

Einstellungen gegenüber psychischen
Erkrankungen
unter Medizinstudierenden
– Kohortenvergleich und korrelierende
Faktoren

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Isabella Maria Henke

Betreuer: Prof. Dr. Stefan Watzke, Halle (Saale)

Gutachter:innen:

Prof. Ulrich Preuss, Ludwigsburg

Prof. Peter Brieger, Haar

Datum der Verteidigung: 05.05.2025

Referat

Die hier vorgelegte Studie sucht zum einen nach Zusammenhängen zwischen selbstberichteter Depressivität und stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen bei Studierenden der Humanmedizin. Die Arbeit geht außerdem der Frage nach, von welchen Faktoren die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden abhängt und wie diese beeinflusst werden können. Für die geplante Vollerhebung wurden zwei Jahrgänge Medizinstudierender der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg befragt. Insgesamt konnten $n = 476$ Personen in die Studie eingeschlossen werden, die vorklinische Teilstichprobe betrug insgesamt $n = 251$ Personen, die klinische $n = 225$ Teilnehmende.

Neben einem literaturbasiert entwickelten Instrumentarium zu Risiko- und Resilienzfaktoren, Fragebögen zur Erfassung von Depressivität (BDI II) und Persönlichkeit (NEO-FFI Neurotizismus) wurden die Studienteilnehmenden über ihre Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen mittels der ATAMHS (Baker et al. 2005, Bennett & Stennett, 2015) befragt. Studierende des vorklinischen und klinischen Studienabschnitts zeigten keinen signifikanten Unterschied in ihren ATAMHS-Scores. Es wurden keine signifikanten Korrelationen zwischen ATAMHS und dem Alter, dem BDI-II-Gesamtscore sowie dem NEO-FFI Neurotizismus festgestellt. Eine positive Familienanamnese psychischer Erkrankungen, eigene psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte oder Belastungen während des Studiums korrelieren mit einer positiveren Einstellung. Weitere Ergebnisse zeigen, dass Frauen und Personen in Partnerschaften tendenziell positivere Einstellungen zu psychischen Erkrankungen haben. Soziale Aspekte, wie die Möglichkeit, eigene Sorgen anderen anvertrauen zu können sowie eine Wohnsituation mit Partner:in stehen ebenfalls mit positiveren Einstellungen im Zusammenhang. Unterschiede im soziodemographischen Hintergrund, wie Herkunft und sozioökonomischer Status, spielen außerdem eine Rolle. Die Ergebnisse legen nahe, dass die gezielte Identifizierung und das Verständnis für Einflussfaktoren auf die Einstellungen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen unter Medizinstudierenden beitragen könnte, was die Entwicklung psychologischer und psychosomatischer Ausbildungsprogramme im Medizinstudium weiterhin unterstützen könnte.

Henke, Isabella Maria: Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden – Kohortenvergleich und korrelierende Faktoren, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 60 Seiten, 2024

Inhaltsverzeichnis

1.	<i>Einleitung</i>	1
1.1	Psychische Erkrankungen – gesellschaftliche Bedeutung und Akzeptanz	1
1.2	Einstellungen	2
1.2.1	Theoretische Grundlagen	2
1.2.2	Einstellungen zu psychischen Erkrankungen	8
1.3	Psychische Erkrankungen bei Mediziner:innen	11
1.4	Einstellungen zu psychischen Erkrankungen bei Mediziner:innen	12
2	<i>Zielstellung</i>	15
2.1	Zusammenfassung des Wissensstandes	15
2.2	Ableitung der Fragestellung	16
3	<i>Material und Methoden</i>	17
3.1	Stichprobe und Studiendesign	17
3.2	Operationalisierung der Fragestellung	19
3.2.1	Operationalisierung der abhängigen Variable – Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen, ATAMHS	19
3.2.2	Operationalisierung der unabhängigen Variablen.....	21
3.3	Statistische Hypothesen und Auswertungsplan	28
4	<i>Ergebnisse</i>	29
4.1	Skalenstruktur & Psychometrie ATAMHS	29
4.2	Unterschied der ATAMHS zwischen den Studienabschnitten	33
4.3	Korrelationen zwischen ATAMHS und soziodemographischen sowie Merkmalen der eigenen psychischen Belastung	33
5	<i>Diskussion</i>	36
5.1	Limitationen	36

5.1.1	Stichprobe	36
5.1.2	Studiendesign	37
5.1.3	Kritische Würdigung von ATAMHS	37
5.2	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	38
5.3	Ausblick, Relevanz.....	41
5.4	Schlussfolgerung	48
6	<i>Literaturverzeichnis</i>	49
7	<i>Thesen</i>	60

Abkürzungsverzeichnis

AMIQ	Attitudes to Mental Illness Questionnaire
ATAMHS.....	Attitudes Towards Acute Mental Health Scale
BDI II	Beck-Depressions-Inventar II
bzw.	beziehungsweise
CAMI	Community Attitudes towards Mental Illness
CAN.....	Casual Attitude Network
ggf.....	gegebenenfalls
HRQoL.....	Health-Related Quality of Life
i.d.VG	in der Vorgeschichte
ICD-10.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10
M.....	Mittelwert
MD	Median
mgf.....	möglich
MHL	Mental Health Literacy
MLU	Martin-Luther-Universität
n.....	Größe der Stichprobe, bzw. Teilstichprobe
N.....	Gesamtzahl der Grundgesamtheit
NaDiRa	Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor
NEO-FFI.....	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar
OMI.....	Opinions about Mental Illness
p.....	probability, Wahrscheinlichkeit
PMR	Positive Muskelrelaxation
SD	Standardabweichung
SDS.....	Social Distance Scale
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WG.....	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

1.1 Psychische Erkrankungen – gesellschaftliche Bedeutung und Akzeptanz

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und betreffen Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialer Schicht oder ethnischer Zugehörigkeit.

Fast jeder dritte Mensch leidet im Laufe seines Lebens an einer psychischen Erkrankung (Bundesgesundheitsministerium, Stand 2015). Studien konnten beispielsweise zeigen, dass die 12-Monats-Gesamtprävalenz bei Personen im Alter von 18 bis 79 in Deutschland bei 27,7 % liegt (Jacobi, Höfler, Siegert, et al., 2014). Psychische Erkrankungen konnten vor allem bei jüngeren Personengruppen beobachtet werden (Statistisches Bundesamt, 2020).

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören in Deutschland neben den affektiven Störungen, wozu Depressionen (ICD-10: F32) zählen, auch Angststörungen (ICD-10: F40 - F41) sowie Substanzmittelabhängigkeit oder -missbrauch (ICD-10: F10 – F19) (Cohrdes et al., 2022).

Aufgrund der COVID-19-Pandemie hat die Prävalenz von psychischen Erkrankungen erheblich zugenommen, allein im ersten Pandemiejahr sind die Fälle von Depressionen und Angststörungen um 25 Prozent gestiegen (WHO, 2022).

Psychische Erkrankungen haben weitreichende Auswirkungen, sowohl persönlich als auch gesellschaftlich: Auf individueller Ebene können die Auswirkungen von Depressionen anhand von Verlusten in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) und Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Funktionen sowie der Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe bewertet werden (Cohrdes et al., 2022). Zudem bilden die mangelnde Verfügbarkeit von psychotherapeutischen Dienstleistungen, was sich in ausgedehnten Wartezeiten für den Beginn einer Therapie zeigt, sowie das Fehlen flächendeckender psychosozialer Nachsorgeangebote, eine erhebliche Versorgungslücke für die Betreuung von Personen mit psychischen Erkrankungen (Watzke et al., 2015). Die gesellschaftlichen Folgen von psychischen Erkrankungen manifestieren sich in den sozialen Strukturen, ökonomischen Systemen und dem Gesundheitswesen: Dabei können psychische Erkrankungen zu erheblichen Gesundheitskosten beitragen, sowohl di-

rekt durch die erforderliche medizinische Versorgung als auch indirekt durch Produktivitätsverluste und Arbeitsausfälle bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. So konnten Studien belegen, dass psychische Erkrankungen für einen nicht unerheblichen Teil der krankheitsbedingten Fehltage und frühzeitigen Berentungen verantwortlich sind, Tendenz steigend (Jacobi et al., 2014).

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in unserer Gesellschaft trotz deren Häufigkeit und deren weitreichenden Folgen in vielen Fällen stigmatisiert (Brohan et al., 2023). Dabei unterscheiden sich die Einstellungen je nach psychischer Erkrankung. So verschlechterte sich beispielsweise die Einstellung zu Menschen mit diagnostizierter Schizophrenie, während sich die Einstellung zu Personen mit Depressionen geringfügig verbessert hat (Schomerus et al., 2022).

Stigmatisierung und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen können zu sozialer Isolation führen (Lee & Seo, 2018) und können damit das soziale Umfeld eines Individuums wesentlich beeinträchtigen, zu Beeinträchtigungen des Selbstwerts führen, Symptome akzelerieren und eine Inanspruchnahme des Hilfesystems verzögern (Dubreucq et al., 2021).

Zusätzlich kann ein solches Stigma bei Betroffenen Suizidgedanken auslösen (Oexle et al., 2017). Im Jahr 2022 starben allein in Deutschland insgesamt 10 119 Personen durch Suizid – fast 28 Personen pro Tag (Statistisches Bundesamt, 2022). Ca. 90 % der Selbsttötungen sind auf das Vorliegen psychischer Störungen zurückzuführen (Teismann & Dorrman, 2013).

Psychische Erkrankungen zählen neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland (Gabe, Wildner, 2011).

1.2 Einstellungen

1.2.1 Theoretische Grundlagen

Im Folgenden werden einige zentrale Theorien zum Thema Einstellung erörtert.

Der Begriff „Einstellung“ wird in der Sozialpsychologie definiert als eine Tendenz, die dadurch zum Ausdruck kommt, dass man einen bestimmten Gegenstand mit einem gewissen Grad an Zustimmung oder Ablehnung bewertet (Stroebe et al., 2002). Dabei sind

der kognitive Vorgang der Bewertung und das Vorhandensein eines Einstellungsgegenstands, dem Einstellungsobjekt, die zentralen Komponenten der Definition. Diese Einstellungsobjekte können abstrakt oder konkret sein, es kann sich um eine bestimmte Person, eine Personengruppe oder um einen Gegenstand handeln. Die Bereitschaft einer Person, wertend auf ein Einstellungsobjekt zu reagieren beruht auf individuellen Erfahrungen, wobei diese Bewertungstendenz nicht eindeutig beobachtbar ist.

Ein bekanntes Modell zum besseren Verständnis der Komplexität von Einstellungen stellt das sogenannte Dreikomponentenmodell dar, das bereits auf Rosenberg und Hovland (1960) zurückgeht. Hierbei werden die drei Komponenten Affekt, Kognition und Verhalten in Zusammenhang mit der Einstellung eines Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt gesetzt. Die kognitive Komponente bezieht sich auf die gedanklichen Aspekte einer Einstellung, bestehend aus Meinungen, Faktenwissen oder Überzeugungen gegenüber dem Einstellungsobjekt. Der Affekt stellt die emotionale Komponente dar mit (verbalen) Gefühlsäußerungen, die vom Einstellungsgegenstand ausgelöst werden. Als dritte Komponente wird das Verhalten beschrieben. Es umfasst sowohl Handlungen die auf den Einstellungsgegenstand abzielen als auch die Verhaltensabsichten. Das Modell lässt sich auch auf die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen übertragen:

Persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen, beispielsweise im privaten Umfeld, beeinflussen die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen (Angermeyer & Matschinger, 1996). Eine Person kann beispielsweise eine irrtümliche oder stigmatisierende Überzeugung über diese Erkrankungen haben, was auf mangelndem Wissen über die Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen beruhen kann sowie mit einer mangelnden Erfahrung mit der Thematik einhergehen kann (kognitive Komponente). Die Person könnte dann beispielsweise negative Emotionen wie Angst, Unsicherheit oder Ablehnung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen empfinden (affektive Komponente). Aufgrund dieser negativen Einstellung könnte die Person Verhaltensweisen zeigen, die stigmatisierend oder diskriminierend sind. Dies könnte sich in der Vermeidung von Kontakten mit Personen mit psychischen Erkrankungen, in abwertenden Kommentaren oder in der Unterstützung von stigmatisierenden Praktiken manifestieren (Verhaltenskomponente).

Vorurteile werden in der Literatur bezeichnet als Einstellungen gegenüber Mitgliedern einer Fremdgruppe allein aufgrund deren Gruppenzugehörigkeit, die dabei positiv, in den meisten Fällen jedoch negativ konnotiert sind. Sie weisen dabei folgende Komponenten auf, die sich in das oben genannte Drei-Komponenten-Modell einordnen lassen: Stereotype gelten als kognitive Komponente, Bewertungen als affektive Komponente und Diskriminierungen lassen sich der Verhaltenskomponente zuordnen (Werth et al., 2020).

In diesem Zusammenhang sind auch die Begriffe „Stigma“ und „Stigmatisierung“ zu nennen: Historisch stehen im sozialwissenschaftlichen Kontext nach Link und Phelan (2001) Stigmata mit einem Merkmal in Verbindung, das in einer Gesellschaft als „normabweichend“ kategorisiert wird (z. B. die Hautfarbe, (psychische) Erkrankungen oder die sexuelle Orientierung). Stigmata fungieren als negative Merkmalsausprägungen von Einstellungen wobei der soziale Kontext stets die Grundlage zur Konstruktion eines Stigmas bildet (Aydin & Fritsch, 2015).

Der Einstellungserwerb ist laut der Einstellungsforschung ein komplexer Prozess, der oft eine Kombination verschiedener Faktoren umfasst. Einstellungen entstehen durch individuelle Erfahrungen und Lernprozesse, die sich unter anderem durch die drei großen Lerntheorien des klassischen Konditionierens nach Pawlow (1927), des operanten Konditionierens nach Skinner (1930) und des Modelllernens nach Bandura (1965) erklären lassen (Stroebe et al., 2002): Eine Einstellung durch klassische Konditionierung entsteht, wenn ein positiver (angenehmer) oder negativer (unangenehmer) Reiz zusammen mit einem Einstellungsobjekt wiederholt dargeboten wird (Fischer et al., 2013). Analog können Einstellungen auch durch operante Konditionierung durch positive oder negative Verstärkung erlernt beziehungsweise verändert werden (Barry, 2014).

Einstellungen haben unterschiedliche Funktionen. In der Einstellungsforschung werden in bekannten Modellen (Katz, 1960; Smith et al., 1956, zitiert nach Ullrich et al., 2023) fünf Funktionen unterschieden:

Einschätzungsfunktion: Einstellungen helfen dem Individuum dabei, ihre Umgebung zu verstehen und zu organisieren, indem sie Informationen über Personen, Objekte und Ereignisse zur Verfügung stellen.

Utilitaristische Funktion: Einstellungen dienen dazu, Belohnungen zu maximieren und Bestrafungen zu minimieren, indem sie Verhaltensweisen unterstützen, die als vorteilhaft oder nützlich gelten.

Soziale Anpassungsfunktion: Einstellungen unterstützen die soziale Integration, indem sie es den Menschen ermöglichen, sich an die Erwartungen ihrer sozialen Gruppen anzupassen und Akzeptanz zu erlangen.

Ich-Verteidigungsfunktion: Einstellungen schützen das Selbstwertgefühl, indem Bedrohungen für das Selbstbild minimiert oder vermieden werden.

Wertausdrucksfunktion: Einstellungen unterstützen das Individuum dabei, persönliche Werte auszudrücken und die Selbstidentität zu definieren, indem sie zeigen, wofür eine Person steht und welche Werte ihr wichtig sind.

