

MindMovie

Prävention psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mittels der Produktion von Filmclips



Erarbeitung und Evaluation eines Unterrichtskonzepts für Mittel- und Berufsschulen

Masterarbeit - 2015

Eingereicht von Larissa Hauser

Betreuende Dozentin: Prof. Dr. Carmen Zahn

Auftraggeber: Mittelschul- und Berufsbildungsamt des Kantons Zürich, Vigeli Venzin

Abstract

The incidence of psychological illnesses amongst children and young adults has increased in recent years and has become a matter of concern. Taboos and prejudices prevent those affected and those around them from recognizing the problem – especially in its early stages - and seeking help.

An educational concept for middle and higher education levels has been conceived, the main aim of which is to extend the knowledge regarding psychological illnesses and thereby to destigmatize these. The basis of this concept is formed by the program *Collaborative video creation as an educational concept for knowledge acquisition and attitude change* (Zahn et al., 2013), which was adapted and further developed to the topic of psychological illnesses. The underlying method consisted of a sequence of theoretical lessons followed by the production of a film clip about psychological illnesses. The production of the film clip was done by groups of students and formed an essential part of the program.

The teaching concept was carried out in a college class during the course of a semester and found a positive echo. In a comparative study (Study Group $n=18$, 3♀ 15♂, Age: $M=19.5$; Control Group $n=24$ ♂, Age: $M=18.5$), both knowledge and attitude were tested via questionnaires before and after the intervention. The results were analyzed by mixed between-within subjects analyses of variance. The students who participated in this series of classes estimated their knowledge as considerably higher after the intervention ($p=.005$, $\eta^2=.19$). Overall the results indicate a positive effect of this educational concept on the knowledge and understanding of students with regard to psychological illnesses.

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich bei der Realisierung dieser Masterarbeit unterstützt und begleitet haben.

An erster Stelle gilt mein Dank Frau Prof. Dr. Carmen Zahn, einerseits für die wissenschaftliche Betreuung und andererseits für Ihre Forschung im Bereich Medienpsychologie, auf welche ich mich in meiner Arbeit immer wieder beziehen durfte.

Dem Mittelschul- und Berufsbildungsamt des Kantons Zürich, namentlich Vigeli Venzin danke ich für den interessanten Auftrag und dass ich meine Arbeit in dieser Form realisieren konnte.

Ein grosses Dankeschön geht an Luca Honegger für die gute Zusammenarbeit und das entgegengebrachte Vertrauen, dass ich seine Klasse unterrichten und befragen durfte. Ebenfalls Ronald Fischer möchte ich danken, dass er seine Klasse motiviert hat, als Kontrollgruppe an den Befragungen teilzunehmen.

Bei Kathrin und Raffi von onlineumfragen.com bedanke ich mich für die grosszügige Unterstützung bei der Erhebung der Daten mittels ihres Tools und für weitere Kniffs und Tricks bei der Darstellung von Ergebnissen.

Im Zusammenhang mit den quantitativen Auswertungen geht ein grosses Dankeschön an Diana und Frederic, dafür dass sie mir bei der Auswertung der Daten und vor allem mit SPSS immer wieder so spontan und unkompliziert geholfen haben.

Und vielen Dank auch an Doris, Markus, Georges und Ariane für die Feedbacks zum Bericht und das Korrekturlesen.

Mein ganz persönlicher und grösster Dank geht jedoch an meinen Mann und unsere Familien, für die vielen zusätzlichen Tage und Stunden, in denen sie unseren kleinen Neal so gut betreut und versorgt haben. Ohne euch wäre das alles nicht möglich gewesen!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Problemstellung und Projektauftrag.....	6
1.2	Wirkungsmodell und Ziele.....	7
1.3	Fragestellungen	8
2	Theoretischer Hintergrund	8
2.1	Psychische Erkrankungen im Jugendalter	9
2.2	Prävention psychischer Erkrankungen.....	10
2.3	Prävention mittels der Produktion von Filmclips.....	11
2.4	Hypothesen	13
3	Methodik	14
3.1	Stichprobenauswahl	14
3.2	Methodisches Vorgehen – Quasiexperimentelles Design.....	14
3.3	Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Feldstudie.....	16
3.4	Zeitliche und inhaltliche Adaption des Unterrichtskonzeptes	17
3.5	Onlinebefragung zu Einstellung und Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen.....	26
3.6	Datenanalyse	28
4	Ergebnisse	31
4.1	Unterrichtseinheiten und Reflexion	32
4.1.1	Einführungsphase	32
4.1.2	Sensibilisierungsphase.....	32
4.1.3	Theoriephase.....	34
4.1.4	Videoproduktionsphase.....	34
4.1.5	Reflexionsphase	36
4.1.6	Auswertung der Unterrichtsreihe und Lessons Learned	38
4.2	Ergebnisse der Onlinebefragung.....	41
4.2.1	Gruppenvergleiche: Demografische Daten, Vorwissen, -einstellung und -erfahrung	41
4.2.2	Selbsteingeschätztes Wissen	43
4.2.3	Objektives Wissen	47
4.2.4	Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen	54
5	Zusammenfassung und Fazit	56
6	Literaturverzeichnis	59
7	Abbildungsverzeichnis	62
8	Tabellenverzeichnis	62
9	Anhang	64

