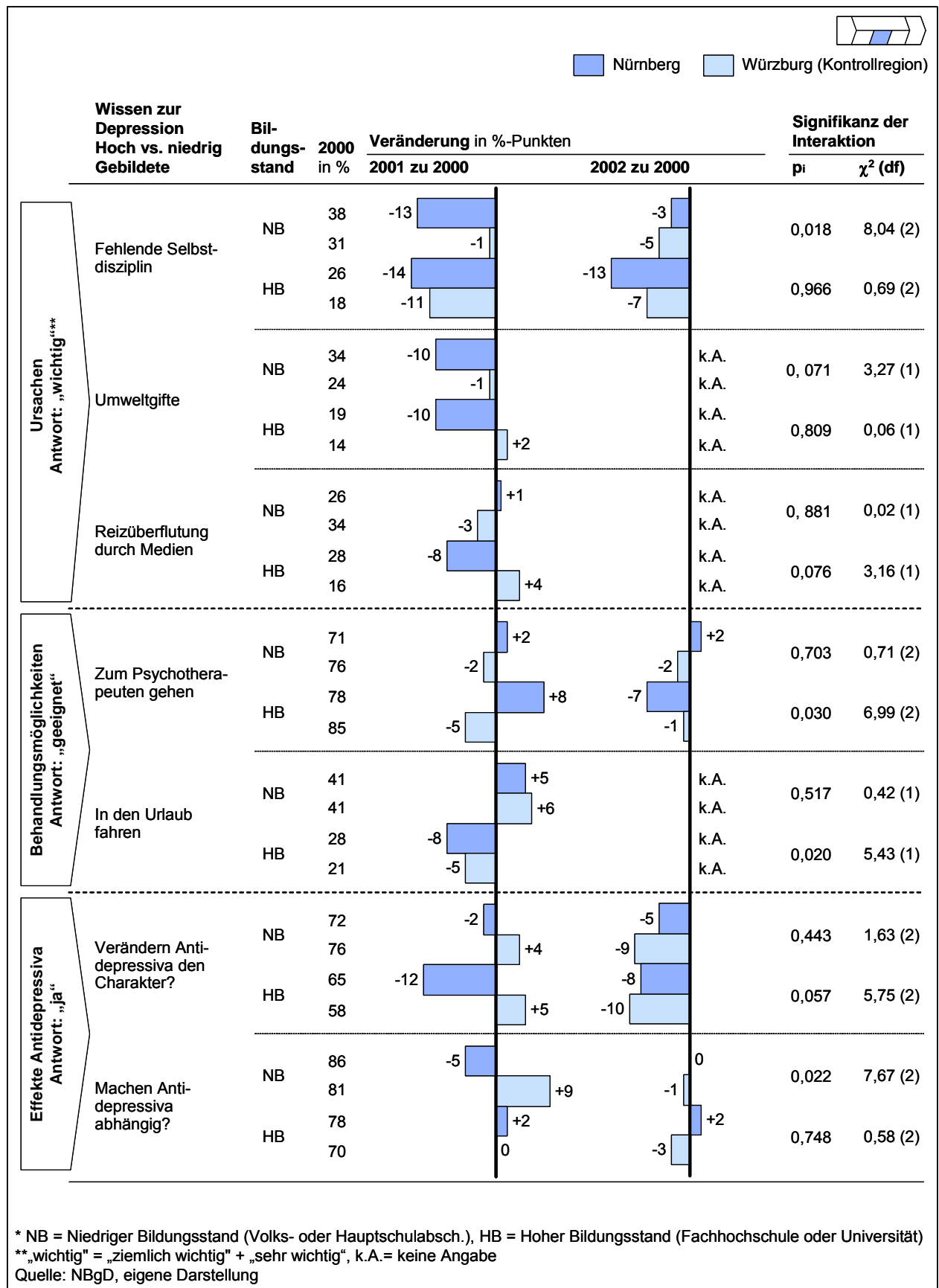
Abbildung 44: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne bei Personen mit niedrigem versus hohem Bildungsstand (2000-2002)

Betrachtet man die Einstellungsänderungen während der Intervention übt der Bildungsstand hingegen nur einen geringen Einfluss aus, wobei auch hier bei Akademikern insgesamt ein leicht positiverer Einstellungswandel beobachtbar war (Abb. 45). In Bezug auf die Ursachen von Depression zeigen sowohl hoch als auch niedrig Gebildete positive Veränderungen hinsichtlich der Meinung „fehlende Selbstdisziplin“ oder „Umweltgifte“ seien wichtige Gründe einer Depression. Dabei ist für zuerst genanntes Item lediglich bei der niedrigeren Bildungsschicht ein signifikanter Effekt im Vergleich zur Kontrollregion beobachtbar ( $p_i=0,018$ ). Für die empirische nicht belegte Ursache „Reizüberflutung durch Medien“ konnte hingegen nur bei Akademikern ein Rückgang verzeichnet werden ( $p_i=0,076$ ).

Ebenso waren im Hinblick auf das Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten bei Akademikern deutlichere Veränderungen beobachtbar. Der Besuch eines Psychotherapeuten wurde von diesen ein Jahr nach Beginn der Kampagne

signifikant häufiger befürwortet (prä:78%, post:86%). Der Effekt ist im zweiten Jahr jedoch rückläufig ( $p_i=0,030$ ). Auch wurde die Fahrt in den Urlaub von höher Gebildeten signifikant seltener als sinnvoll erachtet (prä:28%, post:20%,  $p_i=0,020$ ).

Der Glaube an eine vermeintliche Charakterbeeinflussung durch Antidepressiva konnte bei Akademikern um 12% (2001) bzw. um 8% (2002) reduziert werden (prä:65%,  $p_i=0,057$ ). Personen mit Volks- oder Hauptschulabschluss hatten hier keinen signifikanten Einstellungswandel aufweisen können. Eine Ausnahme bildet die abhängig machende Wirkung von Antidepressiva. Hier zeigten Personen mit niedrigem Bildungsstand im Vergleich zur Kontrollregion im ersten Jahr einen signifikanten Wissenszuwachs (prä:86%, post:81%). Im zweiten Jahr war jedoch auch diese Veränderung wieder rückläufig ( $p_i=0,022$ ).



\* NB = Niedriger Bildungsstand (Volks- oder Hauptschulabsch.), HB = Hoher Bildungsstand (Fachhochschule oder Universität)  
 \*\* „wichtig“ = „ziemlich wichtig“ + „sehr wichtig“, k.A.= keine Angabe  
 Quelle: NBGD, eigene Darstellung

Abbildung 45: Veränderungen von Wissen zur Depression bei Personen mit niedrigem versus hohem Bildungsstand (2000-2002)

### 5.3.2 Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des Nürnberger Bündnis gegen Depression“

#### 5.3.2.1 Beschreibung der Subgruppe

Die Ergebnisse der Hauptfragestellungen (vgl. Kap. 5.2) hatten gezeigt, dass nach Beginn der Kampagne rund ein Viertel der Nürnberger Bevölkerung das NBgD bewusst wahrgenommen hatte. Hier interessiert zunächst, durch welche Charakteristika diese Personengruppe gekennzeichnet ist, bzw. inwieweit sich diese von der Gesamtbevölkerung unterscheidet (Abb. 46).

Soziographische Merkmale Nürnberg	Nürnberg gesamt	Nürnberg gesamt	Bewußte Wahr- nehmer NBgD	Abweichung von Nürn- berg gesamt in Prozent	Nürnberg gesamt	Bewußte Wahr- nehmer NBgD	Abweichung von Nürn- berg gesamt in Prozent
	2000	2001	2001		2002	2002	
<b>Befragte</b> Anzahl Personen	716	752	212		709	186	
<b>Alter</b> Mittelwert, in Jahren	50,6	49,5	47,9		49,6	48,7	
<b>Geschlecht</b> Weiblich, in Prozent	60,6	58,9	63,1	+3	59,9	65,2	+9
<b>Familienstand</b> Verheiratet, in Prozent	50,4	53,8	61,4	+14	47,8	46,9	-2
<b>Bildungsstand</b> Akademiker, in Prozent	19,1	17,3	29,1	+68	22,2	34,5	+55
<b>Beruf</b> Arbeiter, in Prozent	11,9	11,6	6,8	-41	12,3	8,0	-35
<b>Muttersprache</b> Nicht-Deutsche, in Prozent	10,0	6,9	1,9	-72	9,3	5,6	-40
<b>D. in Familie/Freundeskreis</b> ja, in Prozent	47,5	44,5	57,1	+28	48,0	63,5	+32
<b>Im Gesundheitswesen tätig</b> ja, in Prozent	12,4	15,8	23,8	+51	18,0	27,4	+52

Quelle: NBgD, eigene Darstellung

Abbildung 46: Soziodemographische Daten der Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ im Vergleich zur Nürnberger Gesamtstichprobe

Abbildung 46 zeigt, dass Personen mit bewusster Wahrnehmung des NBgD nur unwesentlich jünger sind als der Nürnberger Gesamtdurchschnitt (1-2 Jahre). Der Frauenanteil liegt um 3%-9% höher. Deutliche Unterschiede zeigen sich für den Bildungsgrad. Die „bewussten Wahrnehmer des NBgD“ weisen im Jahr 2001 einen 68% höheren und im Jahr 2002 einen 55% höheren Akademikeranteil auf als der Nürnberger Durchschnitt. Gleichzeitig liegt der Arbeiteranteil hier um 41% niedriger

(2001) bzw. um 35% niedriger (2002). Der Anteil an Ausländern ist um 72% geringer (2001) bzw. um 40% geringer (2002) als beim Nürnberger Gesamtdurchschnitt. Die Bevölkerungsgruppe, die das NBgD wahrgenommen hat, berichtet außerdem über einen größeren Anteil an depressiv Erkrankten im Familien- oder Freundeskreis. Dieser liegt hier um 28% (2001) bzw. um 32% (2002) höher als bei der Gesamtstichprobe. Die Anzahl an Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, liegt bei den „Bewussten Wahrnehmern“ mit 24%-28% ebenfalls deutlich über der Gesamtbevölkerung von Nürnberg (16%-18%). Eine detaillierte Übersicht aller soziodemographischen Variablen der Substichprobe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ und der dazugehörigen Signifikanzen ist dem Anhang beigelegt.

#### 5.3.2.2 Ergebnisse der Subgruppe

Zur Beschreibung der Ergebnisse der Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ werden zu den drei Messzeitpunkten folgende (Sub-) Stichproben in Nürnberg verglichen:

- 2000 (Baseline): Gesamtstichprobe (n=716 in Nürnberg)
- 2001: Personen mit bewusster Wahrnehmung des NBgD (n= 212 in Nürnberg)
- 2002: Personen mit bewusster Wahrnehmung des NBgD (n= 186 in Nürnberg).

Diese (Sub-)Stichproben in Nürnberg werden der Kontrollregion Würzburg gegenüber gestellt. Hierbei ist von Interesse, ob die „bewussten Wahrnehmer des NBgD“ über signifikant positivere Einstellungen verfügen, als die Nürnberger Gesamtstichprobe (Baseline) bzw. als die Kontrollregion. Der Interaktionsterm der logistischen Regressionsanalyse in den folgenden Abbildungen gibt hierüber Auskunft. Signifikante Unterschiede dürfen in diesem Fall jedoch nicht auf die Aufklärungskampagne zurückgeführt werden. Vielmehr ist denkbar, dass Einstellungsunterschiede z.B. durch den höheren Bildungsstand, der größeren persönlichen Betroffenheit oder der größeren Anzahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen bedingt sind (vgl. Kap.5.3.2.1). Effekte aufgrund der Kampagne dürfen dann angenommen werden, wenn zwischen dem ersten und zweiten Kampagnenjahr ein im Vergleich zur Kontrollregion signifikanter Einstellungswandel beobachtbar wäre. Zur Überprüfung dieser Effekte werden in gegebenen Fällen zusätzliche Interaktionen für die Jahre 2001 und 2002 (ohne Berücksichtigung der Baseline) berechnet und im Text angegeben. Ausgewählte Ergebnisse der

Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ werden im Folgenden überblicksartig dargestellt. Eine vollständige Auflistung aller Ergebnisse bietet der Anhang.

### Wahrnehmung der Aufklärungskampagne

Sowohl die Diskussion in der Öffentlichkeit (base:33%, post:62-71%,  $p_i < 0,001$ ) als auch im persönlichen Umfeld (base:40%, post:77-80%,  $p_i < 0,001$ ) wurde von der Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ während der Kampagne signifikant häufiger bemerkt als in der Baseline und der Kontrollregion (Abb. 47).

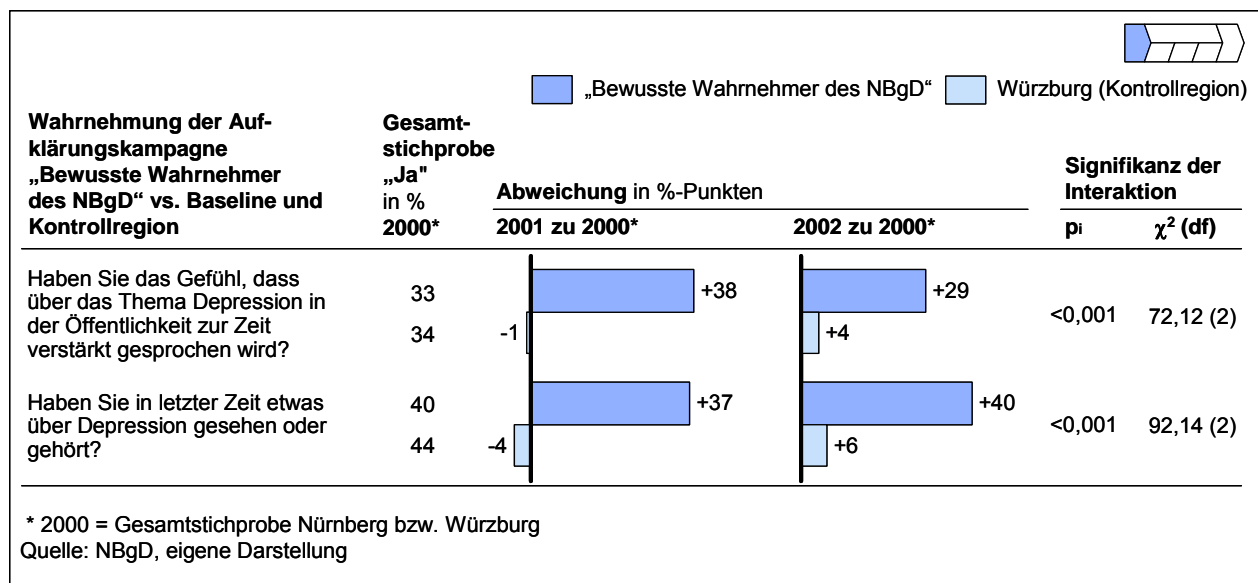


Abbildung 47: Wahrnehmung der Aufklärungskampagne: „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ versus Baseline (Nürnberg Gesamtstichprobe) und Kontrollregion (2000-2002)

### Allgemeine Einstellungen zur Depression

Allgemeine Einstellungen zur Depression waren bei den „Bewussten Wahrnehmern des NBgD“ signifikant positiver, als in der Baseline und der Kontrollregion. Einstellungsänderungen zwischen dem ersten und zweiten Kampagnenjahr waren bei dieser Personengruppe hingegen nicht beobachtet worden.

Die Einschätzung des Schweregrads von Depression als „sehr schwer“ lag bei dieser Personengruppe im Jahr 2001 um 9% höher als in der Baseline (base: 33%,  $p_i = 0,036$ ). Der Bevölkerungsanteil mit der negativen Haltung, man müsse sich bei einer Depression zusammenreißen, war nur rund halb so groß wie in der Baseline (base:20%, post:11%,  $p_i = 0,002$ ). Die Meinung, eine Depression sei gar keine richtige Krankheit, äußerten im ersten Interventionsjahr nur 3% der „Bewussten Wahrnehmer

des NBgD“, im zweiten Jahr 11% (base:12%,  $p_i < 0,001$ ). Ebenso war die Behandelbarkeit von Depression von dieser Substichprobe signifikant positiver eingeschätzt worden, als von der Baseline-Gesamtstichprobe und der Kontrollregion (base:53%, post:66-67%,  $p_i = 0,024$ , Abb. 48).

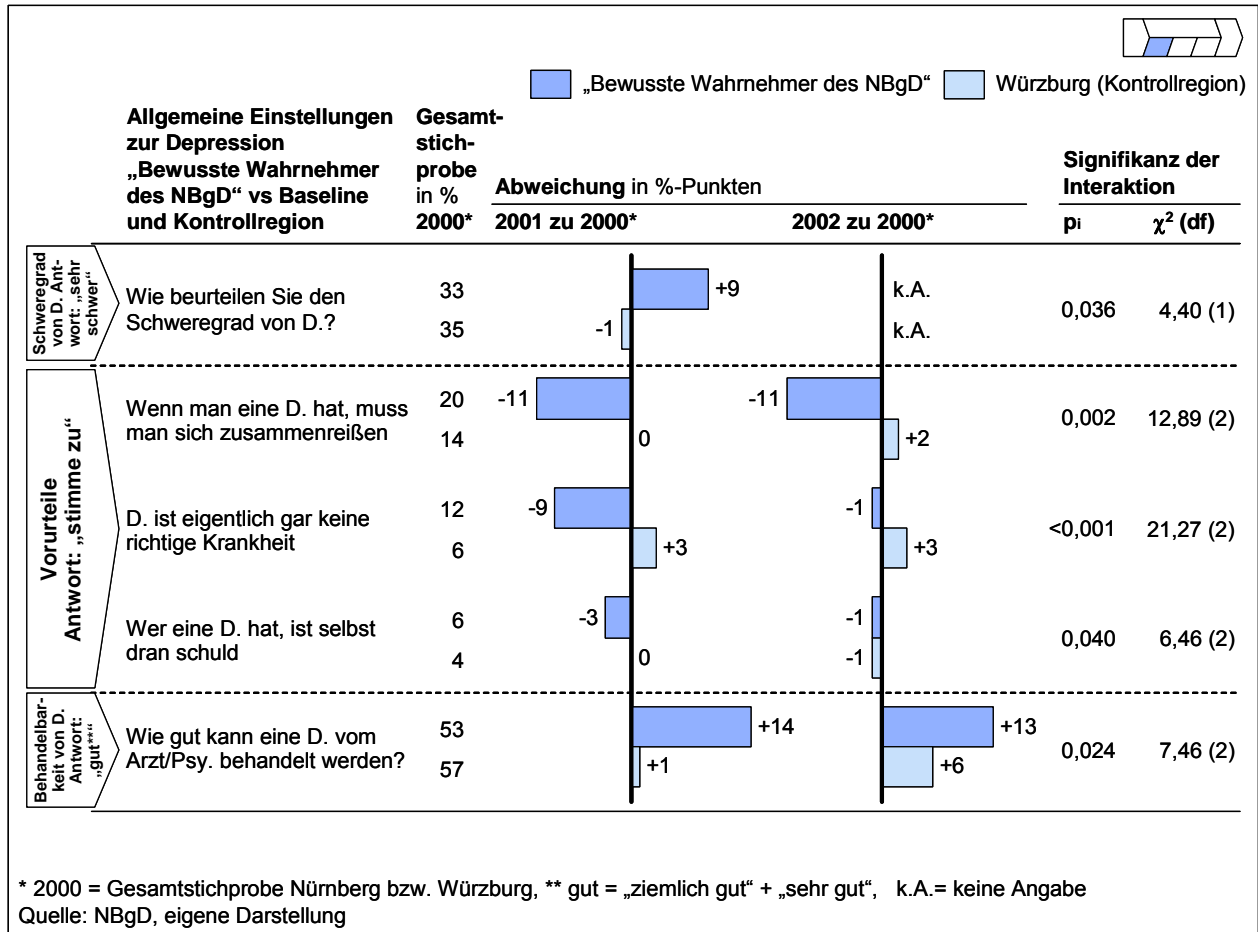


Abbildung 48: Allgemeine Einstellungen zur Depression: „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ versus Baseline (Nürnberg Gesamtstichprobe) und Kontrollregion (2000-2002)

### Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten

Personen, die das NBgD wahrgenommen hatten, verfügten im Vergleich zur Baseline bzw. Kontrollregion über signifikant mehr Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression. Signifikante Einstellungsänderungen zwischen dem ersten und zweiten Kampagnenjahr waren jedoch auch hier nicht beobachtet worden.

Stigmatisierende *Ursachenzuschreibungen*, wie „fehlende Selbstdisziplin“ (base:30%, post:11-15%,  $p_i < 0,001$ ) und „Charakterschwäche“ (base:23%, post:8-12%,  $p_i < 0,001$ ) waren von den „Bewussten Wahrnehmern des NBgD“ signifikant



seltener geäußert worden, als von der Gesamtstichprobe und der Kontrollregion. Weitere empirisch nicht nachgewiesene Ursachenzuschreibungen wie „Umweltgifte“ (base: 28%, post:12%,  $p_i=0,002$ ) und „falsche Ernährung“ (base: 15%, post: 7%,  $p_i=0,042$ ) sind im Vergleich zur Baseline nur halb so oft genannt worden. Gleichzeitig wurden empirisch belegte Ursachen, wie „Vererbung“ von den „Bewussten Wahrnehmern des NBgD“ häufiger als wichtig für die Genese von Depression erachtet (base:49%, post:52-53%,  $p_{t(N)}=0,041$ ,  $p_i=0,085$ ).

Bei den *Symptomen* waren Personen, die das NBgD bewusst wahrgenommen hatten, signifikant seltener der Ansicht, zwanghaftes Putzen sei typischer Ausdruck einer Depression (base:44%, post:35%,  $p_i=0,031$ ).

Ebenso ist das Wissen zu *Behandlungsmöglichkeiten* von Depression bei dieser Personengruppe höher als in der Baseline und der Kontrollregion. Eine psychopharmakologische Behandlung wurde deutlich häufiger befürwortet (base:30%, post:37-39%,  $p_i=0,061$ ). Darüber hinaus waren im Vergleich zur Baseline und Kontrollregion signifikant weniger Personen der Meinung „sich zusammenreißen“ sei eine sehr geeignete Behandlungsmethode (base:22%, post: 7-11%,  $p_i<0,001$ ). Weitere empirisch nicht belegte Behandlungsmöglichkeiten wie „Autogenes Training“ (base:64%, post:54-55%,  $p_i=0,007$ ) oder „in den Urlaub fahren“ (base:35%, post:22%,  $p_i<0,001$ ) sind von den bewussten Wahrnehmern des NBgD ebenfalls signifikant seltener für sehr geeignet erachtet worden (Abb. 49).

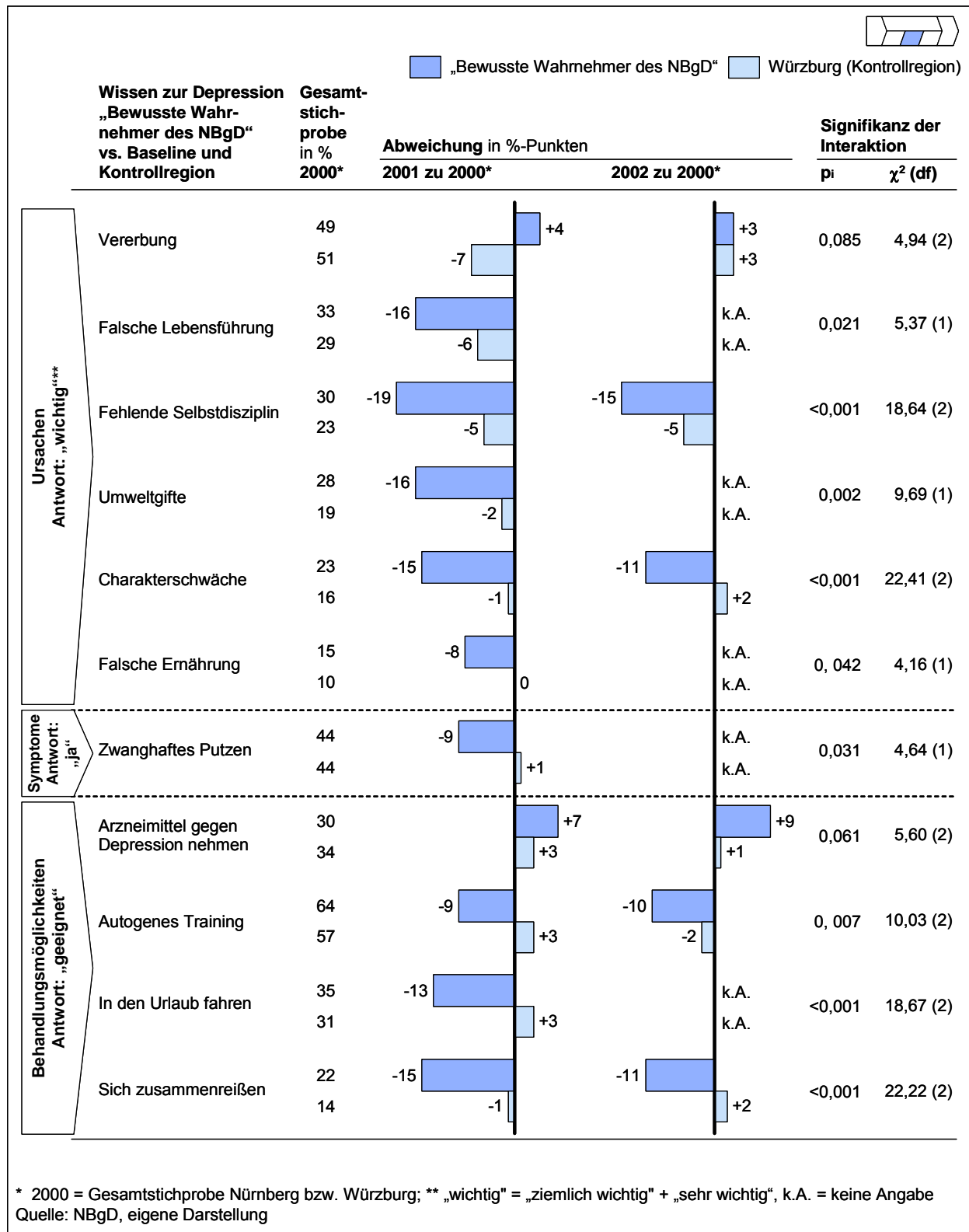


Abbildung 49: Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression: „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ versus Baseline (Nürnberg Gesamtstichprobe) und Kontrollregion (2000-2002)

Entsprechend der beschriebenen größeren Zustimmung zu einer medikamentösen Behandlung war bei der Personengruppe der „Bewussten Wahrnehmer des NBgD“ auch ein größeres Wissen zur Wirkungsweise von *Antidepressiva* feststellbar (Abb.50). Im Vergleich zur Baseline und Kontrollregion waren mehr Personen der Meinung, dass man noch man selbst ist, wenn man Antidepressiva nimmt. Darüber hinaus lag die falsche Annahme einer abhängig machenden Wirkung von Antidepressiva im ersten Jahr um 7% und im zweiten Jahr um 14% niedriger als in der Baseline (base:82%, post 68-75%,  $p_i=0,054$ ). Hier wäre aufgrund der kontinuierlichen Veränderung zwischen dem ersten und zweiten Kampagnenjahr ein Effekt aufgrund der Kampagne zu vermuten. Die Detailanalyse zu den Jahren 2001 und 2002 zeigt jedoch, dass die Veränderungen im Vergleich zur Kontrollregion kein signifikantes Niveau erreichen ( $p_i$  (2001-2002)= 0,860). Der Glaube an eine Charakterbeeinflussung durch Antidepressiva lag ebenfalls um 9% (2001) bzw. um 13% (2002) niedriger als in der Baseline (base:70%, post:57-61%,  $p_i=0,097$ ). Doch auch hier ergibt die Detailanalyse für die Jahre 2001 und 2002 kein signifikantes Ergebnis im Vergleich zur Kontrollregion ( $p_i$  (2001-2002)=0,432).

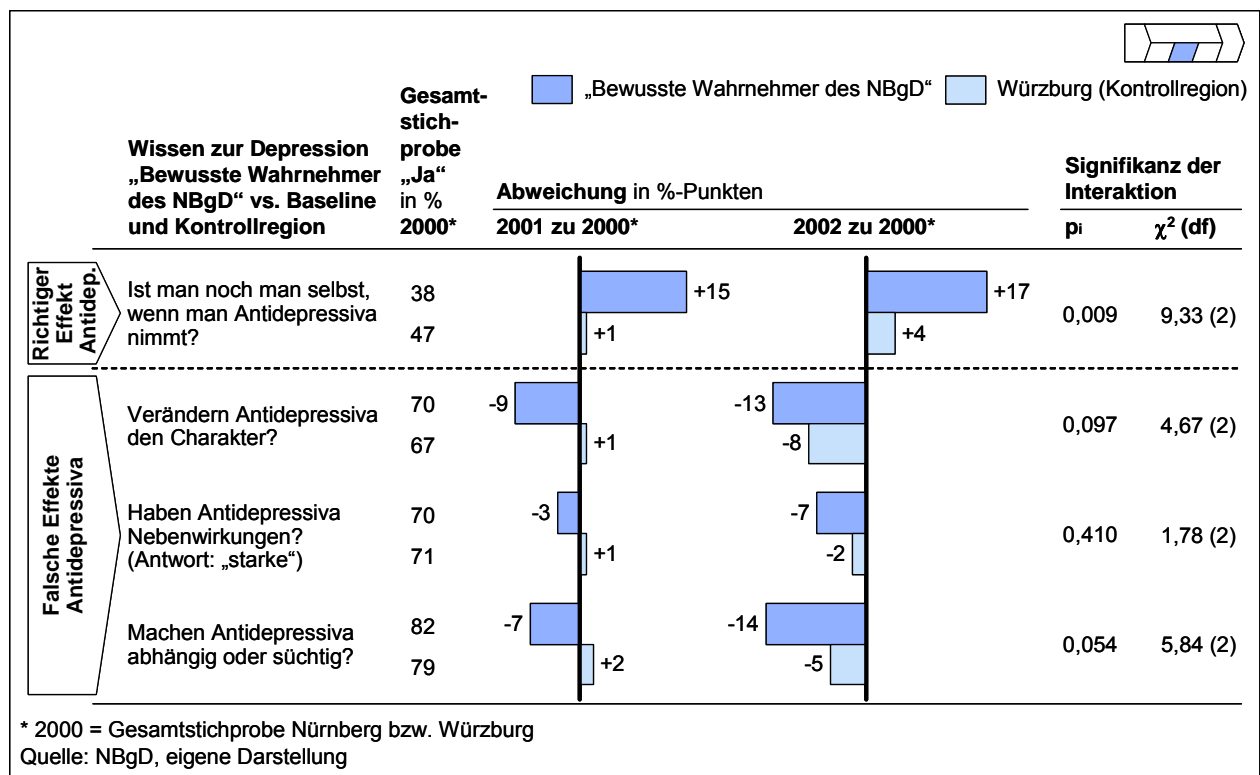


Abbildung 50: Wissen zu Antidepressiva: „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ versus Baseline (Nürnberg Gesamtstichprobe) und Kontrollregion (2000-2002)

*Veränderungen von Verhaltensintentionen*

Personen, die das NBgD wahrgenommen hatten, zeigten im Vergleich zur Baseline und Kontrollregion eine signifikant höhere persönliche Kommunikationsbereitschaft zur Krankheit Depression (base:40%, post:53-55%,  $p_i=0,021$ , Abb. 51).

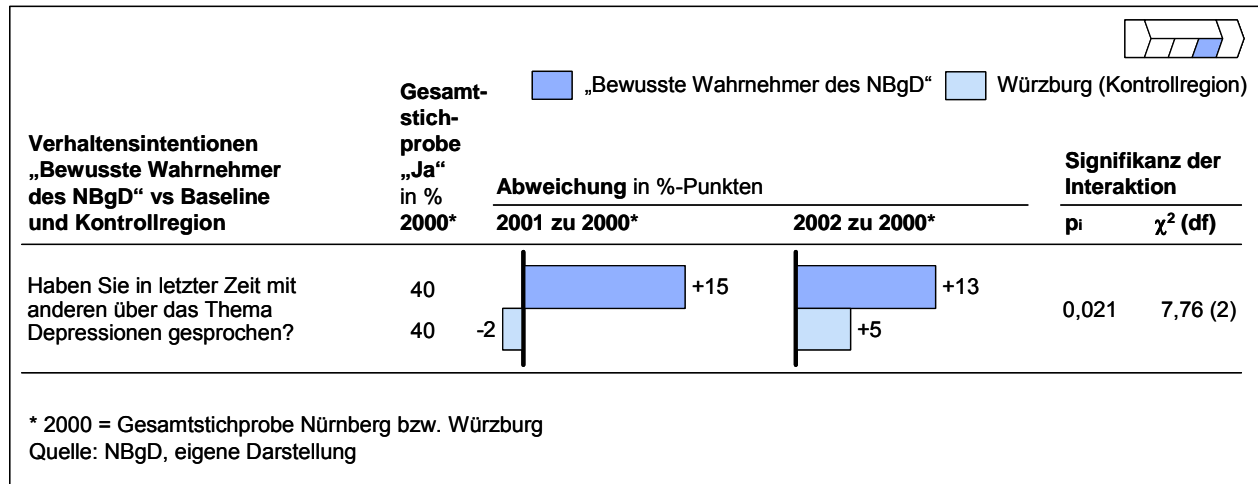


Abbildung 51: Veränderungen von Verhaltensintentionen. Persönliche Kommunikationsbereitschaft zur Depression: „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“ versus Baseline (Nürnberg Gesamtstichprobe) und Kontrollregion (2000-2002)

5.3.3 Kapitelzusammenfassung

In den Subgruppenanalysen zeigte sich hinsichtlich des *Geschlechts* der befragten Personen, dass Frauen vor Beginn der Kampagne über signifikant mehr Wissen und positivere Einstellungen zur Depression verfügten als Männer. Während der Intervention war der Kommunikator „NBgD“ von Frauen häufiger bewusst wahrgenommen worden. Dennoch konnten Frauen ihr hohes Ausgangsniveau im Rahmen der Aufklärungskampagne überwiegend nicht verbessern. Lediglich hinsichtlich der Einstellungen zu Antidepressiva zeigte die weibliche Bevölkerung Tendenzen in die richtige Richtung. Männer hingegen konnten bei einer Reihe von Items die Diskrepanz zu den Frauen aufholen, wie hinsichtlich der Akzeptanz der Erkrankung, der Zustimmung zu einem Arzt- bzw. Psychotherapeutenbesuch oder der Bereitschaft, über das Thema Depression zu kommunizieren. Die Veränderungen bei Frauen bzw. Männern waren im Vergleich zur Kontrollregion jedoch überwiegend nicht signifikant.

Im Hinblick auf das *Alter* der befragten Personen verfügte die ältere Bevölkerung vor Beginn der Kampagne über ein niedrigeres Wissen und negativere Einstellungen zur

Krankheit Depression. Zudem nahmen Personen über 60 Jahre die Aufklärungskampagne seltener bewusst wahr. Dennoch zeigten Menschen in höherem Alter im Vergleich zur Kontrollregion teilweise einen signifikanten positiven Einstellungswandel, der bei jüngeren Menschen nicht in diesem Ausmaß feststellbar war. Insbesondere stigmatisierende Haltungen konnten bei älteren Menschen im Vergleich zur Kontrollregion signifikant abgebaut werden. Auch Vorbehalte gegenüber Antidepressiva sind bei Personen über 60 Jahre im Vergleich zur Kontrollregion teilweise signifikant gemindert worden.

Die Untersuchung des *Bildungsstands* hat gezeigt, dass Personen mit hohem Bildungsniveau vor Beginn der Kampagne über ein größeres Wissen und positivere Einstellungen zur Depression verfügten, als Personen mit niedrigem Bildungsniveau. Während der Intervention nahmen höher Gebildete das NBgD und seine Kommunikation öfter wahr und zeigten im Vergleich zur Kontrollregion etwas häufiger einen signifikanten Einstellungswandel. Eine Ausnahme bildet die Angst vor Abhängigkeit bei Antidepressiva. Diese konnte lediglich bei Personen mit niedrigem Bildungsstand reduziert werden.

Für die Substichprobe „*Bewusste Wahrnehmer des NBgD*“ waren einige soziodemographische Abweichungen von der Nürnberger Gesamtstichprobe beobachtet worden, wie z.B. hinsichtlich eines höheren Bildungsstands, eines niedrigeren Ausländeranteils und einer größeren persönlichen Betroffenheit durch die Erkrankung. Es zeigte sich, dass diese Personengruppe die öffentliche Diskussion zum Thema Depression häufiger bemerkt hatte und in vielen Fällen über mehr Wissen und positivere Einstellungen verfügte als die Nürnberger Gesamtstichprobe (Baseline) bzw. die Kontrollregion. Die positiveren Haltungen und der Wissensvorsprung von Personen mit bewusster Wahrnehmung des NBgD dürfen jedoch nicht unweigerlich auf die Kampagne zurückgeführt werden. Vielmehr ist anzunehmen, dass diese durch andere Einflussfaktoren, wie z.B. den höheren Bildungsstand, bedingt sind. Dieser Eindruck bestätigt sich dadurch, dass zwischen dem ersten und zweiten Kampagnenjahr bei dieser Personengruppe im Vergleich zur Kontrollregion keine signifikanten Einstellungsänderungen mehr beobachtbar waren.

## **6 Diskussion der empirischen Ergebnisse**

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Auswirkungen einer Aufklärungskampagne zur Krankheit Depression analysiert. Die Kampagne ist in den Jahren 2001 und 2002 in der deutschen Stadt Nürnberg durchgeführt worden. Zur Evaluation sind vor, während und nach der Kampagne Bevölkerungsumfragen in der Untersuchungsregion Nürnberg und der Kontrollregion Würzburg erhoben worden. Zu Beginn der Diskussion sollen zunächst methodische Schwierigkeiten der vorliegenden Arbeit erörtert werden, die bei derartigen Bevölkerungsumfragen zum Tragen kommen und ernst genommen werden müssen.

### **6.1 Methodische Schwierigkeiten**

Die Schwierigkeiten der Einstellungsmessung entstehen vor allem dadurch, dass Einstellungen einerseits nicht beobachtbar sind, andererseits auch nicht so leicht abgefragt werden können wie Wissenstatbestände. In der vorliegenden Untersuchung wurde zur Erfassung der öffentlichen Einstellungen zur Krankheit Depression die Methode des standardisierten Telefoninterviews gewählt. Trotz vieler Gründe, die für dieses Verfahren sprechen, birgt es auch Probleme.

Die Repräsentativität von Telefonstichproben ist von der Telefondichte abhängig. Personen, die keinen Telefonanschluss haben, werden in der Stichprobe nicht repräsentiert. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Obdachlose, sind daher in der Stichprobe unterrepräsentiert. Da der Einsatz optischer Skalen oder anderer visueller Hilfsmittel bei der telefonischen Befragung nicht möglich ist, muss der Fragebogen relativ einfach gestaltet sein. Ferner ergeben sich weniger Möglichkeiten zur Aktivierung und Motivation der Befragten, wodurch die Gefahr der Monotonie des Interviews entsteht. Hierbei ist schon früh untersucht worden, dass sich dies negativ auf die Validität der Daten auswirken kann (Ring, 1976). Darüber hinaus ist die Gesprächssituation am Telefon unverbindlicher als im persönlich-mündlichen Interview und die Interviewdauer ist kürzer, was zur Folge hat, dass die Antworten in der Regel oberflächlicher sind. Dies ist die Kehrseite der größeren Anonymität (vgl. Frey & Mertens Oishi, 1995).

Eine besonders weit verbreitete Kritik an Telefoninterviews bzw. quantitativen

Datenerhebungen ist die asymmetrische soziale Situation. In der vorliegenden Untersuchung ist der Interviewer ein Fremder, der plötzlich anruft und das für viele tabuisierte Thema Depression anspricht. Dazu stellt er vorformulierte Fragen, liefert Antwortmöglichkeiten gleich mit und kann kaum auf sein Gegenüber eingehen. Die Leistung der Befragten reduziert sich auf die Wahl einer Antwortalternative, das Einbringen der ganzen Persönlichkeit in das Gespräch ist gerade nicht erwünscht. In diesem Zusammenhang wird beanstandet, dass komplexe Strukturen übermäßig reduziert bzw. vereinfacht werden, was weniger zur Erhebung von Fakten als vielmehr zur Produktion von Artefakten führt (Jacob & Willy, 2000). Diese Einwände sind ernst zu nehmen, da es für Befragte in der Tat leicht ist, sich für irgendeine Antwortalternative zu entscheiden. Auch wenn sie zum Thema Depression keine Kenntnisse oder keine Meinung haben bzw. ihre tatsächliche Meinung nicht äußern wollen.

Ein grundsätzliches Problem bei Befragungen ist der Effekt der sozialen Erwünschtheit. Motiviert durch die Furcht vor sozialer Verurteilung neigen die befragten Personen zu konformen Verhalten und orientieren sich in ihren Verhaltensäußerungen an verbreiteten Normen und Erwartungen, was die Ergebnisse möglicherweise verzerrt (Snyder et al., 2000). Bei der voll standardisierten Fragetechnik muss daher letzten Endes offen bleiben, ob die geäußerten Einstellungen und Meinungen der befragten Personen mit den tatsächlichen mentalen und physischen Reaktionen gegenüber depressiv Erkrankten übereinstimmen.

Eine weitere Schwierigkeit derartiger Befragungen besteht darin, dass die Teilnahmebereitschaft am Telefoninterview möglicherweise bereits eine spezielle Selektion an Personen darstellt. Vermutlich nehmen Menschen, die psychischen Krankheiten gegenüber toleranter eingestellt sind, auch bereitwilliger an derartigen Bevölkerungsumfragen teil. Die Ausschöpfungsraten von 52%-68% machen deutlich, dass eine erhebliche Anzahl der Befragten über das Thema Depression am Telefon nicht sprechen will. Und dennoch sind, entgegen früherer Meinungen, Ausschöpfungsquoten von knapp über 50% typisch für die meisten telefonischen Befragungen in Deutschland (Porst, 1993; Lengerke et al., 1998). Die Frage, warum die Ausschöpfungsraten in Umfragen stark variieren und inzwischen immer häufiger niedrig ausfallen, wurde in der Literatur bislang nur unzureichend geklärt. Neben der

Gruppe der Verweigerer bleibt außerdem unklar, wie sich die Nicht-Erreichbaren hinsichtlich ihrer Einstellungen von den Erreichbaren unterscheiden. Zu den Verweigerern zählen vor allem alten Menschen, Frauen sowie Personen mit niedrigem Sozialstatus und geringer Schulbildung. Verweigerer sind häufiger verwitwet, haben seltener Kinder, sind gegenüber dem Leben negativer eingestellt und an Sozialforschung weniger interessiert (Bungard, 1979). Teilweise handelt es sich folglich um die gleichen Personengruppen, denen eine besonders gute Erreichbarkeit zugesprochen wird, was in günstigen Fällen dazu führt, dass Stichprobenverzerrungen, die durch die unterschiedliche Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen zustand kommt, durch hierzu gegenläufige Verweigerungsquoten ausgeglichen werden (vgl. Bortz & Döring, 2002). Grundsätzlich liegen hier jedoch Verfälschungen, die deutlich machen, dass die Prozentzahlen der repräsentativen Stichproben kein genaues Ergebnis darstellen, das auf den „wahren“ Wert für die Grundgesamtheit schließen lässt. Auf diese Einschränkung muss hingewiesen werden, denn im Prinzip können Zahlen, wie sie die üblichen Statistikprogramme liefern, nur als ungefähre Hinweisreize interpretiert werden, keinesfalls aber als exakte Größen (vgl. Jacob & Willy, 2000). In der vorliegenden Untersuchung wurde daher in einigen ausgewählten Fällen, wenn es von Interesse ist, das Konfidenzintervall ausgewiesen, in dem der „wahre“ Wert liegt.

Entscheidend für die Verwertbarkeit der Ergebnisse schriftlicher Befragungen ist die Zusammensetzung der Stichprobe. Die Beschreibung der Stichprobe in Kap. 4.4 hatte deutlich gemacht, dass teilweise Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und Kontrollregion bestehen, was sich auf die Ergebnisse auswirken kann. Signifikante Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollregion zeigten sich u.a. hinsichtlich des Familienstands und der beruflichen Stellung der befragten Personen. Ebenso ist in der Kontrollregion eine höhere Anzahl an Akademikern vertreten, worin sich womöglich Würzburg als Universitätsstadt widerspiegelt. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollregion waren hinsichtlich des Geschlechts festzustellen. Auch betragen die Unterschiede der Altersmittelwerte nur wenige Jahre. Die Abweichungen der Altersmittelwerte erreichen zwar ein signifikantes Niveau, was jedoch auch auf die hohe Fallzahl zurückzuführen ist. Darüber hinaus ist die Nürnberger Stichprobe in allen drei Erhebungsjahren durchschnittlich älter als die Würzburger Stichprobe, so dass von



einem stabilen Bias ausgegangen werden kann. Es erscheint vor diesem Hintergrund eher unwahrscheinlich, dass es sich bei den Unterschieden hinsichtlich der Einstellungen in der Untersuchungs- und Kontrollregion lediglich um „Altersartefakte“ handelt. Um Abweichungen der Stichprobe von sozio-demographischen Charakteristika in der Bevölkerung der beiden Städte auszugleichen, ist für jede befragte Person eine Gewichtung durchgeführt worden. Die Soll-Werte für die Randverteilung soziodemographischer Merkmale (Alter und Geschlecht) sind dem vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Statistischen Jahrbüchern entnommen. Für die vorliegende Untersuchung ergaben sich durch die Berücksichtigung einer Gewichtung nur geringfügige Abweichungen, und es wurden auch dann keine Signifikanzen erreicht. Die gewichteten Daten wurden daher nur exemplarisch für die Hauptfragestellung aufgezeigt. Bei den übrigen Analysen ist auf eine gewichtete Darstellung zugunsten einer besseren Replizierbarkeit verzichtet worden.

Grundsätzlich sind die beschriebenen Probleme von quantitativen Befragungen selbstverständlich kein Grund, auf derartige Untersuchungen zu verzichten. Quantitative und qualitative Erhebungen haben je spezifische Vor- und Nachteile. Die qualitative Befragung kann Einstellungen wesentlich detaillierter und tiefer erfragen, wobei oft erstaunliche Zusammenhänge auftreten. Dornheim fand in qualitativen Interviews beispielsweise heraus, dass Krebs von den meisten Befragten als ansteckend eingeschätzt wird, obwohl die direkte Frage nach der Infektiosität von Krebs verneint wurde (Dornheim, 1983). Andererseits bergen qualitative Erhebungen den Nachteil eines Mangels an Reproduzierbarkeit, intersubjektiver Überprüfbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Zur Erforschung sozialen Wandels sind quantitative Befragungen daher unverzichtbar. Noelle-Neumann und Petersen haben dies folgendermaßen zusammengefasst: „In unserer Zeit ist Demoskopie ein unentbehrliches Hilfsmittel geworden, weil man sich über die so groß und abstrakt gewordene Gesellschaft, die der unmittelbaren Beobachtung entrückt ist, anders nicht zuverlässig informieren kann. Die Demoskopie liefert dabei keine Informationen über bestimmte Personen, sondern nur über die Gesellschaft oder bestimmte, durch Merkmale zusammengefasste Gruppen der Gesellschaft“ (Noelle-Neumann & Petersen, 1996).