In neueren Entwicklungen der Einstellungsforschung stellen Zunick et al. (2017) einen innovativen Ansatz zur Messung und Interpretation von Einstellungsfunktionen vor: Einige Einstellungen dienen vorrangig dazu, das Selbstkonzept zu definieren und der Einstellung damit mehr Sicherheit zu verleihen. In ihrer Studie konnte beobachtet werden, dass als selbstdefinierend eingestufte Einstellungen tendenziell positiver, extremer und weniger ambivalent sind und eher spontan befürwortet werden (Zunick et al., 2017).

Bezüglich der Einstellungänderung ist historisch die Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger (1975) zu erwähnen: Einstellungskonträres Verhalten, also Handlungen, die im Widerspruch zu den bestehenden Einstellungen oder Überzeugungen einer Person stehen, können eine kognitive Dissonanz erzeugen. Dieser als unangenehm wahrgenommene Zustand kann Menschen dazu motivieren, ihn zu reduzieren. Dies kann durch eine Änderung von Meinungen, Einstellungen oder Verhalten erfolgen oder

durch das Suchen nach harmonisierenden Informationen sowie das Vermeiden von anderen dissonanten Informationen .

Zwischen Einstellungen und Verhalten besteht eine wechselseitige Verbindung. Eine Änderung in der Einstellung kann das Verhalten beeinflussen und umgekehrt, wobei verschiedene Faktoren eine Rolle spielen. Die Vorhersage eines Verhaltens kann so erleichtert werden, ist jedoch nicht als zuverlässig zu werten (Garms-Homolová, 2020).

Für die Vorhersage menschlichen Verhaltens dient orientierend unter anderem die „Theorie des geplanten Verhaltens“ (Ajzen, 1991), die zur Erklärung des menschlichen Verhaltens beiträgt und nahe legt, dass die Absicht, eine Handlung auszuführen, ein starker Prädiktor für das tatsächliche Verhalten ist. Dabei stellt die Einstellung eine der Hauptkomponenten dar. Dieses Modell bildet auch heute noch eine relevante Grundlage in der Literatur zu Einstellungen sowie für gegenwärtige Studien im Bereich der Einstellungsforschung (Conner et al., 2022).

Die Theorie ist eine Weiterentwicklung der ursprünglichen „Theorie des überlegten Handelns“ (Fishbein, Ajzen, 1975, zitiert nach Stroebe et al., 2002). Zusätzlich zu Einstellung und subjektiver Norm wird in der „Theorie des geplanten Verhaltens“ die Vorhersage für Verhaltensabsichten und tatsächliches Verhalten um die wahrgenommene Verhaltenskontrolle erweitert. Dabei wird die Vorstellung, dass Handlungen auch davon beeinflusst werden, ob die Person das Gefühl hat, dass sie das betreffende Verhalten ausführen kann, miteinbezogen (Ajzen, 1991, zitiert nach Ullrich et al., 2023).

Die subjektive Norm als weitere Komponente bezieht sich darauf, inwieweit eine Person glaubt, dass wichtige andere Personen in ihrem Umfeld das Verhalten befürworten oder ablehnen. Die sozialen Erwartungen und der Druck beeinflussen die Absicht, ein bestimmtes Verhalten auszuführen.

Einstellungen können in ihrer Stärke variieren und Verhaltensänderungen beeinflussen. Bereits Krosnick und Petty (1995) argumentierten, dass starke Einstellungen zeitlich stabiler und widerstandsfähiger gegenüber Änderungsversuchen sind und einen stärkeren Einfluss auf die Informationsverarbeitung und das Verhalten haben als es bei schwachen Einstellungen der Fall ist. Einstellungen können je nach zeitlicher Stabilität

starke Vorhersagen für Verhalten treffen, wobei affektive Einstellungen häufig eine hohe Konsistenz aufweisen (Conner et al., 2022). Menschen empfinden bei bestimmten Themen stärkere Emotionen, insbesondere wenn es sich um Angelegenheiten handelt, die als moralische Fragestellungen wahrgenommen werden (Luttrell et al., 2016). Die Sicherheit einer Einstellung kann außerdem durch die Kongruenz zwischen der kognitiven und affektiven Komponente einer Einstellung, die direkte Erfahrung mit dem Einstellungsobjekt sowie die Zugänglichkeit und Stabilität der Einstellung erreicht werden (Cooke & Sheeran, 2004).

Eine aktuellere Theorie zur Einordnung von Einstellungen und deren Konsistenz sowie mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Einstellungskomponenten stellt das sogenannte CAN-Modell (Casual Attitude Network) dar (Dalege et al., 2016): Einstellungen werden dabei als Netzwerke konzeptualisiert und beinhalten bewertende Reaktionen sowie Interaktionen zwischen diesen Reaktionen. Bewertende Reaktionen können beispielsweise Glaubensgrundsätze, Gefühle oder Verhaltensweisen gegenüber einem Einstellungsobjekt sein. Dabei orientiert sich das CAN-Modell an dem bereits erwähnten Dreikomponentenmodell nach Rosenberg und Hovland (1960). Ähnliche Bewertungen gegenüber dem gleichen Einstellungsobjekt werden in sogenannten Clustern zusammengefasst. Diese Komponenten die sich auf das selbe Einstellungsobjekt beziehen stehen in enger Verbindung zueinander und sind vom Einstellungsobjekt abhängig. Damit integriert das CAN-Modell die gegenseitige Beeinflussung zwischen den Komponenten von Einstellungen und der Einstellung selbst. Dalege et al. charakterisieren Einstellungen als ein dynamisches und weniger als ein rein statisches Konstrukt wobei die verschiedenen Einstellungskomponenten nicht isoliert existieren, sondern miteinander interagieren. Durch die direkte kausale Verbindung und gegenseitige Beeinflussung der unterschiedlichen Bewertungen gegenüber dem gleichen Einstellungsobjekt gewinnt die Einstellung an Konsistenz und festigt diese. Dabei stabilisieren sich die verschiedenen Bewertungen gegenseitig. Die Einstellungstheorie wird anhand eines Beispiels untermauert: Schlangen werden als „gefährlich“ bewertet. Diese innere Überzeugung verursacht als affektive Komponente Angst vor Schlangen. Als mögliche Reaktion kann beispielsweise Vermeidung oder Flucht erfolgen. Eine andere, jedoch ähnlich negative Bewertung für dasselbe

Einstellungsobjekt Schlange kann beispielsweise „hässlich“ sein. Die Beziehung zwischen der Einschätzung von Schlangen als gefährlich und hässlich entsteht durch eine direkte kausale Verbindung zwischen den Beurteilungen, wodurch die Einstellung selbst konsistenter wird. Zu diskutieren wäre weiterhin, in wieweit sich dieses Netzwerkkonzept auf die Änderung von Einstellungen auswirkt.

1.2.2 Einstellungen zu psychischen Erkrankungen

Langzeitstudien der vergangenen Jahre verdeutlichen, dass die Einstellungen der Allgemeinbevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen weniger statisch sondern vielmehr dynamisch sind und sich über die Zeit teilweise deutlich verändern können: Während sich die Einstellungen gegenüber Menschen mit Depressionen in den letzten 30 Jahren verbessert haben, zeigten sich gleichbleibende oder sogar verschlechterte Ergebnisse bezüglich der Einstellung zu Menschen mit Schizophrenie (Schomerus, Schindler, et al., 2023).

Bezogen auf die Einstellung zu psychischen Erkrankungen können verschiedene Funktionen erfüllt werden, die von Wissenserwerb bis zur Ausdrucksform persönlicher Werte reichen.

Beispielsweise können Einstellungen zu psychischen Erkrankungen die soziale Integration beeinflussen. Eine positive Einstellung könnte dazu führen, dass eine Person offen über psychische Gesundheit spricht und anderen Unterstützung anbietet, während eine stigmatisierende Einstellung zu sozialer Ausgrenzung führen könnte (Aydin & Fritsch, 2015).

Einstellungen können die Grundlage für die Bildung von Stigmata bilden, indem sie die Wahrnehmung, Bewertung und das Verhalten gegenüber bestimmten Gruppen oder Themen beeinflussen. Negative Einstellungen können zu Vorurteilen, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung führen, während positive Einstellungen zur Verringerung von Stigmatisierung beitragen können.

In der Literatur wird zwischen verschiedenen Arten von Stigmata unterschieden: Öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und Stigmatisierung durch Verbindung (Bos et al., 2013).

Öffentliche Stigmatisierung wird dabei als gesellschaftliche Akzeptanz von Vorurteilen und Diskriminierung gegenüber spezifischen Individuen oder Gruppen und Diskriminierung aufgrund von Merkmalen wie Krankheit, ethnischer Zugehörigkeit oder anderen Unterscheidungsmerkmalen beschrieben.

Bei **Selbststigmatisierung** handelt es sich um die Übernahme der negativen Vorurteile und Stereotypen durch die betroffene Person selbst. Menschen, die von öffentlicher Stigmatisierung betroffen sind, können diese Vorurteile internalisieren und beginnen, sich selbst entsprechend abzuwerten (Dubreucq et al., 2021).

Die **Strukturelle Stigmatisierung** bezieht sich auf die Existenz von Diskriminierung und Benachteiligung auf institutioneller oder gesellschaftlicher Ebene. Strukturelle Stigmatisierung ist in den politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Strukturen verankert und kann sich beispielsweise durch diskriminierende Gesetze in ungleichen Chancen, Ressourcen oder Zugang zu Dienstleistungen manifestieren (Rossmann & Hastall, 2019).

Stigmatisierung durch Verbindung: Diese Form von Stigmatisierung tritt auf, wenn Menschen aufgrund ihrer Verbindung zu einer stigmatisierten Gruppe oder Person diskriminiert werden. Dies kann beispielsweise Familienmitglieder oder Freunde betreffen, die mit einer als stigmatisiert geltenden Person in Verbindung stehen, und erleben eine Art von Stigmatisierung aufgrund dieser Beziehung (Bos et al., 2013).

Pryor und Reeder (2011) bezeichnen die öffentliche Stigmatisierung in ihrem Modell als zentrale Komponente, die mit den anderen Arten, die ebenso miteinander in Beziehung stehen, dynamisch in Verbindung steht (Rossmann & Hastall, 2019).

Die Relevanz von Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen erstreckt sich weit über das Individuum hinaus und prägt das soziale Umfeld, die Arbeitswelt sowie das Gesundheitssystem:

Individuelle Auswirkungen von Einstellungen

Stigmatisierung und Selbstwertgefühl: Negative Einstellungen können zu Stigmatisierung führen, was wiederum das Selbstwertgefühl von Menschen mit psychischen Erkrankungen beeinträchtigt. Die Angst vor Ablehnung und Diskriminierung kann dazu führen, dass Betroffene sich zurückziehen und Hilfe meiden (Schomerus et al., 2019). Häufig wird in diesem Zusammenhang von einer „zweiten Krankheit“ gesprochen (Schomerus, Spahlholz, et al., 2023). Auswirkungen von Stigmatisierung, wie

beispielsweise soziale Isolation, Gefühl der Hoffnungslosigkeit sowie vermindertes Selbstwertgefühl, stehen im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten. (Klonsky & May, 2015). Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen können daher eine wichtige Komponente erfolgreicher Suizidprävention sein (Oexle & Rüscher, 2018).

Zugang zur Behandlung: Positive Einstellungen hingegen können offene Gespräche über psychische Gesundheit fördern und dazu beitragen, dass Betroffene eher professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die Bereitschaft, Unterstützung zu suchen, wird oft durch eine stigmatisierungsfreie Umgebung begünstigt, was unter anderem durch Antistigmatisierungskampagnen erreicht werden kann (Kirchhoff et al., 2023).

Gesellschaftliche Auswirkungen:

Fehlende Ressourcen: Negative Einstellungen könnten zu einem Mangel an Ressourcen für die psychische Gesundheitsversorgung führen. Wenn psychische Erkrankungen stigmatisiert werden, besteht möglicherweise weniger Anreiz, in Programme und Einrichtungen zu investieren, die darauf abzielen, Unterstützung bereitzustellen.

Arbeitsplatzumfeld: In einem stigmatisierenden Umfeld am Arbeitsplatz könnten Menschen zögern, über ihre psychische Gesundheit zu sprechen. Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen kann deren Chance auf Arbeit und Bildung verringern (Rüscher et al., 2005). Positive Einstellungen und ein unterstützendes Arbeitsumfeld fördern hingegen Offenheit und ermöglichen angemessene Anpassungen für Betroffene.

Qualität der Behandlung: Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen beeinflussen das Verhalten von Gesundheitsdienstleistern. Eine positive Einstellung fördert eine empathische und angemessene Behandlung, während Stigmatisierung zu Vorurteilen und möglicherweise zu einer minderen Qualität der Versorgung führen kann (Lien et al., 2019).

Integration von psychischer Gesundheit in die Gesundheitsversorgung: Eine positive Haltung auf institutioneller Ebene fördert die Integration von psychischer Gesundheit in

die allgemeine Gesundheitsversorgung (Schibli et al. 2010). Dies ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung, bei der psychische und physische Gesundheit gleichermaßen berücksichtigt werden.

1.3 Psychische Erkrankungen bei Mediziner:innen

Psychische Erkrankungen sind gerade unter Studierenden weit verbreitet (Rabkow et al., 2020, Auerbach et al., 2016). Besonders Medizinstudierende sind vergleichsweise einem höheren Risiko für Depressionen und Suizidgedanken ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung (Rotenstein et al., 2016).

Bezüglich der Prävalenz und prädiktiven Faktoren depressiver Medizinstudierender wurde in den vergangenen Jahren eine weitläufig angelegte Studie etabliert, um die seelische Gesundheit der Medizinstudierenden der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im gesamten Studienverlauf zu erfassen. Ziel der Untersuchung war es, unter Medizinstudierenden die eigene psychische Gesundheit zu thematisieren und einen Dialog über diese umfassende Thematik auf hochschulischer Ebene sowie darüber hinaus zu initiieren. Aktuelle Ergebnisse stützen die oben genannten Argumente und zeigen eine hohe Prävalenz von Depressionen unter Medizinstudierenden (Pukas et al., 2022). Medizinstudierende weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bereits zu Beginn ihres Studiums eine erhöhte Prävalenz depressiver Symptomatik auf, die sich im Laufe des Studiums verschlechtert (Pelzer et al., 2022). Auch im internationalen Vergleich sind Medizinstudierende einem erhöhten Risiko für Suizid(gedanken) ausgesetzt (Seo et al., 2021).

Eine US-amerikanisch/kanadische Studie zeigte außerdem, dass Medizinstudierende, die unter Depressionen leiden, häufiger Stigmatisierung von Seiten ihrer Kommiliton:innen fürchteten, als gesunde Proband:innen (Schwenk et al., 2010).

Medizinstudierende haben allerdings nicht allein die Rolle als Betroffene inne, sondern auch als zukünftige Ärzt:innen mit großer Verantwortung gegenüber ihren Patient:innen.

Psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Burnout unter Assistenzärzt:innen können eine adäquate Patient:innenversorgung erheblich beeinträchtigen und die Sicherheit der Patient:innen gefährden, wenn dadurch beispielsweise häufiger Medikamentenfehler passieren (Fahrenkopf et al., 2008).

Mediziner:innen wird in der Gesellschaft ein hohes Maß an Kompetenz zugeordnet und sie genießen ein hohes soziales Ansehen. Ihnen kann daher eine gewisse Vorbildfunktion auch im Hinblick auf Einstellungen zu psychischen Erkrankungen zugeordnet werden.

Laut einem Interview mit Sozialmediziner und Public-Health-Wissenschaftler David Klemperer im hallensischen Sozialmedizin-Newsletter „Upstream“ sollten Mediziner:innen ihr hohes Ansehen in der Gesellschaft nutzen, da ihre Stimme eher gehört werde (Klemperer, 2021).

1.4 Einstellungen zu psychischen Erkrankungen bei Mediziner:innen

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Depressionen und Schizophrenie sind unter zukünftigen Ärzt:innen weit verbreitet und können die Behandlung von psychiatrischen Patient:innen beeinträchtigen wie beispielsweise eine nigerianische Studie zeigt (James et al., 2012).