1 Einleitung

Im Kanton Zürich erkrankt jede fünfte Person während ihres Lebens mindestens einmal an einer schweren Depression (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich ISPM, 2012). Insbesondere Affekt- und Angststörungen, aber auch andere psychische Erkrankungen treten häufig erstmals im Jugend- und frühen Erwachsenenalter auf (Balmer, K., Michael, T., Munsch, S. & Margraf, J., 2007) und führen nicht selten zu Suizidversuchen und Suizid. Suizid ist bei Jugendlichen in der Schweiz die zweithäufigste Todesursache (Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich FSSZ, 2014). Das Jugend- und frühe Erwachsenenalter stellt einen Zeitraum grosser Umstellung in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht dar. Je kompetenter und selbstsicherer sich Jugendliche fühlen, desto seltener leiden sie auch an psychischen Beschwerden (Radix Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention & Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, 2008). Psychische Störungen sind zudem stark mit sozialen Prozessen verbunden. Tabuisierung und Vorurteile hindern Betroffene und das Umfeld oft daran, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und dementsprechend zu handeln. Durch präventive Massnahmen können Jugendliche bei ihren Entwicklungsaufgaben unterstützt und in Krisensituationen gestärkt werden (ISPM, 2012).

1.1 Problemstellung und Projektauftrag

Der Bereich Prävention und Sicherheit des Mittelschul- und Berufsbildungsamtes (MBA) Zürich ist die kantonale Kontakt-, Koordinations- und Informationsstelle für Mittelschulen und Berufsbildung zu Prävention, Gesundheitsförderung und Sicherheitsfragen. Sie unterstützt die systematische Umsetzung insbesondere von Suchtprävention an den Schulen der Sekundarstufe II durch Fachberatung, Weiterbildung und Projektentwicklung. Zudem richten sich die Angebote auch an Berufsbildnerinnen und Berufsbildner (Kanton Zürich, Bildungsdirektion, Mittelschul- und Berufsbildungsamt, 2014).

Der Auftrag für die Schulen im Bereich der Gesundheitsförderung und insbesondere der Suchtprävention ist im Gesundheitsgesetz festgehalten (Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich, 2012). In den Berufsfachschulen ist die Suchtprävention im Lehrplan Allgemeinbildender Unterricht (ABU) und z.T. in den Schullehrplänen verankert und trägt somit zur Qualitätsentwicklung der Schule bei. Suchtprävention setzt auf personenbezogener sowie struktureller Ebene an (Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich, 2012).

Zum Zweck der Qualitätssicherung finden jährlich Standortgespräche zwischen dem Leiter der Fachstelle Suchtprävention des MBA und allen zuständigen Kontaktlehrpersonen der Mittel- und Berufsbildungsschulen des Kantons Zürich statt. In diesen Gesprächen wurde in den letzten 3-4 Jahren deutlich, dass die Thematik psychischer Belastungen und Störungen bei den Lernenden an Bedeutung zugenommen hat. Vermehrt wurden schulinterne Beratungs- wie auch Vertrauenslehrpersonen von Lernenden angesprochen, die unter Stress, Antriebs- und Lustlosigkeit bis hin zu depressiven Verstimmungen und Anzeichen von psychischen Erkrankungen litten. Die Wahrnehmung der Zunahme dieser Art von Problemstellungen wurde zudem durch aktuelle Medien- und Forschungsberichte (siehe Abschnitt 2.1) bestätigt.