## **6.2 Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne**

In der Baseline-Erhebung vor Beginn der Kampagne waren teilweise bereits recht positive Einstellungen zur Krankheit Depression in der Bevölkerung von Nürnberg und Würzburg festgestellt worden. Beim überwiegenden Teil der Items zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollregion. Eine Vergleichbarkeit der Städte scheint daher gegeben.

### *Allgemeine Einstellungen zur Depression*

Die Betrachtung der allgemeinen Einstellungen zeigte zunächst, dass eine Depression von immerhin gut einem Drittel der Bevölkerung als schwere oder sehr schwere Krankheit eingestuft wurde (Nb:33%, Wü:35%). Dennoch kann dies als leichte Unterschätzung des Schweregrads von Depression gewertet werden, wenn man bedenkt, dass rund 50% aller depressiven Störungen gemäß ICD-10 als mittelgradig bis schwer klassifiziert werden (Kasper, 1994). Gemäß der WHO ist dieses Ergebnis sogar als deutliche Unterschätzung zu interpretieren, da nach deren Studie die Depression auf Platz eins der wichtigsten und schwersten Volkskrankheiten steht (Murray & Lopez, 1997). Die Krankheit Diabetes liegt im Vergleich erst auf Platz 10 und wurde in der vorliegenden Untersuchung ähnlich häufig als schwere bzw. sehr schwere Erkrankung erachtet (Nb:29%, Wü:30%).

Demgegenüber zeigte sich hinsichtlich der (Vor-) Urteile zur Depression ein erstaunlich realistisches Bild. Die Depression wurde als behandlungsbedürftige Krankheit erlebt (Nb:78%, Wü:79%), der man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert ist (Nb:61%, Wü:59%). Nur zwischen 4% und 20% der Bevölkerung bestätigte Vorurteile, wie etwa, dass man sich bei einer Depression zusammenreißen muss, dass Depression eigentlich gar keine Krankheit ist, und dass man an einer Depression selbst schuld dran ist. Mit diesen positiven Urteilen scheinen sich Einstellungen der Bevölkerung zum Thema Depression in den letzten Jahren im Vergleich zu früheren Befragungen positiv entwickelt zu haben. Andererseits ist denkbar, dass die Ergebnisse durch soziale Erwünschtheit positiv verzerrt sein können. Die aufwendige Kampagne und die Befragung an sich implizieren

möglicherweise, dass Depression allgemein als ernstzunehmende Krankheit gesehen wird. Denkbar wäre, dass die Befragten deshalb vermehrt in eine derartige Richtung antworteten, ohne selbst dieser Überzeugung zu sein. Auch ist möglich, dass die Befragten bei der Schilderung eines konkreten Falles (z.B. „eine Person will morgens nicht aufstehen, fühlt sich wie gelähmt“) kritischer und weniger verständnisvoll reagiert hätten. Insbesondere wenn sich ein Fall von Depression im eigenen Umfeld ereignet, erscheint es fragwürdig, ob die Bevölkerung tatsächlich derart verständnisvoll reagiert.

Die Behandelbarkeit von Depression durch einen Arzt oder Psychotherapeuten wurde von knapp der Hälfte der befragten Bevölkerung für mittelmäßig bis gar nicht gut erachtet (Nb:47%, Wü:43%). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass in der Bevölkerung Zweifel bestehen, ob die Krankheit Depression wirklich heilbar ist. Möglicherweise besteht die Vorstellung, man könne lediglich die Symptome einer Depression lindern oder lernen mit der Erkrankung besser umzugehen, diese aber nicht gänzlich kurieren. Es ist anzunehmen, dass sich diese Zweifel an der Behandlungsqualität negativ auf die Compliance der Patienten auswirken. Die Krankheit Depression muss daher insgesamt besser von der Bevölkerung verstanden werden, was auf einen erheblichen Aufklärungsbedarf hinsichtlich der Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten von Depression verweist.

#### *Wissen zu Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten*

Bei Betrachtung des Wissensstands zu *Ursachen* von Depression zeigte sich, dass diese vor Beginn der Kampagne in der Bevölkerung insgesamt bereits recht gut bekannt waren. Empirisch nachgewiesene Ursachen, wie ein Schicksalsschlag (Nb:90%, Wü:88%), eine Stoffwechselstörung im Gehirn (Nb:65%, Wü:65%) oder Vererbung (Nb:49%, Wü:51%) wurden deutlich häufiger genannt, als nicht zutreffende Ursachen. Dennoch ist zu bedenken, dass ein Schicksalsschlag, wie der Tod eines Angehörigen, zwar Auslöser einer Depression sein kann, im Allgemeinen handelt es sich hierbei jedoch um eine gesunde Trauerreaktion. Eine Trauerreaktion hat adaptiven Wert und unterscheidet sich damit grundsätzlich von einer Depression. In den meisten Fällen sind Menschen folglich in der Lage, schwere Ereignisse zu verarbeiten, ohne an einer Depression zu erkranken. Die Trauerreaktion ermöglicht der betroffenen Person eine innerpsychische Verarbeitung des Ereignisses und führt

im Allgemeinen zu einer vermehrten sozialen Zuwendung. Trauer und Depression unterscheiden sich auch dahingehend, dass die Trauer im Allgemeinen nach einiger Zeit überwunden ist, während die Depression Betroffene häufig über einen langen Zeitraum blockiert. Im Unterschied zu Menschen, die einfach traurig sind, lassen sich Depressive nicht aufheitern. Die hohe Zustimmung zur Ursache Schicksalschlag ist daher möglicherweise ein Hinweis, dass in der Bevölkerung nicht ausreichend zwischen Trauer und Depression unterschieden wird. Es entsteht vielmehr der Eindruck, dass der Begriff Depression inflationär für ein ganze Reihe verschiedener emotionaler Zustände (z.B. Trauer, Wut, Enttäuschung) verwendet wird. Unterschiede zwischen Trauer und Depression sind entsprechend in der, im Anschluss an die erste Befragung durchgeführten, Kampagne des NBgD kommuniziert worden.

Neben den empirisch belegten Ursachenzuschreibungen von Depression waren in der ersten Erhebung aber auch eine Reihe empirisch nicht belegter Ursachenzuschreibungen feststellbar, wie Umweltgifte (Nb:28%, Wü:19%), fehlende Selbstdisziplin (Nb:30%, Wü:23%) und Charakterschwäche (Nb:23%, Wü:16%). Bei den zuletzt genannten stigmatisierenden Begründungen von Depression können attributions- und konsistenztheoretische Ansätze wirksam werden. Die Ursachen der bedrohlichen Krankheit Depression werden Persönlichkeitseigenschaften der erkrankten Person zugeschrieben, um das eigene positive Selbstbild zu schützen und den Glauben an die Kontrollierbarkeit des eigenen Schicksals aufrecht zu erhalten. Auch hier wird ein erheblicher Handlungsbedarf deutlich, der im Rahmen der Kampagne des NBgD durch Botschaften wie „Depression kann jeden treffen“ und „Depression ist behandelbar“ gezielt angegangen wurde.

Die *Symptome* von Depression sind zum Großteil richtig eingeschätzt worden. So waren mögliche Symptome, wie Freudlosigkeit (Nb:94%, Wü:94%), Schuldgefühle (Nb:94%, Wü:95%) und körperliche Beschwerden (Nb:83%, Wü:82%) einem Großteil der Bevölkerung bekannt. Auf der anderen Seite wurden aber auch nicht zutreffende Symptome, wie Halluzinationen (Nb:67%, Wü:62%) und zwanghaftes Putzen (Nb:44%, Wü:44%) häufig als typische Ausdrucksformen einer Depression genannt. Die hohe Zustimmung zu Halluzinationen lässt die Frage aufkommen, ob die Bevölkerung überhaupt eine konkrete Vorstellung davon hat, was man unter diesem Phänomen versteht. Möglicherweise bringen viele Menschen Halluzinationen

grundsätzlich mit psychischen Störungen in Verbindung, folglich auch mit Depression. Dies wäre dann jedoch kein Beleg, dass die Befragten tatsächlich der Meinung sind, Depressive würden an Sinnestäuschungen, wie z.B. Stimmen hören, leiden. Die Ergebnisse deuten insgesamt vielmehr darauf hin, dass der Begriff Depression für alle möglichen Krankheitsbilder (darunter z..B. Zwangserkrankungen, schizoaffektive Erkrankungen) verwendet wird. Erschwerend dürfte sich die Tatsache auswirken, dass Depressionen auch im Rahmen anderer Diagnosen auftreten und mit einer hohen Komorbidität einhergehen. Gleichzeitiges Vorkommen bzw. Überlappungen von Depression mit Angststörungen, Zwängen, Substanzabhängigkeiten, Schlafstörungen etc. sind häufig (vgl. Hautzinger, 1998), was für den Laien verwirrend sein kann. Hier wird deutlich, dass depressive Störungen möglicherweise oft nicht als klar abgegrenztes Krankheitsbild in der Bevölkerung erkannt werden.

Ein entsprechend „schwammiges“ Bild zeichnete sich hinsichtlich der *Behandlungsmöglichkeiten* von Depression ab. Mehrere richtige Behandlungsmöglichkeiten waren als solche bekannt: Der Besuch eines Psychotherapeuten (Nb:75%, Wü:80%), der Besuch eines Arztes (Nb:68%, Wü:68%) oder mit Freunden sprechen (Nb:65%, Wü:62%). Auch wurden empirisch nicht belegte Behandlungsmöglichkeiten zu Recht äußerst selten als sehr geeignet betrachtet: Schokolade bzw. Süßes essen (Nb:6%, Wü:6%) oder Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen (Nb:5%, Wü:5%). Fälschlicherweise jedoch sind Antidepressiva als Therapiemöglichkeit stark unterschätzt worden (Nb:30%, Wü:34%). Gleichzeitig wurden Methoden, wie Sport machen (Nb:59%, Wü:54%), in den Urlaub fahren (Nb:35%, Wü:31%) oder sich zusammenreißen (Nb:22%, Wü:14%) als relativ geeignet angesehen. Teilweise wurden diese sogar doppelt so häufig für sehr geeignet erachtet, als eine medikamentöse Behandlung. Dies zeigt, dass die Möglichkeit, selbst mit der Krankheit fertig zu werden, von der Bevölkerung stark überschätzt wird, während gegenüber einer antidepressiven Behandlung starke Vorbehalte zu existieren scheinen.

Letzteres zeigte sich auch in der Detailanalyse zu *Antidepressiva*: Die unberechtigte Sorge einer abhängig machenden Wirkung war weit verbreitet (Nb:82%, Wü:79%), ebenso die Angst vor starken Nebenwirkungen (Nb:70%, Wü:71%) und

Charakterveränderungen (Nb:70%, Wü:67%). Nur 38% (Nürnberg) bzw. 47% (Würzburg) der Bevölkerung war der Ansicht, dass man bei der Einnahme von Antidepressiva noch man selbst ist. Dies entspricht Ergebnissen früherer Untersuchungen (Priest et al., 1996) und unterstützt die bestehende These, dass aufgrund eines vermeintlichen Kontrollverlusts die Psychotherapie gegenüber einer medikamentösen Behandlung bevorzugt wird (Benkert et al., 1995). Es ist anzunehmen, dass den Medien im Hinblick auf die weit verbreitete Skepsis gegenüber Antidepressiva eine große Bedeutung zukommt. Das Problem effektheischer Berichterstattung wird in einer Untersuchung von Hillert deutlich. Während 50% der befragten Personen einen Pressebericht erinnern, der über eine medikamentenabhängige Person referiert, berichten nur 17% gelesen zu haben, dass eine Person aufgrund von Psychopharmaka wieder ein normales Leben führen konnte (Hillert et al., 1999b). Ein verantwortungsvoller Umgang mit dem Thema Psychopharmaka durch die Medien, aber auch durch alle anderen Beteiligten des Gesundheitssystems (z.B. Ärzte, Beratungsstellen, Psychotherapeuten etc.), erscheint vor diesem Hintergrund sehr wichtig. Ängste vor Nebenwirkungen von Antidepressiva müssen ernst genommen werden. Hier darf folglich weder eine Verharmlosung noch eine Dramatisierung der Wirkungsweise von Antidepressiva erfolgen. Nur wenn die Bevölkerung ein realistisches Bild bekommt, was Antidepressiva können und was nicht, kann das Vertrauen in eine medikamentöse Behandlung von Depression gestärkt werden. Die Aufklärung zu Antidepressiva bildete entsprechend einen Schwerpunkt der nachfolgenden Kampagne des NBgD.

### *Verhaltensintentionen*

Hinsichtlich der Verhaltensintentionen zur Krankheit Depression zeigte sich, dass 40% der Bevölkerung in Nürnberg und Würzburg aktiv über das Thema Depression zu sprechen scheinen. Dieser hohe Anteil überrascht und kann möglicherweise ein Indiz dafür sein, dass sich der Krankheit gegenüber offen eingestellte Personen eher bereit erklärten, an der Erhebung teilzunehmen. Gleichzeitig ist denkbar, dass hier in der Bevölkerung nicht zwischen Gesprächen zur Depression und zu normalen Befindlichkeitsstörungen unterschieden wurde. Auch kann vermutet werden, dass eine offene Kommunikation als sozial erwünscht erlebt wird. Interessant wäre hier eine Detailanalyse über die Gegenstände der Kommunikation und den tatsächlichen Grad an Offenheit.

Die Vermutung, dass offene, interessierte Personen eher bereit waren, an der Erhebung teil zu nehmen, wird dadurch gestützt, dass ein ebenfalls hoher Bevölkerungsanteil bestätigte, einen depressiv Erkrankten im Familien- oder Freundeskreis zu kennen (45%-55%). Darüber hinaus bejahten in den späteren Befragungen 17%-22% der Bevölkerung selbst bereits einmal wegen einer Depression behandelt worden zu sein. Auch wenn wir nicht mit Sicherheit sagen können, ob bei den entsprechenden Personen tatsächlich eine klinisch relevante Depression vorlag bzw. behandelt wurde, zeigt sich hier, dass Personen mit hoher Sensibilität für psychische Belastungen in der Stichprobe stark vertreten sind. Die Stichprobe enthält vermutlich mehr Personen, die sich mit dem Thema Depression intensiv auseinandersetzen, als in der Gesamtbevölkerung zu erwarten sind. Entsprechend sind auch Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, in der Stichprobe überrepräsentiert (12%-23%). Es muss davon ausgegangen werden, dass diese Personen insgesamt mehr Wissen und eine aufgeschlosseneren Haltung zur Krankheit Depression besitzen, als der Bevölkerungsdurchschnitt, was zu einer positiven Verzerrung der Ergebnisse führen würde. Negative Einstellungen zur Depression sind in der Bevölkerung folglich möglicherweise weiter verbreitet, als dies in den vorgestellten Ergebnissen zum Ausdruck kommt.

### **6.3 Einstellungsänderungen zur Depression aufgrund der Aufklärungskampagne**

Zehn Monate und zweiundzwanzig Monate nach Beginn der Intervention wurden weitere Bevölkerungsumfragen in Nürnberg und Würzburg durchgeführt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass der Kommunikator NBgD und die öffentliche Diskussion zur Krankheit Depression in der Untersuchungsregion bemerkt worden waren. Es war im Rahmen der Kampagne folglich gelungen, eine Sensibilisierung für das Thema Depression in der Bevölkerung herzustellen.

Bei einer Reihe von Items war außerdem innerhalb von Nürnberg ein signifikanter Einstellungswandel festzustellen. Entgegen der Erwartung waren diese Effekte jedoch zumeist im zweiten Kampagnenjahr rückläufig und in vielen Fällen waren in der Kontrollregion ebenfalls Veränderungen beobachtbar. Der Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollregion erreichte daher nur sehr vereinzelt ein

signifikantes Niveau. Die Einstellungsänderungen in Nürnberg dürfen folglich nicht ohne weiteres auf die Kampagne des NBgD zurückgeführt werden. Betrachtet man die Ergebnisse unter Berücksichtigung einer Bonferoni-Korrektur (vgl. Kap. 4.3) wäre im Vergleich zur Kontrollregion sogar keinerlei signifikanter Einstellungswandel mehr nachweisbar. Eine Bonferoni-Korrektur wird bei multiplen Tests angewendet, um zufällig signifikante Ergebnisse zu vermeiden. Das Signifikanzniveau würde in diesem Fall bei  $p < 0,001$  angesetzt. Dieser Wert ergibt sich aus dem Signifikanzniveau  $p = 0,05$  geteilt durch die Anzahl der Tests ( $n = 50$ ). Bei diesem Vorgehen würden außerdem eine Reihe der zeitlichen Veränderungen innerhalb der beiden Städte ebenfalls kein statistisch bedeutsames Niveau mehr erreichen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss folglich berücksichtigt werden, dass auf dem 5%-Niveau signifikante Veränderungen auch zufallsbedingt sein können und hinsichtlich ihrer Robustheit noch zu prüfen sind.

Vor diesem Hintergrund soll zunächst geklärt werden, was von den einzelnen Maßnahmen des NBgD grundsätzlich erwartet werden darf. Hier ist zu bedenken, dass eine größere Reichweite der Kampagne im Wesentlichen aufgrund von Plakaten und Presseberichten erzielt werden konnte (vgl. Kap. 4.1.3). Dabei transportieren Plakate jedoch nur allgemeine Botschaften und keine konkreten Wissensinhalte zur Depression (vgl. Kap. 4.1.1). Spezifische Kenntnisse waren primär im Rahmen von Informationsveranstaltungen oder durch Ratgeberbroschüren vermittelt worden, wodurch jedoch nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Bevölkerung erreichbar ist. Konkrete Informationen, die sich z.B. auf die Pharmakotherapie von Depression beziehen, konnten folglich nur einer ausgewählten Gruppe an interessierten Menschen zugänglich gemacht werden. Weitere intensive Maßnahmen, die den Zugang zu einer breiten Öffentlichkeit ermöglichen würden, wie z.B. ausführliche Fernsehspots, waren aus Kostengründen nicht durchgeführt worden. Hier wird deutlich, dass die Kampagne des NBgD aufgrund der relativ niedrigen Frequenz und Durchdringung von vorne herein primär die Möglichkeit bot, die „Awareness“, d.h. die Wahrnehmung des Themas Depression, in der Bevölkerung zu stärken. Im Rahmen der Kampagne wurden in erster Linie Schlagwörter zur Depression kommuniziert bzw. Werbung für die „Marke“ Nürnberger Bündnis gegen Depression betrieben, was sich entsprechend auch in den Ergebnissen widerspiegelt. Eine tiefergehende Information der breiten



Öffentlichkeit war mit den zur Verfügung stehenden Maßnahmen kaum möglich.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Presseberichte des NBgD nicht nur in der Untersuchungsregion, sondern durch überregionale Medien auch national gelesen werden konnten. Zahlreiche Berichte des NBgD waren in Printmedien, wie Süddeutsche Zeitung, Frankfurter Rundschau oder Fokus platziert worden, so dass eine Wahrnehmung dieser Informationen in ganz Deutschland (und damit auch in der Kontrollregion) nicht verhindert werden konnte. Hier bestehen Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung, die später vertieft diskutiert werden. Die einzelnen Ergebnisse werden vor diesem Hintergrund verständlicher und sollen nachfolgend ausführlich erörtert werden.

#### *Wahrnehmung der Aufklärungskampagne*

Es zeigte sich, dass der Kommunikator NBgD nach Beginn der Kampagne zwischen 25% und 28% der Bevölkerung in der Untersuchungsregion bekannt war (prä:5% pt(N)<0,001) In Würzburg hatten erwartungsgemäß nur wenige Menschen vom NBgD Notiz genommen (prä: 2%, post: 5%, pt(W)=0,017). Die Interaktion der Städte ist signifikant (pi=0,004). Ebenso konnte die Wahrnehmung der öffentlichen und privaten Diskussion zur Depression im Vergleich zur Baseline und Kontrollregion signifikant erhöht werden.

Die Tatsache, dass lediglich rund ein Viertel der Nürnberger Bürger den Kommunikator NBgD bemerkt hatte, erscheint nur auf den ersten Blick wenig. Vergleiche mit Umfragen der Marketingforschung machen deutlich, dass es sich um ein recht positives Ergebnis handelt. Der Bekanntheitsgrad des Nivea-Shampoos lag beispielsweise bei Nennung des Artikels im Jahr 2002 lediglich bei 75%, obwohl dieses Shampoo seit 1983 intensiv beworben wird, und die Marke Nivea bereits seit 1911 auf den Markt ist (Kotler & Bliemel, 2002). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass öffentliche Angelegenheiten und Fragen des Gemeinwohls auf der Interessenskala der meisten Menschen eher im unteren Bereich rangieren. Eine grundlegende Bedingung, unter der sich eine Kampagne durchsetzen muss, ist gemäß Schultz das Gesetz der Aufmerksamknappheit der Individuen, nach der die individuelle Beachtung und Verarbeitung von Informationen pro Zeiteinheit begrenzt ist (Schulz, 1989). Die Aufklärungskampagne in Nürnberg musste folglich die verfügbaren Kapazitäten vergrößern oder sich gegen andere Themen, Informationen und Ereignisse durchsetzen. Erschwerend könnte sich hier auch die parallel

verlaufende Öffentlichkeitsarbeit zur Suchtprävention der Stadt Nürnberg ausgewirkt haben (Kammerer & Marquart, 2003).

#### *Veränderungen von allgemeinen Einstellungen zur Depression*

Allgemeine Einstellungen zur Depression konnten im Rahmen der Aufklärungskampagne teilweise signifikant verändert werden, jedoch nur selten im Vergleich zur Kontrollregion.

Die Einschätzung des *Schweregrads von Depression* ist nicht erhöht worden. Hier zeigte sich, dass die Erkrankung von der Mehrheit der Bevölkerung in ihren Auswirkungen nach wie vor unterschätzt wird. Im Bewusstsein der Menschen ist folglich offenbar wenig verankert, dass die Depression, ähnlich wie Aids oder Krebs, aufgrund der Suizidgefahr einen tödlichen Verlauf nehmen kann.

Bei den *allgemeinen (Vor-) Urteilen* zeigten sich hingegen teilweise positive Veränderungen in Nürnberg: Die Einstellung, dass Depression eine behandlungsbedürftige Krankheit ist, konnte im ersten Jahr um 5% gesteigert werden (prä:78%,  $pt(N)=0,001$ ). Auch widersprachen im ersten Kampagnenjahr mehr Personen der Aussage, dass man an einer Depression selbst dran schuld sei (prä:74%, post:81%,  $pt(N)=0,006$ ). Die Meinung, es handele sich gar nicht um eine richtige Krankheit, konnte im ersten Jahr um die Hälfte reduziert werden (prä:12%, post:6%,  $pt(N)<0,001$ ). Die genannten zeitlichen Effekte waren jedoch im zweiten Kampagnenjahr wieder rückläufig und im Vergleich zur Kontrollregion nur für zuletzt genanntes Item signifikant. Dennoch deuten die Ergebnisse insgesamt darauf hin, dass es im Rahmen der Initiative des NBgD gelungen ist, die Akzeptanz der Depression als Krankheit zu erhöhen. Möglicherweise hatte hier, neben den Inhalten der Kampagne, die hohe Präsenz des NBgD einen positiven Einfluss auf die offenere Grundhaltung der Bevölkerung ausüben können. So ist anzunehmen, dass allein aufgrund des hohen Aufwands der Kampagne das Bewusstsein für die Erkrankung und ein ernst nehmen der Depression in der Bevölkerung gefördert wurden. Es ist zu vermuten, dass die Plakataktionen, die eine hohe Wahrnehmung aufweisen, hierzu wesentlich beigetragen haben.

Die Einschätzung der *Behandelbarkeit* von Depression als ziemlich gut oder sehr gut konnte in Nürnberg um 4% (2001) bzw. 8% (2002) erhöht werden (prä:53%,

pt(N)=0,050). Ähnliche Veränderungen zeigten sich jedoch auch in der Kontrollregion (prä:57%, post:63% pt(W)=0,147). Die Kernbotschaft des NBgD „Depression ist behandelbar“ scheint folglich übermittelt worden zu sein, auch wenn sich hier innerhalb von Deutschland ein allgemeiner positiver Trend abzeichnet.

### *Veränderungen von Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten*

Das Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression konnte insgesamt nur geringfügig verbessert werden.

Hinsichtlich der *Ursachen* von Depression war überraschenderweise bei allen Items, d.h. bei empirisch nicht belegten Ursachen, aber auch bei nachgewiesenen Ursachen ein Rückgang der zugeschriebenen Wichtigkeit festzustellen. Eventuell konnte die Bevölkerung sensibilisiert werden, dass die Genese von Depression multifaktoriell bedingt ist. Dies würde die größere Zurückhaltung hinsichtlich der Zuschreibung einzelner Ursachen erklären. Betrachtet man ausschließlich die Untersuchungsregion zeigt sich im ersten Kampagnenjahr ein signifikanter Rückgang in stigmatisierenden Ursachenzuschreibungen, wie „fehlende Selbstdisziplin“ (prä:30%, post:18% pt(N)<0,001) oder „Charakterschwäche“ (prä:23%, post:15% pt(N)<0,001) und auch „Umweltgifte“ sind seltener als wichtig für die Genese von Depression erachtet worden (prä:28%, post:18%, pt(N)<0,001). Im zweiten Kampagnenjahr sind die genannten Effekte jedoch wieder rückläufig und, bis auf zuletzt genanntes Item, im Vergleich zur Kontrollregion nicht signifikant. Möglicherweise spiegelt sich auch hier eine insgesamt aufgeschlosseneren Haltung zur Depression in der Bevölkerung wider.

Ebenso sind bei den *Symptomen* von Depression keine signifikanten Veränderungen festgestellt worden. Obwohl der Begriff Depression im Sprachgebrauch häufig Verwendung findet, ist folglich auch nach der Kampagne in der Öffentlichkeit häufig nicht klar, was eigentlich eine Depression genau ist.

Das Wissen zu *Behandlungsmöglichkeiten* von Depression konnte nur punktuell verbessert werden, jedoch in keinem der Fälle signifikant im Vergleich zur Kontrollregion. Die drei wichtigsten Behandlungsmöglichkeiten waren im ersten Kampagnenjahr in ihrer wahrgenommenen Geeignetheit signifikant bzw. tendenziell

gesteigert worden: der Besuch eines Arztes (prä:75%, post:80%,  $p(N)=0,031$ ), der Besuch eines Psychotherapeuten (prä:68%, post:75%,  $p(N)=0,065$ ) und die Einnahme von Antidepressiva (prä:30%, post:35%,  $p(N)=0,065$ ). Die Veränderungen zeigten sich im zweiten Kampagnenjahr jedoch wieder rückläufig und waren im Vergleich zur Kontrollregion nicht signifikant.

In Bezug auf das Wissen zur Wirkungsweise von *Antidepressiva* konnte lediglich die Meinung, dass „man noch man selbst ist, wenn man Antidepressiva nimmt“, erhöht werden (prä:38%, post:46%,  $p(N)=0,020$ ). In der Kontrollregion zeigten sich hier ebenfalls Veränderungen, jedoch in geringerem Ausmaß (prä:47%, post:51%,  $p(W)=0,345$ ). Weiterhin bestanden jedoch Ängste vor Abhängigkeit und starken Nebenwirkungen. Dies deutet darauf hin, dass in der Bevölkerung nach wie vor nicht ausreichend zwischen verschiedenen Psychopharmaka differenziert wird. Es scheint vielmehr, als würden Antidepressiva mit anderen Medikamenten, wie Hypnotika und Neuroleptika, verwechselt. Hier bestehen offenbar tief greifende Ängste und Vorurteile, die einem kognitiven Verständnis zur Wirkungsweise von Antidepressiva entgegenstehen. In diesem Zusammenhang existiert folglich auch nach der Kampagne noch ein hoher Kommunikations- und Vertrauensbildungsbedarf, der im konkreten Krankheitsfall vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten übernommen werden muss. Darüber hinaus wäre denkbar, dass Antidepressiva in Zukunft noch stärker als eigenständige Produktgruppe mit wenig gefährlichen Nebenwirkungen in der Bevölkerungswahrnehmung zu positionieren sind. Hier wäre ein produktgruppenbezogenes Informationsangebot in den Pressemedien in Betracht zu ziehen. Dabei würde über die Produktgruppe Antidepressiva herstellerübergreifend informiert, verbunden mit einer zentralen Botschaft. Vielleicht ähnlich wie bei der Produktgruppe Milch unter dem bekannten Slogan „die Milch macht’s“.

Grundsätzlich muss im Hinblick auf das Wissen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression bedacht werden, dass dieses vorwiegend im Rahmen von Veranstaltungen und durch Ratgeberbroschüren vermittelt werden konnte. Die Veranstaltungen sind jedoch nur von wenigen Tausend Menschen besucht worden. Ebenso ist der Anteil an Personen, der die Informationsbroschüren aufmerksam liest und sich später auch daran erinnert,

verglichen zur Gesamtbevölkerung verschwindend klein. Selbst bei drastischen Einstellungsänderungen innerhalb dieser Personengruppe wären im Gesamtsample folglich kaum Effekte mehr nachweisbar.

Vor diesem Hintergrund müssen die Maßnahmen des NBgD vielmehr im Rahmen einer universellen Präventionsstrategie betrachtet werden. Durch die Aufklärung der Gesamtbevölkerung wird versucht, die tatsächliche Risikogruppe einer frühen Diagnostik und Therapie zuzuführen, um einem chronifizierenden Verlauf der Depression vorzubeugen. Derartige universelle Präventionsstrategien haben jedoch, selbst wenn sie in sehr großem Umfang realisiert werden, relativ kleine Effektstärken (Perrez, 1992). Gleichzeitig stellt sich hier die Frage, ob die Stichprobengröße in der vorliegenden Untersuchung ausreichend ist, um im Rahmen einer derartigen Intervention, die sich auf die Gesamtpopulation bezieht, kleine aber relevante Effekte statistisch bedeutsam darzustellen. Für die Evaluation der Kampagne wäre es vermutlich leichter gewesen, durch die Befragung spezifischer Zielgruppen Effekte aufzuzeigen. Hier könnte es in Zukunft z.B. aufschlussreich sein, Befragungen bei denjenigen Personen durchzuführen, die in direktem Kontakt mit der Aufklärungskampagne stehen. Denkbar wären spezifische Prä-Post-Messungen im Rahmen von ausgewählten öffentlichen Informationsveranstaltungen. Auf diese Weise ließe sich direkt untersuchen, ob die Teilnehmer von der Veranstaltung profitieren konnten. Grundsätzlich wäre außerdem von großem Interesse, ob sich Einstellungen (z.B. zur Pharmakotherapie) bei denjenigen Personen veränderten, die tatsächlich objektiv von Depression betroffen sind bzw. waren. Auch wäre es aufschlussreich zu wissen, inwieweit Einstellungen von Angehörigen verändert werden konnten. Für die Erhebung einer Stichprobe, die objektiv von Depression betroffene Personen umfasst (z.B. gemäß ICD-10), wären Prä-Post-Messungen denkbar, bei denen ein Depressions-Screening-Instrument einem Einstellungsfragebogen vorangestellt wird. Dieses Vorgehen kann für zukünftige Untersuchungen eine interessante Vertiefung der vorliegenden Untersuchung darstellen.

#### *Veränderungen von Verhaltensintentionen*

Die Bereitschaft, über die Krankheit Depression zu sprechen, konnte im Rahmen der Aufklärungskampagne nicht verbessert werden. In Zusammenhang mit dieser Stagnation steht eventuell das bereits hohe Ausgangsniveau von 40% vor der

Kampagne. Indessen sind Verhaltensintentionen in der vorliegenden Arbeit nicht tiefergehend untersucht worden. Hier könnte es für zukünftige Untersuchungen interessant sein, Verhaltensintentionen in der Bevölkerung detaillierter zu analysieren. Denkbar wäre z.B. folgendes Item mit verschiedenen Antwortausprägungen („stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll zu“):

Ein Bekannter erzählt Ihnen, er fühle sich antriebslos, alles sei so hoffnungslos.

- „Wenn ich das nächste Mal den Bekannten treffe, spreche ich ihn diesbezüglich unbedingt an“
- „Ich spreche noch in derselben Woche mit dem Hausarzt“
- „Ich frage ganz genau nach, wie die Person das gemeint hat und woran sie dabei denkt“
- „Ich lasse mich auf ein längeres Gespräch ein, um seine Hoffnungslosigkeit nicht noch weiter zu verstärken“
- „Ich sage nichts und denke nur, dieser arme Mensch tut mir leid“.

Die Erfassung von Verhaltensintentionen ist insbesondere deshalb wichtig, da sie am ehesten Aufschluss über das tatsächliche Verhalten geben (Witte, 1992b; vgl. Fischer & Wiswede, 2002). Das beschriebene Beispielitem macht außerdem deutlich, dass die Verwendung von Fallvignetten eine sinnvolle Ergänzung für derartige Untersuchungen sein könnte. Fallvignetten haben den Vorteil, dass die Antworten der Befragten sich auf das *Phänomen* Depression beziehen, das durch objektive Kriterien (z.B. nach ICD-10) definiert ist. Wenn Aussagen zum *Begriff* Depression vorgegeben werden, wie in der vorliegenden Untersuchung, dann beziehen sich die Antworten letzten Endes immer darauf, was die befragte Person unter einer Depression versteht. Der Einsatz von Fallvignetten, wie z.B. die Beschreibung einer Person, die morgens nicht aufstehen will und sich sozial zurückzieht, würde möglicherweise noch besseren Aufschluss geben, was die befragten Personen in gegebenen Fall tatsächlich denken bzw. tun.

Betrachtet man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung insgesamt, zeigte sich, dass innerhalb der Untersuchungsregion zwar in vielen Fällen signifikante Einstellungsänderungen beobachtbar waren. Entgegen der Erwartung waren jedoch auch in der Kontrollregion häufig signifikante Zeiteffekte festzustellen. In diesem Zusammenhang wäre denkbar, dass die Berichterstattung des NBgD in

überregionalen Medien auch zu Veränderungen in der Kontrollregion führte. Noch stärker erwecken die Veränderungen in der Kontrollregion jedoch den Eindruck, dass sich Deutschland derzeit allgemein in einem positiven Aufklärungstrend zum Thema Depression befindet. Beiträge über die Krankheit Depression im Spiegel, Stern oder im Gesundheitsmagazin „Praxis“ des ZDF werden unweigerlich von einer sehr viel breiteren Bevölkerung wahrgenommen, als dies im Rahmen der Kampagne des NBgD möglich ist. Allein die Zeitschriften „Stern“ und „Spiegel“ berichten von einer durchschnittlichen Reichweite von 5,7 Mio. bzw. 7,8 Mio. Menschen in Deutschland (Quelle: Spiegel-online; G&J-online, Stand: Oktober 2004). Es ist insofern nicht zu verhindern, dass in der Kontrollregion ebenfalls eine Aufklärung durch Berichterstattung statt findet. Hier bestehen Limitierungen der differentiellen Effekte durch die Kampagne des NBgD, die methodisch nicht ohne weiteres in den Griff zu bekommen sind.

Vor diesem Hintergrund erscheint auch die Interpretation der Ergebnisse früherer Untersuchungen, wie der Defeat Depression Campaign in Großbritannien, nicht unproblematisch. Bei dieser Kampagne sind eine Reihe eindrucksvoller Einstellungsänderungen beschrieben worden (vgl. Kap. 2.4). Da bei dieser Studie jedoch keine Kontrollregion herangezogen werden konnte, muss auch hier letzten Endes offen bleiben, was zu dem Einstellungswandel führte. Möglicherweise sind die Einstellungsänderungen durch ganz andere Faktoren, wie z.B. einem neu erschienenen Bestseller mit einem depressiv Erkrankten, zurückzuführen. Letztlich gibt es bei dieser Untersuchung folglich keinen Beleg, dass die Interventionen der Defeat-Depression-Campaign ursächlich wirkten.

Ein weiteres überraschendes Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist der rückläufige Effekt für einen Großteil der Einstellungsänderungen im zweiten Interventionsjahr. Hier könnte ein Hinweis liegen, dass lediglich eine oberflächliche, kurzfristige Beeinflussung, jedoch kein tief greifender Einstellungswandel gelang, so dass die ursprüngliche negative Haltung im zweiten Interventionsjahr wieder hervor trat. Nicht auszuschließen ist außerdem, dass die Kürzung des Fragebogens in der dritten Erhebung einen Einfluss auf das Antwortverhalten ausübte. Denkbar wäre zum Beispiel, dass sich die Befragten durch die schnelleren Themenwechsel weniger intensiv mit ihrer tatsächlichen Haltung auseinandersetzten und wieder vermehrt „klischeehaft“ reagierten. Eine weitere Erklärung für den rückläufigen Effekt im

zweiten Kampagnenjahr ist vermutlich die niedrigere Maßnahmendichte in diesem Zeitraum. Aus finanziellen Gründen war die Anzahl der Plakatierungen im zweiten Interventionsjahr reduziert worden. Auf die Großflächen-Plakate der Stadtreklame mit den zentralen Botschaften des NBgD wurde verzichtet und auch Kleinplakatierungen, z.B. auf Flächen der evangelischen Kirche, sind innerhalb von Nürnberg reduziert worden. Im ersten Kampagnenjahr hatte außerdem eine Pressekonferenz kurz vor der Bevölkerungsumfrage stattgefunden, die mit einer verstärkten Medienberichterstattung einherging. Kurz vor der Befragung im ersten Kampagnenjahr waren 77 Presseberichte zur Krankheit Depression erschienen, während es im gleichen Zeitraum im zweiten Kampagnenjahr nur 26 Artikel gewesen waren. Die Besucherzahl der Veranstaltungen lag im ersten Kampagnenjahr ebenfalls durchschnittlich ca. um 25% höher. Einerseits war für die Auftaktveranstaltung vermehrt geworben worden, andererseits ist auch ein Sättigungseffekt im zweiten Jahr denkbar. Wie bereits erwähnt, darf bei Veranstaltungen jedoch ohnehin von keiner großen Breitenwirkung ausgegangen werden. Vielmehr sind öffentliche Veranstaltungen wichtig, um neu erworbenes Wissen zu verfestigen, sowie um im Schneeballsystem über einen längeren Zeitraum Veränderungen in der Bevölkerung zu bewirken. Entsprechend zeigte sich in den Bevölkerungsumfragen, dass öffentliche Veranstaltungen des NBgD von der Bevölkerung in Nürnberg so gut wie nicht bemerkt worden waren. Hierbei wurde auch deutlich, dass die Kinospots zum Thema Depression, trotz ihrer verhältnismäßig hohen Reichweite von durchschnittlich 7500 Bürgern pro Monat, ebenfalls kaum wahrgenommen bzw. bewusst erinnert worden waren. Möglicherweise spiegelt sich bei diesen Ergebnissen das junge Durchschnittsalter von Kinobesuchern, was zu 80% zwischen 14 und 29 Jahre liegt (Preißner & Engel, 1999). Kinospots erscheinen daher insbesondere geeignet, um junge Menschen zu erreichen.

Die rückläufigen Effekte im zweiten Kampagnenjahr bei gleichzeitiger niedrigerer Maßnahmendichte unterstützen den Eindruck, dass ein Einstellungswandel in der Bevölkerung nur dann möglich ist, wenn Informationen wiederholt, über längere Zeit und in hoher Frequenz verbreitet werden. Damit eine Kampagne, wie das NBgD, in den Köpfen der Bevölkerung verankert bleibt, erscheint eine fortwährende intensive Präsenz in den Medien notwendig. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung



deuten darauf hin, dass die Nürnberger Bevölkerung aufgrund der Maßnahmen im ersten Interventionsjahr kurzfristig „wachgerüttelt“ werden konnte. Vermutlich hätten die Interventionen jedoch in gleichem bzw. höherem Umfang für längere Zeit fortgeführt werden müssen. Dieser Effekt wurde auch im Rahmen der sehr viel umfangreicheren Anti-Aids-Kampagne festgestellt. Obwohl zu Kernzeiten der Kampagne Einstellungsänderungen zu Aids erzielt wurden, gingen die Menschen wenig später wieder sehr viel sorgloser mit Verhütung um (Beißwenger, 1998; Rosenbrock, 2002). Bei dem Prozess der Einstellungsänderung handelt es sich folglich nicht um einen einmaligen Vorgang, der durch eine zeitlich begrenzte Interventionsphase erfolgen kann und dann abgeschlossen ist. Vielmehr erscheint es notwendig, dass Menschen die Botschaften und Inhalte zur Krankheit Depression immer wieder von Neuem wahrnehmen und verstehen. Nur so können langfristig Veränderungen in den Menschen wirksam werden. Verschiedene Forscher auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung weisen entsprechend darauf hin, dass nachhaltige Veränderungen nicht allein aufgrund guter Projekte erfolgen können. Vielmehr müssten verstärkt gesundheitsfördernde Strukturen und dauerhafte Maßnahmen eingesetzt werden (vgl. Trojan & Legewie, 2001).

#### **6.4 Subgruppenanalysen**

Neben der Betrachtung der Gesamtbevölkerung waren in der vorliegenden Untersuchung vertiefende Subgruppenanalysen durchgeführt worden, bei denen teilweise deutlichere Effekte aufgrund der Kampagne nachzuweisen sind.

Im Hinblick auf das *Geschlecht* zeigte sich, dass Frauen vor Beginn der Kampagne über eine aufgeschlosseneren Haltung und ein besseres Wissen zur Depression verfügten als die männliche Bevölkerung. Außerdem nahmen Frauen während der Intervention das NBgD und seine öffentliche Diskussion etwas häufiger wahr. Dies entspricht den Ergebnissen früherer Untersuchungen in denen von einer medizinisch besseren Ansprechbarkeit von Frauen berichtet wird (Angermeyer & Matschinger, 1999).

Während der Kampagne konnten Frauen hingegen ihr höheres Ausgangsniveau überwiegend nicht weiter verbessern, während Männer in einigen Fällen die Diskrepanz zu den Frauen aufholten. Abwertende oder verharmlosende Haltungen zur Depression sind während der Intervention bei Männern zurückgegangen. Die

Behandlungsmöglichkeiten und die Behandelbarkeit von Depression wurden positiver eingeschätzt. Auch ist die Kommunikationsbereitschaft zum Thema Depression nur bei Männern gestiegen. Aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass Männer sich aus eigener Initiative weniger intensiv mit dem Thema psychische Gesundheit bzw. Depression auseinandersetzen (Lairson & Swint, 1978; Angermeyer & Matschinger, 1999). Möglicherweise liefern die Ergebnisse einen Hinweis, dass Männer stärker davon profitierten, im Rahmen der Kampagne unweigerlich mit dem Thema Depression konfrontiert worden zu sein (z.B. aufgrund von Plakaten). Bei Frauen konnte hingegen die Angst vor Abhängigkeit und starken Nebenwirkungen von Antidepressiva tendenziell besser reduziert werden. Womöglich spiegelt sich hier, dass Frauen eher bereit sind, sich hinsichtlich tief greifender Ängste zu öffnen. Da die beschriebenen Ergebnisse jedoch nur in Einzelfällen im Vergleich zur Kontrollregion signifikant sind, zudem einer Bonferoni-Korrektur nicht standhalten, handelt es sich hier lediglich um vorsichtige Vermutungen, die durch nachfolgende Untersuchungen noch zu überprüfen sind.

Von besonderem Interesse ist der Einfluss des *Alters* auf Wissen und Einstellungen, da bei der älteren Bevölkerung ein besonderes Risiko für Depression sowie ein Diagnose- und Behandlungsdefizit beschrieben werden (Angermeyer et al., 1993). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigten, dass bei dieser Personengruppe ungünstige Einstellungen zum Tragen kommen. Nur 21% der über 60 jährigen sah Depression als schwere bzw. sehr schwere Krankheit an, und für die Mehrheit hatte deren Bewältigung vor allem etwas mit Selbstdisziplin und Charakter zu tun. Einzig die Behandlung durch einen Arzt und durch Psychopharmaka wurde von älteren Personen positiver beurteilt als vom Rest der Bevölkerung. Gleichzeitig bestätigten ältere Menschen signifikant seltener, einen depressiv Erkrankten aus dem Familien- oder Bekanntenkreis zu kennen, als jüngere Menschen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Krankheit Depression von der älteren Bevölkerung weniger erkannt bzw. weniger darüber geredet wird. Diese Ergebnisse sind alarmierend, weil eine derartige Haltung aktives Hilfesuchverhalten erschwert oder gar unmöglich macht.

Entsprechend des großen Aufklärungsbedarfs konnte die Risikogruppe der über 60 jährigen im Rahmen der Kampagne besonders gut erreicht werden. Die Meinung, fehlende Selbstdisziplin oder Charakterschwäche seien wichtige Ursachen einer

Depression, wurde im Vergleich zur Kontrollregion signifikant reduziert. Gleichzeitig ist eine positivere Haltung gegenüber Antidepressiva erzielt worden. Die Angst vor Abhängigkeit und einer Charakterbeeinflussung sind bei der älteren Generation im Vergleich zur Kontrollregion signifikant zurückgegangen. Eventuell hat die günstige Grundhaltung in Bezug auf eine medikamentöse Therapie, die sich vor Beginn der Kampagne bereits abzeichnete, bei älteren Menschen die Voraussetzung geschaffen, um einen Einstellungswandel zu Antidepressiva zu ermöglichen.

Insgesamt konnte der älteren Generation folglich geholfen werden, die Ursachen einer Depression weniger in der Person zu sehen und Abstand von dem Glauben nehmen, selbst mit der Erkrankung fertig werden zu müssen. Hiermit ist ein wichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung älterer Menschen geleistet worden.

In Bezug auf den *Bildungsstand* zeigte sich erwartungsgemäß, dass Personen mit hoher Bildung vor Beginn der Kampagne besser zur Depression informiert waren und über positivere Einstellungen verfügten, als Personen mit niedrigem Bildungsstand. Ebenso war die Aufklärungskampagne von höher Gebildeten etwas häufiger bewusst wahrgenommen worden, und sie zeigten im Vergleich zur Kontrollregion etwas häufiger einen signifikanten Einstellungswandel. Aber auch Personen mit niedrigem Bildungsstand konnten Einstellungsänderungen aufweisen. Die Ergebnisse deuten insgesamt folglich darauf hin, dass alle Bevölkerungsschichten durch die Botschaften der Kampagne angesprochen werden konnten. Die Informationsvermittlung über verschiedene Medien und Kanäle, wie z.B. Bildzeitung, Plakate an Litfasssäulen oder Kinospots, hatte hier möglicherweise einen wichtigen Beitrag leisten können.

Betrachtet man ausschließlich Einstellungen derjenigen Personen, die das *NBGD bewusst wahrgenommen* hatten, zeigten sich vielfach Unterschiede zur Gesamtbevölkerung von Nürnberg bzw. zur Kontrollregion. Die Depression wurde von dieser Personengruppe häufiger als sehr schwere Krankheit beurteilt. Auch waren sie besser zu Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression informiert. Dennoch waren in keinem der Fälle bedeutsame Einstellungsänderungen zwischen dem ersten und zweiten Interventionsjahr festzustellen. Die Einstellungsunterschiede im Vergleich zur Baseline (Gesamtbevölkerung Nürnberg) bzw. Kontrollregion können daher nicht eindeutig auf die Kampagne zurückgeführt werden. Vielmehr ist anzunehmen, dass andere Faktoren hier von Bedeutung sind.