Eine andere Studie aus Taiwan untersuchte die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen unter medizinischem Fachpersonal und erörterte, ob und in wieweit sich die Einstellungen über die Zeit verändern. Die Meta-Analyse mit methodisch unterschiedlichen Skalen zeigt, dass die soziale Distanz und die Einstellungen von medizinischen Fachkräften gegenüber psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf positiver geworden sind (Lien et.al., 2019).

In der Studie von Lien et. al. wird der Fokus allerdings nicht in erster Linie auf die beeinflussenden Faktoren, sondern besonders auf die Auswirkungen von stigmatisierenden Einstellungen von medizinischem Personal gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gelegt.

Stigmatisierung könne dabei Einfluss auf die Qualität in der gesundheitlichen Versorgung nehmen, was unter anderem zur Fehl- beziehungsweise Unterversorgung psychiatrischer Patient:innen führen könnte.

Des Weiteren wird durch negativ behaftete Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen ein Personalmangel in psychiatrischen Einrichtungen von den Autor:innen befürchtet und die damit einhergehende abnehmende fachärztliche Ausbildung für Psychiatrie und Psychosomatik könnte daraufhin in Zukunft zu einer enormen Versorgungskrise im psychiatrischen Bereich führen.

Die Ergebnisse bekräftigen außerdem die Wirksamkeit von Anti-Stigma-Programmen und bieten Einblicke für zukünftige Initiativen zur Verbesserung der Einstellungen von medizinischen Fachkräften und somit auch zur Qualität der Gesundheitsversorgung. (Lien et.al., 2019).

Die Autor:innen Neumann et. al. gehen in ihrer Studie der Frage nach, ob die Einstellung von Medizinstudierenden durch das Studium beeinflusst werden oder ob die Persönlichkeit dabei eine Rolle spielt. Während die Persönlichkeit keine sonderlich große Rolle in Bezug auf die Einstellung zu psychischen Erkrankungen darstellt, haben die Studierenden am Ende ihres Studiums im Vergleich zum Anfang eine stigmatisierendere Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen (Neumann et al., 2012). Dabei wird betont, Studierenden zukünftig eine bessere Ausbildung im Studium zu ermöglichen, um ein besseres Bewusstsein für Stigmata psychischer Erkrankungen zu schaffen.

Andere Studien legen nahe, dass die Einstellung zu psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden nicht signifikant schlechter ist als in der Gesamtbevölkerung und dass durch mehr praxisorientierte Angebote im Studium sowie Anti-Stigma-Programme die Einstellung verbessert werden kann und Stigmata abgebaut werden können: Eine prospektive Kohortenstudie untersuchte beispielsweise die Auswirkungen eines klinischen Psychiatrie-Praktikums auf die Einstellungen von südafrikanischen Medizinstudierenden. Die Einstellungen der Studierenden wurden vor und nach der 7-wöchigen klinischen Rotation im 5. beziehungsweise 6. Jahr des Grundstudiums gemessen. Dabei wurde eine signifikante Verbesserung der Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen nach der Rotation festgestellt (De Witt et al., 2019).

Vorläufige Ergebnisse einer aktuellen spanischen Studie zeigen, dass Studierende ähnliche Niveaus stigmatisierender Einstellungen wie die Allgemeinbevölkerung aufweisen (Atienza-Carbonell et al., 2024). Es fanden sich hierbei zusätzlich erste Hinweise auf

mögliche Einflussfaktoren bezüglich der Einstellung zu psychischen Erkrankungen: Sowohl in der Gruppe der Studierenden als auch in der allgemeinen Bevölkerung waren weibliches Geschlecht, höheres Alter, vorheriger Kontakt mit Personen mit psychischen Erkrankungen und besseres Wissen über psychische Gesundheit mit geringerer Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen verbunden.

Eine aktuelle deutsche Studie zeigte im Rahmen des Teilbereichs eines Projekts mit dem Förderschwerpunkt „Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen“ erste Ergebnisse bezüglich stigmatisierender Einstellungen gegenüber Menschen mit Alkoholkonsumstörungen unter Medizinstudierenden (Rumpf et al., 2023): Dabei wurde in einer Befragung von Medizinstudierenden in ganz Deutschland ermittelt, bei welchen Erkrankungen, somatische wie auch psychische, sie am ehesten Einsparungen im Gesundheitsversorgungssystem befürworten würden. Die Mehrheit der Studierenden sprach sich dabei für Einsparungen bei "Alkoholismus" aus. Es zeigten sich außerdem stigmatisierende Tendenzen, da psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und Depressionen ebenfalls auf den vorderen Plätzen bezüglich der Einsparung im Gesundheitssystem rangierten. Diese Tendenzen waren unabhängig von angestrebten Fachrichtungen und traten auch bei Studierenden mit dem Berufsziel Psychiatrie auf.

Es ist wichtig, dass im medizinischen Bereich ein Bewusstsein für psychische Erkrankungen geschaffen wird und dass sich dies auch in der Lehre abbildet. Zusätzlich sollten in diesem Bereich regelmäßig Fortbildungen für Ärzt:innen angeboten werden. Dadurch können Vorurteile abgebaut und eine positive Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen gefördert werden.

2 Zielstellung

Diese Arbeit soll den Zusammenhang verschiedener Einflussfaktoren auf die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden thematisieren.

2.1 Zusammenfassung des Wissensstandes

In der Zusammenschau der bereits erwähnten Studien bezüglich der Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden bzw. im Personalwesen des Gesundheitswesens, zeigt sich, dass in diesem Zusammenhang bereits einiges bekannt ist. Dabei wird jedoch häufig der Fokus auf die gesellschaftlichen Auswirkungen von negativen Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen sowie den möglichen Interventionen zur Änderung von Einstellungen gelegt (Lien et al., 2019). Einige Studien belegen auch, dass Psychiatrie-Rotationen im Medizinstudium sinnvoll sind und zu positiveren Einstellungen der Studierenden gegenüber psychischen Erkrankungen beitragen (De Witt et al., 2019, Vilar Queirós et al., 2021). Allerdings ist im deutschsprachigen Raum bisher wenig bekannt, was für den internationalen Vergleich jedoch von Bedeutung wäre. Weiterhin gibt es Ansätze in Studien, die vermuten, wovon die Einstellung abhängen kann bzw. welche Faktoren eine Rolle spielen (beispielsweise das oben beschriebene CAN-Modell). Die beeinflussenden Faktoren von Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen wurden allerdings bisher noch nicht ausreichend im Hinblick auf Medizinstudierende untersucht. Mit vorliegender Arbeit soll versucht werden, diese Lücke zu schließen.

Verschiedene Studien berichten außerdem über mögliche Zusammenhänge zwischen individuellen Wertevorstellungen und der Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen: Eine schwedische Studie zeigte beispielsweise, dass Personen, die sich mit konservativen Parteien und traditionellen Werten identifizieren, höhere Werte in Bezug auf die Stigmatisierung von Menschen mit Depressionen aufweisen (Löve et al., 2018). Andere Forschungsarbeiten diesbezüglich betonen, dass Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen sowohl bei liberalen, als auch bei konservativen Wertorientierungen vorkommen kann (Schomerus & Angermeyer, 2021).

2.2 Ableitung der Fragestellung

Es gibt also bereits einige Ansätze über mögliche Einflussfaktoren auf Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen. Bezogen auf die Einstellung zu psychischen Erkrankungen speziell unter Medizinstudierenden als werdende Ärzt:innen ist allerdings wenig bekannt.

Neben den bisherigen Fragestellungen zur Belastung Studierender mit depressiven Symptomen und assoziierten Risiko- und Resilienzfaktoren, sucht die aktuelle Studierenerweiterung zum einen nach Zusammenhängen zwischen selbstberichteter Depressivität und stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen.

Diese Arbeit soll außerdem der Frage nachgehen, von welchen Faktoren die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden abhängt und wie diese möglicherweise beeinflusst werden können.

Einstellungen basieren zumeist auf gefestigten Strukturen und sind daher nur schwer zu ändern. Es kann deshalb hilfreich sein, mehr über die Beeinflussungsmerkmale der Einstellung zu erfahren und diese im Kontext besser zu verstehen. Ihre Änderung kann so möglicherweise erleichtert werden.

In dieser Untersuchung sollen eventuelle Einflussgrößen auf Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen identifiziert werden, um die gezielte Weiterentwicklung der psychologischen und psychosomatischen Ausbildung im Medizinstudium zu fördern und durch Änderung der Einstellung eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu erreichen.

Dabei orientiert sich die vorliegende Arbeit zum Teil an der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1991), sowie am oben beschriebenen CAN Modell (Dalege et al., 2016). Mögliche Faktoren, die die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen beeinflussen sind beispielsweise Geschlecht, eigene Betroffenheit, positive Familienanamnese, sowie (soziale) Herkunft mit den Unterpunkten sozioökonomischer Status, kulturelle Prägung/Sozialisation und das Vorhandensein eines sozialen Korrektivs.

3 Material und Methoden

3.1 Stichprobe und Studiendesign

Diese Arbeit ist Teil einer größeren Studie zum Thema Psychische Gesundheit unter Medizinstudierenden wovon bereits einige Ergebnisse veröffentlicht wurden (Rabkow et al., 2020, Pukas et al., 2022, Pelzer et al., 2022).

Die aktuelle Studie wurde vor Beginn durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Bearbeitungsnummer 2017-138) positiv votiert. Es bestanden keine Interessenskonflikte.

Die Rekrutierung der Studierenden fand an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) statt. Die Studie war als Längsschnittstudie angelegt und untersuchte die Belastung der Medizinstudierenden mit psychischen Erkrankungen sowie deren Einstellungen zu psychischen Erkrankungen. Die vorliegende Arbeit befasst sich dabei mit der querschnittlichen Analyse der Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen bei den Studienteilnehmenden sowie damit assoziierten Faktoren.

Der Frage nach der Einstellungsänderung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden im Verlauf ihres Studiums wird in einer eigenständigen Arbeit nachgegangen.

Für die geplante Vollerhebung wurden zwei Jahrgänge untersucht, die jeweils möglichst vollständig in die Studie eingeschlossen werden sollten. Diese waren:

- Vorklinischer Abschnitt im 2. & 3. Semester (Matrikel 2020)
- Klinischer Abschnitt 8.-10. Semester (Matrikel 2017).

Im Rahmen von Seminarveranstaltungen an der medizinischen Fakultät (Anatomie, Medizinische Psychologie im vorklinischen Abschnitt; Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin im klinischen Abschnitt) erfolgte die Rekrutierung der Studierenden der Medizin. Die Teilnahme war freiwillig; die Studierenden wurden darüber aufgeklärt, dass die von ihnen gemachten Angaben pseudonymisiert erhoben werden und eine Nichtteilnahme an der Studie keinerlei negative Konsequenzen auf die Teilnahme an der jeweiligen Lehrveranstaltung bzw. ggf. auf zu erbringende Leistungsnachweise hatte.

Die Information zur Studie sowie die Ausgabe der Fragebögen erfolgte in Lehrveranstaltungen, die Rückgabe erfolgte im verschlossenen Umschlag über an zentralen Stellen positionierte Rückgabeboxen.

Um Doppelseinschlüsse einzelner Studierender in die Studie zu vermeiden, bzw. da die Arbeit in einer angeschlossenen Studie (R. Sandmann) längsschnittlich ausgewertet wird, wurden die Studierenden gebeten, ein selbst generiertes Pseudonym auf ihrem Fragebogen zu vermerken. Dieses Pseudonym setzte sich aus dem Geburtstag, den Anfangsbuchstaben des Namens sowie dem Geburtsort der Mutter des jeweiligen Teilnehmenden zusammen und erlaubt für die hier vorliegende Arbeit die Prüfung von bereits vorliegenden Bögen der Studierenden. Durch die wiederholte Vorstellung der Studie über die Semester konnte damit ein großer Teil der angesprochenen Studierenden für die Fragebogenbearbeitung erreicht werden.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren ca. $n = 480$ Studierende für Humanmedizin in den angesprochenen Matrikeln eingeschrieben. Dabei handelt es sich um $n = 250$ Personen des vorklinischen Abschnitts und ca. $n = 230$ Personen des klinischen Abschnitts.

Insgesamt konnten $n = 476$ Personen in die Studie eingeschlossen werden. Dies entspricht zunächst einer Rücklaufquote von 99%. Mit Blick auf die Matrikel der effektiv eingeschlossenen Studienteilnehmenden fand sich, dass aus dem Matrikel 2020 $n = 249$ Personen (99,6%) über die wiederholten Anfragen eingeschlossen werden konnten, zwei weitere Personen waren als „Springer“ zu bezeichnen. Somit betrug die vorklinische Teilstichprobe insgesamt $n = 251$ Personen.

Im klinischen Abschnitt fanden sich $n = 225$ Teilnehmende. Davon stammten 204 Personen (Rücklaufquote 88,7%) aus dem angesprochenen Matrikel 2017, 21 weitere Personen galten hier wiederum als „Springer“ aus dem Matrikel 2016.

Insgesamt waren $n = 330$ Personen (69,3%) weiblichen Geschlechts. Die vorklinische und die klinische Stichprobe unterschieden sich nicht signifikant bezüglich dieses Merkmals ($\chi^2[\text{df} = 1] = 1,935$; $p = 0,164$). Bei insgesamt fünf Personen (1,1%) erwies sich das soziale Geschlecht (Gender) als divers.

Die Studienteilnehmenden waren im Mittel 23,10 Jahre alt ($SD = 4,00$). Naturgemäß waren die Teilnehmenden der vorklinischen Stichprobe mit $M = 21,16$ ($SD = 3,18$, Range: 17-36) Jahren signifikant jünger als die Teilnehmerinnen des klinischen Studienabschnitts ($M = 25,25$; $SD = 3,71$; Range: 21-40; $t[\text{df} = 474] = -12,84$; $p < 0,001$). Nicht in Deutschland aufgewachsen waren insgesamt 21 Personen (Vorklinik: $n = 10$, Klinik: $n = 11$).

3.2 Operationalisierung der Fragestellung

3.2.1 Operationalisierung der abhängigen Variable – Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen, ATAMHS

Zur Operationalisierung der abhängigen Variable „Einstellungen“ gegenüber psychischen Erkrankungen wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt, um verfügbare Instrumente auf ihre Anwendbarkeit in der vorliegenden Arbeit zu prüfen. Dabei konnten folgende Fragebögen identifiziert werden: „*Social Distance Scale, SDS*“ (Link et al., 1987, Eissazade et al., 2022), „*Opinions about Mental Illness, OMI*“ (Cohen & Struening, 1962), „*Community Attitudes towards Mental Illness, CAMI*“ (Taylor & Dear, 1981), „*Attitudes to Mental Illness Questionnaire, AMIQ*“ (Cunningham et al., 1993) sowie „*Attitudes Toward Acute Mental Health Scale, ATAMHS*“ (Baker et al., 2005). Während die SDS aus lediglich fünf Fragen bezüglich der wahrgenommenen sozialen Distanz zu einer Fallvignette (Personen mit psychischen Erkrankungen) bestand, stellte die CAMI eine ebenfalls über 40 Jahre alte Studie zum semantischen Differential und weniger zu konkreten Einstellungen dar. Die OMI aus dem Jahr 1962 umfasst 51 Aussagen zu Einstellungen zur Psychiatrie und zur Behandlung psychischer Erkrankungen, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala bewertet werden, wobei die 5 verschiedenen Domänen Autorität, soziale Einschränkung, Wohlwollen, mentale Hygiene und interpersonelle Ätiologie aufgeführt werden. Diese Methodik wird auch in vergleichbaren Studien verwendet (Lien et al., 2019, Porfyri et al., 2022). Allerdings spiegelt der Inhalt dieser Fragen die zeitgenössische Bewertung psychischer Erkrankungen wider, die extrahierte Faktorstruktur umfasst folglich „Bedauern vs. Toleranz“, „Ähnlichkeiten zu somatischen Erkrankungen“, „Ausschluss psychisch kranker Personen aus bestimmten Bereichen des sozialen Lebens“ und „Interpersonelle Ätiologie“. CAMI findet als modifiziertes OMI außerdem als 5-stufige Likert-Skala Verwendung, die vor allem den Fokus auf die Akzeptanz psychiatrischer Krankheiten in der Gesellschaft legt (Bedaso et al., 2016).