Aufgrund der Aktualität des Themas ist das MBA bestrebt, in Bezug auf die Prävention psychischer Erkrankungen neue Methoden im Schulkontext zu erproben und zu implementieren. Dabei soll der Herausforderung Rechnung getragen werden, dass insbesondere junge Menschen präventiven Massnahmen meistens kritisch gegenüber stehen und sich durch rein normative Ansätze kaum überzeugen lassen bzw. im Gegenteil Reaktanz entwickeln. Im Rahmen dieser Masterarbeit soll nun ein für Lernende und Lehrende attraktives und gleichzeitig wirkungsvolles Unterrichtskonzept entwickelt werden, das der Prävention

psychischer Erkrankungen von Lernenden der Mittel- und Berufsbildungsschulen im Kanton Zürich dient und zu einem späteren Zeitpunkt zuständigen und interessierten Lehrpersonen vermittelt und zur Verfügung gestellt werden kann.

1.2 Wirkungsmodell und Ziele

Bei dem im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit erstellten Unterrichtskonzeptes zur Prävention psychischer Erkrankungen wurde ein konstruktivistischer Lernansatz verfolgt (siehe Abschnitt 2.3), der primär das Ziel der Sensibilisierung (Wissenserwerb- und -erweiterung) und sekundär bzw. als Folgewirkung die Entstigmatisierung (Einstellungsänderung) des Themas *Psychische Erkrankungen* verfolgt. Den Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollen zudem Handlungsalternativen und Hilfsangebote im Umgang mit persönlichen Krisensituationen aufgezeigt werden. Längerfristig wird das Ziel verfolgt, dass junge Menschen Anzeichen einer psychischen Erkrankung bei sich selber oder in ihrem Umfeld gegebenenfalls frühzeitig erkennen und dementsprechend handeln würden - also das Gespräch mit erwachsenen Bezugs- oder Fachpersonen suchen und Beratungsangebote in Anspruch nehmen – was hier als Prävention psychischer Erkrankungen bezeichnet wird. Der hier verfolgte Präventionsansatz verfolgt somit Ziele der Primärprävention, sowie der Sekundärprävention, was in Abschnitt 2.2 näher erläutert wird.

Als Basis für die Präventionsarbeit mit den Lernenden der Berufs- und Mittelschulen wurde ein bereits vorhandenes und evaluiertes Präventionsprogramm bezüglich der Stigmatisierung bei Adipositas und Übergewicht (Zahn, C., Schaeffeler, N., Giel, K.E., Wessel, D., Thiel, A., Zipfel, S. & Hesse, F.W., 2013) angepasst und darauf aufbauend ein Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen entwickelt. Die zugrundeliegende Methodik umfasste zuerst eine Sequenz der Theorievermittlung und dann als wesentlichen Teil die Erarbeitung eines Aufklärungsfilmes zum Thema in einer Gruppe von Lernenden (siehe Abschnitt 3.4). Das Wirkungsmodell des Präventionskonzeptes wird in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