Entsprechend zeigte sich, dass Personen mit bewusster Wahrnehmung des NBgD häufiger im Familien- oder Freundeskreis durch Depression betroffen sind. Auch unterscheiden sie sich durch einen höheren Bildungsstand und durch eine größere Anzahl an Personen mit einer Beschäftigung im Gesundheitswesen. Diese Faktoren üben möglicherweise einen positiven Einfluss auf die Einstellungen dieser Personengruppe aus. Mit Sicherheit kann folglich nur gesagt werden, dass an der Kampagne interessierte Menschen auch tatsächlich mehr Wissen und eine aufgeschlosseneren Haltung zur Depression besitzen.

Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass bei einer Aufklärungskampagne zur Krankheit Depression in einem ersten Schritt ein Interesse für das Thema hergestellt werden muss. Eine Sensibilisierung für die Erkrankung scheint notwendige Voraussetzung für ein besseres Verständnis der Erkrankung zu sein. Kotler und Roberto (2001) sprechen in diesem Zusammenhang von einer positiven Grundstimmung, die für einen Einstellungswandel gegeben sein muss (vgl. Kap. 2.3.2). Diese Sensibilisierung für das Thema Depression ist im Rahmen des NBgD erreicht worden. Die Menschen in Nürnberg konnten darauf aufmerksam gemacht werden, dass Depression ein wichtiges Thema ist, über das öffentlich und privat vermehrt diskutiert wird. Damit wurde eine wertvolle Grundlage für weitergehende Aufklärungsarbeiten gelegt. Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel ist dies als großer Erfolg der Kampagne des NBgD zu bewerten.

## **6.5 Ausblick**

Im Rahmen der Kampagne des NBgD ist es gelungen, auf das Thema Depression aufmerksam zu machen und damit eine Grundstimmung in der Bevölkerung zu erzeugen, die Voraussetzung für einen Einstellungswandel ist. Um einen tiefgreifenden und längerfristigen Einstellungswandel in der Bevölkerung herbei zu führen, sind weiterführende, umfangreichere und dauerhafte Maßnahmen notwendig, die eine noch höhere Durchdringung aufweisen und damit eine noch breitere Bevölkerung erreichen können. Denkbar wäre hier z.B. die Zusammenarbeit mit einem prominenten Vorbild, das sich für die Krankheit interessiert und bereit erklärt, öffentlich über das Thema Depression zu sprechen. Im Idealfall ist die entsprechende Person selbst betroffen, wie der kürzlich erkrankte prominente Fußballspieler Sebastian Deisler, der sich in den deutschen Medien zur Krankheit

Depression bekannte. Die Identifikation solcher Vorbilder und die enge Zusammenarbeit mit den Medien, wie z.B. Boulevard Talk-Shows, können hier weitere wichtige Schritte darstellen, um einer Stigmatisierung entgegen zu wirken. Eine zusätzliche Möglichkeit, die Krankheit Depression stärker in den Alltag der Bevölkerung zu integrieren, kann die Nutzung von Fernsehserien oder Kinderprogrammen sein. Indem Geschichten über depressiv Erkrankte erzählt werden, kann das Bewusstsein für die Erkrankung erhöht und Vorurteile abgebaut werden. Neben der Projektarbeit wären außerdem strukturelle Maßnahmen sinnvoll. Um möglichst früh eine positive Einstellung zur Depression zu fördern, wäre es beispielsweise empfehlenswert, das Thema psychische Gesundheit im Lehrplan des Schulunterrichts zu berücksichtigen.

Grundsätzlich ist bei Beeinflussungsversuchen von Einstellungen zu bedenken, dass hierbei eine bestimmte gesundheitliche Haltung gefördert werden soll. Die Krankheitsformen haben sich im 20. Jahrhundert gewandelt. Sie sind weniger bakteriell bedingt und somit nicht mehr nur technisch von außen zu behandeln. Dennoch scheint im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor ein technisches Bild vom Menschen zu dominieren. Das „Funktionieren“ des Menschen wird üblicherweise als Normalfall gesehen (Herlyn, 1997). Ein bewusster und sensibler Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie der Gesundheit des sozialen Umfelds haben hier nur wenig Platz. Doch genau diese Haltung soll im Rahmen der Aufklärungskampagne gefördert werden. Der Einstellungswandel steht damit für einen grundsätzlichen Wandel sozialer Normen und Erwartungen. Ein derartiger Einstellungsprozess erfolgt langsam und kontinuierlich und muss sich nicht selten über mehrere Generationen hin entwickeln.

Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Arbeit ermutigen, dass ein Einstellungswandel zur Depression durch Aufklärung möglich ist. Hierfür ist jedoch die kontinuierliche, längerfristige Fortführung derartiger Bemühungen notwendig. Dies kann nur durch eine Einbettung der Aufklärung in andauernde Anstrengungen erfolgen. Entsprechend ist die Aufklärungskampagne des NBgD in eine Gesamtstrategie des Kompetenznetz Depression eingebettet, das Ursachen von Depressionen erforscht, Lösungsansätze erarbeitet, Zusammenhänge klärt und diese weit über die Kampagne hinaus kontinuierlich kommuniziert. Nur so kann die

gewünschte Glaubwürdigkeit des Kommunikators bzw. der Inhalte und damit der langfristige Erfolg der Aufklärung zur Krankheit Depression gesichert werden.

## 7 Zusammenfassung

Depressive Erkrankungen stellen zahlenmäßig mit die größte psychiatrische Störungsgruppe dar und obwohl gute Behandlungsmöglichkeiten bestehen, bleibt ein Großteil der Betroffenen ohne adäquate Therapie. Gründe hierfür werden maßgeblich in soziokulturellen Faktoren gesehen. Fehlendes Wissen und eine verständnislose ablehnende Haltung des sozialen Umfelds führen nicht selten dazu, dass die Krankheit nicht ernst genommen wird und depressiv Erkrankte sich schämen, professionelle Hilfe zu suchen. Der Leidensdruck für die Betroffenen ist sehr hoch. Im schlimmsten Fall führt die Depression durch Suizid zum Tod. Vor diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit von Aufklärungsarbeit deutlich, um diesen Problemen entgegen zu wirken.

In *Kapitel 2* wurden die theoretischen Hintergründe für die vorliegende empirische Untersuchung dargestellt. Hierzu sind zunächst verschiedene jüngste Ansätze aus der Depressionsforschung beschrieben worden. Ursachen für die Erkrankung werden multifaktoriell u.a. in negativen Lebensereignissen, frühkindlichen Mangelenerfahrungen und genetischen Einflüssen gesehen. Die Symptomatik depressiver Störungen umfasst neben emotionaler Herabgestimmtheit auch motivationale, körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen. Im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten stehen neben einer Reihe wirksamer Antidepressiva-Präparate mehrere Psychotherapieformen zur Verfügung, wie verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Verfahren.

Um den Prozess der Einstellungsänderung zur Krankheit Depression besser zu verstehen, sind im Anschluss verschiedene gut überprüfte Theorien zur Erklärung des Einstellungserwerbs und -wandels beschrieben worden, wie das Modell der instrumentellen Konditionierung, die persuasiven Kommunikationstheorien oder die Konsistenztheorien. Beeinflussungsversuche von Einstellungen in der Öffentlichkeit erfolgen im Allgemeinen über Aufklärungskampagnen, deren Erfolgskriterien anschließend dargestellt wurden. Zum Abschluss des 2. Kapitels ist auf wichtige empirische Vorarbeiten sowie auf das Kompetenznetz Depression eingegangen worden, im Rahmen dessen die Aufklärungskampagne des Nürnberger Bündnisses gegen Depression (NBgD) durchgeführt wurde.

In *Kapitel 3* sind die Zielsetzung und Fragestellungen der vorliegenden empirischen Untersuchung erläutert worden. Ziel dieser Arbeit war die Evaluation der Aufklärungskampagne des NBgD. Hierzu wurden Fragestellungen zu Einstellungen vor Beginn der Kampagne beschrieben sowie zu Einstellungsänderungen aufgrund der Kampagne und zu Subgruppenanalysen.

In *Kapitel 4* wurde die methodische Vorgehensweise der Arbeit erläutert. Die Aufklärungskampagne des NBgD umfasste verschiedene Maßnahmen, wie öffentliche Informationsveranstaltungen, Ratgeberbroschüren, Medienberichterstattungen und Plakataktionen. Zur Evaluation der Öffentlichkeitsarbeit waren vor und während der Kampagne drei groß angelegte Bevölkerungsumfragen in Nürnberg (Untersuchungsregion) und Würzburg (Kontrollregion) durchgeführt worden. Abschließend zum 4. Kapitel sind die Vorgehensweise bei den statistischen Analysen und die Stichprobe erläutert worden.

In *Kapitel 5* wurden die Ergebnisse der Bevölkerungsumfragen dargestellt. Bei den Einstellungen zur Depression vor Beginn der Aufklärungskampagne zeigten sich teilweise bereits erstaunlich realistische Einschätzungen. Ein Großteil der Bürger sah eine Depression als behandlungsbedürftige Krankheit an, der man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert ist. Mögliche Ursachen, wie ein Schicksalsschlag und eine Stoffwechselstörung im Gehirn, sowie Behandlungsmöglichkeiten, wie der Besuch eines Arztes oder Psychotherapeuten, wurden von der Mehrheit der Bevölkerung bestätigt. Auf der anderen Seite waren aber auch große Vorbehalte und Wissensdefizite festzustellen. Gründe für depressive Störungen wurden häufig in der Person gesehen, wie in einer Charakterschwäche oder fehlender Selbstdisziplin. Außerdem erachtete knapp die Hälfte der Bevölkerung depressive Störungen als mittelmäßig oder gar nicht gut behandelbar. Freizeitaktivitäten, wie Sport machen oder in den Urlaub fahren, sind nicht selten als hilfreich befürwortet worden. Insbesondere hinsichtlich der Behandlung mit Antidepressiva waren nach wie vor skeptische Einstellungen in der Bevölkerung festzustellen. Weniger als ein Drittel der Bürger sah eine Therapie mit Antidepressiva als hilfreich an. Vielmehr war ein Großteil der Bevölkerung der Meinung, Antidepressiva machten abhängig oder hätten starke Nebenwirkungen.



Im zweiten Abschnitt des fünften Kapitels wurden die Ergebnisse ein bzw. zwei Jahre nach Beginn der Intervention dargestellt. Die Aufklärungskampagne selbst war von rund einem Viertel der Nürnberger Bürger bemerkt worden. Auch konnte der Bevölkerungsanteil, der die öffentliche Diskussion zur Depression wahrgenommen hatte, im Vergleich zur Kontrollregion signifikant erhöht werden. Darüber hinaus zeigten sich bei einer Reihe von Items signifikante Einstellungsänderungen innerhalb der Untersuchungsregion: Die Depression wurde u.a. öfter als Krankheit anerkannt und stigmatisierende Ursachenzuschreibungen, wie Charakterschwäche oder fehlende Selbstdisziplin sind seltener bestätigt worden. Gleichzeitig wurden sinnvolle Behandlungsmöglichkeiten, wie der Besuch eines Arztes oder Psychotherapeuten und eine medikamentöse Therapie häufiger befürwortet. Auch wurde die Behandelbarkeit von Depression positiver beurteilt.

Bei den beschriebenen Einstellungsänderungen zeigten sich jedoch zwei unerwartete Effekte: Einerseits waren die genannten Veränderungen im zweiten Kampagnenjahr in vielen Fällen rückläufig, was möglicherweise durch die niedrigere Maßnahmendichte in diesem Zeitraum erklärt werden kann. Andererseits waren beim Großteil der Items in der Kontrollregion ebenfalls positive Veränderungen beobachtbar, so dass die Unterschiede von Untersuchungs- und Kontrollregion überwiegend kein signifikantes Niveau erreichen. Die genannten Einstellungsänderungen dürfen demnach nicht ohne weiteres auf die Kampagne des NBgD zurückgeführt werden. Deutlichere Effekte im Vergleich zur Kontrollregion zeigten sich bei der älteren Generation. Ältere Menschen, die eine Risikogruppe für Depression darstellen, sahen den Grund einer Depression nach der Kampagne seltener in der Person und waren einer medikamentösen Therapie gegenüber positiver eingestellt.

In *Kapitel 6* erfolgte die Diskussion der Ergebnisse, wobei zunächst methodische Schwierigkeiten der Untersuchung erörtert wurden. Die unerwarteten Effekte in der Kontrollregion verstärken den Eindruck, dass sich Deutschland derzeit in einer allgemeinen starken Aufklärungswelle zum Thema Depression befindet. Überregionale Berichterstattungen in Print- und TV-Medien erreichen eine breite Bevölkerung, so dass Informationen zur Depression unweigerlich auch in die Kontrollregion getragen werden. Darüber hinaus konnten Maßnahmen des NBgD, die auf eine breite Öffentlichkeit abzielten (wie z.B. Plakate), in erster Linie

„Schlagwörter“ zur Depression vermitteln. Ein spezifischer Wissenstransfer war vorwiegend im Rahmen von Veranstaltungen möglich und erreichte damit lediglich einen kleinen Bevölkerungsanteil. Die Maßnahmen des NBgD boten folglich primär die Möglichkeit, die Wahrnehmung des Themas Depression in der Bevölkerung zu stärken, was die Ergebnisse auch entsprechend zum Ausdruck bringen. Es war im Rahmen des NBgD gelungen, die Aufmerksamkeit auf das Thema Depression zu lenken und damit die Sensibilität für die Erkrankung zu erhöhen. Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel ist dies als großer Erfolg der Kampagne zu bewerten.

Grundsätzlich muss bei derartigen Initiativen berücksichtigt werden, dass sich Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen im Laufe eines jahrzehntelang andauernden Sozialisationsprozesses herausgebildet haben und nicht innerhalb kurzer Zeit verändert oder gar umgekehrt werden können. Öffentlichkeitsarbeit ist daher immer ein längerfristiges Unterfangen und erfordert die Fortsetzung derartiger Initiativen. Erklärtes Ziel des Kompetenznetz Depression ist entsprechend die Fortführung bzw. regionale Ausdehnung der Initiative. Erste wichtige Schritte und Kooperationen wurden bereits vollzogen. Nur so kann nachhaltig ein Wandel in der gesellschaftlichen Haltung und Bewertung und damit auch ein geänderter Umgang mit depressiv Erkrankten erreicht werden.

## 8 Verzeichnisse

### 8.1 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: MEDIZINISCHE BEDEUTUNG VON DEPRESSION IM KRANKHEITSVERGLEICH .....	5
ABBILDUNG 2: DIAGNOSTISCHES UND THERAPEUTISCHES DEFIZIT BEI DEPRESSIONEN .....	18
ABBILDUNG 3: ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE FRÜHERKENNUNG UND HEILUNG VON DEPRESSION .....	19
ABBILDUNG 4: DAS INFORMATIONSVERARBEITUNGSPARADIGMA VON MCGUIRE .....	28
ABBILDUNG 5: EIN INTEGRATIVES MODELL DER EINSTELLUNGSÄNDERUNG DURCH SOZIALE AUFKLÄRUNG .....	35
ABBILDUNG 6: NETZWERKPARTNER DES KOMPETENZNETZ DEPRESSION .....	41
ABBILDUNG 7: DER VIER-EBENEN-ANSATZ DES NBGD .....	42
ABBILDUNG 8: KOOPERATIONSPARTNER INNERHALB DES NBGD .....	43
ABBILDUNG 9: GEGENSTAND DER FRAGESTELLUNGEN (PRÄ-MESSUNG): EINSTELLUNGEN ZUR DEPRESSION VOR BEGINN DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE .....	46
ABBILDUNG 10: ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN ZUR DEPRESSION .....	47
ABBILDUNG 11: WISSEN ZU URSACHEN, SYMPTOMEN UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VON DEPRESSION .....	48
ABBILDUNG 12: VERHALTENSINTENTIONEN .....	49
ABBILDUNG 13: GEGENSTAND DER FRAGESTELLUNGEN (POST-MESSUNGEN): EINSTELLUNGSÄNDERUNGEN ZUR DEPRESSION AUFGRUND DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE .....	50
ABBILDUNG 14: WAHRNEHMUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE .....	51
ABBILDUNG 15: KONZEPTION DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE DES NBGD .....	55
ABBILDUNG 16: DURCHFÜHRUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE DES NBGD: MAßNAHMENDICHTE UND DEREN WAHRNEHMUNG DURCH DIE BEVÖLKERUNG .....	59
ABBILDUNG 17: ZEITPLAN DER UNTERSUCHUNG DES NBGD .....	63
ABBILDUNG 18: SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER STICHPROBEN NÜRNBERG UND WÜRZBURG .....	69
ABBILDUNG 19: ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN: SCHWEREGRAD DER DEPRESSION IM KRANKHEITSVERGLEICH (2000) .....	72
ABBILDUNG 20: ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN: (VOR-) URTEILE ZUR DEPRESSION (2000) .....	73
ABBILDUNG 21: ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN: BEHANDELBARKEIT VON DEPRESSION (2000) .....	74
ABBILDUNG 22: WISSEN ZU URSACHEN VON DEPRESSION (2000) .....	75
ABBILDUNG 23: WISSEN ZU SYMPTOMEN VON DEPRESSION (2000) .....	76
ABBILDUNG 24: WISSEN ZU BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VON DEPRESSION (2000) .....	78
ABBILDUNG 25: WISSEN ZU ANTIDEPRESSIVA (2000) .....	79
ABBILDUNG 26 VERHALTENSINTENTIONEN: PERSÖNLICHE KOMMUNIKATIONSBEREITSCHAFT ZUR DEPRESSION (2000) .....	80

ABBILDUNG 27: WAHRNEHMUNG DES KOMMUNIKATORS „NBGD“ .....	82
ABBILDUNG 28: WAHRNEHMUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE (2000-2002).....	83
ABBILDUNG 29: VERÄNDERUNGEN VON ALLGEMEINEN EINSTELLUNGEN: SCHWEREGRAD VON DEPRESSION (2000-2002) .....	85
ABBILDUNG 30: VERÄNDERUNGEN VON ALLGEMEINEN EINSTELLUNGEN: (VOR-) URTEILE ZUR DEPRESSION (2000-2002).....	86
ABBILDUNG 31: VERÄNDERUNGEN VON ALLGEMEINEN EINSTELLUNGEN: (VOR-) URTEILE ZUR DEPRESSION (2000-2002) UNTER BERÜCKSICHTIGUNG EINER GEWICHTUNG.....	87
ABBILDUNG 32: VERÄNDERUNGEN VON ALLGEMEINEN EINSTELLUNGEN: BEHANDELBARKEIT VON DEPRESSION (2000-2002) .....	88
ABBILDUNG 33: VERÄNDERUNGEN VON WISSEN: URSACHEN VON DEPRESSION (2000-2002) ....	90
ABBILDUNG 34: VERÄNDERUNGEN VON WISSEN: SYMPTOME VON DEPRESSION (2000-2002)....	91
ABBILDUNG 35: VERÄNDERUNGEN VON WISSEN: BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VON DEPRESSION (2000-2002).....	93
ABBILDUNG 36: VERÄNDERUNGEN VON WISSEN: ANTIDEPRESSIVA (2000-2002).....	94
ABBILDUNG 37: VERÄNDERUNGEN VON VERHALTENSINTENTIONEN: PERSÖNLICHE KOMMUNIKATIONSBEREITSCHAFT ZUR DEPRESSION (2000-2002).....	95
ABBILDUNG 38: WAHRNEHMUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE: MÄNNER VERSUS FRAUEN (2000-2002).....	98
ABBILDUNG 39: VERÄNDERUNGEN VON ALLGEMEINEN EINSTELLUNGEN ZUR DEPRESSION: MÄNNER VERSUS FRAUEN (2000-2002).....	99
ABBILDUNG 40: VERÄNDERUNGEN VON WISSEN ZUR DEPRESSION: MÄNNER VERSUS FRAUEN (2000-2002).....	101
ABBILDUNG 41: VERÄNDERUNGEN VON VERHALTENSINTENTIONEN: PERSÖNLICHE KOMMUNIKATIONSBEREITSCHAFT ZUR DEPRESSION; MÄNNER VERSUS FRAUEN (2000- 2002).....	102
ABBILDUNG 42: WAHRNEHMUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE BEI PERSONEN ≤ 60 JAHRE VERSUS > 60 JAHRE (2000-2002) .....	103
ABBILDUNG 43: VERÄNDERUNGEN VON ALLGEMEINEN EINSTELLUNGEN UND WISSEN ZUR DEPRESSION BEI PERSONEN ≤ 60 JAHRE VERSUS > 60 JAHRE (2000-2002).....	105
ABBILDUNG 44: WAHRNEHMUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE BEI PERSONEN MIT NIEDRIGEM VERSUS HOHEM BILDUNGSSTAND (2000-2002).....	107
ABBILDUNG 45: VERÄNDERUNGEN VON WISSEN ZUR DEPRESSION BEI PERSONEN MIT NIEDRIGEM VERSUS HOHEM BILDUNGSSTAND (2000-2002).....	109
ABBILDUNG 46: SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER SUBGRUPPE „BEWUSSTE WAHRNEHMER DES NBGD“ IM VERGLEICH ZUR NÜRNBERGER GESAMTSTICHPROBE.....	110
ABBILDUNG 47: WAHRNEHMUNG DER AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE: „BEWUSSTE WAHRNEHMER DES NBGD“ VERSUS BASELINE (NÜRNBERG GESAMTSTICHPROBE) UND KONTROLLREGION (2000-2002).....	112

ABBILDUNG 48: ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN ZUR DEPRESSION: „BEWUSSTE WAHRNEHMER DES NBGD“ VERSUS BASELINE (NÜRNBERG GESAMTSTICHPROBE) UND KONTROLLREGION (2000-2002).....	113
ABBILDUNG 49: WISSEN ZU URSACHEN, SYMPTOMEN UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VON DEPRESSION: „BEWUSSTE WAHRNEHMER DES NBGD“ VERSUS BASELINE (NÜRNBERG GESAMTSTICHPROBE) UND KONTROLLREGION (2000-2002).....	115
ABBILDUNG 50: WISSEN ZU ANTIDEPRESSIVA: „BEWUSSTE WAHRNEHMER DES NBGD“ VERSUS BASELINE (NÜRNBERG GESAMTSTICHPROBE) UND KONTROLLREGION (2000-2002).....	116
ABBILDUNG 51: VERÄNDERUNGEN VON VERHALTENSINTENTIONEN. PERSÖNLICHE KOMMUNIKATIONSBEREITSCHAFT ZUR DEPRESSION: „BEWUSSTE WAHRNEHMER DES NBGD“ VERSUS BASELINE (NÜRNBERG GESAMTSTICHPROBE) UND KONTROLLREGION (2000-2002).....	117

## 8.2 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: WICHTIGSTE DIAGNOSTISCHE KATEGORIEN VON DEPRESSION NACH ICD-10 .....	4
TABELLE 2: LEBENSZEITPRÄVALENZEN VON UNIPOLAREN DEPRESSIONEN .....	6

### 8.3 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ANOVA	Univariate Varianzanalyse
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Auflage)
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
Kap.	Kapitel
K.I.	Konfidenzintervall
ICD-10	International Classification of Diseases (10. Auflage)
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
NBgd	Nürnberger Bündnis gegen Depression
pt(N)	Signifikanz der Zeiteffekte innerhalb Nürnbergs
pt(W)	Signifikanz der Zeiteffekte innerhalb Würzburgs
pi	Signifikanz Ort (Nb oder Wü) x Zeit (2000 oder 2001 bzw. 2002)
SAS	Statistical Analyses Software
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

## 8.4 Literaturverzeichnis

- Ajzen, L. & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 41-57.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844). Worcester.
- Althaus, D. & Hegerl, U. (2001). Die Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. *Nervenarzt*, 72(9), 677-684.
- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J. & Hegerl, U. (2002). Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt*, 73(7), 659-661.
- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A. & Hegerl, U. (2003). Das Kompetenznetz "Depression Suizidalität". Darstellung einer Modellprojekts am Beispiel des "Nürnberger Bündnisses gegen Depression". *Psychiatrie*.
- Althaus, D. (2004). Das "Nürnberger Bündnis gegen Depression": Zwischenauswertung eines depressions- und suizidpräventiven Programms nach 12 Monaten Laufzeit, *Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München*. München: Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität.
- Amrein, R., Stabl, M., Henauer, S., Affolter, E. & Jonkanski, I. (1997). Efficacy and tolerability of moclobemide in comparison with placebo, tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in elderly depressed patients: a clinical overview. *Can J Psychiatry*, 42, 1043-1050.
- Anderson, E.M. & Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 15, 503-514.
- Andrews, G., Hall, W. & Teeson, M. (1999). *The Mental Health of Australians*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Angermeyer, M.C., Daumer, R. & Matschinger, H. (1993a). Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry*, 26(4), 114-120.
- Angermeyer, M.C., Held, T. & Gortler, D. (1993b). Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 43(8), 286-292.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1996). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 94(5), 326-336.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1999). Social representations of mental illness among the public. In J. Guimón, W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment* (pp. 20-28). Basel: Karger.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Riedel Heller, S.G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34(4), 202-210.

- Angst, J. (1997). *Epidemiology of depression* Wiley, Chichester
- Averill, J.R. (1982). *Anger and Aggression: an essay on emotion* New York: Springer
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory* Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Bargh, J.A. (1997). The automaticity of everyday life. In R.S. Wyer (Ed.), *Advances in social cognition*. Mahwah, NJ.
- Bebbington, P.E., Hurry, J. & Tennant, C. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol. Med.*, 11, 561-579.
- Beck, D.A. & Koenig, H.G. (1996). Minor depression: a review of the literature. *Int.J.Psychiatry Med.*, 26(2), 177-209.
- Beißwenger, K.-D. (1998). *Strukturelle Prävention - Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe* Berlin
- Benkert, O., Kepplinger, H.M. & Sobota, K. (1995). *Psychopharmaka im Widerstreit: Eine Studie zur Akzeptanz von Psychopharmaka - Bevölkerungsumfrage und Medienanalyse* Berlin: Springer Verlag
- Blanco, C., Lipsitz, J. & Caligor, E. (2001). Treatment of chronic depression with a 12-week program of interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 158, 371-375.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A. & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Blomberg, J., Lazar, A. & Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. *Psychotherapy Research*, 11 (4), 361-382.
- Blumenthal, R. & Endicott, J. (1996). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and Anxiety*, 4, 273-278.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* Berlin, Heidelberg
- Braendli, H. (1999). The image of mental illness in Switzerland. In J. Guimon, Fischer W, Sartorius N (Ed.), *The image of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment* (pp. 29-37). Basel: Karger.
- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 191-205.
- Bridges, D.N. & Goldberg, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders. *Journal Psychosom Res*, 29, 563-569.
- Brown, G.W., Harris, T.O. & Hepworth, C. (1994). Life-events and endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 525-534.
- Brugha, T.S., Bebbington, P.E., Stretch, D.D., MacCarthy, B. & Wykes, T. (1997). Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties and social support networks. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(7), 298-306.



- Bruhn, M. & Tilmes, J. (1994). *Social Marketing: Einsatz des Marketing für nicht kommerzielle Organisationen* Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Bungard, W. (1979). Methodische Probleme bei der Befragung älterer Menschen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 26, 211-237.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 149, 151-158.
- Crown, W.H., Treglia, M., Meneades, L. & White, A. (2001). Long-term costs of treatment for depression: impact of drug selection and guideline adherence. *Value Health*, 4, 295-307.
- Davidson, J.R. & Meltzer, B.S. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 4-9.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tank, T.Z. & Simons, A.D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: megaanalysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Dew, M.A., Bromet, E.J. & Schulberg, H.C. (1991). Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 230-237.
- Dilling, H., Mombour, M.W. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen in der 10. Revision (ICD-10) Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* Bern, Göttingen, Toronto: Huber und Hogrefe
- Dornheim, J. (1983). *Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs* Tübingen
- Dührssen, A. (1986). Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Psychotherapie im Vergleich. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 32, 161-180.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes* Fort Worth: TX: Harcourt Brace Jovanovich
- Eastman, C., Young, M., Fogg, L., Liu, L. & Meaden, P. (1998). Bright light treatment of winter depression: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 883-889.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.S., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., P., D.J., Fiester, S.J. & Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 971-982.
- Festinger, L. (1957, 1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz* Bern: Huber Verlag
- Fischer, L. & Wiswede, G. (2002). *Grundlagen der Sozialpsychologie* München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Fischer, W., Goerg, D., Zbinden, E. & Guimón, J. (1999). Determining factors and the effects of attitudes towards psychotropic medication. In J. Guimón, W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment* (pp. 162-186). Basel: Karger.

- Fishbein, M. (1979). Einstellung und die Vorhersage des Verhaltens. In S.E. Hormuth (Ed.), *Sozialpsychologie der Einstellungsänderung* (pp. 148-173). Königstein.
- Frank, E. & Spanier, C. (1995). Interpersonal psychotherapy for depression: Overview, clinical efficacy and future directions. *Clin psychol Sci Pract*, 2, 349-369.
- Freimuth, V. (2001). Effectiveness of Mass-Media Health Campaigns. Paper presented at the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion. Toronto, Canada.
- Frey, J.H. & Mertens Oishi, S. (1995). *How to conduct interviews by telephone and in person* London, New Delhi: Sage Publications: Thousand Oaks (Ca)
- Friedrichs, J. (1990). *Methoden empirischer Sozialforschung* Reinbek: Rowohlt
- Geddes, J.R., Freemantle, N., Mason, J., Eccles, M.P. & Boynton, J. (2000). SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J.Affect.Disord.*, 49(1), 59-72.
- Göpfert, W. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Eds.), *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Grawe, K. (1994). Psychoanalytische Illusionen und empirische Wirklichkeit. *Psychotherapeut*, 39, 309-313.
- Güttler, P. (1996). *Sozialpsychologie: Soziale Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderungen* München, Wien: Oldenbourg Verlag
- Guttman, L.A. (1947). The Cornell technique for scale and intensity analysis. *Educ. psychol. Measurement*, 7.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen: Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 3(1), 26-34.
- Hautzinger, M. & DeJong-Meyer, R. (1996). Depression (Themenheft). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 79-160.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression* Göttingen: Hogrefe
- Hegerl, U. & Ziegler, W. (2000). Das Kompetenznetz Depression. *Psycho*, 26(6), 332-342.
- Hegerl, U., Zaudig, M. & Möller, H.-J. (2001). Antidepressiva. In U. Hegerl, M. Zaudig & H.-J. Möller (Eds.), *Depression und Demenz im Alter - Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie*. Wien, New York: Springer Verlag.
- Hegerl, U., Althaus, D. & Stefanek, J. (2003a). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36(6), 288-291.
- Hegerl, U., Pfeiffer-Gerschel, T. & Althaus, D. (2003b). Veränderung der Verordnungen niedergelassener Ärzte in Nürnberg: Effekte des Nürnberger Bündnis gegen Depression, *Vortrag im Rahmen des Kongresses des DGPPN*

- (*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*). München.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, 107-112.
- Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H.-J. & Hegerl, U. (2002). Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(5), 240-249.
- Herlyn, M. (1997). *Zivilisationskrankheiten und ganzheitliche Gesundheitsförderung: Gesellschaft - Familie - Individuum* Hamburg: Kovac
- Hillert, A., Sandmann, J., Ehmig, S.C., Weisbecker, H., Kepplinger, H.M. & Benkert, O. (1999a). The general public's cognitive and emotional perception of mental illnesses: An alternative to attitude-research. In N. Sartorius (Ed.), *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment* (pp. 56-71). Basel: Karger.
- Hillert, A., Sandmann, J., Ehmig, S.C., Weisbecker, H., Kepplinger, H.M. & Benkert, O. (1999b). The general public's cognitive and emotional perception of mental illnesses: An alternative to attitude-research. In J. Guimón, W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment* (pp. 56-71). Basel: Karger.
- Hirschfeld, R.M., Keller, M.B., Panico, S., Arons, B.S., Barlow, D., Davidoff, F., Endicott, J., Froom, J., Goldstein, M., Gorman, J.M., Marek, R.G., Maurer, T.A., Meyer, R., Phillips, K., Ross, J., Schwenk, T.L., Sharfstein, S.S., Thase, M.E. & Wyatt, R.J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, 277 (4), 333-340.
- Holsboer, F. (2001). Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy. *Journal-of-Affective-Disorders*, 62(1-2), 77-91.
- Hüfken, V. (2000). *Methoden in Telefonumfragen* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Jacob, R. & Willy, H. (2000). *Allgemeine Bevölkerungsumfragen: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung mit Hilfen zur Erstellung von Fragebögen* München, Wien, Oldenburg: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Ruax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E. & Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*, 64 (2), 295-304.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997a). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997b). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32(3), 143-148.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Rodgers, B., Pollitt, P., Christensen, H. & Henderson, S. (1997c). Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry*, 171, 233-237.

- Jorm, A.F., Korten, A.E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P.A., Christensen, H. & Jiao, Z. (1997d). Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32(8), 468-473.
- Jorm, A.F., Angermeyer, M.C. & Katschnik, H. (2000a). Public knowledge of and attitude to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In G. Andrews, Henderson, S. (Ed.), *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses* (pp. 399-413). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kammerer, B. & Marquart, G. (2003). *10 Jahre neue Ansätze der Suchtprävention in Nürnberg*
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagementtherapie: Psychologische versus medizinische Modelle von psychischen Störungen (pp. 78-80). Berlin: Springer.
- Kanowski, S. (1994). Age-dependent epidemiology of depression. *Gerontology*, 40 Suppl 1, 1-4.
- Karow, T. & Lang, R. (2001). *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* Bergisch Gladbach: Hansen-Druckerei
- Kasper, S. (1994). Diagnostik, Epidemiologie und Therapie der saisonal abhängigen Depression (SAD). *Nervenarzt*, 65, 69-72.
- Katon, W., Robinson, P., von Korff, M., Lin, E., Bush, T., E., L., G., S. & Walker, E. (1996a). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 53(10), 924-932.
- Katon, W., Robinson, P., von Korff, M., Lin, E., Bush, T., E., L., G., S. & Walker, E. (1996b). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 53(10), 924-932.
- Katz, D. & Stotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (pp. 433-475). New York: McGraw-Hill.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Klaus, E. (1997). Die Brent-Spar-Kampagne oder: Wie funktioniert Öffentlichkeit? In U. Röttger (Ed.), *PR-Kampagnen: Über die Inszenierung von Öffentlichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Klingelhöfer, J. & Sprange, M. (2001). *Klinikleitfaden Neurologie - Psychiatrie* München, Jena: Jena
- Kotler, P. & Roberto, E. (1991). *Social Marketing* Düsseldorf, Wien, New York: Econ Verlag
- Kotler, P. & Bliemel, F. (2002). *Marketing-Management* C.E. Poeschel Verlag Stuttgart
- Kraus, A. (1985). Role performance, identity structure and psychosis in melancholic and manic-depressive patients. In: *Mundt, C.; Goldstein, M.; Kahlweg, K.; et al. Interpersonal factors in origin and course of affective disorders.*, 92-104.

- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs* Baden-Baden
- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B. & Grochocinski, V.J. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49(10), 769-773.
- Lairson, D. & Swint, J. (1978). A multivariate analysis of the likelihood and volume of preventive demand in a prepaid group practice. *Medical Care*, 16, 730-739.
- Lam, R. & Lewitt, A. (1999). *Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorders*. Vancouver (BC): Clinical & Academic Publishing
- LaPiere, R.T. (1934). Attitudes versus action. *Social Forces*, 13, 230-237.
- Lee, C.K., Kwak, Y.S. & Yamamoto, J.e.a. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. Part 1: Gender and age differences in Seoul. *Journal Nerv. Ment. Dis.*, 178, 242-246.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*, Apr;21(3), 401-419.
- Lengerke, v.T., Abu-Omar, J., Schröder, G. & Lüschen, A. (1998). Probleme der Stichprobenziehungen und -konstruktion bei Telefonsurveys. *ZA-Information*, 42, 119-127.
- Lépine, J.-P., Gastpar, M., J., M. & Tylee, A. (1997). Depression in the community: The first pan-European study on depression. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 12, 19-29.
- Lewinsohn, P.H. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J.F.M.M. Katz (Ed.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D.C: Winston: Wiley.
- Lewinsohn, P.H., Hoberman, H.M. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In R.R. Bootzin (Ed.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Duncan, E.M., Stanton, A.K. & Hautzinger, M. (1986). Age at first onset for nonbipolar depression. *J Abnorm Psychol*, 95(4), 378-383.
- Lewy, A., Bauer, V., Cutler, N., Sack, R., Ahmed, S., Thomas, K., Blood, M. & Jackson, J. (1998). Morning versus evening light treatment of patients with winter depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 890-896.
- Lickert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 44-53.
- Lin, E.H., von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G.E., Walker, E. & Robinson, P. (1995). The role of primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care*, 33(1), 67-74.
- Linde, K. & Mulrow, C.D. (2001). St. John's word for depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library*(2).
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Lang, F.R. & Reischies, F.M. (1998). Depression bei Hochbetagten, Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1), 27-37.

- Linden, M., Ahrens, B., Schotte, K. & Golde, J. (2000). The impact of low dosage of tricyclic antidepressants in outpatient treatment, exemplified by doxepin. *Psychopharmakotherapie*, 7, 75-79.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Lipp, O., Souery, D. & Mendlewicz, J. (1999). Populationsgenetik. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Eds.), *Grundlagen der Psychiatrie* (pp. 79-107). Berlin: Springer.
- Lönqvist, J. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. (pp. 107-120). Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons.
- Lotufo-Neto, F., Trivedi, M. & Thase, M.E. (1999). Meta-analysis of the reversible inhibitors of monoamine oxidase type A moclobemide and brofaromine for the treatment of depression. *Neuropsychopharmacology*, 20, 226-247.
- McCombs, M.E. (1977). The agenda-setting function of mass media. *Public Relations Review*, 3,4, 89-95.
- McCron, R. & Budd, J. (1982). Die Rolle der Massenmedien in der Gesundheitserziehung: Eine Analyse. In M. Meyer (Ed.), *Gesundheitserziehung in Fernsehen und Hörfunk. Beiträge zu einer internationalen Konferenz mit einer annotierten Auswahlbiographie* (pp. 114-133). München: Saur, K.G.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In E. Aronson (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 233-346). New York: G. Lindzey.
- McKeon, P. & Carrick, S. (1991). Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 116-121.
- McNeilly, C. & Howard, K. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychother Research*, 1, 74-78.
- Merten, K. (1994). Wirkungen von Kommunikation. In K. Merten, S.J. Schmidt & S. Weischenberg (Eds.), *Die Wirklichkeit der Medien* (pp. 291-328). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Möller, H.-J., Glaser, K., Leverkus, F. & Göbel, C. (2000a). Double-blind, Multicenter Comparative Study of Sertraline versus Amitriptyline in Outpatients with Major Depression. *Pharmacopsychiatry*, 206-212.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (2000b). *Psychiatrie und Psychotherapie* Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- Möller, H.-J., Müller, E. & Volz, H.P. (2000c). *Psychopharmakotherapie - Ein Leitfaden für die Praxis* Stuttgart: Kohlhammer
- Montano, C.B. (1994). Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry*, 55(Suppl), 18-34.
- Mulrow, L.D.e.a. (1995). Case finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med*, 122, 913-921.

- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1997). The global burden of disease in 1990: Final results and their sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-weights and disability weights. In C.J. Murray & A.D. Lopez (Eds.), *In: The Global Burden of Disease* (pp. 247-293). Harvard: Harvard University Press.
- Noelle-Neumann, E. & Petersen, T. (1996). *Alle nicht jeder. Einführung in die Methoden der Demoskopie* München
- Osgood, C.E. & Tannenbaum, P.H. (1955a). *The Measurement of Meaning* Urbana: University of Illinois Press
- Osgood, C.E. & Tannenbaum, P.H. (1955b). The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, 62, 42-55.
- Paykel, E.S., Cooper, Z., Ramana, R. & Hayhurst, H. (1996). Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychol-Med*, 26(1), 121-133.
- Paykel, E.S., Tylee, A., Wright, A., Priest, R.G., Rix, S. & Hart, D. (1997). The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am.J.Psychiatry*, 154(6 Suppl), 59-65.
- Perrez, M. (1992). Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (pp. 80-98). Bern: Huber.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and Persuasion: classic and contemporary approaches* Dubuque, Iowa
- Petty, R.E. & Wegener, D.T. (1998). Attitude change. In D. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Pflug, B. & Tölle, R. (1971). Therapie endogener Depressionen durch Schlafentzug. *Nervenarzt*, 42, 117-124.
- Phillips, D.P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*, 39, 340-354.
- Porst, R. (1993). Ausschöpfungen bei sozialwissenschaftlichen Umfragen. Annäherungen aus der ZUMA-Perspektive, *ZUMA-Arbeitsbericht*. Mannheim.
- Preißner, A. & Engel, S. (1999). *Marketing* München, Wien, Oldenbourg: Die Deutsche Bibliothek -CIP-Einheitsaufnahme
- Priest, R.G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M. & Tylee, A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ*, 313(7061), 858-859.
- Prudic, J. & Sackeim, H. (1990). Refractory depression and electroconvulsive therapy. In S. Roose & A. Glassman (Eds.), *Treatment Strategies for Refractory Depression* (pp. 111-128.). Washington, DC: American Psychiatric Press, .:
- Regier, D.A., Farmer, M.E. & Rae, D.S. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The epidemiologic catchment area study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 88, 35-47.

- Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., Imber, S.D., Cornes, C., Morycz, R.K., Mazumdar, S., Miller, M.D., Pollock, B.G., Rifai, A.H. & et, a. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am.J.Psychiatry*, 149(12), 1687-1692.
- Riemann, D., Vollmann, J. & Hohagen, F. (1995). Behandlung von Depressionen mit Schlafentzug und Schlafphasenvorverlagerung. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 63(270-276).
- Ring, E. (1976). Questionnaire Monotony endangers the Comparability of Results. It should be avoided. In: Research that works for today's Marketing Problems pp. 429-446). Amsterdam: ESOMAR Congress Report.
- Robins, L.N. & Regier, D.A. (1991). Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study. *Free Press, New York*.
- Rosenberg, M.J. (1956). Cognitive structure and attitudinal affect. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 367-372.
- Rosenbrock, R. (2002). *Die Normalisierung von Aids - Politik, Prävention, Krankenversorgung* Berlin: Rosenbrock, R.
- Rudolf, G., Manz, R. & Öri, C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 40, 25-40.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62(1-2), 123-129.
- Sandell, G., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Aus der Forschung der Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche*, 55, 270-310.
- Schulz, R. (1989). Mediaforschung. In E. Noelle-Neumann, W. Schulz & J. Wilke (Eds.), *Publizistik und Massenkommunikation* (pp. 133-156). Frankfurt: Fischer-Lexikon.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman
- Shelton, R.C., Hollon, S.D., Purdon, S.E. & Loosen, P.T. (1991). Biological and psychological aspects of depression. *Behavior Therapy*, 22 (2), 201-228.
- Shelton, R.C., Keller, M.B. & Gelenberg, A. (2001). Effectiveness of St. John's wort in major depression. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 285(1978-1986).
- Skinner, B.F. (1957). *Science and Human Behavior* New York: Macmillan
- Snyder, L.B., Hamilton, M.A., Mitchell, E.W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. & Proctor, D. (2000). The effectiveness of mediated health communication campaigns: Meta-analysis of differences in commencement, prevention, and cessation behavior campaigns. In R. Carveth & J. Bryant (Eds.), *Meta-analysis of media effects*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sonawalla, S.B. & Fava, M. (2001). Severe depression: is there a best approach? *CNS Drugs*, 15/10, 765-776.
- Spaner, D., Bland, R.C. & Newman, S.C. (1994). Major depressive disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*, 376, 7-15.