AMIQ von Cunningham et al. (1993) als weiteres Instrument zur Messung der Einstellungen gegenüber psychisch kranken Personen besteht aus verschiedenen Aussagen, zu denen die Studienteilnehmenden ihre Zustimmung oder Ablehnung angeben. Die Fra-

gen zielen darauf ab, die Einstellungen zu verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit zu erfassen, einschließlich Ursachen, Behandlung und sozialer Interaktion. Dabei werden einzelne Fallvignetten von Personen mit einer psychischen Krankheit dargeboten. Zu jeder Fallvignette werden 5 Fragen zur Einstellung bezüglich dieser Person gestellt, die mittels einer 6-stufigen Likert-Skala bewertet werden sollen (Luty et al., 2006, De Witt et al., 2019). Bei dem ATAMHS Fragebogen handelt es sich um ein vergleichsweise aktuelles Verfahren, das speziell für Pflegepersonal entworfen wurde. ATAHMS, "Attitudes Toward Acute Mental Health Scale" (Baker et al., 2005) umfasst insgesamt 33 Fragen. Dieser wurde speziell für den Gebrauch in stationären psychiatrischen Einrichtungen entworfen und soll die Einstellung von Personen gegenüber psychiatrischen Erkrankungen erfassen.

Die Items beinhalten wertende Aussagen bezüglich psychiatrischer Erkrankungen, die sich anhand einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („starke Zustimmung“) bis 5 („starke Ablehnung“) beantworten lassen und in die vier Rubriken „Betreuung oder Kontrollierbarkeit“, „Semantische Differentiale“ (Begriffspaare), „therapeutische Perspektive“, „schwierige Behandlungsmöglichkeiten“ und „positive Einstellungen“ eingeteilt sind. Die Fragen wurden aus dem Englischen Original ins Deutsche übersetzt, dabei wurden in der vorliegenden Arbeit 8 Fragen aufgrund von fehlender Relevanz für die oben genannte Fragestellung entfernt. Diese fielen unter die Rubrik „Semantische Differentiale“, bei denen die Studienteilnehmenden zwischen gegensätzlichen Begriffspaaren wählen sollten, welche die Haltung zu Menschen mit psychischen Erkrankungen charakterisieren sollen wie beispielsweise „freundlich – unhöflich“, „optimistisch – pessimistisch“ oder „sicher – gefährlich“. Da sich diese Items vor allem auf die Charaktereigenschaften und Persönlichkeit von psychisch erkrankten Personen fokussieren, entschieden wir uns für die Entfernung dieser Aussagen für die vorliegende Studie. Es ergaben sich schließlich 25 der ursprünglich 33 Items. Dieser Fragebogen wurde zwar bisher nur für die Auswertung von Einstellungen zu psychischen Erkrankungen bei Pflegepersonal angewendet. Da diese Gruppe jedoch genauso zu den medizinischen Fachkräften im Gesundheitswesen gehört wie (angehende) Ärztinnen und Ärzte, entschieden wir uns für diese Art von Instrument, wobei sich der Fragebogen auch auf die Einstellungen von

Medizinstudierenden übertragen lässt. ATAMHS ist außerdem auch durch andere Studien reproduzierbar (Foster et al., 2008, Gang et al., 2014), weist damit gute bis sehr gute Reliabilitäten und Validitäten auf und ist vergleichsweise aktuell.

3.2.2 Operationalisierung der unabhängigen Variablen

Neben der bislang erprobten biometrischen Studienmethodik, dem Instrumentarium zu Risiko- und Resilienzfaktoren (*Fragebogen zur Selbstbeschreibung und Studium*), Depressivität *Beck-Depressions-Inventar* (BDI-II, Beck et al., 1996) und Persönlichkeit *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar* (NEO-FFI, Borkenau & Ostendorf, 2008) die klinisch sowie außer-klinisch weitläufig etablierte Fragebögen darstellen, erfolgte lediglich die Ergänzung des Fragebogens um das Instrument zur Messung der Einstellung Medizinstudierender gegenüber psychischen Erkrankungen (ATAMHS).

Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II):

Das BDI-II nach Beck et al. (1996) ist ein weit verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument, das sowohl der Diagnosestellung einer depressiven Störung dient, als auch den Schweregrad depressiver Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen sowohl bei klinischen als auch bei gesunden Stichproben erfasst (Herzberg et al., 2008). Die deutsche Übersetzung erfolgte durch Kühner et al. (2007).

Der Fragebogen erfasst die Symptome einer Depression anhand von 21 Items. Diese umfassen Traurigkeit, Pessimismus, Misserfolge, Verlust von Freude, Schuld- und Bestrafungsgefühle, Abneigung gegen sich selbst, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken oder -wünsche, Weinen, Unruhe, Interesselosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit und Energieverlust, sowie Veränderungen in Schlaf- und Essgewohnheiten, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust des Interesses an Sex. Die Antworten erfolgen hauptsächlich über eine 4-stufige Likert-Skala von 0 (keine Symptome) bis 3 (starke Symptome). Für die Items 16 ("Veränderung von Schlafgewohnheiten") und 18 ("Veränderung des Appetits") stehen sieben mögliche Antwortoptionen zur Auswahl.

Zur Auswertung des BDI-II werden die Indexwerte zu einem Gesamtscore addiert, wobei der maximale Gesamtscore 63 Punkte beträgt. Ein Gesamtscore von 0-13 Punkten deutet auf das Fehlen einer Depression, das Vorhandensein einer klinisch unauffälligen Depression oder einer Depression in Remission hin. Ein Gesamtscore von 14-19 Punkten kann auf eine milde Depression hinweisen, während ein Score von 20-28 Punkten auf eine mittelschwere Depression hindeutet. Ab einem Gesamtscore von 29 Punkten wird eine schwere Depression angenommen.

Die psychometrischen Eigenschaften des BDI-II sind sowohl in klinischen als auch in nicht-klinischen Stichproben gut etabliert und weisen eine sehr gute Validität sowie eine gute Objektivität und Reliabilität auf (Herzberg et al., 2008). Dank seiner überzeugenden psychometrischen Merkmale, einer stabilen Retestreliabilität in nicht-klinischen Stichproben und der Fähigkeit, verschiedene Schweregrade zu unterscheiden, ist das BDI-II ein weit verbreitetes und geeignetes Testverfahren für Jugendliche und Erwachsene ab 13 Jahren (Kühner et al. 2007). In der vorliegenden Studie weist das BDI-II eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,937$ auf.

NEO-Fünf-Faktoren-Inventar

Das NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992), übersetzt von Borkenau & Ostendorf (2008) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Persönlichkeitsfaktoren und erhebt die sogenannten „Big Five“: Offenheit für Erfahrungen, Extraversion, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit.

In der Forschung lassen sich Zusammenhänge zwischen Depressivität und dem Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus belegen (Malouff et al., 2005, Hengartner et al., 2016). Daher wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Subskala zu Neurotizismus verwendet, auf die übrigen oben genannten „Big Five“ wird dabei bewusst verzichtet. Die Subskala „Neurotizismus“ besteht aus 12 Items, und lässt sich anhand einer 5-stufigen Likert-Skala beantworten. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 (starke Ablehnung) bis 4 (starke Zustimmung). Beispielitems sind „Ich fühle mich oft angespannt und nervös.“ (5), „Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schiefgeht.“ (9)

und „Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.“ (11).

Im Auswertungsprozess werden die Antworten auf die Fragen zu einem Gesamtwert addiert. Dieser wird durch die Anzahl der beantworteten Fragen geteilt, um den Mittelwert der Skala zu erhalten, der Werte zwischen 0 und 4 annehmen kann. Ein höherer Durchschnittswert auf der verwendeten Skala deutet auf eine stärkere Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals Neurotizismus hin.

Das NEO-FFI hat eine gute Objektivität, Validität sowie Reliabilität, wie beispielsweise eine Schulleistungsstudie zeigt (Cronbachs α zwischen .73 und .83, Lüdtke et al., 2004). In der vorliegenden Studie weist die Neurotizismus-Skala eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,859$ auf.

Fragebogen zur Selbstbeschreibung – Soziodemographische Fragen, Belastungen und Resilienzfaktoren

Der *Fragebogen zur Selbstbeschreibung und Studium* wurde in verschiedenen vorherigen Studien zum Thema psychische Erkrankungen bei Studierenden (Rabkow et al., 2020, Pukas et al., 2022) entwickelt und fragt unterschiedliche Faktoren im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ab. Da einige der dort enthaltenen Variablen für die oben genannte Fragestellung relevant sind und in der Auswertung eine Rolle spielen, wird im Folgenden genauer darauf eingegangen:

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 68 Fragen, die soziodemografische Variablen sowie potenzielle Risiko- und Resilienzfaktoren in Bezug auf Depressionen abdecken. Von diesen Fragen können 18 in einem offenen Format beantwortet werden, während für die übrigen 50 Fragen vorgegebene Antwortmöglichkeiten vorliegen. Diese vorgegebenen Antworten variieren zwischen dichotomen Optionen, 4- und 5-stufigen Likert-Skalen sowie festgelegten Antwortmöglichkeiten mit der Option zur Mehrfachnennung. Die Likert-Skalen reichen von 0 (*geringe Ausprägung des Risiko-/Resilienzfaktors*) bis 4 bzw. 5 (*hohe Ausprägung des Risiko-/Resilienzfaktors*).

Der Fragebogen ist in zwei Abschnitte unterteilt: Der erste Teil umfasst 24 Items zur Selbsteinschätzung, von denen sieben Fragen in einem offenen Format und 17 Fragen anhand vorgegebener Antwortmöglichkeiten beantwortet werden können. Der zweite Teil des Fragebogens besteht aus 44 Fragen zum Studium der Teilnehmenden. Von diesen können 33 Fragen mithilfe vorgegebener Antwortmöglichkeiten beantwortet werden, während für elf Fragen ein offenes Format vorgesehen ist. Insgesamt werden mit diesem Fragebogen 13 Risikofaktoren erfasst, darunter fünf belastende Faktoren im Zusammenhang mit dem Studium und acht Resilienzfaktoren. Im Folgenden werden diese Faktoren genauer beschrieben:

Risikofaktor *familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen*. Das Vorliegen einer möglichen genetischen Prädisposition für psychische Erkrankungen wird mithilfe des Items „War/ist eines Ihrer Familienmitglieder aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung?“ (23) erfasst. Als Antwortmöglichkeiten werden acht verschiedene psychische Störungen, wie z. B. Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Essstörungen sowie die Antwortmöglichkeiten „nein“ und „weiß ich nicht“ zur Beantwortung mit möglicher Mehrfachnennung angegeben. Das Item unterzieht sich in der Bearbeitung einer vierfachen Form, da es nicht nur die psychische Gesundheit der Eltern, sondern auch die der Geschwister und Großeltern abfragt. Ein Risikofaktor liegt vor, wenn mindestens eines dieser Familienmitglieder aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung war. Die Antwortalternative „Demenz“ wird im Rahmen der Auswertung nicht berücksichtigt, da von einer starken Konfundierung mit dem Alter auszugehen ist.

Risikofaktor *weibliches Geschlecht*. Dieser Risikofaktor liegt vor, wenn bei dem Item „biologisches Geschlecht“ (1) „weiblich“ ausgewählt wird.

Risikofaktor *aufgewachsen in den neuen Bundesländern*. Die geografische Herkunft wird anhand des Items „In welchem Bundesland sind Sie aufgewachsen?“ (10) erfasst und als Antwortmöglichkeiten werden alle 16 Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland aufgelistet sowie die zusätzliche Antwortalternative „nicht in Deutschland aufgewachsen“. Der Risikofaktor liegt vor, wenn das Item mit der Angabe eines neuen Bundeslandes beantwortet wird.

Risikofaktor *niedriger sozioökonomischer Status*. Der sozioökonomische Status wird mithilfe folgender Items erfasst: „Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihre Mutter?“ (11), „Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihre Mutter?“ (12), „Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihr (sozialer) Vater?“ (14) und „Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihr (sozialer) Vater?“ (15). Von einem niedrigen sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie wird ausgegangen, wenn für beide Elternteile mindestens eines der folgenden Antwortalternativen zutrifft: „ohne Schulabschluss“, „Hauptschule“ oder „ungelernt“.

Risikofaktor *Verlust eines Elternteils*. Dieser Risikofaktor liegt vor, wenn das Item „Haben Sie ein Elternteil durch Trennung oder Tod verloren?“ (19) mit der Antwortmöglichkeit „Trennung der Eltern“, „Tod des Vaters“ oder „Tod der Mutter“ beantwortet wird.

Risikofaktor *finanzielle Belastung*. Die finanzielle Belastung wird durch das Item „Stehen Ihnen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung?“ (40) erfasst. Zur Beantwortung kann zwischen den Antwortmöglichkeiten „mehr als genügend“, „ausreichend“, „manchmal zu wenig“, „oft zu wenig“ oder „ich stehe meist unter großem finanziellen Druck“ ausgewählt werden. Dieser Risikofaktor liegt vor, wenn eine der drei letztgenannten Antwortalternativen ausgewählt wird.

Risikofaktor *Alkoholkonsum*. Mit dem Item „Wie oft trinken Sie mehr als 6 (Frauen) oder mehr als 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit? (1 Drink = 250 ml Bier oder 1 Glas Wein oder 2 cl Schnaps)“ (60) wird der Alkoholkonsum erfasst. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 (*nie*) bis 5 (*[fast] täglich*). Wird dieses Item mit 3 (*monatlich*) oder höher beantwortet, liegt der Risikofaktor *Alkoholkonsum* vor.

Risikofaktor *Konsum von Drogen oder Medikamenten*. Folgende Items dienen der Erfassung eines kritischen Gebrauchs von Drogen oder Medikamenten: „Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Verbesserung von Konzentration und Leistung?“ (65) und „Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Beruhigung oder um schlafen zu können?“ (66). Koffeinhaltige Getränke, Nahrungsmittel (z. B. Schokolade), Medikamente und aktivierende bzw. sedierende Drogen stehen als Antwortalternativen zur

Verfügung und der Risikofaktor liegt vor, sofern ein Konsum von Medikamenten oder Drogen angegeben wird.

Studienbezogene Belastungsfaktoren. Das Item „Gibt es Dinge, die es Ihnen aktuell schwer machen, mit Ihrer Studien-Entscheidung glücklich zu sein?“ (36) erfasst Risikofaktoren, welche unter studienbezogenen Belastungsfaktoren zusammengefasst werden können. Im Gegensatz zu den zuvor genannten Risikofaktoren beziehen sich diese Faktoren speziell auf aktuelle Belastungen, die sich aus dem Studium ergeben. Die Frage kann mehrfach beantwortet werden, wobei bestimmte Belastungsfaktoren als Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Symptome berücksichtigt werden: *Unsichere Zukunftsperspektive, Konkurrenz unter den Studierenden, Zeitnot sowie Leistungsdruck und Überforderung.*

Resilienzfaktor *Nutzung von Entspannungstechniken.* Das Item „Nutzen Sie spezifische Techniken zur Entspannung (z. B. Yoga, PMR, [...])“ (58) erfasst, ob Studierende Entspannungsverfahren anwenden. Es liegt ein dichotomes Antwortformat (*ja/nein*) vor. Wenn Studierende dem Item zustimmen, wird davon ausgegangen, dass der Resilienzfaktor vorliegt.