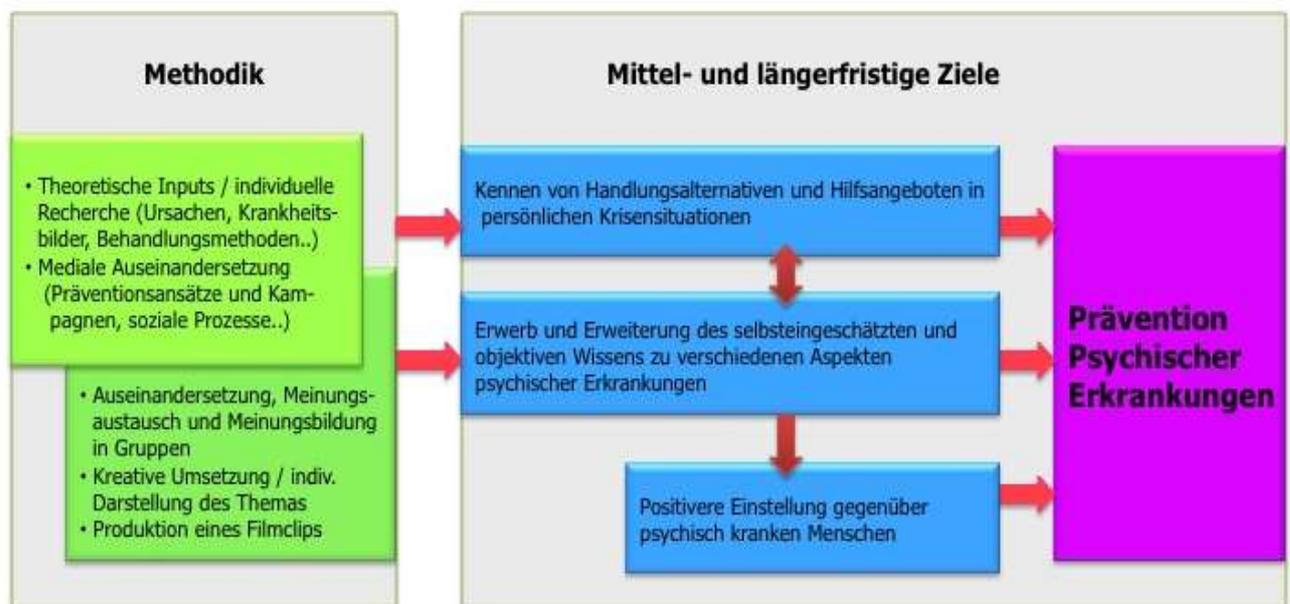


Abbildung 1: Wirkungsmodell Präventionskonzept

1.3 Fragestellungen

Aufgrund des in Abschnitt 1.2 beschriebenen Wirkungsmodells lassen sich entsprechend die Fragestellungen für die vorliegende Master Thesis ableiten, welche im Ergebnisteil (Abschnitte 4.1 und 4.2) beantwortet werden.

Fragestellung 1:

Kann die bereits vorhandene und evaluierte Methode *Collaborative video creation as an educational concept for knowledge acquisition and attitude change* (nach Zahn et al., 2013) erfolgreich auf die Zielgruppe Lernende der Mittel- und Berufbildungsschulen im Kanton Zürich adaptiert und zum Thema Prävention psychischer Erkrankungen weiterentwickelt werden?

Die Adaption und Weiterentwicklung der Methode kann dann als erfolgreich bezeichnet werden, wenn folgende vier untergeordnete Fragestellungen a-d mit ja beantwortet werden können:

- a) Gelingt es, das Unterrichtskonzept an einer Klasse der Sekundarstufe II im Kanton Zürich durchzuführen und formativ zu evaluieren (Durchführbarkeit und Akzeptanz der Lernenden)?
- b) Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, den Lernenden allgemeines Wissen (selbsteingeschätzt und objektiv) zum Thema psychische Erkrankungen zu vermitteln?
- c) Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, den Lernenden Wissen (selbsteingeschätzt und objektiv) zum Umgang mit persönlichen Krisensituationen zu vermitteln (Kennen von Handlungsalternativen und Hilfsangeboten)?
- d) Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen voranzutreiben und die Einstellung der Lernenden zum Thema psychische Erkrankungen im positiven Sinne zu verändern (Einstellungsänderung)?

2 Theoretischer Hintergrund

«Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloss die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit.» Bereits aus der grundlegenden Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Verfassung von 1946 geht die zentrale Bedeutung der psychischen Gesundheit hervor (WHO, 2014).

Die psychische Gesundheit versetzt den Menschen in die Lage, seine Lebenspotenziale zu entfalten und die vielfältigen Herausforderungen einer komplexen Welt zu meistern. Sie befähigt den Menschen, von seinen kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten vollen Gebrauch zu machen (WHO, 2001) welche auch als Ressourcen bezeichnet werden können. Entscheidend für die psychische Gesundheit ist das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen, insbesondere während kritischer Lebensübergänge, wie etwa in der Pubertät, nach der Pensionierung oder bei unerwarteten Lebensereignissen wie z.B. beim Verlust des Arbeitsplatzes, bei einer Scheidung oder dem Tod einer nahe stehenden Person. Solche kritischen Lebensphasen können je nach verfügbaren körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen im besseren Falle Herausforderungen mit neuen Chancen, im schlechteren Falle jedoch chronischen Stress oder schwer zu überwindende Lebenskrisen darstellen (Perrig-Chiello, 2014). Sind die Belastungen zu erschütternd oder über eine längere Zeit grösser als die Möglichkeit, diese zu bewältigen, kann dies zu psychischen Erkrankungen führen.