- Stahlberg, D. & Frey, D. (1993). Das Elaboration-Likelihood-Modell von Petty & Cacioppo. In D. Frey & M. Irle (Eds.), *Theorien der Sozialpsychologie* (pp. 327-359). Bern.
- Stroebe, W., Jonas, K. & Hewstone, M. (2002). *Sozialpsychologie: Eine Einführung* Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie* Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer
- Terman, M., Terman, J. & Ross, D. (1998). A controlled trial of timed bright light and negative air ionization for treatment of winter depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 875-882.
- Thase, M.E., Greenberg, P., Frank, E., Reynolds, C.F., Pilkonis, C.F., Hulrey, K., Grochocinski, V.J. & Kupfer, D.J. (1997). Treatment of Major Depression with Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combination. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Thomas, A. (1992). *Grundriß der Sozialpsychologie* Göttingen
- Thurstone, L.L. (1931). The measurement of social attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 249-269.
- Trojan, A. & Legewie, H. (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung* Frankfurt: Verlag VAS
- Trommsdorff, V. (1980). Image als Einstellung zum Angebot. In H.v.C. G. (Ed.), *Grundbegriffe der Wirtschaftspsychologie*. München, u.a.
- Üstün, T.B. & Sartorius, N. (1993). Public health aspects of anxiety and depressive disorders. *Int Clin Psychopharmacol*, 8 Suppl 1, 15-20.
- Üstün, T.B. & Korff, M.v. (1995). Primary Mental Health Services: access and provision of care. In T.B. Üstün & N. Sartorius (Eds.), *Mental illness in general health care: an international study*. Wiley, Chichester.
- Üstün, T.B. & Sartorius, N. (1995). Mixed anxiety and depressive disorder. *Psychopathology*, 28(Suppl 1), 21-25.
- Viguera, A.C., Baldessarini, R.J. & Friedberg, J. (1998). Discontinuing antidepressant treatment in major depression. *Harv Rev Psychiatry*, 5(6), 293-306.
- Watson, J.B. (1968). *Behaviorismus* Köln
- Weber, J., Bachrach, H.M. & Solomon, M. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project. *International Review of Psychoanalysis*, 12, 127-141.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Prusoff, B.A., Sholomskas, D. & Padian, N. (1981). Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38(1), 51-55.
- Weissmann, M.M. & Myers, J.K. (1978). Rates and risks of depressive syndromes in an US urban community. *Acta Psychiatr. Scand.*, 57, 219-231.
- Weissmann, M.M.e.a. (1991). *Affective disorders* New York
- WHO (1998). *World Health Organisation Info Package: Mastering Depression in Primary Care* Frederiksberg
- Whybrow, P.C. (1999). *A mood apart: a Thinker's Guide to Emotion and its Disorder*. Picador

- Wijeratne, C., Halliday, G. & Lyndon, R. (1999). The present status of electroconvulsive therapy: a systematic review. *Med J Aus*, 171, 250-254.
- Willet, J.B. (1988). Questions and answers in the measurement of change. *Review of Research in Education*, 14, 345-422.
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., von Zerssen, D., Krieg, J.C. & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 241(4), 247-258.
- Wittchen, H.U., Knauper, B. & Kessler, R.C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 26, 16-22.
- Wittchen, H.U. (1995). *Depression: Wege aus der Krankheit* Basel, Freiburg (Breisgau), Paris
- Wittchen, H.-U. & Zerssen, D.v. (1987). *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung* Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer
- Witte, E.H. (1989). *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch* München
- Witte, E.H. (1992a). *Das Einstellungskonzept: Alte Themen, neue Klärungsversuche und ein theoretisches Modell. In: Witte, E. H. (Hg.) Sozialpsychologie* München
- Witte, E.H.H. (1992b). *Einstellung und Verhalten. Beiträge des 7. Hamburger Symposions zur Methodologie der Sozialpsychologie* Braunschweig
- Wolfersdorf, -.M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## 9 Anhang

### 9.1 Detaillierte statistische Ergebnisse

#### 9.1.1 Gesamtstichprobe

##### 9.1.1.1 Soziodemographische Daten

	Erhebungsjahr			Zeiteffekte		Ortseffekte					
	2000	2001	2002	F (df)*	pt	2000		2001		2002	
Alter	2000	2001	2002			T (df)**	p	T (df)**	p	T(df)**	p
Nürnberg Mittelwert (SD)	50,58 (17,74)	49,52 (17,68)	49,55 (17,53)	0,84 (2)	0,433	6,10 (1424)	<0,001	7,02 (1505)	<0,001	2,71 (1421)	<0,001
Würzburg Mittelwert (SD)	44,74 (18,36)	42,97 (18,53)	46,98 (18,33)	8,71 (2)	<0,001						
Geschlecht	2000	2001	2002	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p	Chi² (df)	p	Chi² (df)	p
Nürnberg weiblich	60,6%	58,9%	59,9%	0,45 (2)	0,798	0,17 (1)	0,667	0,51 (1)	0,473	1,15 (1)	0,284
Nürnberg männlich	39,4%	41,1%	40,1%								
Würzburg weiblich	61,7%	57,1%	57,1%	4,13 (2)	0,127						
Würzburg männlich	38,3%	42,9%	42,9%								
Familienstand	2000	2001	2002								
Nürnberg verheiratet	50,4%	53,8%	47,8%	12,81 (10)	0,235	24,71 (5)	<0,001	57,29 (5)	<0,001	9,24 (5)	0,100
Nürnberg unverheiratet, mit Partner	6,6%	4,7%	4,3%								
Nürnberg geschieden/getrennt	8,9%	8,8%	10,6%								
Nürnberg verwitwet, ohne Partner	11,8%	11,3%	12,2%								
Nürnberg alleinstehend	22,2%	21,2%	25,0%								
Nürnberg weiß nicht/unsicher	0,0%	0,3%	0,1%								
Würzburg verheiratet	43,2%	44,2%	45,2%	23,45 (10)	0,009						
Würzburg unverheiratet, mit Partner	7,0%	5,9%	5,7%								
Würzburg geschieden/getrennt	8,0%	5,0%	9,3%								
Würzburg verwitwet, ohne Partner	8,2%	7,1%	9,5%								
Würzburg alleinstehend	33,5%	37,6%	30,3%								
Würzburg weiß nicht/unsicher	0,0%	0,3%	0,0%								
Bildungsstand	2000	2001	2002								
Nürnberg Schüler	0,4%	1,9%	2,0%	27,82 (8)	0,001	53,86 (4)	<0,001	50,71 (4)	<0,001	42,78 (4)	<0,001
Nürnberg Volks-/Hauptschule	35,5%	33,2%	32,1%								
Nürnberg Mittlere Reife/Realschule	32,2%	28,7%	31,1%								
Nürnberg Abitur	12,7%	19,0%	12,5%								
Nürnberg Universität/FH	19,1%	17,3%	22,2%								
Würzburg Schüler	0,6%	1,4%	1,1%	13,43 (8)	0,098						
Würzburg Volks-/Hauptschule	23,6%	19,5%	21,5%								
Würzburg Mittlere Reife/Realschule	26,5%	26,8%	29,5%								
Würzburg Abitur	25,7%	30,7%	24,2%								
Würzburg Universität/FH	23,7%	21,6%	23,6%								
Beruf	2000	2001	2002								
Nürnberg Arbeiter	12,1%	11,6%	12,3%	2,93 (8)	0,939	69,67 (5)	<0,001	58,76 (5)	<0,001	45,58 (5)	<0,001
Nürnberg Angestellter	62,7%	62,4%	64,1%								
Nürnberg Beamter	8,0%	7,2%	6,1%								
Nürnberg Selbständig	10,6%	9,7%	9,3%								
Nürnberg Sonstige	6,6%	9,1%	8,3%								
Würzburg Arbeiter	8,7%	7,8%	7,1%	12,71 (8)	0,122						
Würzburg Angestellter	50,9%	50,8%	56,3%								
Würzburg Beamter	8,6%	9,1%	7,4%								
Würzburg Selbständig	9,3%	9,7%	11,6%								
Würzburg Sonstige	22,6%	22,6%	17,7%								
Muttersprache	2000	2001	2002								
Nürnberg deutsch	90,0%	93,1%	90,7%	5,01 (2)	0,082	7,57 (1)	0,006	1,48 (1)	0,224	2,54 (1)	0,111
Nürnberg andere	10,0%	6,9%	9,3%								
Würzburg deutsch	94,0%	94,7%	93,0%	1,64 (2)	0,440						
Würzburg andere	6,0%	5,3%	7,0%								
Tätigkeit im Gesundheitswesen	2000	2001	2002								
Nürnberg ja	12,4%	15,8%	18,0%	4,84 (2)	0,090	15,05 (1)	<0,001	5,46 (1)	0,020	15,05 (1)	<0,001
Nürnberg nein	87,6%	84,2%	82,0%								
Würzburg ja	22,7%	21,8%	21,3%	0,25 (2)	0,881						
Würzburg nein	77,3%	78,2%	78,7%								

\* Univariate Varianzanalyse; \*\* T-Test für unabhängige Stichproben

Hauptsächliche Tätigkeit	Erhebungsjahr			Zeiteffekte		Ortseffekte					
	2000	2001	2002	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	2000		2001		2002	
						Chi <sup>2</sup> (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p
Nürnberg	4,4%	7,4%	7,1%	28,65 (12)	0,004	90,94 (6)	<0,001	65,82 (6)	<0,001	33,03 (6)	<0,001
in Ausbildung	52,5%	51,6%	53,5%								
berufstätig	1,7%	3,6%	1,9%								
derzeit freigestellt	7,4%	5,8%	6,5%								
Hausfrau/Hausmann	1,6%	1,2%	3,5%								
arbeitslos	29,5%	28,8%	25,0%								
Würzburg	2,8%	1,6%	2,5%	21,04 (12)	0,050						
in Altersrente	20,4%	21,5%	16,5%								
vorgezogener Ruhestand	47,1%	47,9%	49,6%								
in Ausbildung	1,0%	2,5%	1,3%								
berufstätig	8,0%	6,0%	5,9%								
derzeit freigestellt	2,4%	1,1%	1,7%								
Hausfrau/Hausmann	19,3%	19,6%	22,5%								
arbeitslos	1,9%	1,4%	2,4%								
in Altersrente											
vorgezogener Ruhestand											
<b>Gibt es jemanden in Ihrer Familie oder Freundeskreis, der schon mal wegen einer D. behandelt wurde?</b>											
Nürnberg	47,5%	44,5%	48,0%	2,07 (2)	0,356	6,42 (1)	0,011	0,85 (1)	0,356	7,02 (1)	0,008
ja	52,5%	55,5%	52,0%								
nein	54,3%	46,9%	55,1%	11,84 (2)	0,003						
Würzburg	45,7%	53,1%	44,9%								
ja											
nein											
<b>Haben Sie selbst schon einmal unter einer D. gelitten?</b>											
Nürnberg	k. A.	19,3%	21,6%	1,19 (1)	0,275	k.A.	k.A.	1,80 (1)	0,180	0,20 (1)	0,658
ja	k. A.	80,7%	78,4%								
nein	k. A.	16,6%	20,7%	3,91 (1)	0,049						
Würzburg	k. A.	83,4%	79,3%								
ja											
nein											

k.A.= keine Angabe

## 9.1.1.2 Übersicht der Items

WAHRNEHMUNG DER KAMPAGNE	2000 (Baseline)		2001 (Intervention)		2002 (Intervention)		Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse								
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi² (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion						
									Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi			
<b>Haben Sie schon mal vom NBGD gehört?</b>																	
Nürnberg	5,3%	94,7%	27,6%	72,4%	25,4%	74,6%	135,75 (2)	<0,001	109,36 (2)	<0,001	9,11 (1)	0,003	11,22 (2)	0,004			
Würzburg	2,1%	97,9%	4,2%	95,8%	5,0%	95,0%	8,20 (2)	0,017									
<b>Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?</b>																	
Nürnberg	32,6%	67,4%	46,9%	53,1%	48,0%	52,5%	40,43 (2)	0,001	39,95 (2)	<0,001	0,33 (1)	0,057	17,19 (2)	<0,001			
Würzburg	34,1%	65,9%	33,4%	66,6%	37,6%	62,4%	3,19 (2)	0,203									
<b>Haben Sie in letzter Zeit etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>																	
Nürnberg	40,3%	59,7%	50,7%	49,3%	55,0%	45,0%	31,97 (2)	<0,001	31,71 (2)	<0,001	1,66 (1)	0,198	14,54 (2)	<0,001			
Würzburg	43,7%	56,3%	40,0%	60,0%	49,7%	50,3%	15,77 (2)	<0,001									
<b>ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN</b>																	
Schweregrad der Erkankungen	nicht schwer	mittel-mäßig schwer	schwer	nicht schwer	mittel-mäßig schwer	schwer	nicht schwer	mittel-mäßig schwer	schwer	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Schweregrad Grippe</b>																	
Nürnberg	69,3%	28,9%	1,8%	73,7%	23,3%	2,9%	k.A.	k.A.	k.A.	7,19 (2)	0,027	2,80 (1)	0,094	1,54 (1)	0,215	0,01 (1)	0,920
Würzburg	72,6%	24,8%	2,6%	76,2%	20,9%	2,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,29 (2)	0,193						
<b>Schweregrad Karies</b>																	
Nürnberg	76,8%	20,5%	2,7%	81,8%	15,2%	3,0%	k.A.	k.A.	k.A.	6,91 (2)	0,032	5,04 (1)	0,025	3,79 (1)	0,052	0,23 (1)	0,634
Würzburg	81,0%	17,5%	1,6%	84,0%	14,1%	1,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,21 (2)	0,201						
<b>Schweregrad Heuschnupfen</b>																	
Nürnberg	63,5%	33,9%	2,5%	69,6%	28,1%	2,3%	k.A.	k.A.	k.A.	6,05 (2)	0,049	5,70 (1)	0,017	0,08 (1)	0,784	0,61 (1)	0,433
Würzburg	64,3%	33,2%	2,6%	70,5%	26,9%	2,6%	k.A.	k.A.	k.A.	6,76 (2)	0,034						
<b>Schweregrad Rückenbeschwerden</b>																	
Nürnberg	26,3%	64,6%	9,0%	31,9%	56,3%	11,8%	k.A.	k.A.	k.A.	10,68 (2)	0,005	1,26 (1)	0,262	0,84 (1)	0,36	2,04 (1)	0,152
Würzburg	30,1%	59,7%	10,2%	35,9%	55,0%	9,1%	k.A.	k.A.	k.A.	5,51 (2)	0,064						
<b>Schweregrad Depression</b>																	
Nürnberg	10,3%	56,7%	32,9%	12,1%	55,6%	32,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,38 (2)	0,826	0,40 (1)	0,525	1,13 (1)	0,288	0,02 (1)	0,881
Würzburg	8,0%	57,5%	34,5%	9,4%	56,4%	34,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,27 (2)	0,872						
<b>Schweregrad Diabetes</b>																	
Nürnberg	11,5%	60,0%	28,5%	12,2%	58,3%	29,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,42 (2)	0,809	0,02 (1)	0,878	0,41 (1)	0,52	1,11 (1)	0,293
Würzburg	10,8%	59,4%	29,8%	12,0%	61,2%	26,8%	k.A.	k.A.	k.A.	1,83 (2)	0,401						
<b>Schweregrad Krebs</b>																	
Nürnberg	1,4%	9,9%	88,7%	1,3%	9,4%	89,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,11 (2)	0,947	0,11 (1)	0,74	3,32 (1)	0,068	0,98 (1)	0,321
Würzburg	1,3%	7,4%	91,6%	0,8%	9,2%	90,0%	k.A.	k.A.	k.A.	1,69 (2)	0,429						
<b>Schweregrad Aids</b>																	
Nürnberg	2,3%	10,2%	87,5%	1,2%	11,0%	87,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,23 (2)	0,313	0,19 (1)	0,662	2,30 (1)	0,069	0,61 (1)	0,433
Würzburg	1,4%	8,1%	90,5%	1,1%	9,9%	89,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,40 (2)	0,301						

k.A.= keine Angabe

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
	Haupteffekte			Interaktion													
Allgemeine (Vor-) Urteile	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	Chi <sup>2</sup> (df)	p Zeit	Chi <sup>2</sup> (df)	p Ort	Chi <sup>2</sup> (df)	pi
<b>Depression ist eigentlich gar keine Krankheit</b>																	
Nürnberg	69,3%	19,1%	11,6%	79,4%	14,6%	6,1%	70,7%	17,3%	12,0%	26,78 (4)	<0,001	23,64 (2)	<0,001	19,48 (1)	<0,001	11,30 (2)	0,004
Würzburg	79,4%	14,3%	6,3%	79,5%	11,9%	8,6%	78,7%	12,8%	8,5%	4,68 (4)	0,321						
<b>Wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld</b>																	
Nürnberg	74,4%	19,3%	6,2%	81,2%	13,4%	5,4%	74,5%	19,6%	5,9%	13,44 (4)	0,009	11,46 (2)	0,003	8,17 (1)	0,004	1,79 (2)	0,408
Würzburg	80,8%	15,2%	4,0%	83,8%	12,7%	3,5%	81,8%	15,1%	3,1%	3,18 (4)	0,529						
<b>Wenn man eine Depression hat, muss man sich zusammenreißen</b>																	
Nürnberg	56,0%	24,4%	19,7%	60,3%	24,0%	15,7%	55,3%	26,9%	17,8%	6,55 (4)	0,161	5,08 (2)	0,079	1,82 (1)	0,177	0,67 (2)	0,919
Würzburg	57,3%	29,2%	13,5%	62,7%	23,2%	14,1%	59,4%	24,9%	15,7%	8,35 (4)	0,080						
<b>Einer Depression ist man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert</b>																	
Nürnberg	9,0%	29,9%	61,0%	11,0%	25,6%	63,4%	10,2%	37,8%	52,0%	27,23 (4)	<0,001	15,53 (2)	<0,001	0,31 (1)	0,577	2,75 (2)	0,252
Würzburg	8,1%	32,9%	59,0%	11,8%	30,7%	57,5%	11,6%	35,4%	53,0%	10,42 (4)	0,034						
<b>Depression ist eine Krankheit, wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden muss</b>																	
Nürnberg	7,8%	14,6%	77,5%	8,6%	8,3%	83,0%	9,6%	13,9%	76,6%	17,47 (4)	0,002	9,34 (2)	0,009	0,43 (1)	0,512	1,20 (2)	0,550
Würzburg	7,5%	13,5%	79,1%	6,9%	12,1%	81,0%	7,9%	14,9%	77,2%	3,24 (4)	0,518						
<b>Behandelbarkeit von Depression</b>	<b>nicht gut</b>	<b>mittel-mäßig gut</b>	<b>gut</b>	<b>nicht gut</b>	<b>mittel-mäßig gut</b>	<b>gut</b>	<b>nicht gut</b>	<b>mittel-mäßig gut</b>	<b>gut</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>pt</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>pi</b>
<b>Wie gut kann eine Depression vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden?</b>																	
Nürnberg	7,8%	38,9%	53,3%	6,4%	36,3%	57,3%	6,6%	32,1%	61,3%	9,26 (4)	0,055	8,45 (2)	0,015	2,41 (1)	0,121	0,96 (2)	0,619
Würzburg	6,0%	37,0%	57,1%	6,8%	35,1%	58,0%	4,7%	32,5%	62,8%	6,80 (4)	0,147						
<b>WISSEN</b>																	
<b>Symptome</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>pt</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>pi</b>
<b>Zwanghaftes Putzen</b>																	
Nürnberg	44,2%	55,8%		44,2%	55,8%		k.A.	k.A.		0,00 (1)	0,994	0,01 (1)	0,995	0,04 (1)	0,845	0,08 (1)	0,775
Würzburg	43,6%	56,4%		44,7%	55,3%		k.A.	k.A.		0,17 (1)	0,680						
<b>Körperliche Beschwerden</b>																	
Nürnberg	82,5%	17,5%		80,8%	19,2%		k.A.	k.A.		0,68 (1)	0,411	0,674 (1)	0,412	0,09 (1)	0,765	0,01 (1)	0,925
Würzburg	81,9%	18,1%		79,9%	20,1%		k.A.	k.A.		0,95 (1)	0,331						
<b>Halluzinationen</b>																	
Nürnberg	66,9%	33,1%		65,7%	34,3%		k.A.	k.A.		0,22 (1)	0,636	0,224 (1)	0,636	3,65 (1)	0,056	0,20 (1)	0,658
Würzburg	61,8%	38,2%		62,2%	37,8%		k.A.	k.A.		0,02 (1)	0,881						
<b>Schuldgefühle</b>																	
Nürnberg	93,6%	6,4%		92,9%	7,1%		k.A.	k.A.		0,32 (1)	0,571	0,32 (1)	0,571	0,82 (1)	0,365	0,01 (1)	0,958
Würzburg	94,8%	5,2%		94,1%	5,9%		k.A.	k.A.		0,35 (1)	0,554						
<b>Freudlosigkeit</b>																	
Nürnberg	93,7%	6,3%		91,0%	9,0%		k.A.	k.A.		3,65 (1)	0,056	3,62 (1)	0,057	0,09 (1)	0,759	1,07 (1)	0,302
Würzburg	94,1%	5,9%		93,7%	6,3%		k.A.	k.A.		0,12 (1)	0,726						

k.A.= keine Angabe

WISSEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
	unwichtig	mittelmäßig wichtig	wichtig	unwichtig	mittelmäßig wichtig	wichtig	unwichtig	mittelmäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Stoffwechselstörung des Gehirns</b>																	
Nürnberg	14,2%	21,1%	64,7%	15,7%	28,6%	55,7%	13,7%	24,6%	61,7%	11,50 (4)	0,021						
Würzburg	12,5%	22,9%	64,6%	15,6%	26,9%	57,5%	12,0%	23,5%	63,5%	7,52 (4)	0,111	8,36 (2)	0,015	0,04 (1)	0,846	0,08 (2)	0,960
<b>Fehlende Selbstdisziplin</b>																	
Nürnberg	42,6%	27,0%	30,4%	51,2%	29,5%	19,2%	52,7%	23,0%	24,3%	31,98 (4)	<0,001						
Würzburg	52,8%	24,6%	22,6%	54,3%	27,8%	17,8%	61,2%	20,9%	18,0%	17,24 (4)	0,002	21,81 (2)	<0,001	16,53 (1)	<0,001	5,17 (2)	0,078
<b>Charakterschwäche</b>																	
Nürnberg	55,5%	21,6%	22,9%	63,2%	21,6%	15,3%	53,0%	24,9%	22,1%	21,81 (4)	<0,001						
Würzburg	65,7%	18,6%	15,8%	66,0%	19,5%	14,5%	60,5%	21,8%	17,7%	6,15 (4)	0,188	18,90 (2)	<0,001	16,98 (1)	<0,001	4,89 (2)	0,087
<b>Falsche Lebensführung</b>																	
Nürnberg	37,5%	30,0%	32,5%	46,3%	29,6%	24,2%	k.A.	k.A.	k.A.	15,31 (2)	<0,001						
Würzburg	34,7%	36,1%	29,2%	43,0%	33,6%	23,4%	k.A.	k.A.	k.A.	11,42 (2)	0,003	16,21 (1)	<0,001	<0,01 (1)	0,961	0,32 (1)	0,571
<b>Probleme mit Mitmenschen</b>																	
Nürnberg	8,6%	25,8%	65,6%	15,0%	34,2%	50,8%	14,2%	24,2%	61,5%	42,54 (4)	<0,001						
Würzburg	8,6%	28,5%	62,9%	12,5%	33,2%	54,3%	11,7%	25,7%	62,6%	18,43 (4)	0,001	34,42 (2)	<0,001	0,82 (1)	0,365	2,95 (2)	0,229
<b>Schicksalsschlag (z.B. Tod Angehöriger)</b>																	
Nürnberg	2,4%	7,9%	89,7%	4,8%	12,5%	82,6%	5,3%	12,0%	82,7%	19,28 (4)	0,001						
Würzburg	2,4%	10,0%	87,5%	5,6%	15,0%	79,3%	4,4%	11,0%	84,6%	20,48 (4)	<0,001	18,40 (2)	<0,001	1,54 (1)	0,215	4,05 (2)	0,132
<b>Vererbung</b>																	
Nürnberg	26,4%	24,6%	49,0%	26,5%	28,2%	45,3%	24,9%	25,7%	49,4%	3,50 (4)	0,478						
Würzburg	21,6%	27,2%	51,2%	25,5%	30,3%	44,2%	22,3%	24,0%	53,8%	14,31 (4)	0,006	1,91 (2)	0,384	1,89 (1)	0,17	1,78 (2)	0,411
<b>Falsche Ernährung</b>																	
Nürnberg	63,6%	21,8%	14,5%	68,4%	20,6%	11,0%	k.A.	k.A.	k.A.	4,90 (2)	0,086						
Würzburg	70,4%	19,2%	10,4%	73,1%	17,4%	9,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,26 (2)	0,534	4,32 (1)	0,038	7,89 (1)	0,005	0,41 (1)	0,524
<b>Umweltgifte</b>																	
Nürnberg	48,2%	24,3%	27,5%	58,4%	24,0%	17,6%	k.A.	k.A.	k.A.	22,11 (2)	<0,001						
Würzburg	54,3%	26,3%	19,3%	58,2%	25,0%	16,8%	k.A.	k.A.	k.A.	2,36 (2)	0,307	20,74 (1)	<0,001	9,34 (1)	0,002	4,53 (1)	0,033
<b>Reizüberflutung durch Medien</b>																	
Nürnberg	43,4%	30,6%	25,9%	47,4%	30,0%	22,6%	k.A.	k.A.	k.A.	2,85 (2)	0,240						
Würzburg	44,9%	27,9%	27,2%	46,6%	30,5%	22,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,69 (2)	0,158	2,78 (1)	0,096	0,01 (1)	0,913	0,08 (1)	0,783
<b>Unsere heutige Leistungsgesellschaft</b>																	
Nürnberg	11,8%	24,9%	63,4%	19,5%	29,9%	50,5%	k.A.	k.A.	k.A.	27,01 (2)	<0,001						
Würzburg	9,6%	25,5%	65,0%	15,6%	28,4%	56,0%	k.A.	k.A.	k.A.	16,07 (2)	<0,001	27,28 (1)	<0,001	0,70 (1)	0,403	0,93 (1)	0,336

k.A.= keine Angabe

WISSEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Besuch eines Arztes</b>																	
Nürnberg	6,8%	25,0%	68,2%	5,6%	19,9%	74,5%	12,1%	28,6%	59,3%	45,03 (4)	<0,001	43,12 (2)	<0,001	<0,01 (1)	0,998	1,02 (2)	0,599
Würzburg	6,3%	25,6%	68,1%	5,8%	22,6%	71,7%	9,2%	32,5%	58,2%	31,53 (4)	<0,001						
<b>Besuch eines Psychotherapeuten</b>																	
Nürnberg	7,9%	16,9%	75,2%	5,7%	14,3%	80,1%	4,6%	21,0%	74,5%	18,21 (4)	0,001	7,04 (2)	0,03	5,50 (1)	0,019	2,13 (2)	0,344
Würzburg	4,6%	15,4%	80,0%	4,8%	14,6%	80,5%	5,1%	16,4%	78,5%	1,11 (4)	0,892						
<b>Einnahme von Arzneimitteln gegen Depression</b>																	
Nürnberg	31,6%	38,6%	29,8%	26,6%	39,0%	34,5%	27,5%	40,9%	31,5%	6,47 (4)	0,167	5,58 (2)	0,061	4,86 (1)	0,028	0,72 (2)	0,699
Würzburg	26,9%	38,7%	34,4%	24,9%	37,8%	37,3%	22,9%	41,8%	35,3%	4,67 (4)	0,324						
<b>Sich zusammenreißen</b>																	
Nürnberg	50,6%	27,6%	21,8%	56,7%	26,6%	16,7%	53,1%	25,6%	21,3%	8,71 (4)	0,069	7,48 (2)	0,024	2,14 (1)	0,144	1,66 (2)	0,435
Würzburg	57,4%	28,6%	14,1%	59,7%	26,9%	13,4%	57,5%	26,4%	16,1%	2,98 (4)	0,561						
<b>Mit Freunden sprechen</b>																	
Nürnberg	2,7%	32,0%	65,3%	5,1%	28,8%	66,1%	k.A.	k.A.	k.A.	6,35 (2)	0,042	0,01 (1)	0,988	1,33 (1)	0,249	0,35 (1)	0,554
Würzburg	3,4%	34,2%	62,4%	5,6%	29,0%	65,4%	k.A.	k.A.	k.A.	7,48 (2)	0,024						
<b>In den Urlaub fahren</b>																	
Nürnberg	19,7%	45,4%	35,0%	23,6%	40,9%	35,4%	k.A.	k.A.	k.A.	4,27 (2)	0,118	0,60 (1)	0,437	6,08 (1)	0,014	2,53 (1)	0,112
Würzburg	25,8%	43,2%	31,0%	22,6%	43,8%	33,6%	k.A.	k.A.	k.A.	2,36 (2)	0,307						
<b>Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen</b>																	
Nürnberg	73,4%	21,7%	4,9%	74,6%	19,3%	6,1%	k.A.	k.A.	k.A.	1,95 (2)	0,377	0,15 (1)	0,703	0,01 (1)	0,930	0,34 (1)	0,560
Würzburg	75,1%	20,1%	4,8%	74,1%	21,1%	4,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,22 (2)	0,895						
<b>Schokolade oder Süßes essen</b>																	
Nürnberg	70,5%	23,2%	6,3%	73,1%	19,7%	7,2%	k.A.	k.A.	k.A.	2,69 (2)	0,261	0,82 (1)	0,365	1,80 (1)	0,180	1,74 (1)	0,188
Würzburg	73,8%	20,6%	5,6%	71,5%	22,4%	6,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,93 (2)	0,627						
<b>Lichttherapie machen</b>																	
Nürnberg	18,5%	38,9%	42,6%	19,2%	37,5%	43,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,24 (2)	0,889	<0,01 (1)	0,977	0,27 (1)	0,598	0,08 (1)	0,775
Würzburg	16,7%	44,1%	39,2%	19,1%	41,4%	39,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,39 (2)	0,500						
<b>Autogenes Training</b>																	
Nürnberg	5,7%	30,0%	64,3%	6,1%	30,4%	63,5%	8,2%	34,0%	57,9%	7,10 (4)	0,092	7,72 (2)	0,021	6,65 (1)	0,010	1,63 (2)	0,443
Würzburg	6,5%	36,5%	57,1%	7,1%	33,3%	59,6%	8,0%	36,8%	55,3%	3,62 (4)	0,460						
<b>Viel Sport machen</b>																	
Nürnberg	8,1%	33,1%	58,7%	9,9%	33,7%	56,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,61 (2)	0,447	1,16 (1)	0,281	<0,01 (1)	0,958	1,29 (1)	0,255
Würzburg	8,6%	37,3%	54,0%	9,3%	34,7%	55,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,09 (2)	0,580						
<b>Zum Heilpraktiker gehen</b>																	
Nürnberg	29,2%	42,7%	28,1%	30,6%	39,7%	29,7%	k.A.	k.A.	k.A.	1,26 (2)	0,533	<0,01 (1)	0,983	0,57 (1)	0,448	0,49 (1)	0,485
Würzburg	32,9%	42,4%	24,7%	31,4%	41,1%	27,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,35 (2)	0,509						

k.A.= keine Angabe



WISSEN	2000 (Baseline)		2001 (Intervention)		2002 (Intervention)		Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse								
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion						
Antidepressiva	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	Chi <sup>2</sup> (df)	p Zeit	Chi <sup>2</sup> (df)	p Ort	Chi <sup>2</sup> (df)	pi			
<b>Machen Antidepressiva abhängig oder süchtig?</b>																	
Nürnberg	82,1%	17,9%	81,1%	18,9%	81,0%	19,0%	0,30 (2)	0,863	0,30 (2)	0,862	1,37 (1)	0,241	3,99 (2)	0,134			
Würzburg	79,4%	20,6%	81,3%	18,7%	74,2%	25,8%	9,51 (2)	0,009									
<b>Verändern Antidepressiva den Charakter?</b>																	
Nürnberg	69,8%	30,2%	67,6%	32,4%	65,4%	34,6%	2,64 (2)	0,267	2,64 (2)	0,268	1,33 (1)	0,249	2,62 (2)	0,269			
Würzburg	66,7%	33,3%	67,9%	32,1%	59,2%	40,8%	11,60 (2)	0,003									
<b>Ist man noch man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt?</b>																	
Nürnberg	38,2%	61,8%	45,2%	54,8%	45,9%	54,1%	7,79 (2)	0,020	7,76 (2)	0,021	8,77 (1)	0,003	2,13 (2)	0,345			
Würzburg	47,3%	52,7%	48,4%	51,6%	50,7%	49,3%	1,28 (2)	0,527									
<b>Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>								
Nürnberg	6,1%	24,3%	69,6%	6,8%	25,4%	67,7%	7,1%	23,7%	69,2%	1,14 (4)	0,887						
Würzburg	6,3%	23,0%	70,7%	3,5%	24,1%	72,4%	6,6%	24,8%	68,7%	8,33 (4)	0,080	0,62 (2)	0,733	0,13 (1)	0,722	2,78 (2)	0,249
<b>VERHALTENS-INTENTIONEN</b>																	
<b>Persönliche Kommunikationsbereitschaft</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>pt</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>	<b>pi</b>			
<b>Haben Sie in letzter Zeit mit anderen über Depression gesprochen?</b>																	
Nürnberg	39,9%	60,1%	34,9%	65,1%	41,5%	58,5%	6,93 (2)	0,031	6,92 (2)	0,031	<0,01 (1)	0,973	5,80 (2)	0,748			
Würzburg	39,8%	60,2%	38,2%	61,8%	44,8%	55,2%	6,93 (2)	0,035									

## 9.1.2 Geschlecht

WAHRNEHMUNG DER KAMPAGNE		2000 (Baseline)		2001 (Intervention)		2002 (Intervention)		Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion				
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	Chi <sup>2</sup> (df)	p Zeit	Chi <sup>2</sup> (df)	p Ort	Chi <sup>2</sup> (df)	pi			
<b>Haben Sie schon mal vom NBgD gehört?</b>																		
Frauen	Nürnberg	3,1%	96,9%	29,5%	70,5%	27,6%	72,4%	1,54 (2)	<0,001	75,57 (2)	<0,001	0,86 (1)	0,355	11,08 (2)	0,004			
	Würzburg	2,1%	97,9%	5,2%	94,8%	5,5%	94,5%	3,09 (2)	0,214									
Männer	Nürnberg	8,7%	91,3%	24,9%	75,1%	22,1%	77,9%	28,17 (2)	<0,001	25,96 (2)	<0,001	9,30 (1)	0,002	3,23 (2)	0,199			
	Würzburg	2,2%	97,8%	2,8%	97,2%	4,3%	95,7%	2,13 (2)	0,345									
<b>Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?</b>																		
Frauen	Nürnberg	34,7%	65,3%	51,4%	48,6%	50,1%	49,9%	5,92 (2)	0,052	29,17 (2)	<0,001	2,52 (1)	0,113	15,37 (2)	<0,001			
	Würzburg	40,0%	60,0%	38,0%	62,0%	43,0%	57,0%	15,01 (2)	0,001									
Männer	Nürnberg	29,4%	70,6%	40,5%	59,5%	43,5%	56,5%	12,95 (2)	0,002	12,81 (2)	0,002	1,68 (1)	0,195	2,08 (2)	0,353			
	Würzburg	24,4%	75,6%	27,2%	72,8%	30,4%	69,6%	2,51 (2)	0,284									
<b>Haben Sie in letzter Zeit etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>																		
Frauen	Nürnberg	43,1%	56,9%	52,6%	47,4%	56,4%	43,6%	6,47 (2)	0,039	17,74 (2)	<0,001	2,27 (1)	0,132	8,86 (2)	0,012			
	Würzburg	48,3%	51,7%	43,6%	56,4%	43,3%	56,7%	16,84 (2)	<0,001									
Männer	Nürnberg	36,0%	64,0%	48,0%	52,0%	52,9%	47,1%	29,71 (2)	<0,001	16,66 (2)	<0,001	<0,01 (1)	0,936	5,72 (2)	0,057			
	Würzburg	36,0%	64,0%	35,1%	64,9%	41,7%	58,3%	3,18 (2)	0,204									
<b>ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN</b>																		
Schweregrad der Erkrankungen		weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	Chi <sup>2</sup> (df)	p Zeit	Chi <sup>2</sup> (df)	p Ort	Chi <sup>2</sup> (df)	pi
<b>Schweregrad Grippe</b>																		
Frauen	Nürnberg	78,1%	19,4%	2,5%	69,1%	28,1%	3,2%	k.A.	k.A.	k.A.	6,18 (2)	0,045	2,29 (1)	0,131	1,82 (1)	0,178	0,05 (1)	0,812
	Würzburg	79,2%	18,6%	2,2%	72,6%	23,5%	1,6%	k.A.	k.A.	k.A.	3,65 (2)	0,162						
Männer	Nürnberg	63,6%	35,0%	1,4%	80,3%	16,5%	2,7%	k.A.	k.A.	k.A.	1,02 (2)	0,601	0,33 (1)	0,567	0,09 (1)	0,759	<0,01 (1)	0,982
	Würzburg	68,6%	28,7%	2,8%	81,1%	17,4%	4,0%	k.A.	k.A.	k.A.	0,54 (2)	0,762						
<b>Schweregrad Karies</b>																		
Frauen	Nürnberg	80,6%	17,6%	1,8%	79,6%	17,4%	3,0%	k.A.	k.A.	k.A.	3,55 (2)	0,170	3,25 (1)	0,072	3,59 (1)	0,058	0,01 (1)	0,963
	Würzburg	83,2%	15,3%	1,5%	83,9%	14,2%	1,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,37 (2)	0,185						
Männer	Nürnberg	74,4%	22,4%	3,3%	84,9%	12,1%	3,0%	k.A.	k.A.	k.A.	4,06 (2)	0,132	1,62 (1)	0,203	0,60 (1)	9,439	0,49 (1)	0,484
	Würzburg	79,6%	18,8%	1,6%	84,1%	14,0%	1,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,30 (2)	0,861						
<b>Schweregrad Heuschnupfen</b>																		
Frauen	Nürnberg	72,0%	25,1%	2,9%	65,3%	30,9%	0,3%	k.A.	k.A.	k.A.	7,98 (2)	0,019	3,83 (1)	0,051	0,03 (1)	0,874	0,14 (1)	0,713
	Würzburg	72,9%	25,7%	1,5%	67,2%	29,9%	2,2%	k.A.	k.A.	k.A.	6,37 (2)	0,041						
Männer	Nürnberg	58,0%	39,7%	2,3%	75,6%	24,1%	3,7%	k.A.	k.A.	k.A.	6,35 (2)	0,042	1,28 (1)	0,258	0,09 (1)	0,756	0,23 (1)	0,634
	Würzburg	58,9%	37,8%	3,2%	74,8%	23,0%	2,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,89 (2)	0,642						
<b>Schweregrad Rückenbeschwerden</b>																		
Frauen	Nürnberg	29,7%	62,4%	7,9%	29,4%	55,7%	7,3%	k.A.	k.A.	k.A.	10,74 (2)	0,005	0,05 (1)	0,816	2,22 (1)	0,136	0,25 (1)	0,618
	Würzburg	29,4%	60,6%	10,0%	34,4%	55,0%	7,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,67 (2)	0,435						
Männer	Nürnberg	24,1%	66,1%	9,7%	35,5%	57,1%	14,9%	k.A.	k.A.	k.A.	2,21 (2)	0,331	1,85 (1)	0,174	0,18 (1)	0,664	0,47 (1)	0,494
	Würzburg	30,5%	59,2%	10,3%	37,8%	55,0%	10,7%	k.A.	k.A.	k.A.	5,26 (2)	0,072						

k.A.= keine Angabe

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion	
		weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Schweregrad der Erkrankungen (Fortsetzung)</b>																		
<b>Schweregrad Depression</b>																		
Frauen	Nürnberg	19,4%	54,9%	25,7%	7,6%	54,3%	23,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,69 (2)	0,709	0,45 (1)	0,501	0,29 (1)	0,593	0,10 (1)	0,750
	Würzburg	16,0%	55,6%	28,4%	6,8%	55,3%	29,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,11 (2)	0,946						
Männer	Nürnberg	9,1%	52,3%	37,6%	18,5%	57,6%	38,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,16 (2)	0,922	<0,01 (1)	0,993	1,57 (1)	0,21	0,25 (1)	0,619
	Würzburg	6,7%	56,4%	36,9%	12,9%	57,9%	37,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,18 (2)	0,555						
<b>Schweregrad Diabetes</b>																		
Frauen	Nürnberg	10,0%	60,9%	29,0%	11,4%	59,2%	29,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,39 (2)	0,823	0,36 (1)	0,551	0,55 (1)	0,459	1,77 (1)	0,184
	Würzburg	9,3%	61,7%	29,0%	12,6%	61,3%	27,8%	k.A.	k.A.	k.A.	1,93 (2)	0,381						
Männer	Nürnberg	12,5%	59,4%	28,1%	13,4%	57,2%	29,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,75 (2)	0,416	0,25 (1)	0,618	0,01 (1)	0,910	<0,01 (1)	0,953
	Würzburg	11,7%	58,0%	30,3%	11,3%	60,9%	26,0%	k.A.	k.A.	k.A.	0,63 (2)	0,731						
<b>Schweregrad Krebs</b>																		
Frauen	Nürnberg	1,8%	12,2%	86,0%	1,4%	7,7%	86,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,18 (2)	0,911	0,05 (1)	0,831	0,08 (1)	0,774	0,35 (1)	0,554
	Würzburg	0,7%	6,7%	92,5%	0,5%	9,8%	90,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,27 (2)	0,321						
Männer	Nürnberg	1,2%	8,4%	90,5%	1,3%	11,8%	90,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,25 (2)	0,883	0,10 (1)	0,747	5,90 (1)	0,015	0,87 (1)	0,351
	Würzburg	1,1%	7,8%	91,1%	1,2%	8,4%	89,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,96 (2)	0,618						
<b>Schweregrad Aids</b>																		
Frauen	Nürnberg	2,5%	11,5%	86,0%	0,9%	10,4%	86,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,02 (2)	0,364	0,19 (1)	0,662	0,95 (1)	0,33	0,19 (1)	0,661
	Würzburg	2,2%	7,1%	90,7%	0,9%	9,6%	88,5%	k.A.	k.A.	k.A.	0,55 (2)	0,760						
Männer	Nürnberg	2,1%	10,0%	87,9%	1,7%	11,9%	88,7%	k.A.	k.A.	k.A.	5,44 (2)	0,762	0,04 (1)	0,846	2,78 (1)	0,096	0,53 (1)	0,468
	Würzburg	1,4%	8,7%	89,9%	1,2%	10,2%	89,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,59 (2)	0,274						
<b>Allgemeine (Vor-) Urteile</b>		<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pt</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pi</b>
<b>Deression ist eigentlich gar keine Krankheit</b>																		
Frauen	Nürnberg	72,0%	17,5%	10,4%	78,5%	15,1%	6,4%	69,0%	18,6%	12,4%	9,56 (4)	0,049	7,19 (2)	0,027	17,37 (1)	<0,001	6,97 (2)	0,031
	Würzburg	84,1%	10,4%	5,5%	80,6%	10,1%	9,4%	76,6%	16,1%	7,0%	5,94 (4)	0,203						
Männer	Nürnberg	65,1%	21,5%	13,5%	80,7%	13,8%	5,6%	71,8%	16,4%	11,8%	20,75 (4)	<0,001	20,03 (2)	<0,001	3,78 (1)	0,052	5,66 (2)	0,059
	Würzburg	71,9%	20,6%	7,5%	78,1%	14,4%	7,5%	80,1%	10,4%	9,6%	4,35 (4)	0,361						
<b>Wer eine Deression hat, ist selbst dran schuld</b>																		
Frauen	Nürnberg	77,5%	16,8%	5,7%	81,1%	13,2%	5,7%	80,5%	13,9%	5,5%	2,51 (4)	0,644	1,75 (2)	0,417	2,90 (1)	0,089	0,95 (2)	0,621
	Würzburg	81,9%	14,8%	3,2%	87,1%	9,4%	3,5%	83,3%	14,2%	2,5%	7,39 (4)	0,117						
Männer	Nürnberg	70,0%	23,1%	7,0%	81,5%	13,6%	4,9%	65,6%	28,0%	6,5%	21,37 (4)	<0,001	18,41 (2)	<0,001	5,56 (1)	0,018	9,13 (2)	0,010
	Würzburg	78,9%	15,8%	5,3%	79,4%	17,2%	3,4%	79,8%	16,2%	4,0%	1,40 (4)	0,844						
<b>Wenn man eine Deression hat, muss man sich zusammenreißen</b>																		
Frauen	Nürnberg	59,2%	20,5%	20,3%	61,8%	22,3%	15,9%	61,6%	24,2%	14,1%	6,63 (4)	0,157	2,07 (2)	0,356	1,66 (1)	0,198	0,41 (2)	0,815
	Würzburg	61,1%	25,7%	13,2%	68,1%	18,7%	13,1%	65,3%	21,9%	12,7%	6,41 (4)	0,170						
Männer	Nürnberg	50,9%	30,4%	18,7%	58,2%	26,5%	15,4%	45,6%	31,0%	23,4%	10,57 (4)	0,032	10,72 (2)	0,005	0,24 (1)	0,626	2,19 (2)	0,335
	Würzburg	51,0%	35,0%	14,1%	55,3%	29,2%	15,4%	51,5%	28,8%	19,7%	5,87 (4)	0,209						
<b>Einer Deression ist man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert</b>																		
Frauen	Nürnberg	6,7%	27,0%	66,3%	8,3%	23,8%	67,9%	7,8%	33,8%	58,4%	11,88 (4)	0,018	7,74 (2)	0,021	0,20 (1)	0,658	0,24 (2)	0,887
	Würzburg	5,8%	29,8%	64,3%	9,3%	26,4%	64,3%	8,6%	35,7%	55,7%	12,69 (4)	0,013						
Männer	Nürnberg	12,5%	34,4%	53,1%	14,8%	28,3%	56,9%	13,7%	43,7%	42,6%	16,54 (4)	0,002	8,03 (2)	0,018	0,25 (1)	0,618	2,27 (2)	0,118
	Würzburg	11,9%	37,9%	50,2%	15,2%	36,4%	48,4%	15,5%	35,0%	49,5%	1,96 (4)	0,744						
<b>Deression ist eine Krankheit, wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden muss</b>																		
Frauen	Nürnberg	6,7%	11,5%	81,8%	6,6%	8,8%	86,6%	7,9%	10,8%	81,3%	7,18 (4)	0,127	4,89 (2)	0,087	0,04 (1)	0,84	1,92 (2)	0,384
	Würzburg	5,8%	12,0%	82,2%	7,3%	10,3%	82,4%	6,3%	13,3%	80,4%	2,48 (4)	0,649						
Männer	Nürnberg	9,6%	19,5%	71,0%	11,5%	10,5%	78,0%	12,0%	18,5%	69,5%	11,37 (4)	0,023	4,81 (2)	0,09	0,38 (1)	0,539	0,06 (2)	0,972
	Würzburg	10,2%	15,9%	73,9%	6,3%	14,6%	79,1%	10,0%	17,0%	73,0%	4,78 (4)	0,310						