Resilienzfaktor *Zufriedenheit im Studium.* Dieser Resilienzfaktor setzt sich aus drei verschiedenen Items zusammen. Damit dieser Resilienzfaktor vorliegt, muss erstens das Item „Macht Ihnen Ihr Studium Spaß?“ (33) auf der 4-stufigen Likert-Skala mit 1 (*ja, fast immer*) oder 2 (*meist*) beantwortet werden. Zweitens muss das Item „Würden Sie sich aus heutiger Sicht wieder für das Medizin-Studium entscheiden?“ (35), entweder mit der Antwortalternative 3 (*die Perspektive des Berufes lässt mich die Hürden überwinden*) oder 4 (*Ich würde mich auf jeden Fall wieder so entscheiden*) beantwortet werden. Zusätzlich muss das Item „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Studium?“ (53) auf einer Skala von 1 (*sehr zufrieden*) bis 4 (*sehr unzufrieden*) mit einem Skalenwert von eins oder zwei als Antwort vorliegen.

Resilienzfaktor *Religion.* Das Item „Welche Bedeutung spielt Religion in Ihrem heutigen Leben?“ (22) erfasst die Religiosität der Studierenden. Bei einer Beantwortung des Items

auf der 4-stufigen Likert-Skala mit 3 (*mittelmäßige Bedeutung*) oder 4 (*extrem wichtig*) wird von Religion als Resilienzfaktor ausgegangen.

Resilienzfaktor *gesunde Ernährung*. Auf die Ernährung der Studierenden wird anhand der Items „Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich?“ (56) und „Achten Sie auf eine gesunde Ernährung?“ (57) eingegangen. Von einer gesunden Ernährung als Resilienzfaktor im Hinblick auf die Entwicklung depressiver Symptome wird bei einer Beantwortung beider Items mit 1 (*ja*) oder 2 (*meistens*) auf der 4-stufigen Likert-Skala ausgegangen.

Resilienzfaktor *aktives Musizieren* und Resilienzfaktor *Sport*. Die Items „Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie aktiv Sport?“ (48) und „Wie viele Stunden pro Woche musizieren Sie aktiv?“ (49) können in einem offenen Antwortformat durch die Angabe der Stundenanzahl beantwortet werden. Ab einer Stunde pro Woche, in der aktiv musiziert wird bzw. ab zwei Stunden pro Woche, in denen aktiv Sport betrieben wird, wird das Vorliegen des Resilienzfaktors *aktives Musizieren* bzw. *Sport* angenommen.

Resilienzfaktor *emotionale Unterstützung*. Die Frage „Erfahren Sie ausreichend emotionale Unterstützung?“ (43) kann anhand einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Antwortalternativen reichen von 1 (*mehr als genügend*) bis 5 (*keine*). Dabei wird davon ausgegangen, dass Studierende ausreichend emotionale Unterstützung erfahren, wenn dieses Item mit 1 (*mehr als genügend*) oder 2 (*ausreichend*) beantwortet wird.

Resilienzfaktor *soziale Kontakte*. Das Item „Wie bewerten Sie die Ihnen für Freunde, Familie und Partnerschaft zur Verfügung stehende Zeit?“ (51) erfasst die sozialen Kontakte der Studierenden. Bei der Beantwortung dieser Frage auf der 5-stufigen-Likert-Skala mit 1 (*mehr als genügend Zeit*) oder 2 (*ausreichend Zeit*), wird von ausreichend sozialen Kontakten im Sinne von sozialen Kontakten als Resilienzfaktor für depressive Symptome ausgegangen.

Die bisher eingesetzten Bögen zu gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten, der Schlafragebogen PSQ sowie die Probennahme zur Bestimmung von genetischen Risikofaktoren entfallen in dieser Erhebung. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS.

3.3 Statistische Hypothesen und Auswertungsplan

Es ergeben sich folgende statistische Hypothesen:

Die Einstellung zu psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden der MLU ist von verschiedenen Faktoren abhängig, beziehungsweise wird von diesen beeinflusst. Diese lassen sich in verschiedene übergeordnete Rubriken mit einzelnen Unterpunkten einteilen:

Biologisches Geschlecht, eigene Betroffenheit, positive Familienanamnese, sowie (soziale) Herkunft mit den Unterpunkten sozioökonomischer Status, kulturelle Prägung/Sozialisation und das Vorhandensein eines sozialen Korrektivs.

Für die Annahme der Alternativhypothese müssen die oben genannten Beeinflussungsmerkmale positiv mit den Iteminhalten des ATAMHS-Fragebogens korrelieren.

Außerdem soll festgestellt werden, ob jeweils ein Zusammenhang zwischen der selbstberichteten Depressivität mittels BDI II-Fragebogen sowie zwischen der Persönlichkeit mittels NEO-FFI-Fragebogen und stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen besteht.

4 Ergebnisse

4.1 Skalenstruktur & Psychometrie ATAMHS

Der eingesetzte Fragebogen zu Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen ATAMHS wies initial eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,741$ über $n = 476$ Personen auf. Die Skala, Iteminhalte sowie die zugehörigen korrigierten Item-Skala-Korrelationen und Änderung der internen Konsistenz bei Selektion des Items finden sich in Tabelle 1.

In einem folgenden Schritt wurden alle Items ausgeschlossen, deren Selektion zu einer Erhöhung der internen Konsistenz führten. Dies betraf die Fragen 11, 12, 15, 22, 23 und 25. Damit wurden diejenigen Items mit niedrigen Item-Skalen-Korrelationen aus der Gesamtskala eliminiert. Die interne Konsistenz der sich aus 19 Items zusammensetzenden verbliebenen Skala betrug anschließend $\alpha = 0,769$.

In Tabelle 2 finden sich die deskriptiven Stichprobenkennwerte für die einzelnen Items der ATAMHS-Gesamtskala, wie sie in die folgenden Analysen eingeht.

Tabelle 1. ATAMHS-Skala, Iteminhalte und korrigierte Item-Skala-Korrelation sowie Änderungen der internen Konsistenz bei Selektion des Items

Item	Inhalt	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	α , wenn Item selektiert
1.	Menschen, die Alkohol missbrauchen, haben keine Selbstkontrolle.	,348	,728
2.	Patienten mit chronischer Schizophrenie sind nicht in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern.	,358	,728
3.	Mitglieder der Gesellschaft werden durch psychisch kranke Menschen gefährdet.	,239	,737
4.	Psychisch kranke Menschen haben keine Kontrolle über ihre Emotionen.	,394	,725
5.	Personal sollte nicht mit Patienten über deren Wahnvorstellungen sprechen.	,293	,732
6.	Absichtliche Selbstverletzung geschieht häufiger, wenn andere Personen anwesend sind.	,199	,738
7.	Depressionen treten bei Menschen mit schwacher Persönlichkeit auf.	,464	,721
8.	Der Grund für viele psychologische Probleme ist geringe Belastbarkeit.	,294	,732
9.	Es ist wahrscheinlicher, dass psychisch kranke Menschen andere verletzen, als sich selbst.	,316	,731
10.	Geschlossene Psychiatrien unterscheiden sich nur geringfügig von Gefängnissen.	,238	,736
11.	Psychische Erkrankungen sind die Folge von ungünstigen sozialen Umständen.	,166	,742*
12.	Normale Menschen würden psychisch krank werden, wenn sie unter sehr stressigen Umständen leben würden.	,055	,749*
13.	Menschen, mit psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit, sollten Berufe mit Verantwortung verwehrt werden.	,428	,724
14.	Menschen, die nach einem Suizidversuch einen schwerwiegenden Leberschaden erlitten haben, sollten nicht behandelt werden.	,336	,733
15.	Gewalt liegt meist eine psychische Erkrankung zu Grunde.	,163	,742*
16.	Psychiatrische Patienten sind generell schwierig zu mögen.	,430	,723
17.	Patienten, die Substanzen missbrauchen, sollten nicht auf psychiatrische Akutstationen aufgenommen werden.	,375	,729
18.	Psychiatrische Behandlungen führen beim Patienten dazu, sich zu sehr um ihre Symptome zu sorgen.	,353	,728
19.	Die gemeinsame Besprechung von Behandlungsplänen ist bei Patienten der Akutpsychiatrie schwierig.	,368	,727
20.	Es ist schwer emotional aufgebracht Menschen zu helfen.	,255	,735
21.	Psychopharmaka werden genutzt um störendes Verhalten zu kontrollieren.	,312	,731
22.	Psychische Erkrankungen haben einen genetischen Ursprung.	,093	,745*
23.	Psychische Erkrankungen verdienen genauso viel Beachtung wie physische Störungen (r).	,110	,745*
24.	Die Art und Weise, wie man mit Patienten spricht hat Einfluss auf ihren mentalen Zustand (r).	,261	,735
25.	Menschen werden mit einer Anfälligkeit für psychische Erkrankungen geboren.	,246	,736*

(r) umgepolte Items

* selektierte Items

Table 2. ATAMHS-Skala, Iteminhalte und deskriptive Verteilung der Werte (aufsteigend sortiert nach Mittelwert)

Item	Inhalt	M±SD	MD (Interquartilabstand)
14.	Menschen, die nach einem Suizidversuch einen schwerwiegenden Leberschaden erlitten haben, sollten nicht behandelt werden.	1,22±0,50	1 (1-1)
24.	Die Art und Weise, wie man mit Patienten spricht hat Einfluss auf ihren mentalen Zustand (r).	1,36±0,56	1 (1-2)
17.	Patienten, die Substanzen missbrauchen, sollten nicht auf psychiatrische Akutstationen aufgenommen werden.	1,47±0,68	1 (1-2)
7.	Depressionen treten bei Menschen mit schwacher Persönlichkeit auf.	1,57±0,88	1 (1-2)
16.	Psychiatrische Patienten sind generell schwierig zu mögen.	1,75±0,88	2 (1-2)
13.	Menschen, mit psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit, sollten Berufe mit Verantwortung verwehrt werden.	1,76±0,81	2 (1-2)
5.	Personal sollte nicht mit Patienten über deren Wahnvorstellungen sprechen.	1,78±0,86	2 (1-2)
9.	Es ist wahrscheinlicher, dass psychisch kranke Menschen andere verletzen, als sich selbst.	1,84±0,86	2 (1-2)
10.	Geschlossene Psychiatrien unterscheiden sich nur geringfügig von Gefängnissen.	1,88±0,90	2 (1-2)
18.	Psychiatrische Behandlungen führen beim Patienten dazu, sich zu sehr um ihre Symptome zu sorgen.	2,15±0,92	2 (1-3)
8.	Der Grund für viele psychologische Probleme ist geringe Belastbarkeit.	2,18±1,06	2 (1-3)
6.	Absichtliche Selbstverletzung geschieht häufiger, wenn andere Personen anwesend sind.	2,18±0,89	2 (2-3)
3.	Mitglieder der Gesellschaft werden durch psychisch kranke Menschen gefährdet.	2,34±1,15	2 (1-3)
4.	Psychisch kranke Menschen haben keine Kontrolle über ihre Emotionen.	2,37±0,95	2 (2-3)
2.	Patienten mit chronischer Schizophrenie sind nicht in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern.	2,62±0,90	3 (2-3)
19.	Die gemeinsame Besprechung von Behandlungsplänen ist bei Patienten der Akutpsychiatrie schwierig.	2,64±0,93	3 (2-3)
1.	Menschen, die Alkohol missbrauchen, haben keine Selbstkontrolle.	2,81±1,06	3 (2-4)
21.	Psychopharmaka werden genutzt um störendes Verhalten zu kontrollieren.	2,82±0,98	3 (2-3)
20.	Es ist schwer emotional aufgebracht Menschen zu helfen.	2,92±1,04	3 (2-4)

(r) umgepolte Items

Itemwerte: 1 = starke Ablehnung, 2=Ablehnung, 3=neutral, 4=Zustimmung, 5=starke Zustimmung

M =Mittelwert, SD =Standardabweichung, MD =Median

Die aus den verbliebenen 19 Items resultierende Gesamtskala kann zwischen 19 und 95 Punkten variieren. Höhere Skalenwerte gehen dabei mit negativer gefärbten Einstellungen zu psychischen Erkrankungen einher. Die empirische Verteilung in der Untersuchungstichprobe weist einen Mittelwert von $M = 39,69$, eine Standardabweichung von $SD = 7,50$, einen Median von 39, eine Spannweite von 22 - 60 Punkten sowie einen Interquartilsabstand von 34 - 44 Punkten auf. Abbildung 1 stellt die Verteilung des ATAMHS-Gesamtscores in der Untersuchungstichprobe inklusive hypothetischer Normalverteilungskurve dar. Ein Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung erbringt eine Teststatistik von 0,992 und ein $p = 0,014$ und damit einen Hinweis auf eine signifikante Abweichung der Skalenwerte von einer Normalverteilung. Aus diesem Grund werden im Folgenden die zu berechnenden Statistiken jeweils mittels non-parametrischer Verfahren abgesichert.

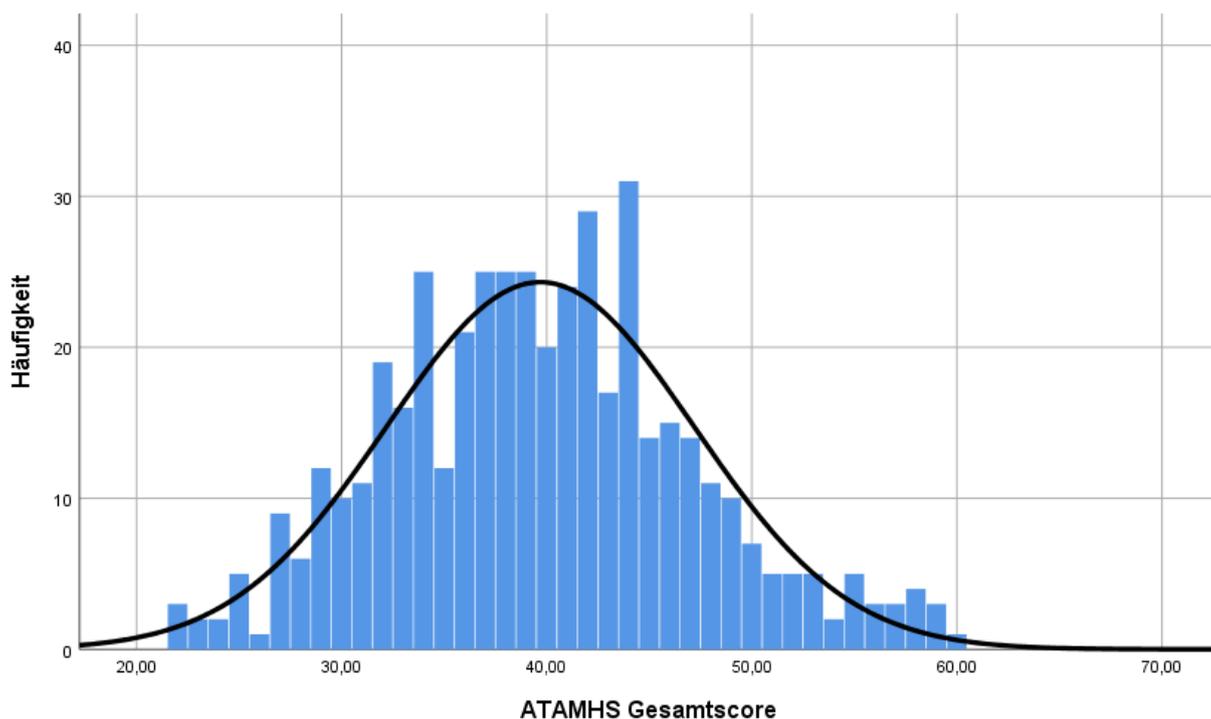


Abbildung 1. Histogramm der ATAMHS-Gesamtwerte in der Untersuchungstichprobe

4.2 Unterschied der ATAMHS zwischen den Studienabschnitten

Während sich bei den Studienteilnehmern des vorklinischen Studienabschnittes ein Mittelwert von $M = 40,16$ ($SD = 7,65$) ergab, betrug dieser Wert für die Teilnehmer des klinischen Abschnittes $M = 39,14$ ($SD = 7,29$). Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($t[df = 474] = 1,45$; $p = 0,147$; Mann-Whitney-U = -1,434; $p = 0,179$).