Psychische Erkrankungen sind Beeinträchtigungen des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie beeinträchtigen den Alltag und können sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, körperlicher sowie auf der Verhaltensebene auswirken. Häufige Auswirkungen sind eine verminderte Lebensqualität sowie Invalidität. Darüber hinaus kann Stigmatisierung der Betroffenen zu einer Chronifizierung der Erkrankung und zu einer verminderten

Heilungschance führen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2015).

Stigmatisierung bezeichnet die Zuschreibung eines Merkmales auf eine Person, das von der Gesellschaft negativ bewertet wird und sich für den einzelnen Menschen negativ auswirkt, da er dadurch von den anderen unterschieden, herabgesetzt oder ausgegrenzt wird (Aronson, Wilson & Akert, 2004). Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen kann gemäss BAG (2015) von aussen und/oder von innen erfolgen.

- Stigmatisierung von „ausen“ besteht in Vorurteilen sowie in der Diskriminierung der Betroffenen durch die Gesellschaft. Dabei werden psychisch Kranke oft als gefährlich, gewalttätig und unberechenbar empfunden. Oft wird ihnen mit Angst begegnet oder/und es wird mit sozialer Distanz zu Betroffenen reagiert, wobei diese Distanzierung bei gewissen Erkrankungen wie Schizophrenie, Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit grösser ist als bei Depression und Angststörungen. Des Weiteren zeigt sich Stigmatisierung auch auf sozialpolitischer Ebene, so bestehen Ungleichheiten bei der Krankenversicherung, Diskriminierung im Wohnungswesen und im Arbeitsmarkt.
- Stigmatisierung „von innen“ bedeutet, dass die Betroffenen sich selbst negative Stereotypen zuschreiben. Dies kann unter anderem zu Schamgefühlen und zum Verlust des Selbstwertgefühls führen. Weitere Folgen sind der Verlust von sozialen Netzwerken, Statusverlust und Minderung der Lebensqualität sowie Invalidität. Die Angst vor Stigmatisierung kann auch der Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten im Wege stehen. (BAG, 2015, S. 18).

Im psychiatrischen Kontext wird als Synonym für „psychische Erkrankungen“ auch oft der Begriff „psychische Störung“ verwendet, wobei dieser Ausdruck semantisch die Dysfunktion betont. „Psychische Erkrankung“ weist mehr auf den Krankheitswert und -verlauf hin, (BAG, 2015), weswegen in dieser Arbeit mehrheitlich der zweite Begriff verwendet wird.

2.1 Psychische Erkrankungen im Jugendalter

Gemäss einer Studie der WHO (2001) erleiden über 25% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens eine schwere psychische Erkrankung. Im Kanton Zürich erkrankt jede fünfte Person während ihres Lebens mindestens einmal an einer schweren Depression. Neben depressiven Störungen sind Angststörungen und Erkrankungen wegen des Konsums psychoaktiver Substanzen die häufigsten Diagnosegruppen (ISPM, 2012).

Affektive Störungen (Depression, Manie) treten gemäss verschiedener Autoren am meisten im Jugend- und frühen Erwachsenenalter (15-19 Jahre) auf. Befunde aus epidemiologischen Studien im deutschsprachigen Raum belegen zudem, dass Ängste und Depressionen bereits im Kindes- und Jugendalter zu den am häufigsten auftretenden Störungen gehören (zitiert in Balmer et al., 2007).

Das Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention RADIX (2008) führt zudem noch weitere psychische Störungen auf, welche im Kindes- und Jugendalter häufig auftreten, wie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), Aggressivdissoziale Störung, Autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung), Sozialphobie, Essstörungen, Zwangsstörung und Schizophrene Psychose (Radix, 2008).

Am meisten leiden Jugendliche jedoch unter Stress. So zeigte die Basler Jugendgesundheitsbefragung 2012, dass über die Hälfte der Jugendlichen häufig Stress empfinden. Psychische Belastungssituationen, wie lang anhaltender Stress, können das Wohlbefinden stark einschränken und ebenfalls psychische Erkrankungen begünstigen (Pecoraro et al., 2014 sowie Steffen, 2014).