k.A.= keine Angabe

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion		
		weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Schweregrad der Erkrankungen (Fortsetzung)</b>																			
<b>Schweregrad Depression</b>																			
Frauen	Nürnberg	19,4%	54,9%	25,7%	7,6%	54,3%	23,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,69 (2)	0,709							
	Würzburg	16,0%	55,6%	28,4%	6,8%	55,3%	29,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,11 (2)	0,946	0,45 (1)	0,501	0,29 (1)	0,593	0,10 (1)	0,750	
Männer	Nürnberg	9,1%	52,3%	37,6%	18,5%	57,6%	38,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,16 (2)	0,922	<0,01 (1)	0,993	1,57 (1)	0,21	0,25 (1)	0,619	
	Würzburg	6,7%	56,4%	36,9%	12,9%	57,9%	37,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,18 (2)	0,555							
<b>Schweregrad Diabetes</b>																			
Frauen	Nürnberg	10,0%	60,9%	29,0%	11,4%	59,2%	29,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,39 (2)	0,823							
	Würzburg	9,3%	61,7%	29,0%	12,6%	61,3%	27,8%	k.A.	k.A.	k.A.	1,93 (2)	0,381	0,36 (1)	0,551	0,55 (1)	0,459	1,77 (1)	0,184	
Männer	Nürnberg	12,5%	59,4%	28,1%	13,4%	57,2%	29,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,75 (2)	0,416							
	Würzburg	11,7%	58,0%	30,3%	11,3%	60,9%	26,0%	k.A.	k.A.	k.A.	0,63 (2)	0,731	0,25 (1)	0,618	0,01 (1)	0,910	<0,01 (1)	0,953	
<b>Schweregrad Krebs</b>																			
Frauen	Nürnberg	1,8%	12,2%	86,0%	1,4%	7,7%	86,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,18 (2)	0,911							
	Würzburg	0,7%	6,7%	92,5%	0,5%	9,8%	90,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,27 (2)	0,321	0,05 (1)	0,831	0,08 (1)	0,774	0,35 (1)	0,554	
Männer	Nürnberg	1,2%	8,4%	90,5%	1,3%	11,8%	90,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,25 (2)	0,883							
	Würzburg	1,1%	7,8%	91,1%	1,2%	8,4%	89,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,96 (2)	0,618	0,10 (1)	0,747	5,90 (1)	0,015	0,87 (1)	0,351	
<b>Schweregrad Aids</b>																			
Frauen	Nürnberg	2,5%	11,5%	86,0%	0,9%	10,4%	86,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,02 (2)	0,364							
	Würzburg	2,2%	7,1%	90,7%	0,9%	9,6%	88,5%	k.A.	k.A.	k.A.	0,55 (2)	0,760	0,19 (1)	0,662	0,95 (1)	0,33	0,19 (1)	0,661	
Männer	Nürnberg	2,1%	10,0%	87,9%	1,7%	11,9%	88,7%	k.A.	k.A.	k.A.	5,44 (2)	0,762							
	Würzburg	1,4%	8,7%	89,9%	1,2%	10,2%	89,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,59 (2)	0,274	0,04 (1)	0,846	2,78 (1)	0,096	0,53 (1)	0,468	
<b>Allgemeine (Vor-) Urteile</b>		<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pt</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pi</b>	
<b>Deression ist eigentlich gar keine Krankheit</b>																			
Frauen	Nürnberg	72,0%	17,5%	10,4%	78,5%	15,1%	6,4%	69,0%	18,6%	12,4%	9,56 (4)	0,049							
	Würzburg	84,1%	10,4%	5,5%	80,6%	10,1%	9,4%	76,6%	16,1%	7,0%	5,94 (4)	0,203	7,19 (2)	0,027	17,37 (1)	<0,001	6,97 (2)	0,031	
Männer	Nürnberg	65,1%	21,5%	13,5%	80,7%	13,8%	5,6%	71,8%	16,4%	11,8%	20,75 (4)	<0,001							
	Würzburg	71,9%	20,6%	7,5%	78,1%	14,4%	7,5%	80,1%	10,4%	9,6%	4,35 (4)	0,361	20,03 (2)	<0,001	3,78 (1)	0,052	5,66 (2)	0,059	
<b>Wer eine Deression hat, ist selbst dran schuld</b>																			
Frauen	Nürnberg	77,5%	16,8%	5,7%	81,1%	13,2%	5,7%	80,5%	13,9%	5,5%	2,51 (4)	0,644							
	Würzburg	81,9%	14,8%	3,2%	87,1%	9,4%	3,5%	83,3%	14,2%	2,5%	7,39 (4)	0,117	1,75 (2)	0,417	2,90 (1)	0,089	0,95 (2)	0,621	
Männer	Nürnberg	70,0%	23,1%	7,0%	81,5%	13,6%	4,9%	65,6%	28,0%	6,5%	21,37 (4)	<0,001							
	Würzburg	78,9%	15,8%	5,3%	79,4%	17,2%	3,4%	79,8%	16,2%	4,0%	1,40 (4)	0,844	18,41 (2)	<0,001	5,56 (1)	0,018	9,13 (2)	0,010	
<b>Wenn man eine Deression hat, muss man sich zusammenreißen</b>																			
Frauen	Nürnberg	59,2%	20,5%	20,3%	61,8%	22,3%	15,9%	61,6%	24,2%	14,1%	6,63 (4)	0,157							
	Würzburg	61,1%	25,7%	13,2%	68,1%	18,7%	13,1%	65,3%	21,9%	12,7%	6,41 (4)	0,170	2,07 (2)	0,356	1,66 (1)	0,198	0,41 (2)	0,815	
Männer	Nürnberg	50,9%	30,4%	18,7%	58,2%	26,5%	15,4%	45,6%	31,0%	23,4%	10,57 (4)	0,032							
	Würzburg	51,0%	35,0%	14,1%	55,3%	29,2%	15,4%	51,5%	28,8%	19,7%	5,87 (4)	0,209	10,72 (2)	0,005	0,24 (1)	0,626	2,19 (2)	0,335	
<b>Einer Deression ist man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert</b>																			
Frauen	Nürnberg	6,7%	27,0%	66,3%	8,3%	23,8%	67,9%	7,8%	33,8%	58,4%	11,88 (4)	0,018							
	Würzburg	5,8%	29,8%	64,3%	9,3%	26,4%	64,3%	8,6%	35,7%	55,7%	12,69 (4)	0,013	7,74 (2)	0,021	0,20 (1)	0,658	0,24 (2)	0,887	
Männer	Nürnberg	12,5%	34,4%	53,1%	14,8%	28,3%	56,9%	13,7%	43,7%	42,6%	16,54 (4)	0,002							
	Würzburg	11,9%	37,9%	50,2%	15,2%	36,4%	48,4%	15,5%	35,0%	49,5%	1,96 (4)	0,744	8,03 (2)	0,018	0,25 (1)	0,618	2,27 (2)	0,118	
<b>Deression ist eine Krankheit, wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden muss</b>																			
Frauen	Nürnberg	6,7%	11,5%	81,8%	6,6%	8,8%	86,6%	7,9%	10,8%	81,3%	7,18 (4)	0,127							
	Würzburg	5,8%	12,0%	82,2%	7,3%	10,3%	82,4%	6,3%	13,3%	80,4%	2,48 (4)	0,649	4,89 (2)	0,087	0,04 (1)	0,84	1,92 (2)	0,384	
Männer	Nürnberg	9,6%	19,5%	71,0%	11,5%	10,5%	78,0%	12,0%	18,5%	69,5%	11,37 (4)	0,023							
	Würzburg	10,2%	15,9%	73,9%	6,3%	14,6%	79,1%	10,0%	17,0%	73,0%	4,78 (4)	0,310	4,81 (2)	0,09	0,38 (1)	0,539	0,06 (2)	0,972	

k.A.= keine Angabe

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion	
Behandelbarkeit von Depression		nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Wie gut kann eine Depression vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden?</b>																		
Frauen	Nürnberg	6,8%	35,7%	57,5%	5,9%	36,3%	57,8%	4,7%	30,4%	64,8%	6,29 (4)	0,179	5,99 (2)	0,05	0,49 (1)	0,486	1,12 (2)	0,572
	Würzburg	5,5%	34,9%	59,5%	6,0%	30,6%	63,4%	4,4%	30,9%	64,7%	3,45 (4)	0,485						
Männer	Nürnberg	9,3%	43,5%	47,2%	7,1%	36,4%	56,6%	9,4%	34,6%	56,0%	7,14 (4)	0,129	5,62 (2)	0,06	2,19 (1)	0,139	5,23 (2)	0,073
	Würzburg	6,6%	40,2%	53,1%	7,9%	41,1%	50,9%	5,1%	34,6%	60,3%	6,28 (4)	0,180						
<b>WISSEN</b>																		
Symptome		ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Zwanghaftes Putzen</b>																		
Frauen	Nürnberg	45,0%	55,0%		45,7%	54,3%		k.A.	k.A.		0,04 (1)	0,846	0,04 (1)	0,846	0,05 (1)	0,817	0,03 (1)	0,855
	Würzburg	44,2%	55,8%		45,8%	54,2%		k.A.	k.A.		0,21 (1)	0,649						
Männer	Nürnberg	42,8%	57,2%		42,0%	58,0%		k.A.	k.A.		0,03 (1)	0,843	0,04 (1)	0,843	<0,01 (1)	0,969	0,06 (1)	0,803
	Würzburg	42,6%	57,4%		43,3%	56,7%		k.A.	k.A.		0,02 (1)	0,878						
<b>Körperliche Beschwerden</b>																		
Frauen	Nürnberg	85,6%	14,4%		83,5%	16,5%		k.A.	k.A.		0,75 (1)	0,387	0,75 (1)	0,388	0,24 (1)	0,624	0,29 (1)	0,590
	Würzburg	84,4%	15,6%		80,0%	20,0%		k.A.	k.A.		2,89 (1)	0,089						
Männer	Nürnberg	77,7%	22,3%		77,1%	22,9%		k.A.	k.A.		0,04 (1)	0,852	0,04 (1)	0,852	<0,01 (1)	0,972	0,29 (1)	0,591
	Würzburg	77,9%	22,1%		79,8%	20,3%		k.A.	k.A.		0,32 (1)	0,569						
<b>Halluzinationen</b>																		
Frauen	Nürnberg	65,7%	34,3%		68,8%	31,2%		k.A.	k.A.		0,83 (1)	0,363	0,83 (1)	0,363	1,36 (1)	0,244	0,04 (1)	0,843
	Würzburg	61,6%	38,4%		63,9%	36,1%		k.A.	k.A.		0,42 (1)	0,519						
Männer	Nürnberg	68,8%	31,2%		61,5%	38,5%		k.A.	k.A.		3,14 (1)	0,077	3,13 (1)	0,078	2,55 (1)	0,111	0,88 (1)	0,349
	Würzburg	61,9%	38,1%		59,5%	40,1%		k.A.	k.A.		0,22 (1)	0,638						
<b>Schuldgefühle</b>																		
Frauen	Nürnberg	94,0%	6,0%		92,7%	7,3%		k.A.	k.A.		0,55 (1)	0,460	0,54 (1)	0,461	0,69 (1)	0,407	0,12 (1)	0,730
	Würzburg	95,3%	4,7%		95,0%	5,0%		k.A.	k.A.		0,03 (1)	0,855						
Männer	Nürnberg	93,1%	6,9%		93,1%	6,9%		k.A.	k.A.		<0,01 (1)	0,999	<0,01 (1)	0,999	0,17 (1)	0,682	0,16 (1)	0,686
	Würzburg	93,9%	6,1%		92,8%	7,2%		k.A.	k.A.		0,37 (1)	0,573						
<b>Freudlosigkeit</b>																		
Frauen	Nürnberg	94,9%	5,1%		91,7%	8,3%		k.A.	k.A.		0,32 (1)	0,061	3,44 (1)	0,064	1,31 (1)	0,252	0,22 (1)	0,641
	Würzburg	96,5%	3,5%		95,3%	4,7%		k.A.	k.A.		0,83 (1)	0,362						
Männer	Nürnberg	91,9%	8,1%		90,0%	10,0%		k.A.	k.A.		0,59 (1)	0,443	0,59 (1)	0,443	0,47 (1)	0,493	0,87 (1)	0,350
	Würzburg	90,2%	9,8%		91,5%	8,5%		k.A.	k.A.		0,31 (1)	0,581						
Ursachen		un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Stoffwechselstörung des Gehirns</b>																		
Frauen	Nürnberg	12,2%	18,5%	69,3%	15,6%	26,5%	57,8%	10,5%	26,5%	63,1%	13,17 (4)	0,010	9,12 (2)	0,011	0,51 (1)	0,713	0,42 (2)	0,811
	Würzburg	12,1%	20,2%	67,7%	14,0%	26,4%	59,6%	12,3%	23,4%	64,2%	5,39 (4)	0,250						
Männer	Nürnberg	17,5%	25,1%	57,3%	15,9%	31,5%	52,6%	18,2%	22,0%	59,8%	5,66 (4)	0,226	1,13 (2)	0,568	0,53 (1)	0,467	0,27 (2)	0,873
	Würzburg	13,2%	27,4%	59,4%	17,6%	27,6%	54,8%	14,0%	23,6%	62,4%	4,04 (4)	0,401						
<b>Fehlende Selbstdisziplin</b>																		
Frauen	Nürnberg	43,1%	26,5%	30,4%	53,1%	27,0%	19,8%	58,1%	20,2%	21,7%	25,12 (4)	<0,001	20,97 (2)	<0,001	10,30 (1)	0,001	1,84 (2)	0,399
	Würzburg	48,5%	33,1%	18,4%	57,7%	24,6%	17,8%	63,3%	20,8%	15,9%	9,70 (4)	0,046						
Männer	Nürnberg	41,9%	27,8%	30,4%	48,5%	33,1%	18,4%	44,9%	27,0%	28,1%	12,76 (4)	0,012	6,60 (2)	0,037	6,16 (1)	0,013	4,97 (2)	0,083
	Würzburg	52,5%	23,4%	24,2%	44,9%	27,0%	28,1%	58,3%	21,0%	28,0%	12,84 (4)	0,012						

k.A.= keine Angabe

WISSEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion	
		un- wichtig	mittel- mäßig wichtig	wichtig	un- wichtig	mittel- mäßig wichtig	wichtig	un- wichtig	mittel- mäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Charakterschwäche</b>																		
Frauen	Nürnberg	57,2%	20,2%	22,6%	63,4%	20,8%	15,7%	54,4%	24,8%	20,9%	10,94 (4)	0,027	7,99 (2)	0,018	12,06 (1)	<0,001	1,65 (2)	0,437
	Würzburg	68,3%	16,3%	15,3%	69,5%	15,9%	14,7%	63,0%	19,4%	17,6%	4,25 (4)	0,373						
Männer	Nürnberg	52,8%	23,8%	23,4%	62,8%	22,6%	14,6%	50,9%	25,1%	24,0%	12,38 (4)	0,015	11,90 (2)	0,003	5,07 (1)	0,024	3,74 (2)	0,153
	Würzburg	61,5%	22,1%	16,4%	61,3%	24,3%	14,4%	57,2%	24,9%	17,8%	2,20 (4)	0,699						
<b>Falsche Lebensführung</b>																		
Frauen	Nürnberg	39,8%	29,9%	30,4%	48,6%	27,8%	23,6%	k.A.	k.A.	k.A.	7,65 (2)	0,022	22,46 (1)	0,001	0,92 (1)	0,339	0,85 (1)	0,656
	Würzburg	35,2%	33,8%	31,0%	47,3%	31,6%	21,1%	k.A.	k.A.	k.A.	15,56 (2)	<0,001						
Männer	Nürnberg	34,0%	30,2%	35,8%	43,0%	32,1%	24,9%	k.A.	k.A.	k.A.	8,80 (2)	0,012	18,99 (1)	<0,001	1,56 (1)	0,211	3,80 (1)	0,150
	Würzburg	33,7%	39,9%	26,4%	37,2%	36,3%	26,5%	k.A.	k.A.	k.A.	0,99 (2)	0,610						
<b>Probleme mit Mitmenschen</b>																		
Frauen	Nürnberg	9,5%	26,4%	64,1%	14,2%	34,2%	51,6%	14,9%	23,7%	61,4%	20,92 (4)	<0,001	13,96 (2)	<0,001	0,01 (1)	0,933	0,06 (2)	0,973
	Würzburg	9,5%	26,1%	64,4%	13,2%	35,0%	51,8%	12,8%	25,3%	62,0%	17,96 (4)	0,001						
Männer	Nürnberg	7,3%	24,8%	67,9%	16,0%	34,3%	49,7%	13,2%	25,0%	61,8%	23,80 (4)	<0,001	5,99 (2)	0,050	2,42 (1)	0,119	6,75 (2)	0,034
	Würzburg	7,1%	32,3%	60,5%	11,5%	30,8%	57,6%	10,2%	26,4%	63,4%	5,67 (4)	0,225						
<b>Schicksalsschlag (z.B. Tod Angehöriger)</b>																		
Frauen	Nürnberg	1,2%	7,8%	91,0%	4,6%	9,8%	85,6%	3,3%	10,5%	86,2%	10,92 (4)	0,027	7,34 (2)	0,026	2,45 (1)	0,117	1,36 (2)	0,507
	Würzburg	2,1%	10,2%	87,7%	3,5%	14,8%	81,6%	3,5%	10,5%	86,0%	7,68 (4)	0,104						
Männer	Nürnberg	4,3%	8,0%	87,7%	5,2%	16,4%	78,4%	8,3%	14,4%	77,3%	14,68 (4)	0,005	11,32 (2)	0,004	0,01 (1)	0,923	3,40 (2)	0,183
	Würzburg	3,0%	9,8%	87,2%	8,4%	15,3%	76,3%	5,6%	11,5%	82,9%	13,46 (4)	0,009						
<b>Vererbung</b>																		
Frauen	Nürnberg	23,3%	23,9%	52,8%	26,0%	25,5%	48,5%	23,7%	23,7%	52,6%	1,91 (4)	0,752	7,59 (2)	0,023	2,45 (1)	0,118	1,04 (2)	0,594
	Würzburg	15,9%	28,2%	55,9%	22,7%	30,3%	47,0%	21,0%	24,0%	55,0%	11,69 (4)	0,020						
Männer	Nürnberg	31,1%	25,7%	43,2%	27,3%	32,0%	40,7%	26,7%	28,6%	44,7%	3,28 (4)	0,512	0,68 (2)	0,713	<0,01 (1)	0,969	1,91 (2)	0,385
	Würzburg	31,1%	25,4%	43,4%	23,9%	30,3%	40,4%	23,9%	23,9%	52,1%	9,75 (4)	0,045						
<b>Falsche Ernährung</b>																		
Frauen	Nürnberg	65,9%	21,1%	13,0%	69,1%	20,3%	10,6%	k.A.	k.A.	k.A.	1,37 (2)	0,504	0,59 (1)	0,744	5,04 (1)	0,025	0,82 (1)	0,665
	Würzburg	73,1%	16,8%	10,1%	72,6%	17,2%	10,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,04 (2)	0,982						
Männer	Nürnberg	60,2%	22,9%	16,9%	67,5%	21,0%	11,5%	k.A.	k.A.	k.A.	4,29 (2)	0,117	7,72 (1)	0,021	2,85 (1)	0,091	0,69 (1)	0,708
	Würzburg	66,0%	23,2%	10,8%	73,8%	17,6%	8,6%	k.A.	k.A.	k.A.	4,13 (2)	0,127						
<b>Umweltgifte</b>																		
Frauen	Nürnberg	48,4%	24,0%	27,6%	59,4%	22,9%	17,7%	k.A.	k.A.	k.A.	13,85 (2)	0,001	0,59 (1)	0,744	7,42 (1)	0,006	4,28 (1)	0,118
	Würzburg	56,4%	23,8%	19,7%	56,4%	28,0%	15,6%	k.A.	k.A.	k.A.	3,29 (2)	0,193						
Männer	Nürnberg	47,9%	24,7%	27,4%	57,0%	25,6%	17,4%	k.A.	k.A.	k.A.	8,44 (2)	0,015	9,97 (1)	0,007	2,15 (1)	0,143	5,36 (1)	0,069
	Würzburg	51,0%	30,4%	18,7%	60,5%	21,2%	18,3%	k.A.	k.A.	k.A.	6,89 (2)	0,032						
<b>Reizüberflutung durch Medien</b>																		
Frauen	Nürnberg	42,6%	29,7%	27,7%	46,9%	30,7%	22,3%	k.A.	k.A.	k.A.	3,32 (2)	0,190	4,84 (1)	0,089	0,14 (1)	0,709	0,55 (1)	0,758
	Würzburg	41,0%	28,1%	28,1%	45,8%	29,2%	25,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,07 (2)	0,355						
Männer	Nürnberg	44,8%	32,1%	23,1%	48,1%	29,0%	22,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,80 (2)	0,670	2,07 (1)	0,354	0,57 (1)	0,449	5,62 (1)	0,060
	Würzburg	25,8%	25,1%	25,3%	47,6%	32,4%	20,0%	k.A.	k.A.	k.A.	6,84 (2)	0,033						
<b>Unsere heutige Leistungsgesellschaft</b>																		
Frauen	Nürnberg	11,4%	23,2%	65,4%	18,7%	33,0%	48,3%	k.A.	k.A.	k.A.	18,11 (2)	<0,001	22,97 (1)	<0,001	0,37 (1)	0,542	1,54 (1)	0,464
	Würzburg	9,2%	24,0%	66,8%	20,1%	27,4%	52,5%	k.A.	k.A.	k.A.	6,20 (2)	0,045						
Männer	Nürnberg	12,4%	27,3%	60,4%	20,1%	27,8%	52,1%	k.A.	k.A.	k.A.	9,04 (2)	0,011	19,10 (1)	<0,001	0,28 (1)	0,594	1,72 (1)	0,422
	Würzburg	10,2%	27,8%	62,0%	12,2%	29,2%	58,6%	k.A.	k.A.	k.A.	11,41 (2)	0,003						

k.A.= keine Angabe

WISSEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion	
		un-geeignet	mittel- mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel- mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel- mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Behandlungsmöglichkeiten</b>																		
<b>Besuch eines Arztes</b>																		
Frauen	Nürnberg	5,5%	19,5%	75,1%	4,8%	18,7%	76,5%	9,8%	23,9%	66,3%	16,13 (4)	0,003	14,72 (2)	<0,001	1,38 (1)	0,241	0,51 (2)	0,773
	Würzburg	6,7%	21,7%	71,6%	4,5%	19,8%	75,8%	9,5%	28,6%	61,9%	21,06 (4)	<0,001						
Männer	Nürnberg	8,7%	33,5%	57,8%	6,9%	21,6%	71,6%	15,7%	35,6%	48,8%	36,25 (4)	<0,001	35,13 (2)	<0,001	1,54 (1)	0,214	5,49 (2)	0,064
	Würzburg	5,6%	32,0%	62,4%	7,5%	26,3%	66,3%	8,9%	37,7%	53,3%	12,99 (4)	0,011						
<b>Besuch eines Psychotherapeuten</b>																		
Frauen	Nürnberg	5,7%	15,0%	79,2%	5,0%	13,3%	81,7%	3,8%	16,4%	79,8%	3,25 (4)	0,517	13,78 (2)	0,001	2,18 (1)	0,14	1,06 (2)	0,588
	Würzburg	3,7%	13,3%	83,0%	4,9%	12,2%	82,8%	5,2%	14,5%	80,3%	2,18 (4)	0,703						
Männer	Nürnberg	11,3%	19,7%	69,0%	6,5%	15,7%	77,8%	5,7%	28,0%	66,3%	20,26 (4)	<0,001	9,41 (2)	0,009	3,33 (1)	0,068	2,94 (2)	0,231
	Würzburg	6,1%	18,9%	75,0%	4,7%	17,8%	77,5%	5,0%	18,9%	76,1%	0,83 (4)	0,935						
<b>Einnahme von Arzneimitteln gegen Depression</b>																		
Frauen	Nürnberg	29,6%	39,0%	31,3%	23,7%	40,0%	36,3%	23,2%	40,0%	36,8%	6,39 (4)	0,172	6,02 (2)	0,029	3,85 (1)	0,050	0,96 (2)	0,618
	Würzburg	24,9%	38,1%	36,9%	21,6%	39,9%	38,5%	21,2%	40,2%	38,6%	1,99 (4)	0,738						
Männer	Nürnberg	34,6%	37,9%	27,6%	30,6%	37,5%	31,9%	34,1%	42,3%	23,6%	5,38 (4)	0,251	3,42 (2)	0,181	1,10 (1)	0,295	1,52 (2)	0,468
	Würzburg	30,2%	39,7%	30,2%	29,3%	35,0%	35,6%	25,2%	44,0%	30,9%	6,25 (4)	0,181						
<b>Sich zusammenreißen</b>																		
Frauen	Nürnberg	52,4%	24,5%	23,1%	58,4%	23,3%	18,3%	57,0%	24,8%	18,3%	4,96 (4)	0,291	4,64 (2)	0,098	7,59 (1)	0,006	1,61 (2)	0,446
	Würzburg	59,2%	27,3%	13,5%	61,3%	24,5%	14,2%	60,2%	24,8%	15,0%	1,25 (4)	0,869						
Männer	Nürnberg	47,8%	32,5%	19,8%	54,3%	31,3%	14,5%	47,3%	26,9%	25,8%	12,78 (4)	0,012	7,18 (2)	0,028	2,86 (1)	0,091	1,05 (2)	0,593
	Würzburg	54,4%	30,7%	14,9%	57,5%	30,0%	12,5%	54,1%	28,4%	17,5%	3,25 (4)	0,516						
<b>Mit Freunden sprechen</b>																		
Frauen	Nürnberg	2,6%	31,5%	65,9%	4,5%	29,3%	66,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,60 (2)	0,273	0,02 (1)	0,901	1,18 (1)	0,278	<0,01 (1)	0,961
	Würzburg	3,9%	33,5%	62,6%	5,6%	31,3%	63,1%	k.A.	k.A.	k.A.	1,66 (2)	0,437						
Männer	Nürnberg	2,9%	32,7%	64,4%	5,9%	28,1%	66,0%	k.A.	k.A.	k.A.	3,94 (2)	0,139	0,02 (1)	0,892	0,25 (1)	0,618	0,68 (1)	0,410
	Würzburg	260,0%	35,3%	62,0%	5,6%	25,9%	68,5%	k.A.	k.A.	k.A.	8,30 (2)	0,016						
<b>In den Urlaub fahren</b>																		
Frauen	Nürnberg	21,0%	44,0%	35,0%	22,8%	39,7%	37,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,66 (2)	0,437	0,04 (1)	0,846	3,23 (1)	0,070	0,04 (1)	0,838
	Würzburg	25,8%	43,9%	30,4%	25,1%	42,8%	32,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,31 (2)	0,858						
Männer	Nürnberg	17,6%	47,4%	34,9%	24,8%	42,7%	32,6%	k.A.	k.A.	k.A.	4,37 (2)	0,113	2,11 (1)	0,146	2,84 (1)	0,092	4,73 (1)	0,030
	Würzburg	25,9%	42,1%	32,0%	19,3%	45,2%	35,5%	k.A.	k.A.	k.A.	3,72 (2)	0,156						
<b>Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen</b>																		
Frauen	Nürnberg	74,0%	21,0%	5,0%	73,5%	20,1%	6,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,82 (2)	0,663	0,09 (1)	0,759	0,41 (1)	0,523	1,09 (1)	0,297
	Würzburg	72,2%	22,0%	5,8%	75,8%	19,0%	5,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,42 (2)	0,492						
Männer	Nürnberg	72,3%	22,9%	4,8%	76,3%	18,1%	5,6%	k.A.	k.A.	k.A.	2,09 (2)	0,351	0,97 (1)	0,325	4,26 (1)	0,039	5,19 (1)	0,023
	Würzburg	79,9%	17,0%	3,0%	71,9%	23,8%	4,4%	k.A.	k.A.	k.A.	5,07 (2)	0,079						
<b>Schokolade oder Süßes essen</b>																		
Frauen	Nürnberg	67,8%	25,4%	6,8%	69,3%	23,6%	7,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,41 (2)	0,813	0,15 (1)	0,695	1,55 (1)	0,213	2,00 (1)	0,157
	Würzburg	71,8%	22,3%	5,9%	66,6%	26,5%	6,9%	k.A.	k.A.	k.A.	2,70 (2)	0,260						
Männer	Nürnberg	74,7%	19,6%	5,7%	78,5%	14,2%	7,3%	k.A.	k.A.	k.A.	3,32 (2)	0,190	0,82 (1)	0,366	0,38 (1)	0,54	0,19 (1)	0,665
	Würzburg	77,0%	18,0%	5,0%	78,1%	16,8%	5,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,14 (2)	0,933						
<b>Lichttherapie machen</b>																		
Frauen	Nürnberg	12,4%	35,4%	52,2%	16,2%	35,6%	48,2%	k.A.	k.A.	k.A.	2,14 (2)	0,343	1,76 (1)	0,185	5,09 (1)	0,024	3,50 (1)	0,061
	Würzburg	13,7%	44,2%	42,1%	13,1%	38,9%	48,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,53 (2)	0,282						
Männer	Nürnberg	28,9%	44,9%	26,2%	24,0%	40,6%	35,5%	k.A.	k.A.	k.A.	4,15 (2)	0,126	3,71 (1)	0,054	3,97 (1)	0,046	6,94 (1)	0,008
	Würzburg	21,7%	43,9%	34,3%	27,7%	45,0%	27,3%	k.A.	k.A.	k.A.	3,34 (2)	0,188						

k.A.= keine Angabe

WISSEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion	
Behandlungsmöglichkeiten (Fortsetzung)		un- geeignet	mittel- mäßig geeignet	sehr geeignet	un- geeignet	mittel- mäßig geeignet	sehr geeignet	un- geeignet	mittel- mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Autogenes Training</b>																		
Frauen	Nürnberg	6,3%	24,7%	69,0%	5,1%	29,4%	65,5%	8,0%	32,6%	59,4%	9,63 (4)	0,047	8,14 (2)	0,017	9,71 (1)	0,002	5,03 (2)	0,081
	Würzburg	6,1%	36,4%	57,5%	6,1%	29,9%	64,0%	7,2%	34,7%	58,1%	4,98 (4)	0,289						
Männer	Nürnberg	4,7%	38,3%	57,0%	7,6%	31,8%	60,6%	8,5%	35,9%	55,6%	5,29 (4)	0,265	1,36 (2)	0,505	0,12 (1)	0,731	0,77 (2)	0,680
	Würzburg	7,0%	36,6%	56,4%	8,6%	37,8%	53,6%	9,0%	39,6%	51,4%	1,62 (4)	801,000						
<b>Viel Sort machen</b>																		
Frauen	Nürnberg	8,7%	31,7%	59,6%	11,1%	32,6%	56,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,67 (2)	0,433	1,34 (1)	0,254	3,67 (1)	0,055	2,23 (1)	0,135
	Würzburg	9,1%	38,6%	52,2%	10,0%	33,6%	56,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,29 (2)	0,318						
Männer	Nürnberg	7,3%	35,3%	57,5%	8,2%	35,2%	56,6%	k.A.	k.A.	k.A.	1,88 (2)	0,910	0,08 (1)	0,773	0,03 (1)	0,866	<0,01 (1)	0,933
	Würzburg	7,9%	35,2%	56,9%	8,5%	36,2%	55,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,71 (2)	0,918						
<b>Zum Heilpraktiker gehen</b>																		
Frauen	Nürnberg	26,9%	40,5%	32,6%	27,6%	40,5%	31,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,70 (2)	0,966	0,07 (1)	0,787	4,54 (1)	0,033	2,36 (1)	0,125
	Würzburg	31,2%	43,4%	25,4%	26,3%	43,1%	30,7%	k.A.	k.A.	k.A.	3,80 (2)	0,150						
Männer	Nürnberg	32,6%	46,0%	21,5%	34,9%	38,6%	26,5%	k.A.	k.A.	k.A.	3,50 (2)	0,174	0,11 (1)	0,735	0,04 (1)	0,846	0,36 (1)	0,547
	Würzburg	35,7%	40,7%	23,6%	38,3%	38,6%	23,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,43 (2)	0,806						
<b>Antidepressiva</b>		ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Machen Antidepressiva abhängig oder süchtig?</b>																		
Frauen	Nürnberg	84,6%	15,4%		79,6%	20,4%		78,2%	21,8%		5,32 (2)	0,070	5,28 (2)	0,072	2,78 (1)	0,096	3,27 (2)	0,195
	Würzburg	79,9%	20,1%		81,3%	18,8%		72,8%	27,2%		8,13 (2)	0,017						
Männer	Nürnberg	78,0%	22,0%		83,3%	16,7%		85,1%	14,9%		4,30 (2)	0,812	4,25 (2)	0,119	0,02 (1)	0,885	3,73 (2)	0,155
	Würzburg	78,5%	21,5%		81,5%	18,5%		76,0%	24,0%		2,28 (2)	0,320						
<b>Verändern Antidepressiva den Charakter?</b>																		
Frauen	Nürnberg	70,1%	29,0%		67,2%	32,8%		64,6%	35,4%		2,37 (2)	0,306	2,36 (2)	0,307	1,18 (1)	0,277	1,67 (2)	0,433
	Würzburg	66,3%	33,7%		65,0%	35,0%		55,6%	44,4%		10,26 (2)	0,006						
Männer	Nürnberg	69,5%	30,5%		68,1%	31,9%		66,5%	33,5%		0,47 (2)	0,792	0,47 (2)	0,792	0,23 (1)	0,631	1,28 (2)	0,527
	Würzburg	67,4%	32,6%		71,7%	28,3%		64,4%	35,6%		3,14 (2)	0,208						
<b>Ist man noch man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt?</b>																		
Frauen	Nürnberg	38,6%	61,4%		45,6%	54,4%		46,3%	53,7%		4,55 (2)	0,103	4,54 (2)	0,104	4,57 (1)	0,033	1,81 (2)	0,404
	Würzburg	47,1%	52,9%		46,7%	53,3%		51,1%	48,9%		1,54 (2)	0,464						
Männer	Nürnberg	37,6%	62,2%		44,6%	55,4%		45,2%	54,8%		3,22 (2)	0,200	3,21 (2)	0,201	4,24 (1)	0,040	0,69 (2)	0,709
	Würzburg	47,5%	52,2%		50,6%	49,4%		50,0%	50,0%		0,45 (2)	0,797						
<b>Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?</b>		geringe	mäßige	starke	geringe	mäßige	starke	geringe	mäßige	starke								
Frauen	Nürnberg	6,8%	23,1%	70,1%	7,1%	27,0%	65,9%	7,6%	24,7%	67,8%	1,83 (4)	0,766	1,41 (2)	0,495	<0,01 (1)	0,994	1,72 (2)	0,423
	Würzburg	6,9%	23,0%	70,1%	3,8%	24,8%	71,4%	4,9%	24,3%	70,9%	4,20 (4)	0,379						
Männer	Nürnberg	5,0%	26,1%	68,9%	6,5%	23,3%	70,3%	6,5%	22,2%	71,4%	1,55 (4)	0,815	0,21 (2)	0,901	0,34 (1)	0,56	3,67 (2)	0,160
	Würzburg	5,3%	23,0%	71,6%	3,1%	23,2%	73,7%	8,8%	25,4%	65,8%	9,85 (4)	0,043						
<b>VERHALTENSINTENTIONEN</b>																		
<b>Persönliche Kommunikationsbereitschaft</b>		ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Haben Sie in letzter Zeit mit anderen über Depression gesprochen?</b>																		
Frauen	Nürnberg	48,1%	51,9%		38,1%	61,9%		48,9%	51,1%		5,46 (2)	0,065	5,44 (2)	0,066	0,96 (1)	0,327	2,93 (2)	0,231
	Würzburg	42,8%	57,2%		39,1%	60,9%		48,9%	51,1%		8,18 (2)	0,017						
Männer	Nürnberg	27,8%	72,2%		30,2%	69,8%		38,8%	61,2%		6,57 (2)	0,037	6,53 (2)	0,038	1,15 (1)	0,284	1,62 (2)	0,446
	Würzburg	34,7%	65,3%		37,1%	62,9%		39,4%	60,6%		0,81 (2)	0,666						

k.A.= keine Angabe



## 9.1.3 Alter

WAHRNEHMUNG DER KAMPAGNE	2000 (Baseline)		2001 (Intervention)		2002 (Intervention)		Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse									
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi² (df)	pt	Haupteffekte			Interaktion						
									Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi				
<b>Haben Sie schon mal vom NBGD gehört?</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	5,0%	95,0%	31,2%	68,8%	28,9%	71,1%	120,08 (2)	<0,001	91,56 (2)	<0,001	7,35 (1)	0,007	10,24 (2)	0,006			
	Würzburg	1,8%	98,2%	3,7%	96,3%	5,5%	94,5%	9,96 (2)	0,007									
>60 Jahre	Nürnberg	6,0%	94,0%	19,3%	80,7%	16,6%	83,4%	18,06 (2)	<0,001	16,36 (2)	<0,001	1,43 (1)	0,231	2,23 (2)	0,328			
	Würzburg	3,2%	96,8%	5,8%	94,2%	3,6%	96,4%	1,56 (2)	0,458									
<b>Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	28,3%	71,7%	47,1%	52,9%	44,7%	55,3%	42,07 (2)	<0,001	41,22 (2)	<0,001	1,08 (1)	0,300	20,19 (2)	<0,001			
	Würzburg	31,3%	68,7%	30,8%	69,2%	36,3%	63,7%	4,34 (2)	0,114									
>60 Jahre	Nürnberg	42,1%	57,9%	46,4%	53,6%	54,5%	45,5%	6,58 (2)	0,037	6,55 (2)	0,038	0,08 (1)	0,781	4,39 (2)	0,111			
	Würzburg	43,5%	56,5%	43,6%	56,4%	41,1%	58,9%	0,282 (2)	0,869									
<b>Haben Sie in letzter Zeit etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	41,3%	58,7%	53,5%	46,5%	57,5%	42,5%	27,60 (2)	<0,001	27,33 (2)	<0,001	1,23 (1)	0,268	1,28 (2)	<0,001			
	Würzburg	44,8%	55,2%	40,6%	59,4%	51,2%	48,8%	12,49 (2)	0,002									
>60 Jahre	Nürnberg	38,1%	61,9%	44,3%	55,7%	48,7%	51,3%	4,90 (2)	0,086	4,88 (2)	0,087	0,14 (1)	0,707	1,41 (2)	0,494			
	Würzburg	40,0%	60,0%	37,7%	62,3%	47,9%	52,1%	4,10 (2)	0,129									
<b>ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN</b>																		
Schweregrad der Erkankungen	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Schweregrad Grippe</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	74,2%	24,4%	1,4%	77,5%	18,9%	3,6%	k.A.	k.A.	k.A.	8,52 (2)	0,014						
	Würzburg	75,3%	22,0%	2,7%	78,4%	18,3%	3,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,67 (2)	0,263	0,98 (1)	0,323	0,07 (1)	0,787	<0,01 (1)	0,937
>60 Jahre	Nürnberg	58,8%	38,5%	2,7%	64,9%	33,8%	1,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,29 (2)	0,318	1,92 (1)	0,166	0,92 (1)	0,337	0,06 (1)	0,802
	Würzburg	63,5%	34,6%	1,9%	67,7%	31,0%	1,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,70 (2)	0,704						
<b>Schweregrad Karies</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	77,6%	20,1%	2,3%	83,3%	13,8%	2,9%	k.A.	k.A.	k.A.	7,19 (2)	0,027						
	Würzburg	81,7%	16,5%	1,8%	84,0%	13,8%	2,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,75 (2)	0,418	4,63 (1)	0,031	2,54 (1)	0,111	0,70 (1)	0,404
>60 Jahre	Nürnberg	75,1%	21,3%	3,6%	78,2%	18,5%	3,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,61 (2)	0,737	0,60 (1)	0,437	0,80 (1)	0,372	0,22 (1)	0,642
	Würzburg	78,5%	20,9%	0,6%	83,9%	15,4%	0,7%	k.A.	k.A.	k.A.	2,53 (2)	0,466						
<b>Schweregrad Heuschnupfen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	65,3%	32,6%	2,1%	69,4%	28,0%	2,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,60 (2)	0,272						
	Würzburg	67,0%	31,0%	2,0%	69,8%	27,1%	3,1%	k.A.	k.A.	k.A.	3,01 (2)	0,222	1,71 (1)	0,192	0,33 (1)	0,566	0,12 (1)	0,727
>60 Jahre	Nürnberg	59,7%	36,7%	3,5%	70,0%	28,2%	1,9%	k.A.	k.A.	k.A.	5,34 (2)	0,069	5,25 (1)	0,022	1,02 (1)	0,312	1,38 (1)	0,240
	Würzburg	54,7%	40,9%	4,4%	73,0%	26,4%	0,7%	k.A.	k.A.	k.A.	12,88 (2)	0,002						
<b>Schweregrad Rückenbeschwerden</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	28,5%	62,6%	8,9%	33,6%	55,5%	10,9%	k.A.	k.A.	k.A.	5,27 (2)	0,072						
	Würzburg	31,9%	59,5%	8,6%	36,9%	53,8%	9,4%	k.A.	k.A.	k.A.	3,90 (2)	0,142	0,04 (1)	0,326	1,00 (1)	0,317	0,04 (1)	0,847
>60 Jahre	Nürnberg	21,7%	69,0%	9,3%	28,0%	58,2%	13,8%	k.A.	k.A.	k.A.	5,85 (2)	0,054	0,22 (1)	0,638	0,34 (1)	0,559	2,05 (1)	0,152
	Würzburg	23,9%	60,4%	15,7%	32,0%	59,9%	8,2%	k.A.	k.A.	k.A.	5,41 (2)	0,067						

k.A. = keine Angabe

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
		weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion			
Schweregrad der Erkrankungen (Fortsetzung)												Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Schweregrad Depression</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	12,8%	55,9%	31,3%	13,6%	54,4%	32,0%	k.A.	k.A.	k.A.	0,26 (2)	0,878						
	Würzburg	9,7%	57,0%	33,3%	9,3%	56,7%	34,0%	k.A.	k.A.	k.A.	0,08 (2)	0,963	0,17 (1)	0,682	1,52 (1)	0,217	0,02 (1)	0,883
>60 Jahre	Nürnberg	13,8%	52,9%	33,3%	8,4%	58,6%	33,0%	k.A.	k.A.	k.A.	3,53 (2)	0,171						
	Würzburg	12,0%	53,2%	34,8%	9,7%	55,2%	35,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,43 (2)	0,805	0,46 (1)	0,498	0,22 (1)	0,636	0,04 (1)	0,833
<b>Schweregrad Diabetes</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	11,2%	58,9%	30,0%	12,5%	56,2%	31,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,86 (2)	0,649						
	Würzburg	9,2%	59,7%	31,1%	11,4%	61,2%	27,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,85 (2)	0,241	<0,01 (1)	0,926	0,588 (1)	0,443	1,39 (1)	0,239
>60 Jahre	Nürnberg	12,4%	62,4%	25,2%	11,5%	63,6%	24,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,10 (2)	0,951						
	Würzburg	16,4%	58,5%	25,2%	14,6%	60,9%	24,5%	k.A.	k.A.	k.A.	0,25 (2)	0,883	0,01 (1)	0,942	0,35 (1)	0,553	<0,01 (1)	0,950
<b>Schweregrad Krebs</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	1,7%	10,1%	88,2%	1,3%	9,8%	88,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,21 (2)	0,901						
	Würzburg	0,4%	7,1%	92,5%	0,5%	8,9%	90,6%	k.A.	k.A.	k.A.	1,32 (2)	0,518	0,12 (1)	0,729	5,55 (1)	0,018	1,14 (1)	0,285
>60 Jahre	Nürnberg	90,0%	9,3%	89,8%	1,3%	8,5%	90,2%	k.A.	k.A.	k.A.	2,94 (2)	0,863						
	Würzburg	3,2%	8,2%	88,6%	1,9%	10,4%	87,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,85 (2)	0,654	0,01 (1)	0,915	0,20 (1)	0,652	0,05 (1)	0,817
<b>Schweregrad Aids</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	1,7%	10,6%	87,8%	1,0%	11,2%	87,8%	k.A.	k.A.	k.A.	1,10 (2)	0,603						
	Würzburg	0,9%	7,9%	91,2%	1,0%	9,6%	89,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,07 (2)	0,585	<0,01 (1)	0,947	3,28 (1)	0,070	0,61 (1)	0,436
>60 Jahre	Nürnberg	3,6%	10,7%	85,8%	1,8%	10,5%	87,7%	k.A.	k.A.	k.A.	1,28 (2)	0,528						
	Würzburg	4,4%	8,9%	86,7%	1,3%	11,0%	87,7%	k.A.	k.A.	k.A.	3,03 (2)	0,220	0,41 (1)	0,522	0,05 (1)	0,827	0,02 (1)	0,890
Allgemeine (Vor-) Urteile		stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Depression ist eigentlich gar keine Krankheit</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	74,5%	16,9%	8,6%	81,4%	14,2%	4,4%	76,7%	14,8%	8,5%	11,17 (4)	0,025						
	Würzburg	81,1%	14,0%	5,0%	81,3%	11,3%	7,4%	83,3%	9,8%	6,9%	7,03 (4)	0,134	8,01 (2)	0,018	6,84 (1)	0,009	5,47 (2)	0,065
>60 Jahre	Nürnberg	58,0%	23,7%	18,3%	74,5%	15,5%	10,0%	55,4%	23,6%	21,0%	20,56 (4)	<0,001						
	Würzburg	73,7%	15,4%	10,9%	72,5%	14,4%	13,1%	66,1%	21,0%	12,9%	3,75 (4)	0,441	19,89 (2)	<0,001	9,53 (1)	0,002	6,88 (2)	0,032
<b>Wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	78,3%	17,2%	4,6%	83,4%	12,6%	4,0%	79,5%	16,1%	4,4%	5,03 (4)	0,284						
	Würzburg	82,1%	14,6%	3,3%	86,0%	11,6%	2,4%	85,4%	12,7%	2,0%	4,56 (4)	9,336	4,55 (2)	0,103	2,48 (1)	0,115	0,82 (2)	0,632
>60 Jahre	Nürnberg	66,0%	24,1%	9,9%	76,0%	15,4%	8,6%	61,7%	28,5%	9,8%	11,92 (4)	0,018						
	Würzburg	76,3%	17,3%	6,4%	75,3%	16,9%	7,8%	72,4%	21,4%	6,3%	1,69 (4)	0,792	8,99 (2)	0,011	4,53 (1)	0,033	3,14 (2)	0,208
<b>Wenn man eine Depression hat, muss man sich zusammenreißen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	62,1%	23,0%	14,9%	63,0%	23,7%	13,3%	61,8%	26,9%	11,3%	4,10 (4)	0,393						
	Würzburg	59,9%	29,8%	10,4%	64,2%	24,6%	11,1%	61,1%	26,5%	12,4%	4,72 (4)	0,317	0,21 (2)	0,900	<0,01 (1)	0,948	0,50 (2)	0,778
>60 Jahre	Nürnberg	42,5%	27,4%	30,1%	54,1%	24,8%	21,2%	38,8%	27,0%	34,2%	12,96 (4)	0,011						
	Würzburg	48,1%	27,3%	24,7%	56,6%	17,8%	25,7%	55,0%	20,4%	24,6%	4,68 (4)	0,322	12,32 (2)	0,002	1,45 (1)	0,228	4,63 (2)	0,099
<b>Einer Depression ist man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	9,2%	32,3%	58,5%	11,2%	29,4%	59,4%	10,9%	37,7%	51,4%	9,94 (4)	0,042						
	Würzburg	9,3%	34,8%	55,9%	13,0%	33,2%	53,8%	13,3%	36,6%	50,1%	7,02 (4)	0,135	6,21 (2)	0,045	0,59 (1)	0,444	0,82 (2)	0,663
>60 Jahre	Nürnberg	8,7%	24,5%	66,8%	10,5%	16,8%	72,7%	8,3%	38,0%	53,6%	24,55 (4)	<0,001						
	Würzburg	3,9%	26,1%	69,9%	7,3%	21,2%	71,5%	7,0%	32,1%	61,0%	7,17 (4)	0,127	12,49 (2)	0,002	0,75 (1)	0,386	0,87 (2)	0,647
<b>Depression ist eine Krankheit, wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden muss</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	8,0%	16,8%	75,2%	9,0%	9,4%	81,6%	9,9%	13,9%	76,2%	13,05 (4)	0,011						
	Würzburg	8,5%	13,1%	78,3%	7,0%	14,1%	78,9%	8,1%	14,0%	78,0%	1,18 (4)	0,881	5,65 (2)	0,059	1,03 (1)	0,311	2,01 (2)	0,365
>60 Jahre	Nürnberg	7,5%	9,8%	82,7%	7,7%	5,9%	86,5%	8,7%	13,8%	77,6%	8,00 (4)	0,092						
	Würzburg	3,8%	14,6%	81,5%	6,5%	4,5%	89,0%	7,4%	17,4%	75,3%	15,77 (4)	0,003	5,17 (2)	0,076	0,01 (1)	0,911	0,71 (2)	0,703