4.3 Korrelationen zwischen ATAMHS und soziodemographischen sowie Merkmalen der eigenen psychischen Belastung

Aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme der ATAMHS werden die Zusammenhänge zwischen der Gesamtskala und verschiedenen Stichprobenmerkmalen in der Folge non-parametrisch (Mann-Whitney-U bzw. Rangkorrelationen) berechnet.

Bezüglich dimensional erfasster Werte finden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der ATAMHS-Gesamtskala und dem Alter der Befragten ($r_s = -0,042$), dem BDI-II-Gesamtscore ($r_s = -0,053$) sowie dem NEO-FFI Neurotizismus ($r_s = -0,087$).

In Tabelle 3 werden die Unterschiede in den Einstellungen bei Personen mit unterschiedlichen Merkmalskonstellationen berichtet.

Table 3. Gruppenvergleiche des ATAMHS-Gesamtscores in Bezug auf das Vorliegen potenzieller Einflussfaktoren

Faktor	Häufigkeit %	ATAMHS-Score M±SD	Mann-Whitney-U; p
Biologisches Geschlecht	weibl.	69,3%	38,39±6,89
	männl.	30,7%	42,66±7,99
Partnerschaft	ja	43,9%	38,98±7,27
	nein	54,4%	40,32±7,61
aufgewachsen in	alteBL	34,9%	38,45±7,87
	neue BL	60,5%	39,97±6,91
Wohnsituation	Ausland	4,4%	46,28±9,27
	WG/Partner:in	56,6%	38,91±7,37
Verlust eines Elternteils durch Trennung o. Tod	allein	40,6%	40,17±7,26
	bei Eltern	2,7%	46,85±9,76
Niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie	ja	20,5%	39,21±7,27
	nein	79,5%	39,80±7,57
positive Familienanamnese mit psych. Erkrankungen	ja	1,9%	48,11±8,49
	nein	98,1%	39,58±7,39
Eigene psychische Erkrankung i.d.VG	ja	26,3%	37,44±7,40
	nein	73,7%	40,50±7,37
Eigene Sorgen anderen Personen anvertrauen	ja	15,9%	37,20±6,79
	nein	84,1%	40,20±7,55
Belastung im Studium durch ¹	ja	75,8%	38,78±7,22
	nein	24,2%	42,50±7,69
	keine	18,3%	43,10±7,63
	depressive Verstimmung	50,6%	38,75±7,52
	Ängste	63,4%	38,82±7,16
	Psychosomatische Beschwerden	48,2%	38,20±6,76
	Selbstwertstörung	43,8%	37,68±6,95

¹ Mehrfachnennung mgl.; Gruppenvergleiche jeweils gegen „keine“, BL = Bundesländer

Regressionsanalyse

Zur Prüfung, welche der korrelierenden Faktoren vor dem Hintergrund einer hohen Interkorrelation unabhängig voneinander zur Vorhersage des ATAMHS-Gesamtscore geeignet sind, zeigte ein multivariates schrittweises lineares Regressionsmodell ($p_{in} = 0,05$; $p_{out} = 0,10$), dass mit einer Varianzaufklärung von $R^2 = 0,247$ die Prädiktoren „eigene Sorgen jmd. anvertrauen können“ ($B = -4,91$; $p < 0,001$), eigene psychische Erkrankung in der Vorgeschichte ($B = -4,71$; $p = 0,001$) und „lebt bei den Eltern“ ($B = 10,35$; $p < 0,001$) einen Einfluss auf die abhängige Variable zeigten.

5 Diskussion

5.1 Limitationen

Wie bei jeder wissenschaftlichen Untersuchung gibt es auch in dieser Studie Grenzen, die berücksichtigt werden müssen. Im Folgenden werden daher zunächst die Limitationen der Studie diskutiert.

5.1.1 Stichprobe

In der vorliegenden Studie kann die Stichprobe, vor allem im Vergleich zu bisherigen Studien, die die Einstellung zu psychischen Erkrankungen unter (Medizin-) Studierenden untersuchten, als ausreichend groß bewertet werden.

Da die Rekrutierung der Studierenden für die Studie in Vorlesungen bzw. Seminaren erfolgte, die Pflichtveranstaltungen darstellten, konnte eine fast vollständige Erreichbarkeit des jeweiligen Studienganges sichergestellt werden. Dadurch ergaben sich hohe Rücklaufquoten sowohl im vorklinischen als auch im klinischen Abschnitt.

Die Fragebögen wurden in den meisten Fällen direkt in den Seminarveranstaltungen ausgefüllt und im verschlossenen Umschlag eingesammelt beziehungsweise über an zentralen Stellen positionierte Rückgabeboxen abgegeben. Dennoch nahmen nicht alle Studierenden an der Studie teil. Ursächlich können mangelndes Interesse am Thema, Angst vor Stigmatisierung, Zeitmangel oder die Inanspruchnahme von Fehlterminen sein.

Mit dieser Stichprobe wurden ausschließlich Studierende einer einzigen Fachrichtung an nur einer mittelgroßen ostdeutschen Universität untersucht. Damit ist die Repräsentativität sowie Generalisierbarkeit der Ergebnisse für andere Universitäten und andere Studiengänge in Deutschland beschränkt. Um dem entgegenzuwirken, sollten in Zukunft vergleichbare Studien an verschiedenen Universitäten deutschlandweit durchgeführt werden. Man könnte außerdem verschiedene Studiengänge untersuchen, um einen besseren Vergleich zu erzielen. Dabei könnte zunächst, ähnlich wie bei Rabkow et al. (2020), mit vergleichbar aufgebauten Studiengängen, bei denen Studierende ähnlichen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression ausgesetzt sind, begonnen werden. Diese wären beispielsweise die Studiengänge Psychologie oder Rechtswissenschaften.

Es sollte weiterhin untersucht werden, wie sich die Einstellung zu psychischen Erkrankungen an unterschiedlichen Universitäten in Deutschland verhält und ob die Einstellung von Studierenden regionale Unterschiede aufweist. Weiterhin könnte analysiert werden, inwieweit sich die Einstellung zu psychischen Erkrankungen unter Studierenden an anderen Universitäten in Deutschland und in anderen Studiengängen hinsichtlich der Einflussfaktoren unterscheidet.

5.1.2 Studiendesign

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der querschnittlichen Analyse der Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen bei den Studienteilnehmenden sowie damit assoziierten Faktoren.

Eine Querschnittsstudie erhebt die Daten nur zu einem einmaligen festen Zeitpunkt. Daher können Zusammenhänge zwischen den einzelnen Merkmalen nicht als kausal interpretiert werden, da auch nicht erfasste Variablen das Ergebnis beeinflussen können. Eine Längsschnittstudie würde besser die individuelle Entwicklung der Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen im Verlauf des Studiums widerspiegeln. Dieser Fragestellung wird in einer Folgearbeit nachgegangen.

5.1.3 Kritische Würdigung von ATAMHS

Weiterhin ist der hier verwendete Fragebogen ATAMHS kritisch zu betrachten:

Der ATAMHS-Fragebogen wurde entwickelt, um die Einstellungen gegenüber psychischen Gesundheitsproblemen zu messen und hat sich in verschiedenen Studien als valides sowie reliables Instrument erwiesen (Foster et al., 2008, Gang et al., 2014).

Der Fragebogen zur Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen wurde speziell für Pflegepersonal entworfen, lässt sich jedoch ebenfalls bei anderen Professionen des Gesundheitswesens anwenden. Dennoch beschränkt er sich damit auf eine Bevölkerungsgruppe. Interessant wäre es, den Fragebogen auch bei unterschiedlichen Gruppen der Gesellschaft außerhalb des medizinischen Fachbereichs einzusetzen und mögliche Unterschiede bezüglich der Einstellung zu psychischen Erkrankungen zu untersuchen.

Zur Messung von Einstellungen basiert der ATAMHS-Fragebogen auf den Selbsteinschätzungen der Studienteilnehmenden, was zu Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit

oder ungenaue Selbstbeurteilungen führen kann. Einige Fragen könnten außerdem unterschiedlich interpretiert werden, was zu Verzerrungen in den Antworten führen kann. Mit der internen Konsistenz von initial $\alpha = 0,741$ beziehungsweise korrigiert $\alpha = 0,769$ können die einzelnen Items des ATAMHS-Fragebogens bezogen auf die Reliabilität der Messung als verbesserungswürdig bewertet werden.

Der ATAMHS-Fragebogen ist ein Maß für Einstellungen, gibt jedoch keine Informationen darüber, ob Personen, die positive Einstellungen äußern, sich auch tatsächlich entsprechend verhalten. Eine interessante Weiterentwicklung der Skala wäre es, zu untersuchen, wie Patient:innen die unter einer psychischen Erkrankung leiden das Verhalten von medizinischem Personal wahrnehmen. Medizinstudierende der Martin-Luther-Universität absolvieren im 9. und 10. Semester ein Psychiatrie- beziehungsweise Psychosomatik-Praktikum, bei dem sie an Patient:innen der Psychiatrie eine Anamnese durchführen. Es könnte dabei anschließend erfragt werden, wie sich die Patient:innen nach dem Gespräch gefühlt haben und ob sie währenddessen Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung erfahren haben.

Der Fragebogen bezieht sich häufig nur auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen und erfragt wenig spezifische Aspekte zu bestimmten psychischen Störungen. Daher wäre in einer Weiterentwicklung des Fragebogens eine Erweiterung der Fragen hilfreich, um die Einstellung zu verschiedenen psychischen Erkrankungen differenzierter abzubilden.

5.2 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Zunächst sollte darauf hingewiesen werden, dass für den ATAMHS-Fragebogen keine Normen bereitstehen, in dieser Arbeit wurde außerdem mit einer reduzierten Skala gearbeitet. Folglich kann der Gesamtscore nicht als normenbasierter Indikator für eine gute oder schlechte Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen genutzt werden. Dennoch ergeben sich aus den Ergebnissen aus Tabelle 2 und 3 sowie aus Abbildung 1 folgende Interpretationsansätze: Ein Skalenmittelwert und Median von 39 spricht für eine mittlere Beantwortung der Items als 2 („Ablehnung“ eines Stigmas). Daraus lässt sich ableiten, dass die Studierenden insgesamt im Mittel eine geringe negative Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen aufweisen. Dafür spricht

auch, dass eine durchgehend „zustimmende“ (4 Punkte = Zustimmung eines Stigmas) Bewertung der Items (Score von 76) von keinem Studienteilnehmenden erreicht wurde, selbst eine durchschnittlich „neutrale“ (3 Punkte) Bewertung (Score von 57) erreichen nur ganz wenige Personen.

Tabelle 3 zeigt die Korrelationen zwischen ATAMHS und den soziodemographischen sowie Merkmalen der eigenen psychischen Belastung. Ähnlich wie bei dem oben beschriebenen CAN-Modell (Dalege et al., 2016) könnten die hier aufgeführten Faktoren, die die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen potenziell beeinflussen, in sogenannte Cluster eingeteilt werden. Diese lassen sich inhaltlich für eine bessere strukturelle Übersicht durch verschiedene Oberbegriffe kategorisieren: Biologisches Geschlecht, soziodemographischer Hintergrund (hierzu zählen „aufgewachsen in“ sowie „niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie“), Vorhandensein eines sozialen Korrektivs (dazu zählen „Partnerschaft“, „Wohnsituation“ sowie „eigene Sorgen anderen Personen anvertrauen“) und persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen (hierzu zählen „positive Familienanamnese mit psychischen Erkrankungen“, „eigene psychische Erkrankung in der Vorgeschichte“ sowie „Belastung im Studium durch unterschiedliche Faktoren“). Dabei lassen sich folgende Aspekte ableiten:

Personen weiblichen Geschlechts zeigen eine vergleichsweise bessere Einstellung zu psychischen Erkrankungen. Personen, die in sozial weniger reifen Beziehungen leben (alleinlebend, bei den Eltern lebend) weisen negativere Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen auf, während in Partnerschaften und in sozialen Gemeinschaften (WGs) lebende Personen demgegenüber positiver eingestellt sind. Die Einstellung kann also als positiver gedeutet werden, je mehr ein soziales Umfeld, beziehungsweise ein soziales Korrektiv vorhanden ist. Dabei kann möglicherweise die Unabhängigkeit vom eigenen Elternhaus einer Person eine Rolle spielen, das heißt, wenn Menschen mehr Selbstständigkeit erlangen, kann sich dies positiv auf die eigene Einstellung auswirken. Soziale Beziehungen ermöglichen es, dass Personen ihren Mitmenschen eigene Sorgen anvertrauen, was sich als positives Einflussmerkmal gegenüber der Einstellung gezeigt hat.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Einstellung zu psychischen Erkrankungen besser ist bei dem Vorhandensein eines sozialen Korrektivs. Weiterhin zeigen sich Unterschiede der Einstellung beim Faktor soziodemographischer Hintergrund:

Bei in Deutschland aufgewachsenen Personen zeigen diejenigen, die in den neuen Bundesländern aufgewachsen sind eine tendenziell schlechtere Einstellung als diejenigen, die in den alten Bundesländern aufgewachsen sind. Aus dem prozentual kleineren Teil der Personen, die außerhalb Deutschlands aufgewachsen sind geht hervor, dass diese negativ geprägte Einstellungen vertreten. Dabei sollten die unterschiedliche kulturelle Prägung sowie Sozialisation berücksichtigt werden, die in Bezug auf die Einstellung zu psychischen Erkrankungen möglicherweise von Bedeutung sind. In einigen Kulturen werden psychische Gesundheitsprobleme gegebenenfalls stigmatisiert oder tabuisiert, was dazu führen kann, dass Menschen weniger offen über sie sprechen und weniger Verständnis für Betroffene zeigen. Darüber hinaus könnten Unterschiede in den sozialen Normen und Wertvorstellungen dazu beitragen, dass psychische Erkrankungen anders bewertet werden.

Bei Personen, bei denen ein niedrigerer sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie vorliegt, zeigen sich vergleichsweise negativ geprägte Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen. Allerdings liegt dieses Merkmal nur bei einem kleinen Teil der befragten Personen vor. Ein Einfluss auf die Einstellung durch den Faktor „soziodemographischer Hintergrund“ lässt sich insgesamt dennoch bestätigen. Es könnte hierbei ein Zusammenhang zwischen Bildung und der Einstellung zu psychischen Erkrankungen vermutet werden.

Personen, die eine positive Familienanamnese aufweisen, eine psychische Erkrankung in der eigenen Vorgeschichte haben oder durch unterschiedliche Faktoren wie depressive Verstimmung, Ängste, psychosomatische Beschwerden oder Selbstwertstörungen eine psychische Belastung während des Studiums aufweisen, zeigen eine positivere Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen. Daraus lässt sich ableiten, dass die eigene Betroffenheit beziehungsweise persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen einen positiven Einfluss auf die Einstellung haben.

Ähnliche Erkenntnisse bezüglich der potenziellen Einflussfaktoren auf die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen (weibliches Geschlecht, vorheriger Kontakt mit Personen mit psychischen Erkrankungen und besseres Wissen über psychische Gesundheit) finden sich auch bei einer eingangs erwähnten spanischen Studie (Atienza-Carbonell et al., 2024).

Die oben beschriebene Regressionsanalyse zeigte, dass die Merkmale „eigene Sorgen andern anvertrauen können“ und „eigene psychische Erkrankung in der Vorgeschichte“ negative Einstellungen deutlich reduzieren, die Einstellung also als positiver vorhergesagt werden kann. Durch das Merkmal „lebt bei den Eltern“ konnte hingegen eine deutlich negativere Einstellung vorhergesagt werden.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bestimmte Faktoren einen Einfluss auf die Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen haben. Die Kausalität dieser Erkenntnisse ist jedoch nicht eindeutig gegeben und sollte lediglich als Vermutung interpretiert werden.

Mit Blick auf Tabelle 2 lassen sich außerdem folgende Aspekte ableiten: Iteminhalte der niedriger bewerteten Items sind beispielsweise „Es ist schwer emotional aufgebracht Menschen zu helfen“, „Menschen, die Alkohol missbrauchen, haben keine Selbstkontrolle“ oder „Patienten mit chronischer Schizophrenie sind nicht in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern“ (von unten aufsteigend in Tabelle 2). Hieraus ließe sich folgern, dass die Studierenden noch mehr Informationen brauchen, wie sie mit emotional aufgebracht Personen umgehen können beziehungsweise welche Interventionen einsetzbar sind, um Verhaltensauffälligkeiten zu regulieren jenseits von pharmakologischen Interventionen. Auch die Vermittlung von Störungsmodellen von Alkoholabhängigkeit sollte umfangreicher thematisiert werden.

5.3 Ausblick, Relevanz

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Ergebnisse des Merkmals „persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen“ konnten die Erkenntnisse vorangegangener, oben erwähnter Studien aus der Sozialpsychologie bekräftigen: Personen, die eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen machten, reagierten auf das Thema psychische Erkrankungen tendenziell prosozial, zeigten diesbezüglich weniger Angstgefühle und waren weniger dazu geneigt, soziale Distanz zu äußern gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (Angermeyer & Matschinger, 1996).

Es stellt sich weiterhin die Frage, auch im Hinblick auf mögliche Änderungsstrategien, ob die Einstellung, neben den oben genannten Faktoren, noch von anderen Einflussmerkmalen abhängt.

Einstellungen zu psychischen Erkrankungen können beispielsweise stark von sozialem Druck geprägt sein, der durch gesellschaftliche Normen, kulturelle Überzeugungen, familiäre Einflüsse und persönliche Erfahrungen beeinflusst wird. In verschiedenen Kulturen werden psychische Erkrankungen unterschiedlich wahrgenommen, eine Religionszugehörigkeit kann dabei diverse Rollen einnehmen: Während Religiosität beziehungsweise Spiritualität einerseits einen protektiven Effekt auf die Entwicklung einer Depression haben kann (Braam & Koenig, 2019), können kulturelle Faktoren, wie beispielsweise Religion, die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in bestimmten Regionen auch negativ beeinflussen (Ran et al., 2021).

Auch die soziale Umgebung, einschließlich der Einstellungen von Familie, Freund:innen, Kolleg:innen und der Gemeinschaft, kann die Einstellung prägen.

Menschen können sich möglicherweise gezwungen fühlen, bestimmte Einstellungen aufrechtzuerhalten, um sozial akzeptiert zu werden oder um negativen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld zu entgehen. Daraus können Diskriminierungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen entstehen, was sich der eingangs erwähnten öffentlichen Stigmatisierung (Bos et al., 2013) zuordnen lässt.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit stellt sich hierbei die Frage, welche Maßnahmen gegebenenfalls unternommen werden können, um der Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen vor allem im medizinischen Bereich entgegenzuwirken. Aufklärung über psychische Gesundheit kann dabei im Sinne des Bildungsauftrags der universitären Lehre einen entscheidenden Beitrag leisten. Dies sollte jedoch nicht die alleinige Aufgabe der medizinischen Fakultät für Psychiatrie und Psychosomatik sein. Medizinstudierende sind vergleichsweise einem höheren Risiko für Depressionen und Suizidgedanken ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung (Rotenstein et al., 2016), weshalb das Thema psychische Gesundheit gerade im Medizinstudium allumfassender behandelt werden sollte.

Psychische Erkrankungen stellen eine hohe Rate an Komorbiditäten bei somatischen Erkrankungen dar. In Deutschland sind beispielsweise 53,5 % der Erwachsenen von Übergewicht betroffen, Männer häufiger als Frauen und im Vergleich zum Jahr 2012 hat die

Adipositasprävalenz weiter zugenommen, insbesondere bei den 45- bis 64-Jährigen (Schienkiewitz et al., 2022). Adipositas als Beispiel einer Erkrankung, die viele Menschen in Deutschland betrifft und die mit nicht ungefährlichen Gesundheitsrisiken verbunden ist, weist eine hohe Rate an psychischen Komorbiditäten auf (Herpertz & Pape, 2022). Daher sollten psychische Erkrankungen auch in anderen großen Fachgebieten wie beispielsweise der Inneren Medizin oder der Chirurgie berücksichtigt werden und in Seminaren und Vorlesungen sorgfältiger thematisiert werden. Dadurch kann ein besseres Verständnis und eine breitere Akzeptanz von psychischen Erkrankungen erreicht werden.

Es könnte weiterhin diskutiert werden, ob ein Praktikum in der Psychiatrie oder Psychosomatik im Rahmen der Famulaturen verpflichtend sein sollte. Aktuell müssen beispielsweise 30 Tage der Famulaturen im Bereich der Allgemeinmedizin absolviert werden, was man gegebenenfalls ähnlich im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik gestalten könnte. Alternativ könnte eine Psychiatrie- und Psychosomatik-Rotation als Pflichtbestandteil des Praktischen Jahres eingeführt werden. Wie eingangs erwähnt, konnte bereits eine signifikante Verbesserung der Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen nach einer Psychosomatik-/Psychiatrie-Rotation in einer Studie festgestellt werden (De Witt et al., 2019). Medizinstudierende würden dadurch eine noch bessere und interdisziplinäre Ausbildung im Bereich von psychischen Erkrankungen erhalten. Durch Informationen über die Ursachen, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und den Verlauf verschiedener psychischer Erkrankungen können falsche Vorstellungen und Stereotypen aufgeklärt und korrigiert werden. Dies kann dazu beitragen, die Sensibilität im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu stärken und Diskriminierungen zu reduzieren. Fundiertes Wissen über psychische Erkrankungen kann damit die Einstellung positiv beeinflussen und kann zu mehr Toleranz gegenüber Betroffenen führen.

Des Weiteren können Entstigmatisierungsprogramme im universitären Kontext in Form von Informationsveranstaltungen, Workshops, Schulungen und öffentlichen Kampagnen einen wichtigen Beitrag leisten, um Vorurteile und Missverständnisse über psychische Erkrankungen abzubauen und Stigmata zu verringern. Die eingangs erwähnte Studie von Kirchhoff et al. (2023) zeigt die Wirksamkeit der deutschen Version des kanadischen Unterrichtsprogramms „Psychische Gesundheit und Schule“ als Präventionsangebot zur Stärkung von Mental Health Literacy (MHL) von Schüler:innen: Diese bewerteten

das Programm als überwiegend positiv und relevant, woraufhin es für den weiteren Einsatz in deutschen Schulen empfohlen werden konnte. MHL umfasst vier Komponenten: Wissen über die Förderung und Erhaltung psychischer Gesundheit, Wissen zu psychischen Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten, Verringerung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Stärkung der Wirksamkeit bei der Hilfesuche (Kirchhoff et al., 2023). Ähnlich angepasste Programme könnten auch an Universitäten beziehungsweise medizinischen Fakultäten angeboten werden und in die curriculare Lehre integriert werden.

Für ein ganzheitliches Konzept zum Abbau von Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Studierenden könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Studierenden verschiedener Gesundheitsberufe, einschließlich Mediziner:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Pflegekräften durch gemeinsame Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit gefördert werden. Durch den Austausch von unterschiedlichen Perspektiven in den jeweiligen Fachbereichen könnten Vorurteile und Stigmatisierung weiter reduziert werden, was zu einer Verbesserung der Einstellung führen könnte.

Solche gemeinsamen Anti-Stigma-Kampagnen könnten beispielsweise in Form von Vorträgen der unterschiedlichen Professionen, Filmvorführungen oder Podiumsdiskussionen umgesetzt werden.

Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen sollten auch im späteren Arbeitsalltag bei medizinischem Fachpersonal in Form von Weiterbildungen fortgeführt werden. Auf diese Weise kann das Bewusstsein für psychische Gesundheit geschärft werden, was eine umfassendere und sensiblere Gesundheitsversorgung gewährleisten würde.

Weiterhin kann diskutiert werden, ob gezielte Maßnahmen zur Entstigmatisierung gegebenenfalls bereits in der Schule stattfinden könnten, um eine möglichst frühzeitige Sensibilisierung für psychische Erkrankungen zu schaffen.

Wie zu Beginn der Diskussion erwähnt, bietet die vorliegende Arbeit zwar einige Ansätze zu möglichen Faktoren, die die Einstellung zu psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden beeinflussen. Wie sich das tatsächliche Verhalten von Studierenden gegenüber Patient:innen mit psychischen Erkrankungen zeigt, bleibt hier jedoch unerwähnt. Analog zur „Theorie des geplanten Verhaltens“ (Ajzen, 1991) könnten weitere

Forschungsansätze demnach die Vorhersage für Verhaltensabsichten und tatsächliches Verhalten sowie die wahrgenommene Verhaltenskontrolle als Erweiterung miteinbeziehen. Um die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen zu überprüfen, könnten beispielsweise Evaluierungsbögen an Patient:innen im Anschluss an ein Anamnesegespräch in den Psychiatrie- und Psychosomatik-Seminaren durch die Studierenden verteilt werden, die erfragen, ob und inwiefern Betroffene währenddessen Diskriminierung aufgrund ihrer Erkrankung wahrgenommen haben.

Erweiternd sollten auch im Klinikalltag die Perspektiven der Patient:innen mit psychischen Erkrankungen beziehungsweise mit psychiatrischen oder psychosomatischen Komorbiditäten erfragt werden, um den Umgang von medizinischem Fachpersonal gegenüber Patient:innen in Hinblick auf Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung zu untersuchen. Für weitere Forschungsansätze zum Verlauf der Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen unter Ärzt:innen und Pflegepersonal sind Langzeitstudien nötig. In diesem Kontext könnten auch weitere Studien durchgeführt werden, um die Einstellung zu anderen Arten von Stigmatisierung von medizinischem Fachpersonal gegenüber Patient:innen zu untersuchen, wie beispielsweise Fat-Shaming. Adipöse Menschen werden im Krankenhaus sehr häufig aufgrund ihres Gewichts durch Ärzt:innen oder Pflegepersonal diskriminiert. Die Qualität einer adäquaten Versorgung dieser Patient:innen wird dadurch stark beeinträchtigt, wie eine Review unterschiedlicher Studien zeigt (Phelan et al., 2015).

Auch Rassismus durch medizinisches Fachpersonal im klinischen Alltag ist in Deutschland keine Seltenheit. Laut eines aktuellen Berichts des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) wird der allgemeine Gesundheitszustand als zunehmend schlechter eingeschätzt, je mehr Diskriminierung und Rassismus von Patient:innen erlebt wird (Ateş et al., 2023).

Weiterhin stellen weiblich gelesene Personen eine Patient:innen-Gruppe dar, die aufgrund ihres Geschlechts im medizinischen Bereich Diskriminierung erfahren und in ihrer Behandlung benachteiligt werden: In der zunehmenden Forschung der gendersensiblen Medizin berichten Frauen* als Patientinnen beispielsweise bei der Diagnose chronischer Schmerzen häufig über die Infragestellung ihrer Aussagen durch die behandelnde Person. Dieses misstrauende Verhalten kann den psychischen Stress erhöhen und sich negativ auf das Wohlbefinden der Patientin auswirken. Zudem zeigen Untersuchungen,

dass einige Patientinnen aufgrund ihres Aussehens von der behandelnden Person beurteilt werden, was als Indikator für die Glaubwürdigkeit ihrer Symptome und der Krankheit insgesamt angesehen wird (Samulowitz et al., 2018).

Patient:innen werden im Gesundheitssystem aufgrund von unterschiedlichen Merkmalen durch die behandelnden Personen stigmatisiert, wodurch eine adäquate Gesundheitsversorgung nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Die oben genannten Beispiele stellen nur einen Teil der unterschiedlichen Diskriminierungen dar.

Die Verpflichtung von Ärzt:innen, ihren Patient:innen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist von grundlegender Bedeutung für das Wohlergehen der Gesellschaft. Eine wesentliche Voraussetzung für die Realisierung dieses Ziels ist die Schaffung einer offenen und stigmatisierungsfreien Umgebung in der medizinischen Praxis. Es ist unerlässlich, dass Ärzt:innen neutral handeln und sich bemühen, alle Menschen gleichermaßen zu versorgen, unabhängig von ihrem sozialen, kulturellen oder ethnischen Hintergrund. In diesem Zusammenhang spielen die Einstellungen von Ärzt:innen zu verschiedenen gesellschaftlichen Themen wie beispielsweise Rassismus, Fat-Shaming, internalisiertem Sexismus und psychischen Erkrankungen eine entscheidende Rolle. Es ist daher von zentraler Bedeutung, dass bereits im Studium Maßnahmen ergriffen werden, um frühzeitig einzugreifen und bestehende Stigmata abzubauen. Die Förderung einer positiven Einstellung zu verschiedenen Themen sowie die Sensibilisierung für die Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen sind entscheidend, um eine inklusive Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und Benachteiligungen zu vermeiden.

Die Gewährleistung der Gesundheit als Menschenrecht gemäß Artikel 25 der UN-Menschenrechtscharta erfordert eine Verpflichtung aller Gesellschaften, dieses Recht gemäß den Bestimmungen des UN-Sozialpakts umzusetzen. Dabei gilt, die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen angemessen, adäquat, erreichbar, bezahlbar und von ausreichender Qualität zu gestalten.

Dies erfordert eine kontinuierliche Reflexion und Anpassung der medizinischen Ausbildung sowie der Praktiken in der klinischen Versorgung, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse aller Patient:innen bestmöglich erfüllt werden.

Psychische Erkrankungen sind, wie bereits eingangs erwähnt, vor allem bei jüngeren Personengruppen zu beobachten (Statistisches Bundesamt, 2020).

Aus der regelmäßig veröffentlichten Trendstudie "Jugend in Deutschland" geht unter anderem hervor, dass die junge Generation („Generation Z“) in Deutschland durch die vielfältigen Krisen wie beispielsweise Klimakrise, Krieg und Inflation stärker belastet ist als ältere Personen.

In der Generation Z werden psychische Erkrankungen anders bewertet als beispielsweise in der Generation der „Babyboomer“. Obwohl Studienergebnisse belegen, dass eine höhere Social-Media-Nutzung zu einem geringeren psychischen Wohlbefinden führen kann und dies negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben kann (Twenge & Campbell, 2019), besteht vergleichsweise mehr Offenheit, über eine psychische Erkrankung zu sprechen und eine höhere Bereitschaft, Hilfsangebote bei psychischen Erkrankungen in Anspruch zu nehmen, wie aus einem Artikel des Zukunftsinstituts aus dem Jahr 2021 hervorgeht.

Die junge Generation scheint folglich mehr bereit zu sein, mentale Probleme anzuerkennen und sich professionelle Unterstützung zu suchen.

Aktuell werden in sozialen Medien Trends zum Thema „Mentale Gesundheit“ immer präsenter, „Mental Health Influencer“ klären scheinbar vermehrt über psychische Erkrankungen auf, teilen persönliche Erfahrungen und die sozialen Netzwerke können Raum für Austausch von Personen mit psychischen Erkrankungen untereinander bieten (Bucci et al., 2019, Naslund et al., 2020). Obwohl dadurch Menschen für die Thematik rund um psychische Erkrankungen mehr sensibilisiert werden, befürchten Expert:innen mögliche Fehler bei Selbstdiagnosen auf Social Media, die Tiefe der Recherche sei außerdem oft unzureichend und zwischen Meinung und Fakten werde kaum unterschieden, wie aus einem aktuellen Artikel des Tagesspiegels hervorgeht (Meister-Mathieu, 2024). Der Einfluss der sozialen Netzwerke in der heutigen Zeit könnte bezüglich der Einstellung zu psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen, derartige Trends sind allerdings fragil und unterziehen sich einem ständigen Wandel. Diese Entwicklung müsste in zukünftigen Studien dennoch weiter berücksichtigt werden, um die Beeinflussung der Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen durch die sozialen Medien zu prüfen.