k.A.= keine Angabe

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
Behandelbarkeit von Depression		nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	Chi² (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion			
													Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Wie gut kann eine Depression vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden?</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	6,7%	36,6%	56,8%	5,2%	34,3%	60,5%	5,6%	30,5%	63,9%	5,57 (4)	0,234	4,90 (2)	0,086	0,18 (1)	0,675	0,18 (2)	0,914
	Würzburg	5,5%	36,8%	57,7%	6,5%	32,8%	60,7%	4,2%	32,7%	63,0%	5,40 (4)	0,249						
>60 Jahre	Nürnberg	10,6%	44,2%	45,2%	9,2%	40,8%	50,0%	9,0%	36,3%	54,8%	3,62 (4)	0,460	3,24 (2)	0,198	3,22 (1)	0,073	2,67 (2)	0,264
	Würzburg	7,6%	37,5%	54,9%	8,1%	44,3%	47,1%	5,9%	31,9%	62,2%	7,13 (4)	0,129						
<b>WISSEN</b>																		
Symptome		ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Zwanghaftes Putzen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	43,3%	56,7%		43,2%	56,8%		k.A.	k.A.		<0,01 (1)	0,977	<0,01 (1)	0,977	0,15 (1)	0,697	0,08 (1)	0,778
	Würzburg	42,1%	57,9%		43,2%	56,8%		k.A.	k.A.		0,14 (1)	0,710						
>60 Jahre	Nürnberg	46,2%	53,8%		46,5%	53,5%		k.A.	k.A.		<0,01 (1)	0,939	<0,01 (1)	0,940	0,32 (1)	0,569	0,03 (1)	0,856
	Würzburg	49,3%	50,7%		51,1%	48,9%		k.A.	k.A.		0,09 (1)	0,764						
<b>Körperliche Beschwerden</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	82,4%	17,6%		80,8%	19,2%		k.A.	k.A.		0,39 (1)	0,532	0,391 (1)	0,532	0,736 (1)	0,391	1,65 (1)	0,199
	Würzburg	84,4%	15,6%		78,4%	21,6%		k.A.	k.A.		6,48 (1)	0,011						
>60 Jahre	Nürnberg	82,9%	17,1%		80,9%	19,1%		k.A.	k.A.		0,29 (1)	0,590	0,29 (1)	0,590	5,10 (1)	0,024	5,50 (1)	0,019
	Würzburg	73,0%	27,0%		85,4%	14,6%		k.A.	k.A.		7,06 (1)	0,008						
<b>Halluzinationen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	67,1%	32,9%		65,2%	34,8%		k.A.	k.A.		0,39 (1)	0,532	0,39 (1)	0,532	3,58 (1)	0,059	0,11 (1)	0,745
	Würzburg	61,1%	38,9%		60,5%	39,5%		k.A.	k.A.		0,04 (1)	0,840						
>60 Jahre	Nürnberg	66,5%	33,5%		67,0%	33,0%		k.A.	k.A.		0,01 (1)	0,914	0,01 (1)	0,914	0,20 (1)	0,653	0,38 (1)	0,535
	Würzburg	64,1%	35,9%		69,3%	30,7%		k.A.	k.A.		0,78 (1)	0,376						
<b>Schuldgefühle</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	95,4%	4,6%		94,6%	5,4%		k.A.	k.A.		0,33 (1)	0,566	0,33 (1)	0,567	0,30 (1)	0,586	<0,01 (1)	0,994
	Würzburg	96,1%	3,9%		95,4%	4,6%		k.A.	k.A.		0,31 (1)	0,580						
>60 Jahre	Nürnberg	89,6%	10,4%		88,6%	11,4%		k.A.	k.A.		0,12 (1)	0,729	0,12 (1)	0,729	0,02 (1)	0,891	<0,01 (1)	0,924
	Würzburg	90,1%	9,9%		88,6%	11,4%		k.A.	k.A.		0,17 (1)	0,679						
<b>Freudlosigkeit</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	94,3%	5,7%		92,5%	7,5%		k.A.	k.A.		1,26 (1)	0,261	1,26 (1)	0,262	<0,01 (1)	0,988	0,88 (1)	0,347
	Würzburg	94,3%	5,7%		94,6%	5,4%		k.A.	k.A.		0,04 (1)	0,835						
>60 Jahre	Nürnberg	92,5%	7,5%		87,4%	12,6%		k.A.	k.A.		3,02 (1)	0,082	2,96 (1)	0,086	0,12 (1)	0,724	0,05 (1)	0,822
	Würzburg	93,4%	6,6%		90,1%	9,9%		k.A.	k.A.		1,13 (1)	0,289						
Ursachen		un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Stoffwechselstörung des Gehirns</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	14,0%	22,2%	63,8%	14,8%	30,1%	55,1%	14,1%	25,8%	60,1%	7,63 (4)	0,106	4,94 (2)	0,085	0,11 (1)	0,738	1,38 (2)	0,501
	Würzburg	12,5%	23,0%	64,5%	16,2%	28,6%	55,2%	11,8%	23,4%	64,8%	12,41 (4)	0,015						
>60 Jahre	Nürnberg	15,1%	18,2%	66,7%	18,1%	24,9%	57,1%	12,5%	21,5%	66,0%	4,85 (4)	0,303	4,04 (2)	0,133	0,01 (1)	0,906	4,69 (2)	0,096
	Würzburg	12,6%	22,5%	64,9%	12,8%	19,7%	67,5%	16,9%	23,8%	59,2%	2,23 (4)	0,693						
<b>Fehlende Selbstdisziplin</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	48,3%	27,2%	24,5%	52,1%	30,6%	17,2%	58,5%	22,5%	19,0%	17,89 (4)	0,001	10,34 (2)	0,006	3,53 (1)	0,060	0,38 (2)	0,827
	Würzburg	53,9%	25,4%	20,7%	58,3%	26,4%	15,3%	65,7%	19,3%	14,9%	10,36 (4)	0,001						
>60 Jahre	Nürnberg	29,9%	26,5%	43,6%	49,1%	26,9%	24,1%	37,6%	24,2%	38,2%	22,65 (4)	<0,001	21,97 (2)	<0,001	13,59 (1)	<0,001	16,30 (2)	<0,001
	Würzburg	48,7%	22,0%	29,3%	37,6%	34,0%	28,4%	48,6%	25,1%	26,2%	7,22 (4)	0,125						

k.A.= keine Angabe

WISSEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse						
	un- wichtig	mittel- mäßig wichtig	wichtig	un- wichtig	mittel- mäßig wichtig	wichtig	un- wichtig	mittel- mäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Charakterschwäche</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	59,4%	20,6%	20,0%	65,5%	20,7%	13,8%	53,7%	26,5%	19,8%	18,05 (4)	0,001	14,45 (2)	<0,001	7,16 (1)	0,008	1,17 (2)	0,557
	Würzburg	67,0%	18,1%	14,9%	69,3%	17,2%	13,5%	59,9%	23,6%	16,6%	11,90 (4)	0,018						
>60 Jahre	Nürnberg	46,6%	23,8%	29,6%	57,3%	23,7%	19,0%	51,3%	20,7%	28,0%	8,25 (4)	0,083	6,66 (2)	0,036	7,67 (1)	0,006	6,75 (2)	0,034
	Würzburg	60,8%	20,3%	18,9%	52,4%	28,7%	18,9%	62,3%	16,9%	20,8%	6,94 (4)	0,139						
<b>Falsche Lebensführung</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	37,5%	29,3%	33,3%	45,5%	32,2%	22,3%	k.A.	k.A.	k.A.	15,47 (2)	<0,001	13,80 (1)	<0,001	<0,01 (1)	0,999	0,31 (1)	0,575
	Würzburg	33,6%	37,2%	29,2%	42,2%	35,3%	22,5%	k.A.	k.A.	k.A.	10,57 (2)	0,005						
>60 Jahre	Nürnberg	37,5%	31,7%	30,8%	48,1%	23,1%	28,7%	k.A.	k.A.	k.A.	5,80 (2)	0,055	2,80 (1)	0,094	0,05 (1)	0,818	0,08 (1)	0,776
	Würzburg	38,4%	32,2%	29,5%	45,7%	27,2%	27,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,73 (2)	0,422						
<b>Probleme mit Mitmenschen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	6,4%	23,3%	70,3%	14,4%	31,3%	54,3%	13,6%	25,0%	61,5%	33,35 (4)	<0,001	30,21 (2)	<0,001	1,93 (1)	0,165	4,16 (2)	0,125
	Würzburg	6,4%	27,8%	65,7%	11,0%	31,8%	57,3%	10,5%	26,2%	63,3%	14,09 (4)	0,007						
>60 Jahre	Nürnberg	13,6%	31,3%	55,1%	16,3%	41,2%	42,5%	15,8%	22,4%	61,7%	19,63 (4)	0,001	10,99 (2)	0,004	0,26 (1)	0,610	0,10 (2)	0,950
	Würzburg	16,0%	30,8%	53,2%	18,4%	38,8%	42,8%	14,7%	24,6%	60,7%	11,45 (4)	0,022						
<b>Schicksalsschlag (z.B. Tod Angehöriger)</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	2,5%	7,9%	89,6%	5,2%	12,3%	82,5%	4,6%	9,6%	85,8%	11,24 (4)	0,024	10,49 (2)	0,005	1,70 (1)	0,192	1,04 (2)	0,596
	Würzburg	2,8%	10,3%	86,9%	5,6%	14,7%	79,7%	3,9%	10,4%	85,7%	13,67 (4)	0,008						
>60 Jahre	Nürnberg	2,3%	7,8%	89,9%	4,1%	13,1%	82,9%	7,0%	18,1%	74,9%	16,86 (4)	0,002	16,00 (2)	<0,001	<0,01 (1)	0,969	4,02 (2)	0,134
	Würzburg	1,3%	9,0%	89,7%	5,8%	16,2%	77,9%	5,7%	12,5%	81,8%	9,45 (4)	0,051						
<b>Vererbung</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	27,1%	25,2%	47,7%	25,6%	29,1%	45,3%	24,4%	27,6%	47,9%	2,30 (4)	0,680	0,56 (2)	0,756	0,48 (1)	0,488	3,66 (2)	0,160
	Würzburg	22,9%	29,2%	47,9%	27,2%	30,8%	42,0%	21,9%	24,5%	53,6%	14,80 (4)	0,005						
>60 Jahre	Nürnberg	24,7%	23,1%	52,2%	28,9%	25,8%	45,3%	26,2%	20,3%	53,5%	3,24 (4)	0,519	2,39 (2)	0,303	4,35 (1)	0,037	1,98 (2)	0,372
	Würzburg	17,0%	19,9%	63,1%	18,3%	28,2%	53,4%	23,5%	22,3%	54,2%	5,44 (4)	0,245						
<b>Falsche Ernährung</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	65,2%	22,4%	12,4%	69,6%	20,4%	10,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,28 (2)	0,319	2,25 (1)	0,134	2,80 (1)	0,094	<0,01 (1)	0,934
	Würzburg	70,0%	20,1%	9,9%	74,5%	17,1%	8,4%	k.A.	k.A.	k.A.	2,75 (2)	0,253						
>60 Jahre	Nürnberg	60,0%	20,5%	19,5%	65,7%	21,1%	13,1%	k.A.	k.A.	k.A.	3,17 (2)	0,205	2,16 (1)	0,141	5,78 (1)	0,016	2,31 (1)	0,129
	Würzburg	71,8%	16,1%	12,1%	67,6%	18,6%	13,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,62 (2)	0,733						
<b>Umweltgifte</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	47,8%	26,4%	25,8%	59,7%	24,4%	15,9%	k.A.	k.A.	k.A.	18,12 (2)	<0,001	17,76 (1)	<0,001	5,74 (1)	0,017	3,44 (1)	0,064
	Würzburg	53,9%	27,0%	19,1%	58,9%	25,3%	15,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,17 (2)	0,205						
>60 Jahre	Nürnberg	49,0%	19,5%	31,4%	55,3%	23,1%	21,6%	k.A.	k.A.	k.A.	5,18 (2)	0,075	3,40 (1)	0,065	3,49 (1)	0,062	1,55 (1)	0,213
	Würzburg	55,9%	24,1%	20,0%	55,3%	24,1%	20,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,02 (2)	0,992						
<b>Reizüberflutung durch Medien</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	44,3%	31,2%	24,5%	46,8%	29,7%	23,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,60 (2)	0,740	0,47 (1)	0,492	0,02 (1)	0,883	0,07 (1)	0,795
	Würzburg	45,7%	28,8%	25,5%	47,4%	31,2%	21,3%	k.A.	k.A.	k.A.	2,77 (2)	0,251						
>60 Jahre	Nürnberg	41,5%	29,3%	29,3%	49,0%	30,8%	20,2%	k.A.	k.A.	k.A.	4,83 (2)	0,089	3,84 (1)	0,05	0,16 (1)	0,687	0,71 (1)	0,400
	Würzburg	41,8%	24,7%	33,6%	43,1%	27,8%	29,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,74 (2)	0,690						
<b>Unsere heutige Leistungsgesellschaft</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	9,9%	24,1%	66,0%	17,4%	30,2%	52,3%	k.A.	k.A.	k.A.	21,66 (2)	<0,001	21,30 (1)	<0,001	0,03 (1)	0,865	1,72 (1)	0,189
	Würzburg	9,5%	25,2%	65,3%	15,5%	26,6%	57,8%	k.A.	k.A.	k.A.	10,94 (2)	0,004						
>60 Jahre	Nürnberg	16,1%	26,5%	57,3%	24,5%	29,2%	46,2%	k.A.	k.A.	k.A.	6,49 (2)	0,039	6,85 (1)	0,009	2,24 (1)	0,134	0,10 (1)	0,756
	Würzburg	9,9%	26,3%	63,8%	15,8%	35,6%	48,6%	k.A.	k.A.	k.A.	7,16 (2)	0,028						

k.A. = keine Angabe

WISSEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse						
	Behandlungsmöglichkeiten	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion			
													Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Besuch eines Arztes</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	7,3%	27,9%	64,9%	5,6%	20,3%	74,1%	13,3%	30,9%	55,8%	44,36 (4)	<0,001	42,53 (2)	<0,001	0,769 (1)	0,380	3,97 (2)	0,138
	Würzburg	6,2%	26,4%	67,3%	6,4%	24,3%	69,3%	9,4%	35,4%	55,3%	27,10 (4)	<0,001						
>60 Jahre	Nürnberg	5,6%	18,6%	75,8%	5,8%	18,8%	75,3%	9,1%	22,7%	68,2%	4,44 (4)	0,350	4,23 (2)	0,121	1,11 (1)	0,292	2,97 (2)	0,226
	Würzburg	6,5%	22,7%	70,8%	3,3%	15,8%	80,9%	8,9%	25,0%	66,1%	10,22 (4)	0,037						
<b>Besuch eines Psychotherapeuten</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	5,2%	17,1%	77,7%	4,2%	13,0%	82,8%	3,6%	20,3%	76,1%	11,38 (4)	0,023	6,81 (2)	0,033	3,25 (1)	0,071	2,26 (2)	0,323
	Würzburg	4,1%	13,8%	82,1%	3,5%	14,3%	82,1%	3,3%	16,8%	79,8%	2,46 (4)	0,651						
>60 Jahre	Nürnberg	14,0%	16,4%	69,6%	9,1%	17,3%	73,6%	7,1%	22,8%	70,1%	8,17 (4)	0,086	1,34 (2)	0,511	0,82 (1)	0,365	0,36 (2)	0,835
	Würzburg	6,6%	21,2%	72,2%	9,9%	15,8%	74,3%	9,9%	15,2%	74,9%	3,39 (4)	0,495						
<b>Einnahme von Arzneimitteln gegen Depression</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	31,4%	43,2%	25,3%	29,4%	39,7%	30,9%	25,3%	45,1%	29,6%	7,96 (4)	0,093	4,66 (2)	0,098	3,55 (1)	0,060	0,60 (2)	0,739
	Würzburg	29,1%	38,8%	32,1%	24,9%	39,0%	36,1%	23,7%	43,3%	33,0%	6,49 (4)	0,165						
>60 Jahre	Nürnberg	31,9%	28,2%	39,9%	20,0%	37,3%	42,7%	33,3%	30,1%	36,6%	12,11 (4)	0,017	6,08 (2)	0,048	2,83 (1)	0,093	4,18 (2)	0,124
	Würzburg	18,9%	38,5%	42,6%	25,2%	33,1%	41,7%	20,8%	37,7%	41,5%	2,18 (4)	0,703						
<b>Sich zusammenreißen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	55,0%	29,1%	15,9%	62,7%	25,2%	12,1%	59,9%	24,2%	15,8%	8,24 (4)	0,083	6,53 (2)	0,038	5,86 (1)	0,016	1,62 (2)	0,444
	Würzburg	61,3%	28,5%	10,2%	64,4%	26,2%	9,5%	61,7%	25,6%	12,7%	4,35 (4)	0,360						
>60 Jahre	Nürnberg	40,5%	24,3%	35,2%	42,5%	29,9%	27,6%	35,7%	29,1%	35,2%	5,21 (4)	0,267	3,10 (2)	0,212	1,20 (1)	0,273	3,43 (2)	0,180
	Würzburg	43,3%	28,7%	28,0%	41,4%	29,6%	28,9%	46,3%	28,4%	25,3%	0,98 (4)	0,912						
<b>Mit Freunden sprechen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	2,9%	34,4%	62,7%	4,4%	32,2%	63,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,88 (2)	0,390	<0,01 (1)	0,968	0,088 (1)	0,767	0,02 (1)	0,897
	Würzburg	2,9%	35,3%	61,8%	5,4%	32,3%	62,3%	k.A.	k.A.	k.A.	4,78 (2)	0,091						
>60 Jahre	Nürnberg	2,3%	26,7%	71,0%	6,7%	21,0%	72,3%	k.A.	k.A.	k.A.	6,25 (2)	0,044	<0,01 (1)	0,99	1,93 (1)	0,165	3,12 (1)	0,077
	Würzburg	5,2%	30,3%	64,5%	6,6%	15,8%	77,6%	k.A.	k.A.	k.A.	9,13 (2)	0,010						
<b>In den Urlaub fahren</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	20,3%	47,2%	32,5%	24,5%	43,6%	31,9%	k.A.	k.A.	k.A.	2,63 (2)	0,269	0,91 (1)	0,341	3,97 (1)	0,046	1,71 (1)	0,191
	Würzburg	26,3%	44,6%	29,1%	23,4%	46,4%	30,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,27 (2)	0,529						
>60 Jahre	Nürnberg	18,1%	41,4%	40,5%	21,6%	34,7%	43,7%	k.A.	k.A.	k.A.	2,23 (2)	0,328	0,01 (1)	0,913	0,99 (1)	0,321	1,47 (1)	0,225
	Würzburg	24,0%	38,3%	37,7%	19,2%	33,8%	47,0%	k.A.	k.A.	k.A.	2,83 (2)	0,243						
<b>Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	73,6%	22,4%	4,0%	77,1%	17,5%	5,4%	k.A.	k.A.	k.A.	4,45 (2)	0,108	1,17 (1)	0,279	0,07 (1)	0,795	2,05 (1)	0,152
	Würzburg	78,6%	17,4%	4,1%	76,0%	20,3%	3,7%	k.A.	k.A.	k.A.	1,58 (2)	0,454						
>60 Jahre	Nürnberg	72,8%	20,2%	7,0%	68,8%	23,5%	7,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,86 (2)	0,651	0,78 (1)	0,376	0,29 (1)	0,589	0,83 (1)	0,361
	Würzburg	62,9%	29,8%	7,3%	66,4%	24,2%	9,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,43 (2)	0,489						
<b>Schokolade oder Süßes essen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	73,8%	20,7%	5,5%	74,3%	19,3%	6,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,56 (2)	0,755	<0,01 (1)	0,95	0,60 (1)	0,437	1,24 (1)	0,266
	Würzburg	75,9%	19,2%	4,9%	71,8%	22,6%	5,6%	k.A.	k.A.	k.A.	2,52 (2)	0,284						
>60 Jahre	Nürnberg	62,7%	28,9%	8,3%	70,3%	20,5%	9,1%	k.A.	k.A.	k.A.	4,00 (2)	0,135	0,31 (1)	0,575	0,31 (1)	0,575	0,10 (1)	0,747
	Würzburg	70,5%	21,5%	8,1%	70,5%	21,5%	8,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,82 (2)	0,664						
<b>Lichttherapie machen</b>																		
≤ 60 Jahre	Nürnberg	14,6%	42,0%	43,4%	17,1%	40,6%	42,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,88 (2)	0,644	0,38 (1)	0,537	1,67 (1)	0,196	0,17 (1)	0,679
	Würzburg	15,5%	46,4%	38,1%	16,7%	44,5%	38,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,44 (2)	0,805						
>60 Jahre	Nürnberg	27,9%	31,3%	40,8%	25,0%	29,1%	45,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,80 (2)	0,669	0,75 (1)	0,388	0,64 (1)	0,425	1,24 (1)	0,266
	Würzburg	22,0%	34,0%	44,0%	30,1%	27,2%	42,7%	k.A.	k.A.	k.A.	2,07 (2)	0,356						

k.A. = keine Angabe

WISSEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Behandlungsmöglichkeiten (Fortsetzung)</b>																	
<b>Autogenes Training</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	5,1%	30,5%	64,4%	5,6%	34,4%	60,0%	8,9%	34,8%	56,3%	10,06 (4)	0,040	7,78 (2)	0,021	7,08 (1)	0,008	2,52 (2)	0,284
Würzburg	6,1%	38,2%	55,7%	6,6%	36,5%	56,9%	7,5%	38,9%	53,6%	1,65 (4)	0,799						
>60 Jahre Nürnberg	7,0%	28,9%	64,2%	7,4%	20,6%	72,1%	6,3%	31,8%	61,9%	6,73 (4)	0,151	3,86 (2)	0,145	0,16 (1)	0,687	0,01 (2)	0,994
Würzburg	7,9%	30,0%	62,1%	9,3%	20,0%	70,7%	9,4%	30,6%	60,0%	5,53 (4)	0,237						
<b>Viel Sport machen</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	7,4%	35,7%	56,9%	8,3%	36,0%	55,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,35 (2)	0,839	0,24 (1)	0,628	0,47 (1)	0,492	0,55 (1)	0,457
Würzburg	8,8%	39,4%	51,7%	8,3%	38,3%	53,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,33 (2)	0,849						
>60 Jahre Nürnberg	9,9%	27,4%	62,7%	13,8%	28,1%	58,1%	k.A.	k.A.	k.A.	1,80 (2)	0,408	1,36 (1)	0,244	1,90 (1)	0,168	0,87 (1)	0,351
Würzburg	7,9%	29,8%	62,3%	13,3%	20,7%	66,0%	k.A.	k.A.	k.A.	4,71 (2)	0,095						
<b>Zum Heilpraktiker gehen</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	26,0%	45,0%	28,9%	26,5%	40,5%	33,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,53 (2)	0,282	5,83 (1)	0,016	0,640 (1)	0,424	0,276 (1)	0,600
Würzburg	30,4%	44,0%	25,6%	31,1%	42,0%	26,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,44 (2)	0,803						
>60 Jahre Nürnberg	36,4%	37,4%	26,3%	40,8%	37,9%	21,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,57 (2)	0,457	1,41 (1)	0,235	3,81 (1)	0,051	5,09 (1)	0,024
Würzburg	42,1%	36,6%	21,4%	32,6%	37,5%	29,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,77 (2)	0,152						
<b>Antidepressiva</b>	ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Machen Antidepressiva abhängig oder süchtig?</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	81,4%	18,6%	83,4%	16,6%	80,7%	19,3%	80,7%	19,3%	1,18 (2)	0,553	1,18 (2)	0,554	<0,01 (1)	0,998	2,23 (2)	0,329	
Würzburg	81,4%	18,6%	81,4%	18,6%	74,6%	25,4%	74,6%	25,4%	8,44 (2)	0,015							
>60 Jahre Nürnberg	83,7%	16,3%	75,3%	24,7%	81,6%	18,4%	81,6%	18,4%	4,37 (2)	0,112	4,33 (2)	0,115	6,39 (1)	0,011	7,96 (2)	0,019	
Würzburg	71,3%	28,7%	81,3%	18,8%	72,9%	27,1%	72,9%	27,1%	3,83 (2)	0,147							
<b>Verändern Antidepressiva den Charakter?</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	68,7%	31,3%	69,4%	30,6%	66,2%	33,8%	66,2%	33,8%	1,14 (2)	0,565	1,14 (2)	0,566	0,06 (1)	0,805	1,73 (2)	0,422	
Würzburg	67,9%	32,1%	67,2%	32,8%	59,4%	40,6%	59,4%	40,6%	8,95 (2)	0,011							
>60 Jahre Nürnberg	72,5%	27,5%	62,9%	37,1%	62,9%	37,1%	62,9%	37,1%	4,69 (2)	0,096	4,66 (2)	0,098	3,66 (1)	0,056	5,52 (2)	0,063	
Würzburg	61,9%	38,1%	70,7%	29,3%	58,5%	41,5%	58,5%	41,5%	4,27 (2)	0,118							
<b>Ist man noch man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt?</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	39,9%	60,1%	43,3%	56,7%	45,6%	54,4%	45,6%	54,4%	2,53 (2)	0,282	2,53 (2)	0,283	6,83 (1)	0,009	0,73 (2)	0,693	
Würzburg	49,2%	50,8%	48,6%	51,4%	51,8%	48,2%	51,8%	48,2%	1,00 (2)	0,606							
>60 Jahre Nürnberg	33,8%	66,2%	50,0%	50,0%	46,7%	53,3%	46,7%	53,3%	8,98 (2)	0,011	8,88 (2)	0,012	0,64 (1)	0,424	0,81 (2)	0,666	
Würzburg	38,8%	61,2%	47,2%	52,8%	46,7%	53,3%	46,7%	53,3%	1,85 (2)	0,397							
<b>Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?</b>	geringe	mäßige	starke	geringe	mäßige	starke	geringe	mäßige	starke								
≤ 60 Jahre Nürnberg	5,9%	24,9%	69,2%	4,7%	24,4%	70,8%	6,1%	22,0%	71,9%	2,13 (4)	0,711	0,74 (2)	0,689	1,11 (1)	0,292	2,55 (2)	0,279
Würzburg	5,7%	21,9%	72,4%	2,7%	22,4%	74,9%	6,9%	22,9%	70,3%	10,71 (4)	0,030						
>60 Jahre Nürnberg	6,6%	22,7%	70,7%	12,4%	28,1%	59,5%	10,1%	28,5%	61,4%	6,67 (4)	0,154	6,52 (2)	0,038	1,85 (1)	0,173	3,05 (2)	0,218
Würzburg	8,9%	27,6%	63,4%	6,7%	31,1%	62,2%	5,4%	30,6%	63,9%	1,54 (4)	0,819						
<b>VERHALTENSINTENTIONEN</b>																	
<b>Persönliche Kommunikationsbereitschaft</b>	ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Haben Sie in letzter Zeit mit anderen über Depression gesprochen?</b>																	
≤ 60 Jahre Nürnberg	47,7%	52,3%	38,9%	61,1%	45,7%	54,3%	45,7%	54,3%	6,65 (2)	0,036	6,63 (2)	0,036	1,06 (1)	0,303	1,56 (2)	0,459	
Würzburg	42,5%	57,5%	40,4%	59,6%	47,5%	52,5%	47,5%	52,5%	5,66 (2)	0,059							
>60 Jahre Nürnberg	25,5%	74,5%	25,7%	74,3%	31,0%	69,0%	31,0%	69,0%	1,76 (2)	0,410	1,76 (2)	0,415	0,49 (1)	0,485	0,09 (2)	0,954	
Würzburg	30,6%	69,4%	29,8%	70,2%	37,8%	62,2%	37,8%	62,2%	2,75 (2)	0,252							

k.A.= keine Angabe

## 9.1.4 Bildungsstand

WAHRNEHMUNG DER KAMPAGNE		2000 (Baseline)		2001 (Intervention)		2002 (Intervention)		Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion				
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi			
<b>Haben Sie schon mal vom NBgD gehört?</b>																		
NB*	Nürnberg	3,3%	96,7%	15,4%	84,6%	15,9%	84,1%	23,67 (2)	<0,001	19,45 (2)	<0,001	0,78 (1)	0,379	1,71 (2)	0,425			
	Würzburg	19,0%	98,1%	4,2%	95,8%	3,4%	96,6%	1,45 (2)	0,484									
HB*	Nürnberg	7,8%	92,2%	47,2%	52,8%	39,9%	60,1%	52,53 (2)	<0,001	40,91 (2)	<0,001	5,02 (1)	0,025	1,81 (2)	0,404			
	Würzburg	1,8%	98,2%	7,6%	92,4%	9,1%	90,9%	8,28 (2)	0,016									
<b>Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?</b>																		
NB*	Nürnberg	34,8%	65,2%	41,1%	58,9%	48,8%	51,2%	9,20 (2)	0,010	9,13 (2)	0,001	3,88 (1)	0,048	8,15 (2)	0,017			
	Würzburg	44,7%	55,3%	41,3%	58,7%	37,8%	62,2%	1,48 (2)	0,478									
HB*	Nürnberg	33,3%	66,7%	60,3%	39,7%	49,7%	50,3%	18,40 (2)	<0,001	17,91 (2)	<0,001	1,93 (1)	0,165	9,03 (2)	0,011			
	Würzburg	25,8%	74,2%	28,6%	71,4%	38,9%	61,1%	7,13 (2)	0,028									
<b>Haben Sie in letzter Zeit etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>																		
NB*	Nürnberg	32,5%	67,5%	38,9%	61,1%	51,4%	48,6%	17,38 (2)	<0,001	17,13 (2)	<0,001	1,41 (1)	0,234	3,38 (2)	0,185			
	Würzburg	38,3%	61,7%	37,1%	62,9%	44,0%	56,0%	1,71 (2)	0,425									
HB*	Nürnberg	45,0%	55,0%	68,5%	31,5%	64,1%	35,9%	16,82 (2)	<0,001	16,44 (2)	<0,001	<0,01 (1)	0,986	8,84 (2)	0,012			
	Würzburg	45,1%	54,9%	44,2%	55,8%	56,1%	43,9%	5,69 (2)	0,058									
<b>ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN</b>																		
Schweregrad der Erkrankungen		weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Schweregrad Grippe</b>																		
NB*	Nürnberg	66,7%	32,1%	1,3%	73,1%	24,8%	2,1%	k.A.	k.A.	k.A.	3,46 (2)	0,177	2,04 (1)	0,153	0,01 (1)	0,899	0,02 (1)	0,887
	Würzburg	66,7%	30,2%	3,1%	71,8%	25,4%	2,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,96 (2)	0,619						
HB*	Nürnberg	73,6%	23,3%	3,1%	78,4%	20,8%	0,8%	k.A.	k.A.	k.A.	2,07 (2)	0,355	0,56 (1)	0,336	0,13 (1)	0,721	0,56 (1)	0,456
	Würzburg	71,2%	27,6%	1,2%	82,3%	13,9%	3,8%	k.A.	k.A.	k.A.	10,62 (2)	0,005						
<b>Schweregrad Karies</b>																		
NB*	Nürnberg	75,4%	22,1%	2,5%	76,1%	19,2%	4,7%	k.A.	k.A.	k.A.	2,07 (2)	0,355	<0,01 (1)	0,981	0,03 (1)	0,856	0,17 (1)	0,683
	Würzburg	75,9%	22,8%	1,2%	78,8%	10,0%	2,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,01 (2)	0,603						
HB*	Nürnberg	85,3%	13,2%	1,6%	88,0%	9,6%	2,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,00 (2)	0,607	0,36 (1)	0,546	0,09 (1)	0,759	0,09 (1)	0,762
	Würzburg	86,5%	12,3%	1,2%	87,3%	12,1%	0,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,30 (2)	0,859						
<b>Schweregrad Heuschnupfen</b>																		
NB*	Nürnberg	62,1%	36,3%	1,7%	79,9%	27,8%	1,3%	k.A.	k.A.	k.A.	4,06 (2)	0,131	3,88 (1)	0,049	1,10 (1)	0,295	0,36 (1)	0,550
	Würzburg	58,0%	37,0%	4,9%	62,6%	33,6%	3,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,70 (2)	0,705						
HB*	Nürnberg	69,8%	27,9%	2,3%	74,8%	25,2%	0,0%	k.A.	k.A.	k.A.	3,25 (2)	0,197	0,98 (1)	0,323	0,48 (1)	0,489	0,31 (1)	0,578
	Würzburg	73,0%	26,4%	0,6%	74,7%	23,4%	1,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,38 (2)	0,502						
<b>Schweregrad Rückenbeschwerden</b>																		
NB*	Nürnberg	18,3%	70,8%	10,8%	24,6%	59,2%	16,3%	k.A.	k.A.	k.A.	7,30 (2)	0,026	0,07 (1)	0,798	0,32 (1)	0,575	0,76 (1)	0,384
	Würzburg	24,1%	62,3%	13,6%	19,7%	65,0%	15,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,88 (2)	0,644						
HB*	Nürnberg	35,7%	58,1%	6,2%	35,6%	61,0%	3,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,09 (2)	0,580	0,07 (1)	0,790	0,23 (1)	0,629	0,05 (1)	0,831
	Würzburg	38,7%	55,2%	6,1%	38,8%	54,6%	6,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,03 (2)	0,985						

k.A. = Keine Angabe

\* NB= Niedriger Bildungsstand (Volks-/Hauptschulabschluss); \*HB= Hoher Bildungsstand (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse Haupteffekte				Interaktion	
		weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Schweregrad der Erkankungen (Fortsetzung)</b>																		
<b>Schweregrad Depression</b>																		
NB*	Nürnberg	12,9%	53,8%	33,3%	14,6%	55,8%	29,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,85 (2)	0,653	0,87 (1)	0,350	1,19 (1)	0,275	1,88 (1)	0,170
	Würzburg	14,2%	58,0%	27,8%	10,6%	57,4%	31,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,20 (2)	0,549						
HB*	Nürnberg	10,9%	57,4%	31,8%	8,1%	65,9%	26,0%	k.A.	k.A.	k.A.	1,95 (2)	0,377	0,27 (1)	0,602	0,03 (1)	0,867	0,28 (1)	0,598
	Würzburg	8,0%	61,3%	30,7%	9,6%	57,3%	33,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,60 (2)	0,742						
<b>Schweregrad Diabetes</b>																		
NB*	Nürnberg	12,5%	63,8%	23,8%	14,4%	58,9%	26,7%	k.A.	k.A.	k.A.	1,19 (2)	0,552	0,06 (1)	0,810	0,10 (1)	0,755	1,21 (1)	0,272
	Würzburg	13,6%	59,9%	26,5%	18,0%	59,7%	22,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,48 (2)	0,478						
HB*	Nürnberg	6,2%	60,5%	33,3%	11,3%	65,3%	23,4%	k.A.	k.A.	k.A.	4,32 (2)	0,115	4,10 (1)	0,043	<0,01 (1)	0,921	0,02 (1)	0,875
	Würzburg	6,7%	58,9%	34,4%	11,5%	62,8%	25,6%	k.A.	k.A.	k.A.	4,23 (2)	0,121						
<b>Schweregrad Krebs</b>																		
NB*	Nürnberg	1,3%	11,3%	87,5%	2,5%	10,4%	87,1%	k.A.	k.A.	k.A.	1,08 (2)	0,583	0,04 (1)	0,852	1,02 (1)	0,314	0,93 (1)	0,334
	Würzburg	60,0%	8,6%	90,7%	2,8%	11,3%	85,9%	k.A.	k.A.	k.A.	2,95 (2)	0,228						
HB*	Nürnberg	0,8%	8,5%	90,7%	0,8%	8,8%	90,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,01 (2)	0,997	0,01 (1)	0,935	0,11 (1)	0,741	<0,01 (1)	0,98
	Würzburg	1,2%	9,2%	89,6%	0,0%	10,8%	89,2%	k.A.	k.A.	k.A.	2,14 (2)	0,344						
<b>Schweregrad Aids</b>																		
NB*	Nürnberg	1,3%	12,9%	85,8%	1,7%	15,6%	82,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,90 (2)	0,637	0,87 (1)	0,350	0,06 (1)	0,800	0,03 (1)	0,863
	Würzburg	3,1%	11,7%	85,2%	2,9%	14,3%	82,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,44 (2)	0,802						
HB*	Nürnberg	2,3%	7,8%	89,9%	0,8%	8,9%	90,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,02 (2)	0,602	0,02 (1)	0,901	0,07 (1)	0,793	0,02 (1)	0,898
	Würzburg	1,8%	7,4%	90,8%	0,6%	8,9%	90,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,16 (2)	0,559						
<b>Allgemeine (Vor-) Urteile</b>		<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>stimme gar nicht zu</b>	<b>stimme teilweise zu</b>	<b>stimme voll zu</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pt</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pi</b>
<b>Depression ist eigentlich gar keine Krankheit</b>																		
NB*	Nürnberg	61,3%	24,3%	14,5%	73,8%	18,1%	8,0%	56,5%	25,2%	18,2%	17,78 (4)	0,001	17,20 (2)	<0,001	4,07 (1)	0,044	4,88 (2)	0,087
	Würzburg	69,8%	24,1%	6,2%	70,4%	16,9%	12,7%	65,3%	20,1%	14,6%	7,75 (4)	0,101						
HB*	Nürnberg	79,1%	10,1%	10,9%	84,7%	12,9%	2,4%	84,9%	9,2%	5,9%	8,37 (4)	0,079	2,65 (2)	0,266	6,09 (1)	0,014	2,80 (2)	0,247
	Würzburg	89,0%	8,6%	2,5%	86,7%	7,6%	5,7%	86,6%	9,1%	4,3%	2,36 (4)	0,670						
<b>Wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld</b>																		
NB*	Nürnberg	68,1%	20,7%	11,2%	74,4%	17,6%	8,0%	68,2%	21,2%	10,6%	3,11 (4)	0,539	3,11 (2)	0,211	0,81 (1)	0,367	0,35 (2)	0,838
	Würzburg	71,4%	21,7%	6,8%	77,6%	16,1%	6,3%	68,0%	23,8%	8,2%	3,58 (4)	0,466						
HB*	Nürnberg	82,9%	14,0%	3,1%	90,3%	8,1%	1,6%	82,4%	14,4%	3,3%	4,03 (4)	0,402	3,89 (2)	0,143	0,63 (1)	0,426	2,61 (2)	0,271
	Würzburg	86,5%	9,8%	3,7%	87,3%	9,5%	3,2%	88,3%	10,4%	1,2%	2,13 (4)	0,711						
<b>Wenn man eine Depression hat, muss man sich zusammenreißen</b>																		
NB*	Nürnberg	46,2%	25,2%	28,6%	51,1%	28,5%	20,4%	48,6%	26,9%	24,5%	4,25 (4)	0,373	2,50 (2)	0,287	0,19 (1)	0,665	0,48 (2)	0,787
	Würzburg	43,8%	35,6%	20,6%	52,1%	19,7%	28,2%	51,7%	17,9%	30,3%	16,24 (4)	0,003						
HB*	Nürnberg	64,3%	27,1%	8,5%	69,9%	22,0%	8,1%	64,2%	21,9%	13,9%	4,26 (4)	0,373	1,61 (2)	0,447	1,58 (1)	0,209	0,38 (2)	0,825
	Würzburg	71,0%	23,5%	5,6%	71,5%	22,8%	5,7%	68,3%	25,6%	6,1%	0,48 (4)	0,976						
<b>Einer Depression ist man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert</b>																		
NB*	Nürnberg	9,4%	27,8%	62,8%	12,2%	20,6%	67,2%	8,9%	33,6%	57,5%	10,28 (4)	0,036	2,60 (2)	0,273	<0,01 (1)	0,992	0,15 (2)	0,927
	Würzburg	10,0%	26,9%	63,1%	11,3%	21,8%	66,9%	9,9%	29,1%	61,0%	2,07 (4)	0,723						
HB*	Nürnberg	7,8%	35,9%	56,3%	5,0%	37,5%	57,5%	9,2%	44,1%	46,7%	4,50 (4)	0,309	3,96 (2)	0,138	0,19 (1)	0,659	2,40 (2)	0,301
	Würzburg	5,6%	36,3%	58,1%	15,5%	31,0%	53,5%	8,6%	41,1%	50,3%	11,35 (4)	0,023						
<b>Depression ist eine Krankheit, wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeut behandelt werden muss</b>																		
NB*	Nürnberg	6,0%	14,5%	79,6%	8,4%	9,6%	82,0%	9,7%	13,0%	77,0%	4,75 (4)	0,314	1,51 (2)	0,471	<0,01 (1)	0,999	0,39 (2)	0,821
	Würzburg	5,6%	14,9%	79,5%	7,7%	7,0%	85,3%	8,1%	12,2%	79,7%	5,40 (4)	0,249						
HB*	Nürnberg	8,7%	13,5%	77,8%	9,8%	7,3%	82,9%	8,7%	8,7%	82,6%	3,06 (4)	0,547	1,11 (2)	0,574	0,33 (1)	0,568	1,53 (2)	0,465
	Würzburg	6,2%	13,6%	80,2%	6,4%	12,7%	80,9%	9,2%	14,1%	76,7%	1,60 (4)	0,808						

k.A. = Keine Angabe

\* NB= Niedriger Bildungsstand (Volks-/Hauptschulabschluss); \*HB= Hoher Bildungsstand (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)



ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
		nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	nicht gut	mittel-mäßig gut	gut	Chi² (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion			
Behandelbarkeit von Depression												Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Wie gut kann eine Depression vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden?</b>																		
NB*	Nürnberg	10,1%	42,1%	47,8%	8,6%	40,5%	50,9%	7,6%	38,1%	54,3%	2,11 (4)	0,715	2,12 (2)	0,346	2,84 (1)	0,092	3,15 (2)	0,207
	Würzburg	3,9%	41,4%	54,6%	9,4%	43,2%	47,5%	6,4%	31,9%	61,7%	8,54 (4)	0,074						
HB*	Nürnberg	5,7%	37,7%	56,6%	3,3%	27,9%	68,9%	4,2%	25,0%	70,8%	6,99 (4)	0,136	6,45 (2)	0,040	0,91 (1)	0,340	2,79 (2)	0,248
	Würzburg	6,9%	30,0%	63,1%	7,0%	29,9%	63,1%	3,1%	31,9%	65,0%	2,92 (4)	0,571						
<b>WISSEN</b>																		
Symptome		ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Zwanghaftes Putzen</b>																		
NB*	Nürnberg	50,2%	49,8%		49,6%	50,4%		k.A.	k.A.		0,02 (1)	0,888	0,02 (1)	0,888	0,80 (1)	0,371	1,11 (1)	0,292
	Würzburg	54,9%	45,1%		62,0%	38,0%		k.A.	k.A.		0,15 (1)	0,218						
HB*	Nürnberg	37,8%	62,2%		36,2%	63,8%		k.A.	k.A.		0,07 (1)	0,799	0,07 (1)	0,799	<0,01 (1)	0,978	0,02 (1)	0,882
	Würzburg	38,0%	62,0%		35,1%	64,9%		k.A.	k.A.		0,27 (1)	0,606						
<b>Körperliche Beschwerden</b>																		
NB*	Nürnberg	81,8%	18,2%		78,8%	21,2%		k.A.	k.A.		0,67 (1)	0,414	0,67 (1)	0,415	0,04 (1)	0,849	0,06 (1)	0,813
	Würzburg	81,0%	19,0%		79,4%	20,6%		k.A.	k.A.		0,12 (1)	0,728						
HB*	Nürnberg	80,8%	19,2%		78,7%	21,3%		k.A.	k.A.		0,17 (1)	0,680	0,17 (1)	0,680	0,15 (1)	0,694	1,16 (1)	0,282
	Würzburg	82,6%	17,4%		87,1%	12,9%		k.A.	k.A.		1,24 (1)	0,266						
<b>Halluzinationen</b>																		
NB*	Nürnberg	70,9%	29,1%		70,2%	29,8%		k.A.	k.A.		0,02 (1)	0,887	0,02 (1)	0,887	0,06 (1)	0,808	0,64 (1)	0,424
	Würzburg	72,0%	29,0%		76,8%	23,2%		k.A.	k.A.		0,79 (1)	0,373						
HB*	Nürnberg	60,5%	39,5%		54,7%	45,3%		k.A.	k.A.		0,81 (1)	0,367	0,81 (1)	0,367	1,84 (1)	0,174	<0,01 (1)	0,983
	Würzburg	52,1%	47,9%		46,4%	53,6%		k.A.	k.A.		0,97 (1)	0,325						
<b>Schuldgefühle</b>																		
NB*	Nürnberg	94,0%	6,0%		91,3%	8,7%		k.A.	k.A.		1,26 (1)	0,262	1,24 (1)	0,265	0,41 (1)	0,523	1,00 (1)	0,318
	Würzburg	92,4%	7,6%		93,6%	6,4%		k.A.	k.A.		0,15 (1)	0,695						
HB*	Nürnberg	95,3%	4,7%		96,0%	4,0%		k.A.	k.A.		0,07 (1)	0,799	0,06 (1)	0,799	0,03 (1)	0,872	0,50 (1)	0,478
	Würzburg	95,7%	4,3%		93,7%	6,3%		k.A.	k.A.		0,66 (1)	0,416						
<b>Freudlosigkeit</b>																		
NB*	Nürnberg	91,0%	9,0%		87,5%	12,5%		k.A.	k.A.		1,47 (1)	0,225	1,45 (1)	0,227	0,02 (1)	0,887	2,91 (1)	0,088
	Würzburg	90,6%	9,4%		94,4%	5,6%		k.A.	k.A.		1,58 (1)	0,209						
HB*	Nürnberg	96,9%	3,1%		95,2%	4,8%		k.A.	k.A.		0,49 (1)	0,486	0,48 (1)	0,489	0,57 (1)	0,451	<0,01 (1)	0,990
	Würzburg	95,1%	4,9%		92,4%	7,6%		k.A.	k.A.		0,99 (1)	0,319						
Ursachen		un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Stoffwechselstörung des Gehirns</b>																		
NB*	Nürnberg	16,2%	23,5%	60,3%	17,9%	28,2%	53,8%	17,1%	19,7%	63,2%	4,13 (4)	0,388	2,52 (2)	0,283	<0,01 (1)	0,936	1,44 (2)	0,488
	Würzburg	11,8%	29,4%	58,8%	15,5%	27,6%	56,9%	17,8%	26,7%	55,4%	1,65 (4)	0,799						
HB*	Nürnberg	12,6%	12,6%	74,8%	12,2%	34,7%	53,1%	11,6%	22,5%	65,9%	14,38 (4)	0,006	6,96 (2)	0,031	1,82 (1)	0,178	3,39 (2)	0,184
	Würzburg	16,8%	16,1%	67,2%	16,4%	18,7%	64,9%	11,6%	19,6%	68,8%	2,29 (4)	0,689						
<b>Fehlende Selbstdisziplin</b>																		
NB*	Nürnberg	31,3%	30,9%	37,8%	44,6%	30,7%	24,7%	39,9%	25,5%	34,6%	13,50 (4)	0,009	11,28 (2)	0,004	3,78 (1)	0,052	8,04 (2)	0,018
	Würzburg	41,4%	27,4%	31,2%	34,3%	35,8%	29,9%	45,7%	28,6%	25,7%	4,96 (4)	0,291						
HB*	Nürnberg	55,9%	18,1%	26,0%	59,0%	29,5%	11,5%	68,0%	18,7%	13,3%	16,11 (4)	0,003	6,54 (2)	0,038	2,20 (1)	0,138	0,69 (2)	0,966
	Würzburg	62,3%	19,8%	17,9%	69,5%	23,4%	7,1%	75,6%	13,1%	11,3%	14,29 (4)	0,006						

k.A. = Keine Angabe

\* NB= Niedriger Bildungsstand (Volks-/Hauptschulabschluss); \*HB= Hoher Bildungsstand (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)

WISSEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
		un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	un-wichtig	mittel-mäßig wichtig	wichtig	Chi² (df)	pt	Haupteffekte		Interaktion			
Ursachen (Fortsetzung)												Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Charakterschwäche</b>																		
NB*	Nürnberg	43,3%	26,0%	30,7%	52,6%	25,4%	22,0%	50,5%	23,6%	25,9%	5,91 (4)	0,206	5,50 (2)	0,064	2,65 (1)	0,104	1,36 (2)	0,507
	Würzburg	51,0%	24,8%	24,2%	52,2%	25,7%	22,1%	53,2%	24,8%	22,0%	0,30 (4)	0,990						
HB*	Nürnberg	63,7%	16,1%	20,2%	79,8%	13,7%	6,5%	60,0%	22,7%	17,3%	16,55 (4)	0,002	13,07 (2)	0,002	6,99 (1)	0,008	2,89 (2)	0,236
	Würzburg	77,7%	10,2%	12,1%	80,6%	12,3%	7,1%	73,9%	12,1%	14,0%	4,41 (4)	0,354						
<b>Falsche Lebensführung</b>																		
NB*	Nürnberg	37,6%	24,9%	37,6%	47,5%	26,3%	26,3%	k.A.	k.A.	k.A.	2,78 (2)	0,250	7,64 (1)	0,006	0,09 (1)	0,769	0,38 (1)	0,537
	Würzburg	35,1%	32,5%	32,5%	41,0%	35,3%	23,7%	k.A.	k.A.	k.A.	9,83 (2)	0,007						
HB*	Nürnberg	31,8%	34,1%	34,1%	48,4%	32,8%	18,9%	k.A.	k.A.	k.A.	9,83 (2)	0,007	9,70 (1)	0,002	0,92 (1)	0,338	0,11 (1)	0,742
	Würzburg	35,2%	36,5%	28,3%	52,3%	28,4%	19,4%	k.A.	k.A.	k.A.	9,43 (2)	0,009						
<b>Probleme mit Mitmenschen</b>																		
NB*	Nürnberg	9,8%	27,2%	63,0%	15,3%	37,7%	47,0%	14,2%	21,5%	64,4%	21,17 (4)	<0,001	14,98 (2)	<0,001	2,02 (1)	0,155	1,65 (2)	0,438
	Würzburg	10,5%	34,6%	54,9%	13,4%	38,0%	48,6%	14,1%	24,8%	61,1%	7,22 (4)	0,125						
HB*	Nürnberg	7,8%	24,8%	67,4%	12,1%	33,1%	54,8%	13,8%	28,9%	57,2%	5,78 (4)	0,216	5,21 (2)	0,074	1,16 (1)	0,282	4,11 (2)	0,128
	Würzburg	7,3%	20,3%	72,3%	12,4%	26,7%	60,9%	11,8%	26,6%	61,5%	14,80 (4)	0,005						
<b>Schicksalsschlag (z.B. Tod Angehöriger)</b>																		
NB*	Nürnberg	2,1%	5,9%	92,1%	3,8%	9,7%	86,4%	5,4%	9,0%	85,5%	6,58 (4)	0,160	5,57 (2)	0,062	2,71 (1)	0,100	2,47 (2)	0,291
	Würzburg	3,1%	10,0%	86,9%	5,6%	9,2%	85,2%	4,0%	8,7%	87,3%	1,34 (4)	0,854						
HB*	Nürnberg	3,9%	11,6%	84,5%	5,6%	16,1%	78,2%	4,6%	13,2%	82,1%	3,21 (4)	0,524	1,72 (2)	0,423	0,24 (1)	0,623	0,95 (2)	0,621
	Würzburg	3,7%	14,1%	82,2%	5,1%	22,9%	72,0%	3,7%	13,0%	83,3%	7,76 (4)	0,101						
<b>Vererbung</b>																		
NB*	Nürnberg	23,7%	30,3%	27,6%	30,3%	26,1%	43,6%	27,6%	25,0%	47,4%	2,70 (4)	0,609	2,43 (2)	0,295	1,50 (1)	0,221	1,95 (2)	0,377
	Würzburg	20,1%	23,5%	56,4%	21,5%	31,5%	46,9%	28,2%	28,2%	43,5%	6,42 (4)	0,170						
HB*	Nürnberg	23,4%	19,6%	57,0%	26,6%	30,3%	43,1%	14,9%	30,4%	54,7%	10,17 (4)	0,038	5,43 (2)	0,066	2,00 (1)	0,157	1,70 (2)	0,432
	Würzburg	22,7%	32,5%	44,8%	24,7%	32,0%	43,3%	19,1%	23,0%	57,9%	8,06 (4)	0,089						
<b>Falsche Ernährung</b>																		
NB*	Nürnberg	59,8%	21,8%	18,3%	64,3%	21,3%	14,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,51 (2)	0,469	1,33 (1)	0,248	0,30 (1)	0,586	1,12 (1)	0,289
	Würzburg	61,3%	24,5%	14,2%	73,5%	17,6%	8,8%	k.A.	k.A.	k.A.	5,01 (2)	0,082						
HB*	Nürnberg	67,2%	24,0%	8,8%	74,2%	21,7%	4,2%	k.A.	k.A.	k.A.	2,58 (2)	0,275	1,73 (1)	0,189	5,23 (1)	0,022	3,51 (1)	0,061
	Würzburg	79,8%	13,4%	7,0%	72,4%	21,8%	5,8%	k.A.	k.A.	k.A.	3,88 (2)	0,144						
<b>Umweltgifte</b>																		
NB*	Nürnberg	39,2%	26,7%	34,1%	50,4%	25,7%	23,9%	k.A.	k.A.	k.A.	7,34 (2)	0,026	7,43 (1)	0,006	5,96 (1)	0,015	3,27 (1)	0,071
	Würzburg	50,6%	25,0%	24,4%	48,1%	29,3%	22,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,69 (2)	0,709						
HB*	Nürnberg	58,2%	23,0%	18,9%	64,7%	26,7%	8,6%	k.A.	k.A.	k.A.	5,24 (2)	0,073	2,09 (1)	0,149	0,03 (1)	0,864	0,06 (1)	0,809
	Würzburg	57,1%	28,6%	14,3%	66,2%	18,2%	15,6%	k.A.	k.A.	k.A.	4,67 (2)	0,097						
<b>Reizüberflutung durch Medien</b>																		
NB*	Nürnberg	43,5%	30,6%	25,9%	43,4%	29,2%	27,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,18 (2)	0,913	0,04 (1)	0,841	2,41 (1)	0,121	0,02 (1)	0,881
	Würzburg	38,4%	27,2%	34,4%	35,8%	32,8%	31,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,10 (2)	0,576						
HB*	Nürnberg	46,5%	26,0%	27,6%	55,9%	24,6%	19,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,81 (2)	0,246	2,96 (1)	0,085	4,22 (1)	0,040	3,16 (1)	0,076
	Würzburg	55,3%	29,2%	15,5%	52,2%	28,0%	19,7%	k.A.	k.A.	k.A.	0,98 (2)	0,613						
<b>Unsere heutige Leistungsgesellschaft</b>																		
NB*	Nürnberg	12,5%	25,9%	61,6%	23,9%	27,9%	48,2%	k.A.	k.A.	k.A.	12,11 (2)	0,002	11,36 (1)	<0,001	1,42 (1)	0,233	0,37 (1)	0,542
	Würzburg	10,0%	22,5%	67,5%	13,4%	29,9%	56,7%	k.A.	k.A.	k.A.	3,62 (2)	0,163						
HB*	Nürnberg	13,2%	17,1%	69,8%	18,4%	34,4%	47,2%	k.A.	k.A.	k.A.	14,08 (2)	0,001	11,42 (1)	<0,001	3,05 (1)	0,081	4,92 (1)	0,027
	Würzburg	11,1%	31,5%	57,4%	16,6%	26,8%	56,7%	k.A.	k.A.	k.A.	2,34 (2)	0,322						

k.A. = Keine Angabe

\* NB= Niedriger Bildungsstand (Volks-/Hauptschulabschluss); \*HB= Hoher Bildungsstand (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)

WISSEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse					
		un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	p <sup>t</sup>	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	p <sup>i</sup>
<b>Behandlungsmöglichkeiten</b>																		
<b>Besuch eines Arztes</b>																		
NB*	Nürnberg	6,3%	20,2%	73,5%	7,1%	21,3%	71,7%	11,8%	26,2%	62,0%	9,41 (4)	0,052						
	Würzburg	3,7%	24,2%	72,0%	3,5%	25,4%	71,1%	10,1%	25,7%	64,2%	8,18 (4)	0,085	9,34 (2)	0,009	0,02 (1)	0,880	0,21 (2)	0,900
HB*	Nürnberg	7,8%	37,2%	55,0%	1,6%	19,2%	79,2%	13,1%	28,1%	58,8%	25,59 (4)	<0,001	18,36 (2)	<0,001	2,36 (1)	0,124	4,23 (2)	0,120
	Würzburg	10,4%	23,3%	66,3%	8,2%	18,4%	73,4%	7,9%	31,5%	60,6%	8,55 (4)	0,074						
<b>Besuch eines Psychotherapeuten</b>																		
NB*	Nürnberg	10,1%	18,6%	71,3%	8,8%	18,8%	72,5%	5,0%	22,0%	72,9%	4,76 (4)	0,313						
	Würzburg	5,7%	18,9%	75,5%	10,6%	15,5%	73,9%	10,2%	15,6%	74,1%	3,33 (4)	0,504	0,45 (2)	0,797	1,17 (1)	0,278	0,71 (2)	0,703
HB*	Nürnberg	5,5%	16,4%	78,1%	3,2%	11,2%	85,6%	3,9%	24,8%	71,2%	10,02 (4)	0,040	7,21 (2)	0,027	2,14 (1)	0,143	6,99 (2)	0,030
	Würzburg	5,0%	10,0%	85,0%	5,1%	14,6%	80,4%	3,0%	12,8%	84,1%	2,56 (4)	0,634						
<b>Einnahme von Arzneimitteln gegen Depression</b>																		
NB*	Nürnberg	33,9%	36,9%	29,2%	33,9%	35,2%	30,9%	36,2%	33,8%	30,0%	0,63 (4)	0,960						
	Würzburg	27,4%	40,1%	32,5%	34,3%	32,9%	32,9%	30,1%	37,1%	32,9%	2,24 (4)	0,692	0,19 (2)	0,91	1,35 (1)	0,246	0,56 (2)	0,755
HB*	Nürnberg	27,6%	44,1%	28,3%	21,3%	34,4%	44,3%	22,5%	45,7%	31,8%	8,56 (4)	0,073	5,92 (2)	0,052	1,54 (1)	0,214	2,83 (2)	0,243
	Würzburg	24,7%	38,9%	36,4%	21,7%	36,9%	41,4%	14,9%	43,5%	41,6%	5,57 (4)	0,234						
<b>Sich zusammenreißen</b>																		
NB*	Nürnberg	38,2%	30,3%	31,5%	41,6%	33,6%	24,8%	45,5%	26,4%	28,2%	5,33 (4)	0,255						
	Würzburg	47,5%	24,1%	28,5%	45,8%	28,9%	25,4%	37,0%	33,6%	29,5%	5,04 (4)	0,284	2,43 (2)	0,297	2,35 (1)	0,125	3,68 (2)	0,158
HB*	Nürnberg	66,1%	21,3%	12,6%	66,9%	23,4%	9,7%	63,4%	24,8%	11,8%	1,03 (4)	0,905	0,46 (2)	0,794	0,24 (1)	0,622	0,16 (2)	0,922
	Würzburg	66,9%	26,9%	6,3%	71,5%	24,1%	4,4%	67,3%	23,0%	9,7%	4,22 (4)	0,377						
<b>Mit Freunden sprechen</b>																		
NB*	Nürnberg	3,3%	27,2%	69,5%	3,8%	19,2%	77,1%	k.A.	k.A.	k.A.	4,34 (2)	0,114						
	Würzburg	3,7%	28,4%	67,9%	7,0%	16,2%	76,8%	k.A.	k.A.	k.A.	7,39 (2)	0,025	3,10 (1)	0,078	0,11 (1)	0,741	<0,01 (1)	0,974
HB*	Nürnberg	2,3%	36,7%	60,9%	3,2%	43,5%	53,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,57 (2)	0,457	1,49 (1)	0,222	7,28 (1)	0,007	3,92 (1)	0,048
	Würzburg	6,2%	48,1%	45,7%	5,7%	39,2%	55,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,88 (2)	0,237						
<b>In den Urlaub fahren</b>																		
NB*	Nürnberg	18,1%	41,4%	40,5%	20,9%	33,5%	45,6%	k.A.	k.A.	k.A.	3,16 (2)	0,206						
	Würzburg	23,6%	35,6%	40,6%	19,7%	33,1%	47,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,44 (2)	0,487	0,25 (1)	0,614	0,33 (1)	0,565	0,42 (1)	0,517
HB*	Nürnberg	19,5%	52,3%	28,1%	35,2%	44,8%	20,0%	k.A.	k.A.	k.A.	8,17 (2)	0,017	6,55 (1)	0,011	5,30 (1)	0,021	5,43 (1)	0,020
	Würzburg	32,5%	46,6%	20,9%	32,3%	41,8%	25,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,32 (2)	0,517						
<b>Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen</b>																		
NB*	Nürnberg	70,2%	24,4%	5,5%	73,8%	18,8%	7,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,73 (2)	0,255						
	Würzburg	69,0%	25,3%	5,7%	71,4%	22,1%	6,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,44 (2)	0,801	0,45 (1)	0,500	0,16 (1)	0,691	0,02 (1)	0,902
HB*	Nürnberg	75,2%	23,3%	1,6%	74,8%	21,1%	4,1%	k.A.	k.A.	k.A.	1,56 (2)	0,458	0,03 (1)	0,854	2,56 (1)	0,110	1,51 (1)	0,220
	Würzburg	75,5%	20,2%	4,3%	82,3%	16,5%	1,3%	k.A.	k.A.	k.A.	3,73 (2)	0,155						
<b>Schokolade oder Süßes essen</b>																		
NB*	Nürnberg	70,6%	22,5%	6,9%	74,0%	16,6%	9,4%	k.A.	k.A.	k.A.	3,13 (2)	0,209						
	Würzburg	69,5%	21,4%	9,1%	65,9%	26,1%	8,0%	k.A.	k.A.	k.A.	0,91 (2)	0,635	0,37 (1)	0,545	0,11 (1)	0,735	0,61 (1)	0,436
HB*	Nürnberg	77,5%	18,6%	3,9%	76,6%	17,7%	5,6%	k.A.	k.A.	k.A.	0,45 (2)	0,799	0,06 (1)	0,811	0,03 (1)	0,859	0,02 (1)	0,900
	Würzburg	76,7%	19,0%	4,3%	74,5%	20,4%	5,1%	k.A.	k.A.	k.A.	0,24 (2)	0,889						
<b>Lichttherapie machen</b>																		
NB*	Nürnberg	19,4%	38,2%	42,4%	25,0%	28,6%	46,4%	k.A.	k.A.	k.A.	3,78 (2)	0,151						
	Würzburg	16,8%	33,6%	49,6%	25,2%	34,0%	40,8%	k.A.	k.A.	k.A.	2,76 (2)	0,252	0,00 (1)	1,000	1,12 (1)	0,29	1,51 (1)	0,220
HB*	Nürnberg	19,8%	43,8%	36,5%	18,6%	42,3%	39,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,16 (2)	0,924	0,16 (1)	0,690	0,51 (1)	0,476	0,13 (1)	0,723
	Würzburg	20,3%	49,2%	30,5%	21,1%	48,4%	30,5%	k.A.	k.A.	k.A.	0,03 (2)	0,987						
<b>Autogenes Training</b>																		
NB*	Nürnberg	5,9%	26,7%	67,4%	7,8%	21,6%	70,6%	8,2%	30,1%	61,7%	5,10 (4)	0,277						
	Würzburg	4,0%	26,8%	69,1%	9,1%	22,0%	68,9%	8,2%	30,6%	61,2%	5,71 (4)	0,222	3,36 (2)	0,186	0,18 (1)	0,667	0,35 (2)	0,84
HB*	Nürnberg	6,5%	37,9%	55,6%	6,7%	38,3%	55,0%	11,2%	39,2%	49,7%	2,92 (4)	0,571	1,89 (2)	0,389	0,60 (1)	0,437	1,61 (2)	0,448
	Würzburg	8,7%	39,8%	51,6%	7,9%	40,1%	52,0%	9,0%	36,8%	54,2%	0,51 (4)	0,972						

k.A. = Keine Angabe

\*NB= Niedriger Bildungsstand (Volks-/Hauptschulabschluss); \*HB= Hoher Bildungsstand (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)

WISSEN		2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse						
Behandlungsmöglichkeiten (Fortsetzung)		un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	un-geeignet	mittel-mäßig geeignet	sehr geeignet	Chi² (df)	p <sup>t</sup>	Haupteffekte		Interaktion				
													Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi	
<b>Viel Sort machen</b>																			
NB*	Nürnberg	8,5%	30,5%	61,0%	11,0%	28,0%	61,0%	k.A.	k.A.	k.A.	1,04 (2)	0,593							
	Würzburg	6,9%	29,6%	63,5%	12,1%	32,9%	55,0%	k.A.	k.A.	k.A.	3,34 (2)	0,188	0,05 (1)	0,828	1,20 (1)	0,274	1,37 (1)	0,242	
HB*	Nürnberg	7,0%	39,5%	53,5%	12,8%	34,4%	52,8%	k.A.	k.A.	k.A.	2,65 (2)	0,266							
	Würzburg	9,9%	42,2%	47,8%	10,8%	39,9%	49,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,20 (2)	0,905	0,28 (1)	0,600	0,11 (1)	0,736	0,25 (1)	0,616	
<b>Zum Heilpraktiker gehen</b>																			
NB*	Nürnberg	30,5%	40,9%	28,6%	33,5%	34,3%	32,2%	k.A.	k.A.	k.A.	2,07 (2)	0,355							
	Würzburg	27,0%	43,4%	29,6%	31,2%	42,0%	26,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,67 (2)	0,715	<0,01 (1)	0,952	0,12 (1)	0,727	0,39 (1)	0,535	
HB*	Nürnberg	30,3%	38,5%	31,1%	35,8%	43,1%	21,1%	k.A.	k.A.	k.A.	3,21 (2)	0,201							
	Würzburg	38,4%	42,8%	18,9%	38,1%	40,6%	21,3%	k.A.	k.A.	k.A.	0,32 (2)	0,854	2,50 (1)	0,114	0,07 (1)	0,794	1,88 (1)	0,171	
<b>Antidepressiva</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>Chi² (df)</b>	<b>p<sup>t</sup></b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pi</b>	
<b>Machen Antidepressiva abhängig oder süchtig?</b>																			
NB*	Nürnberg	86,1%	13,9%		81,4%	18,6%		86,1%	13,9%		2,23 (2)	0,328							
	Würzburg	80,5%	19,5%		90,2%	9,8%		80,2%	19,8%		5,68 (2)	0,059	2,22 (2)	0,330	1,85 (1)	0,174	7,67 (2)	0,022	
HB*	Nürnberg	77,9%	22,1%		72,1%	27,9%		70,8%	29,2%		1,65 (2)	0,437							
	Würzburg	70,1%	29,9%		69,8%	30,2%		67,2%	32,8%		0,33 (2)	0,859	1,64 (2)	0,440	1,98 (1)	0,159	0,58 (2)	0,748	
<b>Verändern Antidepressiva den Charakter?</b>																			
NB*	Nürnberg	72,2%	27,8%		70,0%	30,0%		66,7%	33,3%		1,29 (2)	0,526							
	Würzburg	75,8%	24,2%		79,5%	20,5%		67,0%	33,0%		4,60 (2)	0,100	1,28 (2)	0,526	0,52 (1)	0,472	1,63 (2)	0,443	
HB*	Nürnberg	65,4%	34,6%		52,8%	47,2%		57,4%	42,6%		3,58 (2)	0,167							
	Würzburg	58,0%	42,0%		62,6%	37,4%		47,5%	52,5%		6,81 (2)	0,033	3,55 (2)	0,169	1,44 (1)	0,230	5,75 (2)	0,057	
<b>Ist man noch man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt?</b>																			
NB*	Nürnberg	28,0%	72,0%		38,3%	61,7%		38,4%	61,6%		5,45 (2)	0,066							
	Würzburg	37,4%	62,6%		44,7%	55,3%		31,9%	68,1%		3,25 (2)	0,197	5,40 (2)	0,067	2,81 (1)	0,094	3,89 (2)	0,143	
HB*	Nürnberg	44,8%	55,2%		61,0%	39,0%		57,9%	42,1%		5,93 (2)	0,052							
	Würzburg	54,1%	45,9%		59,7%	40,3%		66,2%	33,8%		4,14 (2)	0,126	5,87 (2)	0,053	1,93 (1)	0,165	1,59 (2)	0,451	
<b>Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?</b>		<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>									
NB*	Nürnberg	7,2%	20,1%	72,7%	9,1%	22,1%	68,8%	9,9%	23,1%	67,0%	1,81 (4)	0,770							
	Würzburg	8,1%	16,9%	75,0%	6,6%	23,8%	69,7%	7,9%	22,8%	69,3%	2,31 (4)	0,680	1,76 (2)	0,416	0,15 (1)	0,702	0,02 (2)	0,991	
HB*	Nürnberg	5,0%	28,3%	66,7%	3,6%	35,7%	60,7%	5,1%	28,7%	66,2%	2,10 (4)	0,718							
	Würzburg	7,1%	25,3%	67,5%	3,3%	27,2%	69,5%	7,1%	31,2%	61,7%	4,16 (4)	0,385	0,76 (2)	0,683	<0,01 (1)	0,985	2,56 (2)	0,278	
<b>VERHALTENS-INTENTIONEN</b>																			
<b>Persönliche Kommunikationsbereitschaft</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>Chi² (df)</b>	<b>p<sup>t</sup></b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>pi</b>	
<b>Haben Sie in letzter Zeit mit anderen über Depression gesprochen?</b>																			
NB*	Nürnberg	27,5%	72,5%		29,8%	70,2%		33,9%	66,1%		1,57 (2)	0,457							
	Würzburg	35,8%	64,2%		35,9%	64,1%		35,3%	64,7%		0,01 (2)	0,994	1,56 (2)	0,458	1,25 (1)	0,263	0,79 (2)	0,672	
HB*	Nürnberg	51,2%	48,8%		44,8%	55,2%		53,9%	46,1%		2,32 (2)	0,313							
	Würzburg	54,2%	45,8%		43,9%	56,1%		46,1%	53,9%		1,55 (2)	0,461	2,32 (2)	0,314	0,08 (1)	0,775	1,18 (2)	0,553	

k.A. = Keine Angabe

\* NB= Niedriger Bildungsstand (Volks-/Hauptschulabschluss); \*HB= Hoher Bildungsstand (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)

## 9.1.5 Subgruppe „Bewusste Wahrnehmer des NBgD“

## 9.1.5.1 Soziodemographische Daten

		Erhebungsjahr			Zeiteffekte		Gruppeneffekte					
		2000	2001	2002	F (df)*	pt	2000**		2001		2002	
Alter							T (df)	p	T (df)	p	T (df)	p
NBgD	Mittelwert (SD)	k.A.	47,88 (15,47)	48,65 (16,06)	0,10 (1)	0,753	k.A.	k.A.	1,85 (744)	0,065	1,24 (699)	0,215
NBgD nicht	Mittelwert (SD)	k.A.	50,16 (18,45)	49,87 (18,03)	0,07 (1)	0,795						
Nürnberg	Mittelwert (SD)	50,58 (17,74)	49,52 (17,68)	49,55 (17,53)	0,84 (2)	0,433						
Gesamtstichprobe												
Geschlecht		2000	2001	2002	Chi <sup>2</sup> (df)	pt	Chi <sup>2</sup> (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p
NBgD	weiblich	k.A.	63,1%	65,2%	0,18 (1)	0,675						
NBgD	männlich	k.A.	36,9%	34,8%			k.A.	k.A.	1,88 (1)	0,171	2,60 (1)	0,107
NBgD nicht	weiblich	k.A.	57,6%	58,3%	0,06 (1)	0,811						
NBgD nicht	männlich	k.A.	42,4%	41,7%								
Nürnberg	weiblich	60,6%	58,9%	59,9%	0,45 (2)	0,798						
Nürnberg	männlich	39,4%	41,1%	40,1%								
Gesamtstichprobe												
Familienstand												
NBgD	verheiratet	k.A.	61,4%	46,9%								
NBgD	unverheiratet, mit Partner	k.A.	3,9%	5,1%	8,97 (5)	0,110						
NBgD	geschieden/getrennt	k.A.	6,3%	10,2%								
NBgD	verwitwet, ohne Partner	k.A.	7,7%	9,0%								
NBgD	alleinstehend	k.A.	20,8%	28,2%			k.A.	k.A.	9,34 (5)	0,096	6,84 (5)	0,233
NBgD	weiß nicht/unsicher	k.A.	0,0%	0,6%								
NBgD nicht	verheiratet	k.A.	50,8%	48,1%								
NBgD nicht	unverheiratet, mit Partner	k.A.	5,0%	4,0%	3,99 (5)	0,550						
NBgD nicht	geschieden/getrennt	k.A.	9,8%	10,7%								
NBgD nicht	verwitwet, ohne Partner	k.A.	12,6%	13,2%								
NBgD nicht	alleinstehend	k.A.	21,3%	23,9%								
NBgD nicht	weiß nicht/unsicher	k.A.	0,4%	0,0%								
Nürnberg	verheiratet	50,4%	53,8%	47,8%	12,81 (10)	0,235						
Nürnberg	unverheiratet, mit Partner	6,6%	4,7%	4,3%								
Nürnberg	geschieden/getrennt	8,9%	8,8%	10,6%								
Nürnberg	verwitwet, ohne Partner	11,8%	11,3%	12,2%								
Nürnberg	alleinstehend	22,2%	21,2%	25,0%								
Nürnberg	weiß nicht/unsicher	0,0%	0,3%	0,1%								
Gesamtstichprobe												
Bildungsstand												
NBgD	Schüler	k.A.	1,5%	1,7%								
NBgD	Volks-/Hauptschule	k.A.	18,7%	20,3%	2,41 (4)	0,661						
NBgD	Mittlere Reife/Realschule	k.A.	28,1%	26,0%								
NBgD	Abitur	k.A.	22,7%	17,5%								
NBgD	Universität	k.A.	29,1%	34,5%			k.A.	k.A.	44,12 (4)	<0,001	34,13 (4)	<0,001
NBgD nicht	Schüler	k.A.	2,1%	2,2%								
NBgD nicht	Volks-/Hauptschule	k.A.	38,8%	36,2%	15,19 (4)	0,004						
NBgD nicht	Mittlere Reife/Realschule	k.A.	28,9%	32,9%								
NBgD nicht	Abitur	k.A.	17,6%	10,8%								
NBgD nicht	Universität	k.A.	12,6%	18,0%								
Nürnberg	Schüler	0,4%	1,9%	2,0%	27,82 (8)	0,001						
Nürnberg	Volks-/Hauptschule	35,5%	33,2%	32,1%								
Nürnberg	Realschule	32,2%	28,7%	31,1%								
Nürnberg	Abitur	12,7%	19,0%	12,5%								
Nürnberg	Universität	19,1%	17,3%	22,2%								
Gesamtstichprobe												
Beruf												
NBgD	Arbeiter	k.A.	6,8%	8,0%								
NBgD	Angestellter	k.A.	65,5%	67,6%	0,95 (4)	0,967						
NBgD	Beamter	k.A.	9,2%	9,1%								
NBgD	Selbständig	k.A.	12,1%	9,7%								
NBgD	Sonstiges	k.A.	6,3%	5,7%			k.A.	k.A.	12,27 (4)	0,031	7,98 (4)	0,157
NBgD nicht	Arbeiter	k.A.	13,4%	13,8%								
NBgD nicht	Angestellter	k.A.	61,2%	63,5%	2,40 (5)	0,792						
NBgD nicht	Beamter	k.A.	6,4%	5,2%								
NBgD nicht	Selbständig	k.A.	8,7%	9,2%								
NBgD nicht	Sonstiges	k.A.	10,2%	8,3%								
Nürnberg	Arbeiter	12,1%	11,6%	12,3%	2,93 (8)	0,939						
Nürnberg	Angestellter	62,7%	62,4%	64,1%								
Nürnberg	Beamter	8,0%	7,2%	6,1%								
Nürnberg	Selbständig	10,6%	9,7%	9,3%								
Nürnberg	Sonstiges	6,6%	9,1%	8,3%								
Gesamtstichprobe												

k.A.= keine Angabe; \* Univariate Varianzanalyse, \*\* Die Stichprobe "Bewusste Wahrnehmer des NBgD" umfasst vor Beginn der Kampagne (2000) n=37 Personen und ist für die vorliegende Untersuchung nicht von Interesse.

		Erhebungsjahr			Zeiteffekte		Gruppeneffekte															
		2000	2001	2002	F (df)*	pt	2000**		2001		2002											
							T (df)	p	T (df)	p	T (df)	p										
<b>Muttersprache</b>																						
NBgd	deutsch	k.A.	98,1%	94,4%	3,67 (1)	0,055	k.A.	k.A.	10,80 (1)	0,001	3,81 (1)	0,051										
wahrgenommen	andere	k.A.	1,9%	5,6%																		
NBgd nicht	deutsch	k.A.	91,2%	89,5%	0,97 (1)	0,325																
wahrgenommen	andere	k.A.	8,8%	10,5%																		
Nürnberg	deutsch	90,0%	93,1%	90,7%	5,01 (2)	0,082																
Gesamtstichprobe	andere	10,0%	6,9%	9,3%																		
<b>Tätigkeit im Gesundheitswesen</b>																						
NBgd	ja	k.A.	23,8%	27,4%	0,58 (1)	0,448	k.A.	k.A.	9,45 (1)	0,002	9,67 (1)	0,002										
wahrgenommen	nein	k.A.	76,2%	72,6%																		
NBgd nicht	ja	k.A.	11,8%	14,3%	0,83 (1)	0,364																
wahrgenommen	nein	k.A.	88,2%	85,7%																		
Nürnberg	ja	12,4%	15,8%	18,0%	4,84 (2)	0,090																
Gesamtstichprobe	nein	87,6%	84,2%	82,0%																		
<b>Hauptsächliche Tätigkeit</b>																						
		2000	2001	2002	F (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p	Chi <sup>2</sup> (df)	p										
NBgd	wahrgenommen	in Ausbildung	k.A.	5,9%	8,0%	4,14 (6)	0,658	k.A.	k.A.	24,42 (6)	<0,001	8,50 (6)	0,204									
		berufstätig	k.A.	63,9%	59,4%																	
		derzeit freigestellt	k.A.	4,9%	2,9%																	
		Hausfrau/Hausmann	k.A.	4,9%	4,0%																	
		arbeitslos	k.A.	1,5%	2,9%																	
		in Altersrente	k.A.	17,1%	21,7%																	
NBgd nicht	wahrgenommen	vorgezogener Ruhestand	k.A.	2,0%	1,1%	18,57 (6)	0,005															
		in Ausbildung	k.A.	8,0%	6,8%																	
		berufstätig	k.A.	46,9%	51,6%																	
		derzeit freigestellt	k.A.	3,0%	1,6%																	
		Hausfrau/Hausmann	k.A.	6,1%	7,4%																	
		arbeitslos	k.A.	1,1%	3,7%																	
Nürnberg	Gesamtstichprobe	in Altersrente	k.A.	33,3%	26,2%	28,65 (12)	0,004															
		vorgezogener Ruhestand	k.A.	1,5%	2,9%																	
		in Ausbildung	4,4%	7,4%	7,1%																	
		berufstätig	52,5%	51,6%	53,5%																	
		derzeit freigestellt	1,7%	3,6%	1,9%																	
		Hausfrau/Hausmann	7,4%	5,8%	6,5%																	
Gibt es jemanden in Ihrer Familie oder Freundeskreis, der schon mal wegen einer Depression behandelt wurde?	ja	arbeitslos	1,6%	1,2%	3,5%	2,07 (2)	0,356															
		in Altersrente	29,5%	28,8%	25,0%																	
		vorgezogener Ruhestand	2,8%	1,6%	2,5%																	
		NBgd	ja	k.A.	57,1%									63,5%	1,77 (1)	0,183	k.A.	k.A.	18,18 (1)	<0,001	23,70 (1)	<0,001
		wahrgenommen	nein	k.A.	42,9%									42,9%								
		NBgd nicht	ja	k.A.	39,7%									42,7%	0,98 (1)	0,323						
wahrgenommen	nein	k.A.	60,3%	57,3%																		
Nürnberg	ja	47,5%	44,5%	48,0%	2,07 (2)	0,356																
Gesamtstichprobe	nein	52,5%	55,5%	52,0%																		
<b>Haben Sie selbst schon einmal unter einer Depression gelitten?</b>																						
NBgd	ja	k.A.	28,2%	28,6%	0,01 (1)	0,967	k.A.	k.A.	14,30 (1)	<0,001	6,61 (1)	0,010										
wahrgenommen	nein	k.A.	71,6%	71,4%																		
NBgd nicht	ja	k.A.	15,9%	19,3%	2,10 (1)	0,147																
wahrgenommen	nein	k.A.	84,1%	80,7%																		
Nürnberg	ja	k.A.	19,3%	21,6%	1,19 (1)	0,275																
Gesamtstichprobe	nein	k.A.	80,7%	78,4%																		

k.A.= keine Angabe; \* Univariate Varianzanalyse; \*\* Die Stichprobe "Bewusste Wahrnehmer des NBgd" umfasst vor Beginn der Kampagne (2000) n=37 Personen und ist für die vorliegende

## 9.1.5.2 Übersicht der Items

WAHRNEHMUNG DER KAMPAGNE	2000 (Baseline)		2001 (Intervention)		2002 (Intervention)		Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse*								
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi² (df)	p <sub>t</sub>	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	p <sub>i</sub>			
<b>Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	32,6%	67,4%	71,0%	29,0%	62,0%	38,0%	121,14 (2)	<0,001									
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			37,1%	62,9%	41,8%	58,2%	10,92 (2)	0,004	113,97 (2)	<0,001	0,33 (1)	0,567	72,12 (2)	<0,001			
Würzburg	34,1%	65,9%	33,4%	66,6%	37,6%	62,4%	3,19 (2)	0,203									
<b>Haben Sie in letzter Zeit etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen			77,1%	80,4%	80,4%	19,6%	146,85 (2)	<0,001									
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen	40,3%	59,7%	40,6%	59,4%	46,4%	53,6%	5,25 (2)	0,072	134,01 (2)	<0,001	1,66 (1)	0,198	92,14 (2)	<0,001			
Würzburg	43,7%	56,3%	40,0%	60,0%	49,7%	50,3%	15,77 (2)	<0,001									
<b>ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN</b>																	
Schweregrad der Erkrankungen	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	weniger schwer	schwer	sehr schwer	Chi² (df)	p <sub>t</sub>	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	p <sub>i</sub>
<b>Schweregrad Grippe</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	69,3%	28,9%	1,8%	73,7%	22,9%	3,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,23 (2)	0,892						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				73,5%	23,7%	2,8%	k.A.	k.A.	k.A.	5,44 (2)	0,066	2,16 (1)	0,141	1,77 (1)	0,184	0,072 (1)	0,789
Würzburg	72,6%	24,8%	2,6%	76,2%	20,9%	2,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,29 (2)	0,193						
<b>Schweregrad Karies</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	76,8%	20,5%	2,7%	84,7%	12,8%	2,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,71 (2)	0,426						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				80,6%	16,2%	3,2%	k.A.	k.A.	k.A.	3,98 (2)	0,137	6,47 (1)	0,011	3,68 (1)	0,055	1,59 (1)	0,207
Würzburg	81,0%	17,5%	1,6%	84,0%	14,1%	1,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,21 (2)	0,201						
<b>Schweregrad Heuschnupfen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	63,5%	33,9%	2,5%	71,4%	27,1%	1,5%	k.A.	k.A.	k.A.	1,10 (2)	0,577						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				68,6%	28,7%	2,7%	k.A.	k.A.	k.A.	4,28 (2)	0,118	7,39 (1)	0,017	0,42 (1)	0,518	0,615 (1)	0,433
Würzburg	64,3%	33,2%	2,6%	70,5%	26,9%	2,6%	k.A.	k.A.	k.A.	6,76 (2)	0,034						
<b>Schweregrad Rückenbeschwerden</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	26,3%	64,6%	9,0%	38,8%	54,2%	7,0%	k.A.	k.A.	k.A.	10,26 (2)	0,006						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				29,1%	57,2%	13,8%	k.A.	k.A.	k.A.	9,70 (2)	0,008	14,60 (1)	<0,001	0,73 (1)	0,394	2,04 (1)	0,153
Würzburg	30,1%	59,7%	10,2%	35,9%	55,0%	9,1%	k.A.	k.A.	k.A.	5,70 (2)	0,058						
<b>Schweregrad Depression</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	10,3%	56,7%	32,9%	8,4%	49,8%	41,9%	k.A.	k.A.	k.A.	12,68 (2)	0,002						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				13,4%	57,9%	28,7%	k.A.	k.A.	k.A.	1,54 (2)	0,462	4,96 (1)	0,026	1,15 (1)	0,284	4,40 (1)	0,036
Würzburg	8,0%	57,5%	34,5%	9,4%	56,4%	34,2%	k.A.	k.A.	k.A.	0,91 (2)	0,636						
<b>Schweregrad Diabetes</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	11,5%	60,0%	28,5%	9,3%	66,2%	24,5%	k.A.	k.A.	k.A.	6,77 (2)	0,034						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				13,1%	55,7%	31,3%	k.A.	k.A.	k.A.	2,76 (2)	0,251	0,25 (1)	1,33	0,18 (1)	0,670	0,04 (1)	0,874
Würzburg	10,8%	59,4%	29,8%	12,0%	61,2%	26,8%	k.A.	k.A.	k.A.	1,83 (2)	0,401						

k.A. = keine Angabe

\* Signifikanzen beziehen sich auf die Substichprobe "Bewußte Wahrnehmer NBgD" und Würzburg

ALLGEMEINE EINSTELLUNGEN	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse* Haupteffekte				Interaktion	
Schweregrad der Erkrankungen (Fortsetzung)	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Schweregrad Krebs</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	1,4%	9,9%	88,7%	1,0%	10,2%	88,8%	k.A.	k.A.	k.A.	0,49 (2)	0,781						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				1,5%	9,1%	89,4%	k.A.	k.A.	k.A.	0,24 (2)	0,888	0,00 (1)	0,99	4,58 (1)	0,032	0,855 (1)	0,355
Würzburg	1,3%	7,4%	91,6%	0,8%	9,2%	90,0%	k.A.	k.A.	k.A.	1,69 (2)	0,429						
<b>Schweregrad Aids</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	2,3%	10,2%	87,5%	0,5%	10,3%	89,2%	k.A.	k.A.	k.A.	1,37 (2)	0,503						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				1,5%	11,1%	87,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,03 (2)	0,597	0,07 (1)	0,791	3,02 (1)	0,082	0,946 (1)	0,331
Würzburg	1,4%	8,1%	90,5%	1,1%	9,9%	89,1%	k.A.	k.A.	k.A.	2,4 (2)	0,301						
<b>Allgemeine (Vor-) Urteile</b>																	
	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	stimme gar nicht zu	stimme teilweise zu	stimme voll zu	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Depression ist eigentlich gar keine Krankheit</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	69,3%	19,1%	11,6%	87,7%	9,8%	2,5%	79,7%	9,0%	11,3%	35,38 (4)	<0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				76,2%	16,5%	7,3%	67,7%	20,1%	12,2%	12,58 (4)	0,014	28,02 (2)	<0,001	19,27	<0,001	21,27 (2)	<0,001
Würzburg	79,4%	14,3%	6,3%	79,5%	11,9%	8,6%	78,7%	12,8%	8,5%	4,68 (4)	0,321						
<b>Wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	74,4%	19,3%	6,2%	87,8%	8,8%	3,4%	79,0%	16,5%	4,5%	16,62 (4)	0,002						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				78,7%	15,3%	6,0%	73,4%	20,2%	6,4%	6,06 (4)	0,195	15,12 (2)	<0,001	8,22 (1)	0,004	6,46 (2)	0,040
Würzburg	80,8%	15,2%	4,0%	83,8%	12,7%	3,5%	81,8%	15,1%	3,1%	3,18 (4)	0,529						
<b>Wenn man eine Depression hat, muss man sich zusammenreißen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	56,0%	24,4%	19,7%	72,5%	18,1%	9,3%	70,6%	20,3%	9,0%	26,50 (4)	<0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				55,8%	26,1%	18,0%	50,2%	29,4%	20,4%	5,90 (4)	0,207	26,89	<0,001	1,84 (1)	0,176	12,89 (2)	0,002
Würzburg	57,3%	29,2%	13,5%	62,7%	23,2%	14,1%	59,4%	24,9%	15,7%	8,35 (4)	0,080						
<b>Einer Depression ist man ohne Unterstützung hilflos ausgeliefert</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	9,0%	29,9%	61,0%	6,4%	28,4%	65,2%	6,3%	43,8%	50,0%	15,59 (4)	0,004						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				12,9%	24,6%	62,6%	11,4%	35,8%	52,8%	20,07 (4)	<0,001	7,67 (2)	0,022	0,32 (1)	0,574	3,76 (2)	0,153
Würzburg	8,1%	32,9%	59,0%	11,8%	30,7%	57,5%	11,6%	35,4%	53,0%	10,42 (4)	0,034						
<b>Depression ist eine Krankheit, wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden muss</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	7,8%	14,6%	77,5%	5,9%	6,8%	87,3%	5,1%	13,6%	81,4%	11,28 (4)	0,024						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen				9,4%	9,0%	81,6%	11,2%	14,1%	74,8%	13,67 (4)	0,008	8,02 (2)	0,018	0,44 (1)	0,508	4,55 (2)	0,103
Würzburg	7,5%	13,5%	79,1%	6,9%	12,1%	81,0%	7,9%	14,9%	77,2%	3,24 (4)	0,518						
<b>Behandelbarkeit von Depression</b>																	
	nicht gut	mittelmäßig gut	gut	nicht gut	mittelmäßig gut	gut	nicht gut	mittelmäßig gut	gut	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi
<b>Wie gut kann eine D. vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden?</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen				5,0%	28,4%	66,7%	4,1%	30,2%	65,7%	16,29 (4)	0,003						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen	7,8%	38,9%	53,3%	7,0%	39,3%	53,8%	7,4%	32,6%	60,0%	6,71 (4)	0,152	16,15 (2)	<0,001	2,42 (1)	0,120	7,46 (2)	0,024
Würzburg	6,0%	37,0%	57,1%	6,8%	35,1%	58,0%	4,7%	32,5%	62,8%	6,80 (4)	0,147						
<b>WISSEN</b>																	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Chi² (df)	pt	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	pi			
<b>Symptome</b>																	
<b>Zwanghaftes Putzen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	44,2%	55,8%	34,7%	65,3%	k.A.	k.A.	5,31 (1)	0,021									
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			47,8%	52,2%	k.A.	k.A.	1,52 (1)	0,217	5,27 (1)	0,022	0,04 (1)	0,845	4,64 (1)	0,031			
Würzburg	17,5%	82,5%	44,7%	55,3%	k.A.	k.A.	0,17 (1)	0,680									
<b>Körperliche Beschwerden</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	82,5%	17,5%	84,6%	15,4%	k.A.	k.A.	1,58 (1)	0,691									
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			79,7%	20,3%	k.A.	k.A.	1,88 (1)	0,170	0,16 (1)	0,691	0,09 (1)	0,765	0,73 (1)	0,393			
Würzburg	81,9%	18,1%	79,9%	20,1%	k.A.	k.A.	0,95 (1)	0,331									
<b>Halluzinationen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	66,9%	33,1%	59,6%	40,4%	k.A.	k.A.	3,64 (1)	0,056									
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			68,2%	31,8%	k.A.	k.A.	0,17 (1)	0,683	3,62 (1)	0,057	3,65 (1)	0,056	2,75 (1)	0,097			
Würzburg	61,8%	38,2%	62,2%	37,8%	k.A.	k.A.	0,02 (1)	0,881									

k.A. = keine Angabe

\* Signifikanz bezieht sich auf die Substichprobe "Bewusste Wahrnehmer NBgD" und Würzburg



Wissen	2000 (Baseline)			2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse*					
	ja	nein		ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	p <sub>t</sub>	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	p <sub>i</sub>
<b>Symptome (Fortsetzung)</b>																	
<b>Schuldgefühle</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	93,6%	6,4%		92,0%	8,0%		k.A.	k.A.		1,49 (1)	0,222	0,66 (1)	0,416	0,82 (1)	0,365	1,01 (1)	0,315
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	94,8%	5,2%		94,1%	5,9%		k.A.	k.A.		0,35 (1)	0,554						
<b>Freudlosigkeit</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	93,7%	6,3%		98,5%	1,5%		k.A.	k.A.		5,92 (1)	0,015	5,28 (1)	0,022	0,09 (1)	0,759	5,09 (1)	0,024
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	94,1%	5,9%		93,7%	6,3%		k.A.	k.A.		11,61 (1)	0,001	0,12 (1)	0,726				
<b>Ursachen</b>	<b>un-</b>	<b>mittel-</b>	<b>wichtig</b>	<b>un-</b>	<b>mittel-</b>	<b>wichtig</b>	<b>un-</b>	<b>mittel-</b>	<b>wichtig</b>	<b>Chi²</b>	<b>p<sub>t</sub></b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p<sub>i</sub></b>
	<b>wichtig</b>	<b>mäßig</b>		<b>wichtig</b>	<b>mäßig</b>		<b>wichtig</b>	<b>mäßig</b>		<b>P193(df)</b>							
<b>Stoffwechselstörung des Gehirns</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	14,3%	21,1%	64,7%	12,4%	28,2%	59,3%	10,9%	23,2%	65,9%	4,22 (4)	0,378						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	12,5%	22,9%	64,6%	17,0%	28,8%	54,2%	14,4%	25,2%	60,4%	11,60 (4)	0,021	1,30 (2)	0,523	0,04 (1)	0,846	0,47 (2)	0,791
<b>Fehlende Selbstdisziplin</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	42,6%	27,0%	30,4%	61,0%	28,0%	11,0%	66,7%	18,4%	14,9%	56,14 (4)	<0,001	49,83 (2)	<0,001	16,58 (1)	<0,001	18,64 (2)	<0,001
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	52,8%	24,6%	22,6%	47,8%	29,9%	22,3%	48,0%	24,4%	27,6%	12,42 (4)	0,014						
<b>Charakterschwäche</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	55,5%	21,6%	22,9%	76,7%	14,9%	8,4%	62,7%	25,4%	11,9%	36,44 (4)	<0,001	30,29 (2)	<0,001	16,93 (1)	<0,001	22,40 (2)	<0,001
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	65,7%	18,6%	15,8%	58,3%	23,7%	18,0%	49,8%	24,8%	25,4%	12,34 (4)	0,015						
<b>Falsche Lebensführung</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	37,5%	30,0%	32,5%	53,2%	30,0%	16,7%	k.A.	k.A.	k.A.	23,35 (2)	<0,001	23,93 (1)	<0,001	<0,01 (1)	0,961	5,37 (1)	0,021
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	34,7%	36,1%	29,2%	43,5%	29,5%	27,0%	k.A.	k.A.	k.A.	9,52 (2)	0,052						
<b>Probleme mit Mitmenschen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	8,6%	25,8%	65,6%	15,1%	30,2%	54,6%	14,1%	25,4%	60,5%	13,09 (4)	0,011	11,11 (2)	0,004	0,83 (1)	0,362	1,28 (2)	0,528
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	8,6%	28,5%	62,9%	15,0%	35,6%	49,4%	14,3%	23,9%	61,8%	42,17 (4)	<0,001						
<b>Schicksalsschlag (z.B. Tod Angehöriger)</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	2,4%	7,9%	89,7%	4,4%	12,7%	82,9%	4,6%	9,7%	85,7%	9,09 (4)	0,059						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	2,4%	10,0%	87,5%	5,1%	12,4%	82,6%	5,6%	12,5%	82,0%	20,24 (4)	<0,001	8,62 (2)	0,013	1,54 (1)	0,214	0,63 (2)	0,730
<b>Vererbung</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	26,4%	24,6%	49,0%	23,7%	23,1%	53,2%	16,4%	32,1%	51,5%	9,98 (4)	0,041	2,41 (2)	0,300	1,91 (1)	0,167	4,94 (2)	0,085
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	21,6%	27,2%	51,2%	27,9%	29,7%	42,4%	28,0%	23,1%	48,9%	8,24 (4)	0,083						
<b>Falsche Ernährung</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	63,6%	21,8%	14,5%	75,3%	18,2%	6,6%	k.A.	k.A.	k.A.	11,61 (2)	0,003	9,91 (1)	0,002	7,90 (1)	0,005	4,16 (1)	0,041
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	70,4%	19,2%	10,4%	66,0%	21,3%	12,8%	k.A.	k.A.	k.A.	9,81 (2)	0,612						
<b>Umweltgifte</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	48,2%	24,3%	27,5%	64,8%	23,1%	12,1%	k.A.	k.A.	k.A.	22,83 (2)	<0,001	21,83 (1)	<0,001	9,37 (1)	0,002	9,69 (1)	0,002
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	54,3%	26,3%	19,3%	56,0%	24,5%	19,6%	k.A.	k.A.	k.A.	10,79 (2)	0,005						
<b>Reizüberflutung durch Medien</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	43,4%	30,6%	25,9%	51,3%	26,1%	22,6%	k.A.	k.A.	k.A.	3,17 (2)	0,205	2,48 (1)	0,115	0,01 (1)	0,913	0,38 (1)	0,540
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	44,9%	27,9%	27,2%	46,2%	31,5%	22,3%	k.A.	k.A.	k.A.	1,81 (2)	0,404						
<b>Unsere heutige Leistungsgesellschaft</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	11,8%	24,9%	63,4%	16,7%	32,0%	51,2%	k.A.	k.A.	k.A.	9,56 (2)	0,008	9,35 (1)	0,002	0,709 (1)	0,400	0,12 (1)	0,730
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen	9,6%	25,5%	65,0%	20,7%	29,1%	50,2%	k.A.	k.A.	k.A.	25,68 (2)	<0,001						
				15,6%	28,4%	56,0%	k.A.	k.A.	k.A.	16,07 (2)	<0,001						

k.A. = keine Angabe

\* Signifikanz beziehen sich auf die Stichprobe "Bewusste Wahrnehmer NBgD" und Würzburg

WISSEN	2000 (Baseline)		2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse* Haupteffekte						
	ja	nein	ja	nein		ja	nein		Chi² (df)	p <sub>t</sub>	Chi² (df)	p <sub>Zeit</sub>	Chi² (df)	p <sub>Ort</sub>	Chi² (df)	p <sub>i</sub>	
<b>Behandlungsmöglichkeiten</b>																	
<b>Besuch eines Arztes</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	6,8%	25,0%	68,2%	2,9%	21,0%	76,1%	11,9%	28,8%	59,3%	17,27 (4)	0,002						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												14,53 (2)	<0,001	<0,01 (1)	0,998	1,57 (2)	0,456
Würzburg NBgD wahrgenommen	6,3%	25,6%	68,1%	5,8%	19,5%	73,8%	12,3%	28,5%	59,2%	31,14 (4)	<0,001						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												31,53 (4)	<0,001				
<b>Besuch eines Psychotherapeuten</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	7,9%	16,9%	75,2%	5,8%	12,1%	82,1%	1,1%	24,6%	74,3%	20,46 (4)	<0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												4,44 (2)	0,109	5,48 (1)	0,019	2,64 (2)	0,267
Würzburg NBgD wahrgenommen	4,6%	15,4%	80,0%	4,8%	14,6%	80,5%	5,1%	16,4%	78,5%	1,11 (4)	0,892						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen																	
<b>Einnahme von Arzneimittel gegen Depression</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	31,6%	38,6%	29,8%	20,0%	42,9%	37,1%	20,1%	40,8%	39,1%	17,38 (4)	0,002						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												15,16 (2)	<0,001	4,90 (1)	0,027	5,60 (2)	0,061
Würzburg NBgD wahrgenommen	26,9%	38,7%	34,4%	29,2%	37,8%	37,3%	22,9%	41,8%	35,3%	3,47 (4)	0,482						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												4,67 (4)	0,324				
<b>Sich zusammenreißen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	50,6%	27,6%	21,8%	67,3%	25,4%	7,3%	67,8%	21,5%	10,7%	39,25 (4)	<0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												35,71 (2)	<0,001	4,64 (1)	0,031	22,22 (2)	<0,001
Würzburg NBgD wahrgenommen	57,4%	28,6%	14,1%	59,7%	26,9%	13,4%	57,5%	26,4%	16,1%	3,71 (4)	0,446						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												2,98 (4)	0,561				
<b>Mit Freunden sprechen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	2,7%	32,0%	65,3%	4,4%	39,8%	55,8%	k.A.	k.A.	k.A.	7,09 (2)	0,029						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												6,48 (1)	0,011	1,35 (1)	0,245	6,61 (1)	0,010
Würzburg NBgD wahrgenommen	3,4%	34,2%	62,4%	5,6%	29,0%	65,4%	k.A.	k.A.	k.A.	12,22 (2)	0,002						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												7,48 (2)	0,024				
<b>In den Urlaub fahren</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	19,7%	45,4%	35,0%	31,1%	46,6%	22,3%	k.A.	k.A.	k.A.	18,68 (2)	<0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												17,63 (1)	<0,001	6,26 (1)	0,012	18,67 (1)	<0,001
Würzburg NBgD wahrgenommen	25,8%	43,2%	31,0%	22,6%	43,8%	33,6%	k.A.	k.A.	k.A.	5,73 (2)	0,057						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												2,36 (2)	0,307				
<b>Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	73,4%	21,7%	4,9%	79,4%	15,7%	4,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,81 (2)	0,149						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												2,97 (1)	0,085	2,39 (1)	0,122	2,87 (1)	0,090
Würzburg NBgD wahrgenommen	75,1%	20,1%	4,8%	74,1%	21,1%	4,9%	k.A.	k.A.	k.A.	1,57 (2)	0,457						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												0,22 (2)	0,895				
<b>Schokolade oder Süßes essen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	70,5%	23,2%	6,3%	73,4%	20,7%	5,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,71 (2)	0,700						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												0,66 (1)	0,415	1,82 (1)	0,178	1,47 (1)	0,226
Würzburg NBgD wahrgenommen	73,8%	20,6%	5,6%	71,5%	22,4%	6,1%	k.A.	k.A.	k.A.	3,08 (2)	0,214						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												0,93 (2)	0,627				
<b>Lichttherapie machen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	18,5%	38,9%	42,6%	14,0%	44,2%	41,9%	k.A.	k.A.	k.A.	2,61 (2)	0,271						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												0,15 (1)	0,703	0,29 (1)	0,591	0,29 (1)	0,593
Würzburg NBgD wahrgenommen	16,7%	44,1%	39,2%	19,1%	41,4%	39,5%	k.A.	k.A.	k.A.	2,26 (2)	0,323						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												1,39 (2)	0,500				
<b>Autogenes Training</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	5,7%	30,0%	64,3%	6,1%	38,9%	55,1%	9,9%	42,0%	48,1%	18,06 (4)	0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												16,81 (2)	<0,001	6,74 (1)	0,009	10,03 (2)	0,007
Würzburg NBgD wahrgenommen	6,5%	36,5%	57,1%	7,1%	33,3%	59,6%	8,0%	36,8%	55,3%	4,43 (4)	0,351						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen																	
<b>Viel Sport machen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	8,1%	33,1%	58,7%	12,3%	33,8%	53,9%	k.A.	k.A.	k.A.	3,45 (2)	0,178						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												2,22 (1)	0,136	0,54 (1)	0,462	2,35 (1)	0,125
Würzburg NBgD wahrgenommen	8,6%	37,3%	54,0%	9,3%	34,7%	55,9%	k.A.	k.A.	k.A.	0,40 (2)	0,820						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												1,09 (2)	0,580				
<b>Zum Heilpraktiker gehen</b>																	
Nürnberg NBgD wahrgenommen	29,2%	42,7%	28,1%	31,0%	40,9%	28,1%	k.A.	k.A.	k.A.	3,06 (2)	0,858						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen												0,05 (1)	0,818	0,07 (1)	0,795	0,57 (1)	0,449
Würzburg NBgD wahrgenommen	32,9%	42,4%	24,7%	31,4%	41,1%	27,4%	k.A.	k.A.	k.A.	1,45 (2)	0,484						
Würzburg NBgD nicht wahrgenommen												1,35 (2)	0,509				

k.A.= keine Angabe

\* Signifikanzen beziehen sich auf die Substichprobe "Bewußte Wahrnehmer NBgD" und Würzburg

# Anhang

WISSEN	2000 (Baseline)		2001 (Intervention)			2002 (Intervention)			Zeiteffekte		Logistische Regressionsanalyse* Haupteffekte				Interaktion	
	ja	nein	ja	nein		ja	nein		Chi² P193(df)	p <sup>t</sup>	Chi² (df)	p Zeit	Chi² (df)	p Ort	Chi² (df)	p <sub>i</sub>
<b>Antidepressiva</b>																
<b>Machen Antidepressiva abhängig oder süchtig?</b>																
Nürnberg NBgD wahrgenommen	82,1%	17,9%	75,7%	24,3%		68,3%	31,7%		14,01 (2)	0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			83,5%	16,5%		85,1%	14,9%		1,66 (2)	0,436	13,72 (2)	0,001	1,37 (1)	0,241	5,84 (2)	0,054
Würzburg	79,4%	20,6%	81,3%	18,7%		74,2%	25,8%		9,51 (2)	0,009						
<b>Verändern Antidepressiva den Charakter?</b>																
Nürnberg NBgD wahrgenommen	69,8%	30,2%	60,8%	39,2%		56,6%	43,4%		11,05 (2)	0,003						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			70,5%	29,5%		68,4%	31,6%		0,45 (2)	0,798	11,45 (2)	0,003	1,33 (1)	0,249	4,67 (2)	0,097
Würzburg	66,7%	33,3%	67,9%	32,1%		59,2%	40,8%		11,60 (2)	0,003						
<b>Ist man noch man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt?</b>																
Nürnberg NBgD wahrgenommen	38,2%	61,8%	52,5%	47,5%		55,5%	44,5%		19,69 (2)	<0,001						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			41,9%	58,1%		42,4%	57,6%		1,98 (2)	0,372	19,49 (2)	<0,001	8,77 (1)	0,003	9,33 (2)	0,009
Würzburg	47,3%	52,7%	48,4%	51,6%		50,7%	49,3%		1,28 (2)	0,527						
<b>Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>	<b>geringe</b>	<b>mäßige</b>	<b>starke</b>							
Nürnberg NBgD wahrgenommen	6,1%	24,3%	69,6%	7,2%	25,8%	67,0%	8,8%	28,8%	62,5%	3,20 (4)	0,525					
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			6,7%	25,4%	67,9%	6,6%	21,9%	71,5%	1,81 (4)	0,771	3,16 (2)	0,206	0,13 (1)	0,721	1,78 (2)	0,410
Würzburg	6,3%	23,0%	70,7%	3,5%	24,1%	72,4%	6,6%	24,8%	68,7%	8,33 (4)	0,080					
<b>VERHALTENS-INTENTIONEN</b>																
<b>Kommunikationsbereitschaft</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>Chi² P2(df)</b>	<b>p<sup>t</sup></b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Zeit</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p Ort</b>	<b>Chi² (df)</b>	<b>p<sub>i</sub></b>
<b>Haben Sie in letzter Zeit mit anderen über Depression gesprochen?</b>																
Nürnberg NBgD wahrgenommen	39,9%	60,1%	54,6%	45,4%		52,8%	47,2%		1,76 (2)	0,414						
Nürnberg NBgD nicht wahrgenommen			27,3%	72,7%		37,5%	62,5%		17,89 (2)	<0,001	12,36 (2)	0,002	0,01 (1)	0,973	7,76 (2)	0,021
Würzburg	39,8%	60,2%	38,2%	61,8%		44,8%	55,2%		6,93 (2)	0,035						

k.A. = keine Angabe

\* Signifikanz beziehen sich auf die Substichprobe "Bewußte Wahrnehmer NBgD" und Würzburg

## 9.1.6 Auszüge der SAS Befehlsdatei

```
data temp;
set library.depression_2000_2001_2002_qs;

*****Schweregrad von Depression*****

proc logistic simple;
class town (ref='Nürnberg') erhebung (ref='2000')/ param=ref;
model schdep = town erhebung town*erhebung /CLODDS=PL lackfit CLPARM=PL RSQ
STB MAXITER=500;
run;

*****Allgemeine (Vor-)Urteile zur Depression*****

proc logistic simple;
class town (ref='Nürnberg') erhebung (ref='2000')/ param=ref;
model einkra = town erhebung town*erhebung /CLODDS=PL lackfit CLPARM=PL RSQ
STB MAXITER=500;
run;

*****Ursachen von Depression*****

proc logistic simple;
class town (ref='Nürnberg') erhebung (ref='2000')/ param=ref;
model urscha = town erhebung town*erhebung /CLODDS=PL lackfit CLPARM=PL RSQ
STB MAXITER=500;
run;

*****Symptome von Depression*****

proc logistic simple;
class town (ref='Nürnberg') erhebung (ref='2000')/ param=ref;
model symhal = town erhebung town*erhebung /CLODDS=PL lackfit CLPARM=PL RSQ
STB MAXITER=500;
run;

*****Behandlungsmöglichkeiten von Depression*****

proc logistic simple;
class town (ref='Nürnberg') erhebung (ref='2000')/ param=ref;
model behazt = town erhebung town*erhebung /CLODDS=PL lackfit CLPARM=PL RSQ
STB MAXITER=500;
run;

*****Persönliches Kommunikationsverhalten zur Depression*****

proc logistic simple;
class town (ref='Nürnberg') erhebung (ref='2000')/ param=ref;
model INFINTG = town erhebung town*erhebung /CLODDS=PL lackfit CLPARM=PL RSQ
STB MAXITER=500;
run;
```

## **9.2 Ausgewählte Beispiele für Maßnahmen der Aufklärungskampagne**

### 9.2.1 Plakatmotive

Aus urheberrechtlichen Gründen mussten die Plakatmotive und Flyer auf den Seiten 198 und 199 entfernt werden. Die Doktorandin Frau Philine Freudenberg hat dazu, mit Brief vom 25.2.2014, ihr Einverständnis erteilt.

## 9.2.2 Flyer

## 9.2.3 Übersicht der öffentlichen Veranstaltungen

Monat	Titel	Referent/en	Ausschreibungstext (gekürzt)
25.01.01	Auftaktveranstaltung „Nürnberger Bündnis gegen Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renate Schmidt, Schirmherrin</li> <li>▪ Prof. Dr. U. Hegerl</li> <li>▪ Dr. Dr. Günter Niklewski, Leiter d. Psychiatrischen Klinik Nürnberg</li> <li>▪ Dipl.-Psych. David Althaus</li> </ul>	Auftaktveranstaltung des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ mit Grußworten, einem Vortrag zu „Depression“ sowie gemeinsamem Kennenlernen
6.03.01	Selbsthilfe Depression – „Was kann ich tun, um mir selbst zu helfen?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ John P. Kummer, Equilibrium Schweiz</li> <li>▪ Prof. Dr. U. Hegerl</li> <li>▪ Dipl.-Psych. D. Brüggen, Regionalzentrum für Selbsthilfegruppen</li> </ul>	Gründungsabend für Selbsthilfegruppen mit John P. Kummer (Schweiz). Der Referent ist selbst Betroffener und hat in der Schweiz einen Verein zur Bewältigung von Depressionen „Equilibrium“ ins Leben gerufen. Ziel der Veranstaltung ist es, in Nürnberg Selbsthilfegruppen für an Depression erkrankte Menschen zu gründen.
14.03.01	„Krank durch Glauben? Das christliche Gottesbild und sein Einfluss auf die Persönlichkeit des Menschen“	Prof. Hans-Jürgen Fraas	Ein Vortrag im Rahmen des Evangelischen Bildungswerkes
20.03.01	Vortrag im Gesundheitsamt „Depression im Alter“	Dr. Dr. G. Niklewski, Leitender Arzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Nürnberg-Nord	Depressionen bei alten Menschen werden oft nicht erkannt. Erschreckend ist zudem die hohe Zahl der Selbsttötungen im Alter besonders bei Männern. Der Vortrag von Dr. Dr. G. Niklewski beleuchtet dieses komplexe Thema und zeigt Lösungsmöglichkeiten auf.
7.04.01	Informationsstand in der Fußgängerzone zum „Weltgesundheitstag“	Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“	„Psychische Gesundheit – erhalten & wiederherstellen“ Informationen zum Thema Depression sowie zu anderen psychischen Erkrankungen

2.05.01	„Depression kann jeden treffen“	Podiumsdiskussion moderiert von der BR-Journalistin Dr. M. Koch	Betroffene und Experten diskutieren über den schwierigen Umgang mit der Krankheit Depression
28.05.01	„Wenn die Lebensfreude fehlt“	Dipl.-Psych. David Althaus, Nürnberger Bündnis gegen Depression	Informationsabend zu Depression, Selbstgefährdung - Wege aus der Krise
22.06.01	Melancholie – Trauer – Depression“ Ein Orientierungsgespräch für haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der kirchlichen Arbeit	Ulrike Rupprecht, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin am BKH Bayreuth	Information über den Umgang mit depressiven Erkrankungen. Das Seminar richtet sich an neben- und hauptamtlich Tätige von Beratungsstellen, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen.
27.06.01	„Die dunkle Nacht der Seele“ – vom spirituellen Umgang mit Leere, Trockenheit und Depression	Prof. Dr. Michael Plattig O. Carm., Professor für Theologie der Spiritualität an der Hochschule in Münster	Depression – einmal nicht medizinisch betrachtet, sondern aus einer theologisch-philosophischen Sichtweise: Der Referent informiert darüber, dass depressive Zustände kein modernes Phänomen sind.
11.09.01	Vortrag im Gesundheitsamt: „Strategien zum Umgang bei wiederkehrenden Depressionen“	Prof. Dr. U. Hegerl, Sprecher des Kompetenznetzes Depression	Viele Menschen, die eine Depression hatten und durch die Hilfe von Psychotherapie bzw. Pharmakotherapie die Depression überwinden konnten, erleiden einen Rückfall. Wie kann solch ein Mensch lernen, im Wissen um die eigene Verletzlichkeit für weitere depressive Episoden, mit seiner Krankheit umzugehen?
18.09.01	Vortrag im Gesundheitsamt „Selbstmord, Suizid, Freitod...?“	Prof. Dr. W. Wolfersdorf, Vorsitzender der deutschen Gesellschaft für Suizidprävention	Gibt es einen Freitod, wie es J. Amery in seinem Buch: „Hand an sich legen“ behauptet? Ist der Entschluss, sich das Leben zu nehmen, ein freier, autonomer Akt, der jedem Menschen eingeräumt werden muss? Kann man Selbsttötungen verhindern? Welche Verfahren haben sich als erfolgreich herausgestellt?
25.09.01	Vortrag im Gesundheitsamt „Wenn Angehörige mitleiden“	Dr. Braunwarth, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg Nord	Depressionen belasten nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch die Mitmenschen: Ehepartner, Kinder, Eltern, Freunde und Kollegen. Wie können Angehörige lernen damit umzugehen, ohne selbst dabei unterzugehen?



2.10.01	Vortrag im Gesundheitsamt: „Macht unsere Gesellschaft krank? - ein Streitgespräch“	Dr. rer. soz. Anna Maria Möller-Leimkühler (Dipl. Sozialwissenschaftlerin, Psychiatrische Uni-Klinik München), Dr. Dr. Günter Niklewski, leitender Arzt der Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg Nord	Wir leben in einer Zeit, in der sich traditionelle Bindungen wie Familie und Normen zunehmend auflösen. Die Lebensgeschwindigkeit und die Anforderungen an den einzelnen Menschen werden größer. Wer mithalten will, muss intelligent, schnell, durchsetzungsfähig, flexibel und belastbar sein. Die Schere zwischen „Top oder Flop“ wird größer. Inwieweit können diese gesellschaftlichen Veränderungen Ursache von depressiven Entwicklungen sein? Oder ist das Auftreten von Depressionen eher unabhängig von solchen Belastungsfaktoren zu sehen?
Ab 5.10.01 (8 Abende)	Intensivkurs „Depression – darüber spricht man nicht“	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gottfried Peschke (Pfarrer, Supervisor KSA/DGfP)</li> <li>▪ Friederike Bracht (Dipl.-Päd., Gruppenanalytikerin IGA(DAGG))</li> </ul>	Intensivkurs für haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der kirchlichen Arbeit Der Kurs wendet sich an Menschen, die in ihrem Berufsalltag depressiv erkrankten Menschen begegnen, mit depressiven KollegInnen zusammenarbeiten oder depressiv erkrankte Angehörige oder Freunde haben.
26.10.01	Informationsstand am Gesundheitstag: „Depression im Alter“ im Seniorentreff	Dipl.-Psych. ger. Anja Ziervogel, Nürnberger Bündnis gegen Depression	Altern geht mit zahlreichen Verlusterlebnissen einher: Verlust des Lebenspartners, der Wohnung, der sozialen Rolle. Erschreckend ist die Zunahme der Suizide im Alter, besonders bei Männern.
1.11.01	Ökumenische Andacht „Depression als Lebensproblem“ Kirche St. Peter	Dr. Dr. Günter Niklewski, leitender Arzt für Psychotherapie und Psychiatrie am Klinikum Nürnberg	Vier Millionen Deutsche leiden derzeit unter Depressionen. Auch die Bibel berichtet von Menschen, die durch diese Tiefen gegangen sind. Depressionen und Wege, mit dieser Erkrankung zu leben, stehen im Mittelpunkt einer ökumenischen Andacht in der Kirche St. Peter.
22.11.01	„Wenn Frauen ihr Selbst zum Schweigen bringen – über weibliche Depressionen“	Dipl.-Psych. Hannelore Voss, niedergelassene Psychotherapeutin und Lehrbeauftragte der Uni Bremen	Was sind typische Risikofaktoren für eine Depression? Warum erkranken Frauen doppelt so häufig an Depressionen wie Männer? Die Referentin gibt einen Abriss über Entstehungsbedingungen und frauentypische Risikofaktoren und wird dann vor allem über die Behandlung und die ressourcenorientierten Therapiemöglichkeiten referieren.
9.01.02	Vortrag Depression	Dr. Braunwarth, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am	Vortrag vor der Vereinigung pensionierter Polizeibeamter in Nürnberg zum Thema Depression.

		Klinikum Nürnberg Nord	
14.01.02	Vortrag im Bildungszentrum: „Migration und Depression“	Dipl.-Psychologe Faruk Temel, Sozialpsychiatrischer Dienst Arbeiterwohlfahrt (AWO)	MigrantInnen sind von der Krankheit Depression ebenso betroffen wie alle anderen Nürnberger Bürger. Mit welchen Hilfsangeboten kann diese Bevölkerungsgruppe erreicht werden? Welche Umstände – z.B. die Erfahrung von Flucht oder Fremdsein in Deutschland - beeinflussen die Lebenssituation?
16.01.02	„Mir geht's doch gut – eigentlich! Depression bei Männern“  Vortrag im Männerforum	Dipl.-Psych. David Althaus, wiss. Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, München	Wenn dumpfe Verzagtheit das Bewusstsein flutet, sehen Männer kaum einen Ausweg. Symptome, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression und suizidalen Verhaltens bei Männern werden kurz erläutert. Diese Veranstaltung richtet sich ausschließlich an Männer.
21.01.02	Vortrag im Bildungszentrum „Suizid: Die Situation der Zurückbleibenden“	Dipl.-Psych. Dr. Helgard Hefner, AGUS (Angehörige um Suizid)	Die Referentin leitet eine Selbsthilfegruppe für Zurückbleibende nach einem Suizid und berichtet über Wege durch die Trauer.
11.03.02	Vortrag im Gesundheitsamt „Strategien zum Umgang bei wiederkehrenden Depressionen“	Prof. Dr. U. Hegerl, Sprecher des Kompetenznetzes Depression	Viele Menschen, die eine Depression hatten und durch die Hilfe von Psychotherapie bzw. Pharmakotherapie die Depression überwinden konnten, erleiden einen Rückfall. Wie kann solch ein Mensch lernen, mit seiner Krankheit umzugehen?
12.03.02	Vortrag: „Depression im Alter – eine Informationsveranstaltung für Angehörige“ In Kooperation mit dem Angehörigenverein e.V. Nürnberg	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dipl.-Psych. Dr. H. Lehfeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Nürnberg</li> <li>▪ Dr. A. Krödel, Facharzt für Psychiatrie</li> </ul>	Depressionen im Alter belasten nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch die Mitmenschen: Ehepartner, Kinder und Freunde. Der depressiv Erkrankte verliert oft jegliche Initiative, ist antriebslos und beziehungsunfähig. Aber auch die Angehörigen sind betroffen und fühlen sich oft überfordert und hilflos. Was sollten Angehörige über Depression wissen, und wie können sie die Behandlung unterstützen?
18.03.02	Foto-Ausstellung „Depression - auf der Suche nach Licht“	Auftaktveranstaltung mit Einsendern des Fotowettbewerbs und der Jury	Die Ausstellung zeigt Fotografien, die sowohl Beklemmung und Trauer als auch Freude und Hoffnung eindrucksvoll widerspiegeln.
20.03.02	Psychische Erkrankungen und Arbeitsmarkt Wer und Was hilft mir,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dipl.-Psych. D. Althaus,</li> <li>▪ Mechthild Schuppke, Reha-Beraterin des</li> </ul>	Die Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt werden immer höher: unsichere Arbeitsverhältnisse, befristete Arbeitsverträge, ständiger Wandel der Produktionsbedingungen, Angst vor

	wenn ich psychisch krank bin und nicht mehr in meinem Beruf arbeiten kann?	Arbeitsamt Nürnberg, ▪ Peter Schmitt-Moritz, Gewerkschaft ver.di Erlangen, Experte für Arbeitsrechtfragen	Arbeitsplatzverlust, hohe Anforderungen an Mobilität und Leistung belasten Arbeitnehmer zunehmend und können psychische Erkrankungen auslösen bzw. bereits bestehende verstärken. Die Referenten stellen Möglichkeiten der beruflichen Reintegration vor und beantworten im Anschluss Fragen.
9.04.02	Vortrag im Gesundheitsamt: „Frauen und Depression“	Inge Albrecht, Dipl.-päd. HP	Der Vortrag beschäftigt sich mit gesellschaftlichen und biografischen Risikofaktoren sowie Erscheinungsformen einer depressiven Erkrankung bei Frauen.
10.04.02	Früherkennung und Behandlung von Depression. Nachbarschaftshaus Langwasser	Dr. med. Michael Schütze, Studienzentrum Nürnberg der Ludwig-Maximilians- Universität München	Im Vortrag geht es um körperliche und seelische Beschwerden der Krankheit Depression mit ihren verschiedenen Formen und Ausprägungen.
18.04.02	Filmpremiere des Films: „Leben mit Depression...Betroffene berichten“	Filmpremiere und Podiumsdiskussion	Gabi K. und Karl R. aus Nürnberg leiden seit Jahren unter Depressionen, aber sie haben einen Weg gefunden, mit der Erkrankung zu leben. Beide möchten mit dem Film anderen Betroffenen Mut machen, dass es trotz aller Schwierigkeiten möglich ist, als Patienten wieder Lebensqualität zu erfahren.
24.04.02	„!Volkskrankheit Depression“ Vortrag im Kulturladen Ziegelstein	Dipl.-Psych. Ralf Ott, freier Mitarbeiter des Nürnberger Bündnisses gegen Depression	In dem Vortrag werden die wesentlichen Merkmale der Depression beschrieben und aktuelle Forschungserkenntnisse zur Behandlung verständlich zusammengefasst.
25.04.02	Vortrag im Gemeindehaus: „Depression kann jeden treffen“	Dipl.-Psych. ger. Anja Ziervogel, wiss. Mitarbeiterin der Psychiatrischen Klinik der LMU München	Obwohl Depression eine sehr häufige Erkrankung ist, wird sie in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen und nicht selten missverstanden. Im Vortrag werden Anzeichen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten erörtert; Fragen und Diskussion schließen sich an. Interessierte, Betroffene, Familienangehörige sowie Freunde von Betroffenen sind herzlich eingeladen.
13.05.02	„Zeit der Jugend - Zeit der Krisen?“  Vortrag im Bildungszentrum	Dr. med. Bernhard Pirkl, Kinder- und Jugendpsychiater am Klinikum Nürnberg Nord	Laut einer Studie waren 55 Prozent der unter 14- bis 17-Jährigen bereits einmal von einer psychischen Störung betroffen. Depression, Sucht, Ängste oder Essstörungen sollen die Hälfte unserer Kinder schon selbst erfahren haben. Werden unsere Kinder immer kränker oder wird hier unnötig Panik gemacht? Wann ist ein Kind/Jugendlicher wirklich gefährdet? Diese Veranstaltung richtet sich an Eltern, Lehrer und Jugendliche.

17.06.02	Depression: Die Situation der Angehörigen	Dipl.-Psych. D. Althaus, wiss. Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der LMU München Diskussionspartner: Dr. H. Glöckel, Verein der Angehörigen psychisch Kranker	Depressionen belasten nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch die Mitmenschen: Ehepartner, Kinder, Eltern, Freunde und Kollegen. Die Gefahr, bei solcher Überforderung selbst mutlos zu werden, ist groß. Was sollten Angehörige über die Krankheit „Depression“ wissen? Was können Angehörige für sich selbst tun, um Kraft für diese schwierige Aufgabe zu finden? Welchen Beitrag leisten dabei Angehörigengruppen?“
3.07.02	„Macht Altern depressiv? – Neue Wege aus der Altersdepression“ Erziehungswissenschaftl. Fakultät Nürnberg	Dr. Dr. G. Niklewski, Leitender Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg Nord in Kooperation mit Institut für Psychogerontologie und der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für angewandte Gerontologie e.V	Noch nie war die Lebenserwartung so hoch, die Chance auf ein langes Leben birgt aber auch Risiken: altersbedingte Erkrankungen wie Arteriosklerose, Verschleißerscheinungen und psychische Erkrankungen treten im Alter vermehrt auf. Die Depression gilt neben den Demenzen als häufigste Erkrankung im höheren Lebensalter. Aber muss Altern zwangsläufig mit einer Depression einhergehen?
9.07.02	Lesung mit Musik „Depression im Spiegel von Literatur und persönlichen Zeugnissen“ Gostner Hoftheater	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schauspieler Thomas Witte, Gostner Hoftheater</li> <li>▪ Susanne Richter, Quer- und Altflöte</li> <li>▪ Klaus Martius, Laute</li> </ul>	Lesung von Texten über Depression. Eine literarische Reise in die Welt der Trauer und der Leere, aber zu Neuanfang und der Hoffnung auf Besserung.
13.07.02	„Gesund leben – in Bewegung bleiben“ Nürnberg Gesundheitsmarkt	Stände in der Fußgängerzone	Den Infostand betreuen ehrenamtliche Mitarbeiter des Zentrums Aktiver Bürger. Haben Sie Fragen rund um das Thema Depression, möchten Sie Adressen und Ansprechpartner wissen? Wir helfen Ihnen.
12.10.02	„Anti-Depressionstag“	Große Informationsbörse mit Infoständen, Vorträgen und Workshops zu Depression mit Depressions-Lauf (9.00 Uhr, 5 km)	Ausgewählte Vorträge und workshops , die an diesem Tag angeboten wurden: Schnelle Hilfen in Krisen: „Wer hilft wann und wie?“ Allgemeiner Sozialdienst „Gedächtnisprobleme im Alter: Depression oder Demenz?“ Gedächtnissprechstunde am Klinikum Nürnberg

			<p>„Medikamentöse Behandlung der Depression“ OA der Depressionsstation am Klinikum Nürnberg</p> <p>„Trauer ist keine Depression, aber...“ MIT e.V.</p> <p>„Depression als Beziehungs- und Kontaktproblem“ Tiefenpsychologische Aspekte der Depression, niedergelassener Psychotherapeut</p> <p>„Depression als Begleiterkrankung bei schweren körperlichen Krankheiten“ Psychosomatische Klinik Nürnberg</p> <p>„Selbsthilfe – was ist das und wo kann sie unterstützen?“ moderierte Diskussionsrunde mit Betroffenen,</p>
2.11.02	Lesung mit Musik in der Lorenzkirche: „Was betrübst Du dich meine Seele..?“	Depression im Spiegel von Literatur und Psalmen.	Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ lädt zusammen mit der Lorenzkirchengemeinde zu einer Lesung mit Musik ein. Die Lesung möchte helfen, die Krankheit Depression besser zu verstehen.
7.11.02	„Du verstehst aber auch gar nichts...“ Typische Missverständnisse zwischen Betroffenen und Angehörigen beim Umgang mit Depression	Dipl.-Psych. D. Althaus, wiss. Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der LMU München S. Meyer, Betroffene	Aufgrund der großen Nachfrage während des „Antidepressionsstages“ wird diese Veranstaltung wiederholt. Im Rahmen von Rollenspielen werden typische Missverständnisse zwischen Angehörigen und Betroffenen bei depressiven Störungen gezeigt. Gemeinsam wird der Frage nachgegangen, weshalb die Verständigung oft so schwierig ist und welche grundsätzlichen Strategien auf lange Sicht sinnvoll sein können.
4.12.02	„Depression bei Männern“	Dr. Dr. G. Niklewski, Leitender Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg Nord	Inwieweit unterscheiden sich Depressionen bei Frauen und Männern? Gibt es eine eigene Männerdepression. In letzter Zeit werden zur Behandlung immer wieder auch Hormontherapien ins Gespräch gebracht (z.B. Testosteron-Substitution). Inwieweit sind diese Therapien hilfreich und sinnvoll?

### 9.3 Fragebogen

#### EINLEITUNG DES GESPRÄCHS:

Grüß Gott! Mein Name ist (Vorname, Nachname) von der Universität München. Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung führen wir eine Studie zum Bekanntheitsgrad der Erkrankung Depression durch. Im Rahmen dieser Studie befragen wir eine Stichprobe von zufällig ausgewählten Einwohnern aus Nürnberg und Würzburg. Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Die Daten werden anonymisiert gespeichert und statistisch ausgewertet. Ich würde nun gerne mit derjenigen Person ab 18 Jahren in Ihrem Haushalt, die als letzte Geburtstag hatte, ein telefonisches Interview führen. Wäre das möglich?

DATUM      DATUM DES INTERVIEWS

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

*Tag*

*Monat*

*.Jahr*

REGION      BEFRAGUNGSREGION

1  Nürnberg

0  Würzburg

***Alle Menschen werden ab und zu einmal krank. Manchmal handelt es sich um eine leichte, manchmal aber auch um eine schwere Krankheit. Wie beurteilen Sie die folgenden Krankheiten? Halten Sie diese Krankheiten für sehr schwer (4), schwer (3), weniger schwer (2) oder überhaupt nicht schwer (1)?***

- |        |  |
|--------|--|
| SCHGRI | <input type="checkbox"/> <b>Grippe</b>                     |
| SCHHEU | <input type="checkbox"/> <b>Heuschnupfen</b>               |
| SCHRUE | <input type="checkbox"/> <b>Rückenbeschwerden</b>          |
| SCHDIA | <input type="checkbox"/> <b>Diabetes (Zuckerkrankheit)</b> |
| SCHKRE | <input type="checkbox"/> <b>Krebs</b>                      |
| SCHKAR | <input type="checkbox"/> <b>Karies</b>                     |
| SCHDEP | <input type="checkbox"/> <b>Depression</b>                 |
| SCHAID | <input type="checkbox"/> <b>AIDS</b>                       |

KAMOEF **Haben Sie das Gefühl, dass über das Thema Depression in der Öffentlichkeit zur Zeit verstärkt gesprochen wird?**

1  ja

0  nein

**Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen? Sagen Sie bitte jeweils ob Sie voll und ganz (3), teilweise (2) oder gar nicht (1) zustimmen.**

EINKRA  „*Depression ist eigentlich gar keine richtige Krankheit.*“

EINSCH  „*Wer eine Depression hat, ist selbst dran schuld.*“

EINZUS  „*Wenn man eine Depression hat, muss man sich zusammenreißen, um sie wieder los zu werden.*“

EINUNT  „*Einer Depression ist man ohne äußere Unterstützung hilflos ausgeliefert.*“

EINBEH  „*Depression ist eine Erkrankung wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden sollte.*“

**Wenn man eine Depression hat, kann das verschiedene Ursachen haben. Welche der folgenden Ursachen halten Sie für sehr wichtig (5), ziemlich wichtig (4), mittelmäßig wichtig (3), weniger wichtig (2) oder überhaupt nicht wichtig (1)**

URSLEB  *falsche Lebensführung*

URSPRO  *Probleme mit Mitmenschen*

URSSTO  *Stoffwechselstörung im Gehirn*

URSSCH  *Schicksalsschlag (z.B. Tod eines Angehörigen)*

URSVER  *Vererbung*

URSERN  *falsche Ernährung*

URSUMW  *Umweltgifte*

URSREI  *Reizüberflutung durch die Medien*

URSLAI  *unsere heutige Leistungsgesellschaft*

URSSEL  *fehlende Selbstdisziplin*

URSCHA  *Charakterschwäche*

**Eine Depression kann verschiedenen Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen haben. Was meinen Sie, welche Symptome sind typisch für eine Depression?**

SYMPUT **zwanghaftes Putzen?**  
 1  Ja  
 0  Nein

SYMBES **körperliche Beschwerden (z.B. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit)?**  
 1  Ja  
 0  Nein

SYMHAL **Halluzinationen?**  
 1  Ja  
 0  Nein

SYMSCH **Schuldgefühle?**  
 1  Ja  
 0  Nein

SYMFRE **Freudlosigkeit?**  
 1  Ja  
 0  Nein

**Wenn man etwas gegen eine Depression tun möchte, gibt es mehrere Möglichkeiten. Welche der folgenden Möglichkeiten halten Sie für sehr geeignet (3), mittelmäßig geeignet (2) oder ungeeignet (1)**

BEHFRE  **mit Freunden sprechen**

BEHURL  **in den Urlaub fahren**

BEHSCH  **Schlaf- und Beruhigungsmitteln nehmen**

BEHPSY  **zum Psychotherapeuten gehen**

BEHAZT  **zum Arzt gehen**

BEHZUS  **sich zusammenreißen**

BEHSUE  **Schokolade oder etwas Süßes essen**

BEHLIC  **eine Lichttherapie machen**

BEHMED  **Arzneimittel gegen Depressionen nehmen**

BEHAUT  **autogenes Training**

BEHSPO  **viel Sport machen**

BEHHEI  **zum Heilpraktiker gehen**



BEHASP ANMERKUNG: NUR IN DER ERSTEN BEFRAGUNG

**Glauben Sie, dass Sie mit Ihrem Arzt offen über seelische Probleme sprechen können?**

1  Ja

0  Nein

BEHBEB **Was meinen Sie: wie gut kann eine Depression vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden? Würden Sie sagen sehr gut (5), ziemlich gut (4), mittelmäßig gut (3), weniger gut (2) oder überhaupt nicht gut (1)?**

**Der Arzt behandelt eine Depression unter anderem mit speziellen Medikamenten, den sogenannten Antidepressiva. Was meinen Sie:**

BEHNEB **Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?**

2  große

1  mäßige

0  geringe

BEHABH **Machen Antidepressiva abhängig oder süchtig?**

1  Ja

0  Nein

BEHCHA **Verändern Antidepressiva den ganzen Charakter?**

1  Ja

0  Nein

BEHSEL **Ist man noch man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt?**

1  Ja

0  Nein

**Gibt es jemanden in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, der schon mal wegen einer Depression behandelt wurde?**

BEHFAM 1  Ja

0  Nein

INFSIA	<b>Haben Sie in letzter Zeit etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>	
	1 <input type="checkbox"/> Ja	
	0 <input type="checkbox"/> Nein → NÄCHSTE FRAGE	
INFSIN	ANMERKUNG: NUR IN DER ERSTEN BEFRAGUNG	
	<b>Und was war das, was Sie gesehen oder gehört haben?</b>	
	(KLARTEXTEINGABE)	
	ANMERKUNG: NUR IN DER ERSTEN BEFRAGUNG	
	<b>Wo haben Sie etwas über Depression gesehen oder gehört?</b>	
	INTERVIEWER KODIERT. MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH.	
INFZEI	<input type="checkbox"/>	aus der Zeitung
INFPLA	<input type="checkbox"/>	auf Plakaten in der Stadt
INFARZ	<input type="checkbox"/>	auf Plakaten im Wartezimmer beim Arzt
INFTRA	<input type="checkbox"/>	auf Plakaten auf der Trambahn
INFUBA	<input type="checkbox"/>	auf der Infoscreen in der U-Bahn
INFKIN	<input type="checkbox"/>	im Kino
INFBUS	<input type="checkbox"/>	an der Bushaltestelle auf einer Werbefläche
INFOEF	<input type="checkbox"/>	bei öffentlichen Informationsveranstaltungen
INFKUN	<input type="checkbox"/>	in einer Kunstaustellung
INFKIR	<input type="checkbox"/>	in der Kirchengemeinde
INFARB	<input type="checkbox"/>	im Arbeitsamt
INFSCH	<input type="checkbox"/>	in der Schule
INFHAU	<input type="checkbox"/>	beim Hausarzt
INFFRE	<input type="checkbox"/>	von Freunden
INFRAD	<input type="checkbox"/>	im Radio
INFFER	<input type="checkbox"/>	im Fernsehen
INFINT	<input type="checkbox"/>	im Internet
INFSTA	<input type="checkbox"/>	in der Stadtverwaltung
INFAND	<input type="checkbox"/>	aus anderen Informationsquellen, wie z.B. (KLARTEXTEINGABE)

Nun einige Fragen dazu, wie die Krankheit Depression in der Öffentlichkeit behandelt wird:

KAMBUE	<b>Haben Sie schon einmal vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ gehört?</b>	
	1 <input type="checkbox"/> Ja	
	0 <input type="checkbox"/> Nein → NÄCHSTE FRAGE	

**Wo haben Sie etwas über das "Nürnberger/Würzburger Bündnis gegen Depression" erfahren?**

INTERVIEWER KODIERT. MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH.

- KAMZEI  *aus der Zeitung*
  - KAMPLA  *auf Plakaten in der Stadt*
  - KAMARZ  *auf Plakaten im Wartezimmer beim Arzt*
  - KAMTRA  *auf Plakaten auf der Trambahn*
  - KAMUBA  *auf der Infoscreen in der U-Bahn*
  - KAMKIN  *im Kino*
  - KAMBUS  *an der Bushaltestelle auf einer Werbefläche*
  - KAMINF  *bei öffentlichen Informationsveranstaltungen*
  - KAMKUN  *in einer Kunstaussstellung*
  - KAMKIR  *in der Kirchengemeinde*
  - KAMARB  *im Arbeitsamt*
  - KAMSCH  *in der Schule*
  - KAMHAU  *beim Hausarzt*
  - KAMFRE  *von Freunden*
  - KAMRAD  *im Radio*
  - KAMFER  *im Fernsehen*
  - KAMINT  *im Internet*
  - KAMSTA  *in der Stadtverwaltung*
  - KAMAND  *aus anderen Informationsquellen, und zwar*
- \_\_\_\_\_ (KLARTEXTEINGABE)

ANMERKUNG: NUR IN DER ERSTEN BEFRAGUNG

**Wie häufig lesen Sie die folgenden Zeitungen? Würden Sie sagen täglich (3), ein- bis zweimal die Woche (2) oder eher selten (1)?**

- ZEINUN
- ZEIBIL
- ZEIABE  **Nürnberger Nachrichten**
- ZEISUE  **Bildzeitung**
- ZEINUZ  **Abendzeitung**
- ZEIMAI  **Süddeutsche Zeitung**
- ZEIKEI  **Nürnberger Zeitung**
- ZEIAND  **Main Echo**
- gar keine*
- andere:* \_\_\_\_\_ (KLARTEXTEINGABE)

---

## Soziodemographie

SOZGES **Geschlecht** (IMPLIZITE DOKUMENTATION)

0  weiblich

1  männlich

SOZALT **Wie alt sind sie?**

\_\_\_\_\_ Jahre

SOZFAM **Welches ist Ihr derzeitiger Familienstand??**

INTERVIEWER KODIERT.

1  verheiratet, lebe mit meinem Ehepartner

2  lebe mit einem Partner unverheiratet zusammen

3  geschieden/getrennt und ohne Partner lebend

4  verwitwet und ohne Partner lebend

5  alleinstehend (noch nie verheiratet)

SOZHAU **Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?**

\_\_\_\_\_ Personen

SOZAUS **Was ist Ihr höchster Schul- bzw. Hochschulabschluss?**

INTERVIEWER KODIERT.

1  noch Schüler/-in

2  Volks- oder Hauptschulabschluss

3  Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulabschluss

4  Abitur/Fachabitur

5  Universitäts-/ Fachhochschulabschluss

6  ohne Abschluss

SOZBET **Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?**

- 1  *in Ausbildung*
- 2  *berufstätig*
- 3  *zur Zeit freigestellt*
- 4  *Hausfrau/Hausmann*
- 5  *arbeitslos*
- 6  *in Altersrente*
- 7  *im vorgezogenen Ruhestand/Behindertenrente*
- 8  *anderes*

SOZBER **Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?**

INTERVIEWER KODIERT.

KATEGORIEN WERDEN VOM IBE ERGÄNZT

SOZGES **Arbeiten Sie derzeit im Gesundheitswesen?**

- 1  *Ja*
- 0  *Nein*

SOZSPR **Was ist Ihre Muttersprache?**

- 1  *Deutsch*
- 0  *andere Muttersprache*

Falls andere: (KLARTEXTEINGABE)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

# Lebenslauf Philine Freudenberg

Geboren 14.10.1971 in Stuttgart  
Nationalität Deutsch  
Familienstand Verheiratet, geb. Osterwalder

## Ausbildung

Seit 2002 Fachausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin/  
Psychoanalytikerin, Münchner Arbeitsgemeinschaft für  
Psychoanalyse e.V., München

2003 - 2005 Promotion zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie,  
Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-  
Universität München

1992 - 1998 Studium der Psychologie, Universität Konstanz  
Abschluss: Diplom Psychologin

1982 - 1991 Eberhardt-Ludwigs-Gymnasium, Stuttgart, Abitur

## Berufserfahrung

2002-2004 **Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Universität München**  
Wissenschaftliche Tätigkeit im Rahmen der Promotion für das  
„Kompetenznetz Depression, Suizidalität“

2003 **Praxis Dr. med. C. Vogel**, Gemeinschaftspraxis für Psychiatrie,  
psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse:  
Durchführung von Anamneseerhebungen und Kurzzeittherapien

2002-2003 **Bezirkskrankenhaus Haar**, Fachkrankenhaus für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Neurologie:  
Diagnostik und Krisenintervention, psychotherapeutische  
Einzelgespräche, Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

2001-2002 **PricewaterhouseCoopers Unternehmensberatung GmbH**  
Consultant im Bereich Human Capital Solutions: Identifizierung von  
Profitabilitätssteigerungspotenzialen, Prozessoptimierung im  
Bereich Personal

1999-2000 **KPMG Consulting AG**  
Personalleiterin München: Konzeption und Durchführung von  
Personalauswahl- und Personalentwicklungsinstrumenten

1998 **Allianz AG**  
Postgraduierten-Programm im Bereich Führungskräfteentwicklung

1996 **Zentrum für Psychiatrie Reichenau**  
Studienbegleitendes Praktikum im Maßregelvollzug