Weitere Forschungsansätze zum Thema Einstellungen gegenüber mentaler Gesundheit müssen sich daher an dem dynamischen Wandel der Gesellschaft orientieren.

5.4 Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie untersucht die Einflussfaktoren auf die Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen unter Medizinstudierenden. Insgesamt zeigen die Studierenden im Mittel eine geringe negative Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Anhand verschiedener demografischer und persönlicher Merkmale sowie Erfahrungen konnten potenzielle Cluster identifiziert werden, die die Einstellungen beeinflussen könnten. Weibliches Geschlecht, das Vorhandensein einer Partnerschaft und die Fähigkeit, sich anderen mit eigenen Sorgen anzuvertrauen, wurden als positive Einflussfaktoren identifiziert, während das Wohnen bei den Eltern sowie das Aufwachsen außerhalb Deutschlands oder in den neuen Bundesländern innerhalb Deutschlands vergleichsweise negativ mit den Einstellungen korrelierte. Zudem zeigen persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen einen positiven Zusammenhang mit positiveren Einstellungen. Die Kausalität dieser Zusammenhänge bleibt jedoch unzureichend erklärt und erfordert weitere Forschung.

Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung, wie interprofessionelle Zusammenarbeit, Aufklärungskampagnen und die zielgerichtete Integration von psychischer Gesundheit in die medizinische Ausbildung, könnten dazu beitragen, die Einstellungen weiter zu verbessern und eine stigmatisierungsfreiere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Ergebnisse der Studie legen außerdem nahe, dass Studierende noch mehr im Umgang mit emotional aufgebracht Personen und mit Verhaltensauffälligkeiten geschult werden sollten. Auch die Vermittlung von Störungsmodellen von Alkoholabhängigkeit sollte umfangreicher thematisiert werden.

Weiterhin sollte der Einfluss moderner Medien und gesellschaftlicher Trends, wie beispielsweise die wachsende Sensibilisierung für psychische Gesundheit auf Social-Media-Plattformen, berücksichtigt und in zukünftige Forschungsansätze mit einbezogen werden.

6 Literaturverzeichnis

Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179–211.

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(6), 321–326.

Ateş, M., Bouaoud, K., Freitag, N., Gahein-Sama, M. M., Gangarova, T., Ionescu, C., Isani, M. A., Kaneza, E., Kim, T. J., Lazaridou, F. B., & others. (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors.

Atienza-Carbonell, B., Balanzá-Martínez, V., Bermejo-Franco, A., & Carrascosa-Iranzo, L. (2024). Stigmatizing Attitudes towards Mental Illness among University Students: A Comparative Study with the General Population. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*.

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., & others. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. *Psychological medicine*, 46(14), 2955–2970.

Aydin, N., & Fritsch, K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60(3), 245–257.

Baker, J. A., Richards, D. A., & Campbell, M. (2005). Nursing attitudes towards acute mental health care: Development of a measurement tool. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 522–529.

Barry, D. (2014). *Die Einstellung zu Geld bei jungen Erwachsenen: Eine Grundlegung aus wirtschaftspädagogischer Sicht*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588–597.

Bedaso, A., Yeneabat, T., Yohannis, Z., Bedasso, K., & Feyera, F. (2016). Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town, Silte Zone, Southern Nation's Nationalities and People's Region, Ethiopia. *PLoS ONE*, 11(3), e0149429.

Borkenau, P., & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar: Nach Costa u. McCrae; NEO-FFI*. Hogrefe, Verlag f. Psychologie.

Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1–9.

Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428–438.

Brohan, E., Thornicroft, G., Rüsch, N., Lasalvia, A., Campbell, M. M., Yalçinkaya-Alkar, Ö., Lanfredi, M., Ochoa, S., Üçok, A., Tomás, C., Fadipe, B., Sebes, J., Fiorillo, A., Sampogna, G., Paula, C. S., Valverde, L., Schomerus, G., Klemm, P., Ouali, U., ... Evans-Lacko, S. (2023). Measuring discrimination experienced by people with a mental illness: Replication of the short-form DISCUS in six world regions. *Psychological Medicine*, 53(9), 3963–3973.

Bucci, S., Schwannauer, M., & Berry, N. (2019). The digital revolution and its impact on mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *92*(2), 277–297.

Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *64*(5), 349.

Cohrdes, C., Hapke, U., Nübel, J., & Thom, J. (2022). *Erkennen-Bewerten-Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Teil 1–Erwachsenenalter*. Robert Koch-Institut.

Conner, M., Van Harreveld, F., & Norman, P. (2022). Attitude stability as a moderator of the relationships between cognitive and affective attitudes and behaviour. *British Journal of Social Psychology*, *61*(1), 121–142.

Cooke, R., & Sheeran, P. (2004). Moderation of cognition-intention and cognition-behaviour relations: A meta-analysis of properties of variables from the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, *43*(2), 159–186.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, *4*(1), 5.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., & Chow, V. M. (1993). What's in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *Journal of studies on alcohol*, *54*(6), 693–699.

Dalege, J., Borsboom, D., Van Harreveld, F., Van Den Berg, H., Conner, M., & Van Der Maas, H. L. J. (2016). Toward a formalized account of attitudes: The Causal Attitude Network (CAN) model. *Psychological Review*, *123*(1), 2–22.

De Witt, C., Smit, I., Jordaan, E., Koen, L., Niehaus, D. J. H., & Botha, U. (2019). The impact

of a psychiatry clinical rotation on the attitude of South African final year medical students towards mental illness. *BMC Medical Education*, 19(1), 114.

Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261–1287.

Eissazade, N., Aeini, Z., Ababaf, R., Shirazi, E., Boroon, M., Mosavari, H., Askari-Diarjani, A., Ghobadian, A., & Shalbafan, M. (2022). Investigation of a group of Iranian theater artists' mental health and attitude toward patients with mental disorders. *Frontiers in Public Health*, 10, 990815.

Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., Edwards, S., Wiedermann, B. L., & Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ*, 336(7642), 488–491.

Fischer, P., Asal, K., & Krueger, J. I. (2013). *Sozialpsychologie für Bachelor: Lesen, Hören, Lernen im Web*. Springer Berlin Heidelberg.

Foster, K., Usher, K., Baker, J. A., Gadai, S., & Ali, S. (2008). Mental health workers' attitudes toward mental illness in Fiji. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 72–79.

Gabe, E., Wildner, M. (2011). *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede—Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut.

Gang, M., Song, Y., Park, S.-Y., & Yang, S. (2014). Psychometric evaluation of the Korean version of the attitudes toward acute mental health scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 939–948.

Garms-Homolová, V. (2020). *Sozialpsychologie der Einstellungen und Urteilsbildung:*

Lässt sich menschliches Verhalten vorhersagen? Springer Berlin Heidelberg.

Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Wyss, C., Angst, J., & Rössler, W. (2016). Relationship between personality and psychopathology in a longitudinal community study: A test of the predisposition model. *Psychological medicine*, *46*(8), 1693–1705.

Herpertz, S., & Pape, M. (2022). Adipositas und psychische Komorbidität. In *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 495–500). Springer.

Herzberg, P., Goldschmidt, S., & Heinrichs, N. (2008). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Rep Psychol*, *33*(6), 301–302.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *23*(3), 304–319.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., & others. (2014). Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, *85*, 77–87.

James, B. O., Omoaregba, J. O., & Okogbenin, E. O. (2012). Stigmatising attitudes towards persons with mental illness: A survey of medical students and interns from Southern Nigeria. *Mental Illness*, *4*(1), 32–34.

Kirchhoff, S., Freĵian, A. M., Schulenkorf, T., Bollweg, T. M., & Bauer, U. (2023). Unterrichtsprogramm zur Förderung von Mental Health Literacy: Bewertung der Intervention durch Schüler:innen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *18*(3), 440–446.

Klemperer, David (2021) "Wir starten stromaufwärts" Upstream – der Sozialmedizin-Newsletter (29.04.2021 "Was beeinflusst unsere Gesundheit?"). Halle/S.: Engels, Wagner, Wilczek.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114–129.

Lee, M., & Seo, M. (2018). Effect of direct and indirect contact with mental illness on dangerousness and social distance. *International Journal of Social Psychiatry, 64*(2), 112–119.

Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Tsai, C.-H., Lien, Y.-J., & Wu, T.-T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4655.

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *The American Journal of Sociology, 92*(6), 1461–1500.

Löve, J., Bertilsson, M., Martinsson, J., Wängnerud, L., & Hensing, G. (2018). Political Ideology and Stigmatizing Attitudes Toward Depression: The Swedish Case. *International Journal of Health Policy and Management, 8*(6), 365–374.

Lüdtke, O., Trautwein, U., Nagy, G., & Köller, O. (2004). Eine Validierungsstudie zum NEO-FFI in einer Stichprobe junger Erwachsener. *Diagnostica, 50*(3), 134–144.

Luttrell, A., Petty, R. E., Briñol, P., & Wagner, B. C. (2016). Making it moral: Merely labeling an attitude as moral increases its strength. *Journal of Experimental Social Psychology, 65*, 82–93.

Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., & Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to

measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*, 30(7), 257–260.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101–114.

Meister-Mathieu, Christiane (2024). *Fluch oder Segen? Selbstdiagnose via Social Media* Tagesspiegel (Ausgabe 15.02.2024), dpa

Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social Media and Mental Health: Benefits, Risks, and Opportunities for Research and Practice. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 5(3), 245–257.

Neumann, E., Obliers, R., & Albus, C. (2012). Einstellungen von Medizinstudierenden zu psychischen Erkrankungen—Eine Frage des Studiums oder der Persönlichkeit? *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 62(02), 66–72.

Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., Rössler, W., & Rüsch, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(1), 53–60.

Oexle, N., & Rüsch, N. (2018). Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention. *Der Nervenarzt*, 89(7), 779–783.

Pelzer, A., Sapalidis, A., Rabkow, N., Pukas, L., Günther, N., & Watzke, S. (2022). Does medical school cause depression or do medical students already begin their studies depressed? A longitudinal study over the first semester about depression and influencing factors. *GMS Journal for Medical Education*, 39(5).

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients

with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326.

Porfyri, G.-N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., & Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1027304.

Pukas, L., Rabkow, N., Keuch, L., Ehring, E., Fuchs, S., Stoevesandt, D., Sapalidis, A., Pelzer, A., Rehnisch, C., & Watzke, S. (2022). Prevalence and predictive factors for depressive symptoms among medical students in Germany—a cross-sectional study. *GMS Journal for Medical Education*, 39(1).

Rabkow, N., Pukas, L., Sapalidis, A., Ehring, E., Keuch, L., Rehnisch, C., Feußner, O., Klima, I., & Watzke, S. (2020). Facing the truth – A report on the mental health situation of German law students. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101599.

Ran, M.-S., Hall, B. J., Su, T. T., Prawira, B., Breth-Petersen, M., Li, X.-H., & Zhang, T.-M. (2021). Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 8.

Rossmann, C., & Hastall, M. R. (Hrsg.). (2019). *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214–2236.

Rumpf, H.-J., Schmidt, H., Bischof, G., Bischof, A., & Schomerus, G. (2023). Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit Alkoholkonsumstörungen bei Medizinstudierenden. *Deutscher Suchtkongress*, Bd. 1 Nr. 1 (2023): Deutscher Suchtkongress.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529–539.

Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management, 2018*, 1–14.

Schibli, D., Huber, K., Wyss, F. (2010). *Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit* (S. 38).

Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Gesundheitspolitik.

Schienkiewitz, A., Kuhnert, R., Blume, M., & Mensink, G. B. M. (2022). *Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland—Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-E-HIS*.

Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2021). Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring ‘what matters most’ in modern Western societies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*, e26.

Schomerus, G., Schindler, S., Baumann, E., & Angermeyer, M. C. (2023). Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: A widening gap. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58*(1), 17–23.

Schomerus, G., Spahlholz, J., & Speerforck, S. (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 66*(4), 416–422.

Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*(4), 469–479.

Schwenk, T. L., Davis, L., & Wimsatt, L. A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *Jama*, *304*(11), 1181–1190.

Seo, C., Di Carlo, C., Dong, S. X., Fournier, K., & Haykal, K.-A. (2021). Risk factors for suicidal ideation and suicide attempt among medical students: A meta-analysis. *PLOS ONE*, *16*(12), e0261785.

Stroebe, W., Jonas, K., & Hewstone, M. (Hrsg.). (2002). *Sozialpsychologie*. Springer Berlin Heidelberg.

Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, *7*(2), 225–240.

Teismann, T., & Dorrman, W. (2013). Suizidalität: Risikoabschätzung und Krisenintervention. *Psychotherapeut*, *58*(3), 297–311.

Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2019). Media Use Is Linked to Lower Psychological Well-Being: Evidence from Three Datasets. *Psychiatric Quarterly*, *90*(2), 311–331.

Ullrich, J., Stroebe, W., & Hewstone, M. (Hrsg.). (2023). *Sozialpsychologie*. Springer Berlin Heidelberg.

Vilar Queirós, R., Santos, V., & Madeira, N. (2021). Decrease in Stigma Towards Mental Illness in Portuguese Medical Students After a Psychiatry Course. *Acta Médica Portuguesa*, *34*(7–8), 498–506.

Watzke, B., Braun, M., Haller, E., Machmutow, K., & Ceynowa, M. (2015). Zugang und Nachsorge bei Psychotherapie. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, *16*(04), 20–25.

Werth, L., Seibt, B., & Mayer, J. (2020). *Sozialpsychologie – Der Mensch in sozialen Beziehungen: Interpersonale und Intergruppenprozesse*. Springer Berlin Heidelberg.

Zunick, P. V., Teeny, J. D., & Fazio, R. H. (2017). Are some attitudes more self-defining than others? Assessing self-related attitude functions and their consequences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(8), 1136–1149.

7 *Thesen*

1. Die Einstellung von Medizinstudierenden zu psychischen Erkrankungen wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst.
2. Weibliches Geschlecht, Leben in einer Partnerschaft oder in einer Wohngemeinschaft, die Fähigkeit, sich anderen mit eigenen Sorgen anzuvertrauen und persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen zeigten einen Zusammenhang mit positiveren Einstellungen.
3. Wohnen bei den Eltern, niedriger sozioökonomischer Status sowie das Aufwachsen außerhalb Deutschlands oder in neuen Bundesländern innerhalb Deutschlands stellen Faktoren dar, die die Einstellung zu psychischen Erkrankungen negativ beeinflussen.
4. Um negative Einstellungen zu psychischen Erkrankungen zu reduzieren und eine sensiblere Gesundheitsversorgung zu fördern, sollten interdisziplinäre Ausbildungs- und Entstigmatisierungsprogramme an medizinischen Fakultäten und im späteren Klinikalltag zur Verfügung gestellt werden.
5. Eine interdisziplinäre Einbindung von psychischen Gesundheitsthemen in die universitäre Lehre, insbesondere in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie, sollte vermehrt integriert werden, um Studierende für psychische Erkrankungen besser zu sensibilisieren und Stereotypen abzubauen.
6. Langzeitstudien zur Einstellung von Ärzt:innen und Pflegepersonal gegenüber psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um Veränderungen im Verlauf der Ausbildung und der klinischen Praxis zu erfassen und gezielte Interventionen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen und Diskriminierung zu vermeiden.
7. Zukünftige Forschungsansätze zur Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen sollten den dynamischen Wandel der Gesellschaft, insbesondere den Einfluss sozialer Medien und kultureller Entwicklungen, berücksichtigen, um zeitgemäße Interventionen und Präventionsstrategien zu entwickeln.

Erklärungen

(1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

(2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

(3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Datum, Unterschrift