Die Entwicklung hin zum häufigeren und früheren Auftreten psychischer Störungen ist besorgniserregend. Zum einen steigt mit einer psychischen Störung das Suizidrisiko. Suizid ist bei Jugendlichen in der Schweiz nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache. Von allen Personen die einen Suizidversuch oder Suizid begehen, erfüllen 60-90% die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung, zumeist Depression. Bei Jugendlichen stehen auch sehr

oft vorübergehende Krisen als Auslöser von Suizidhandlungen im Vordergrund (FSSZ, 2014). Zum anderen interferieren psychische Erkrankungen mit wichtigen Entwicklungsaufgaben und führen darüber hinaus auch zu Folgeproblemen wie Schulversagen oder schlechteren Sozialbeziehungen. Mit dem frühen Auftreten psychischer Störungen erhöht sich das Risiko, dass sich weitere psychische Erkrankungen entwickeln. Insbesondere begünstigen Angststörungen im Kindesalter das Auftreten von Angststörungen, affektiven Störungen und Substanzabhängigkeit im Erwachsenenalter (Balmer et al., 2007).

Auch eine suchtartige Nutzung von Internet und Computerspielen geht oft einher mit psychischen Erkrankungen (Müller und Wölfling, 2011, zitiert in Berger, 2013). 86% der Internetsüchtigen weisen eine weitere Diagnose im Bereich psychischer Störungen auf. Dabei bleibt jedoch unklar, ob die Internetsucht die primäre Störung ist oder ob eine psychische Erkrankung die suchtartige Internetnutzung bedingt (Berger, 2013).

Das Jugend- und frühe Erwachsenenalter stellt einen Zeitraum grosser biologischer, psychologischer und sozialer Umstellung dar. Viele Lebensbereiche sind einem starken und schnellen Wandel unterworfen. Die Entwicklung der Jugendlichen ist zudem zunehmend von deren Selbstkompetenz abhängig. Selbstvertrauen und die Fähigkeit, für auftauchende Probleme eigene Lösungen zu entwickeln und dem Leben einen Sinn zu geben, spielen dabei eine wichtige Rolle. Je kompetenter und selbstsicherer sich die Jugendlichen fühlen und je mehr sie über verschiedene Handlungsalternativen verfügen, desto seltener leiden sie auch an psychischen Beschwerden (Radix, 2008). Durch präventive Massnahmen kann die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben unterstützt und indirekt auch der Konsum von Alkohol- und anderem Drogenkonsum verhindert oder verzögert werden (Balmer et al., 2007).

Zudem sind psychische Störungen stark mit sozialen Prozessen verbunden. Vorurteile und Tabuisierung stellen dabei ein grosses Problem dar. Sie können dazu führen, dass Erkrankungen nicht oder falsch behandelt werden, was wiederum eine Verschärfung oder Chronifizierung einer Störung mit sich bringen kann. Durch Entstigmatisierung und Sensibilisierung kann solchen Entwicklungen entgegengewirkt werden. (ISPM, 2012).

2.2 Prävention psychischer Erkrankungen

Der Grundlagenbericht zur Prävention psychischer Erkrankungen des Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012) erfasst und beschreibt das Feld, in dem Massnahmen für die psychische Gesundheit möglich und sinnvoll sind. Der Schwerpunkt wird bei der Primärprävention gelegt, die der Entstehung von Störungen oder Krankheiten zuvorkommen will, während die Sekundärprävention bei der Früherkennung- und Intervention ansetzt (ISPM, 2012). Früherkennung bedeutet das rechtzeitige Wahrnehmen von Anzeichen einer schwierigen Situation oder Belastung durch Aussenstehende. Auffälligkeiten und Symptome sollten dabei wahrgenommen und richtig gedeutet werden. Frühintervention ist das Anbieten einer passenden Unterstützung oder einer geeigneten Intervention, welche sich nicht nur an den Risiken sondern auch an den Ressourcen der betroffenen Person orientiert (Fabian & Müller, 2010).

Zum einen spricht für die Primärprävention, dass die Heilung einmal entstandener psychischer Erkrankungen sehr schwierig und langwierig ist. Zum anderen wird die Wichtigkeit des Primärpräventionsansatzes durch die Entstehungsproblematik psychischer Erkrankung im Jugendalter unterstrichen. Der Anfang einer psychischen Störung erfolgt meistens fliessend und wird oft lange weder von den Betroffenen noch von der Umgebung wahrgenommen. Natürlich gibt es auch normale Stimmungsschwankungen und Ängste. Deshalb ist es wichtig, beeinträchtigende von normalen Stimmungsschwankungen und Ängsten zu unterscheiden. Eine wichtige Entwicklungsaufgabe von Jugendlichen ist es zudem zu lernen, letztere auszuhalten bzw. zu bewältigen (Balmer et al., 2007).

Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stellt Präventionsarbeit jedoch oft eine besonders grosse Herausforderung dar. Ungern lassen sich Heranwachsende in ihrem Lebensstil belehren und normative Aussagen führen oft unweigerlich zu Reaktanz. Bandura (2004) beschreibt aufgrund der sozial-kognitiven Theorie die Wichtigkeit, sich im Rahmen von Präventionsprogrammen mit sozialen Beziehungen und Prozessen auseinander zu setzen und nicht nur Wissen zu vermitteln. Wobei er betont, dass das Erlernen von neuen Werten und Gewohnheiten sowie Selbstwirksamkeitserwartung viel mehr Aufwand bedeutet als die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen. Zu einem effektiven Präventionsprogramm zählt Bandura (2004) vier wesentliche Komponenten:

- **Information:** Es gilt als erstes über gesundheitliche Gefahren und über die Vorteile eines anderen Umganges mit Risiken oder neuen Gewohnheiten (Lifestyles) aufzuklären.
- **Soziale Prozesse:** Um die gelernten Informationen in die Praxis umsetzen zu können, braucht es die Möglichkeit, sich mit sozialen Prozessen und den eigenen Fähigkeiten zur Veränderung auseinandersetzen zu können.
- **Resilienz:** Schliesslich braucht es das Erlernen der effektiven Fähigkeit und auch die nötige Widerstandskraft, in der gegebenen Situation richtig handeln zu können.
- **Unterstützung:** Bei aller Fähigkeit braucht es immer auch die soziale Unterstützung um das gewünschte Verhalten umsetzen zu können.

Das vorliegende Präventionskonzept trägt den ersten beiden von Bandura genannten Komponenten Rechnung. Einerseits wird Wissen vermittelt und andererseits findet eine inhaltliche und kreative Auseinandersetzung mit einzelnen Themen in Kleingruppen von Lernenden statt, wo sie an ihre eigene Lebenswelt anknüpfen und eigene Erfahrungen mit einbringen können. Dieser Prozess wird durch die Lehrpersonen angeregt und begleitet (siehe Abschnitt 3.4).

Dem von Bandura genannten Aspekt der *Unterstützung* soll hier ebenfalls Beachtung geschenkt werden. Im Rahmen des Unterrichtskonzeptes werden jungen Menschen Ansprechpersonen und Adressen bekannt gegeben, bevor sie in eine Krisensituation geraten. So gelingt es ihnen im Ernstfall eher, frühzeitig auf Angebote zurück zu greifen und das Gespräch mit Fachpersonen zu suchen bzw. Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Den Lehrpersonen kommt im Sinne der Früherkennung und Frühintervention dabei eine wichtige Aufgabe zu, da sie einerseits die Lernenden über eine längere Zeit begleiten und somit beobachten bzw. auffällige Veränderungen bemerken können. Andererseits können sie erste Ansprechpersonen für Jugendliche in Krisensituationen darstellen, sofern eine gewisse Vertrauensbeziehung besteht. Um diese Aufgabe wahrzunehmen und ihr gewachsen zu sein, bedarf es als Voraussetzung für die Lehrpersonen selbst der Sensibilisierung und Wissenserweiterung zum Thema psychische Erkrankungen. Im Rahmen dieser Arbeit wird darauf nicht weiter eingegangen. Es ist jedoch im Anschluss an die Fertigstellung des Unterrichtskonzeptes vorgesehen, die Methode an interessierte Lehrpersonen der Mittel- und Berufsbildungsschulen des Kantons Zürich weiter zu vermitteln und in diesem Rahmen auch auf ihre Funktion aufmerksam zu machen bzw. sie zur Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Rolle anzuregen (vgl. Fabian & Müller, 2010).

2.3 Prävention mittels der Produktion von Filmclips

Das vorliegenden Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen wurde basierend auf dem Kursprogramm *Collaborative video creation as an educational concept for knowledge acquisition and attitude change related to obesity stigmatization* (Zahn et al., 2013) erarbeitet bzw. entsprechend weiterentwickelt und auf das Thema sowie die Zielgruppe angepasst. Die Methodik gründet auf dem pädagogischen Ansatz des computerunterstützten kooperativen Lernens, im Englischen *Computer-supported Collaborative Learning* (CSCL), welcher als konstruktivistischer Lernansatz verstanden werden kann. Konstruktivistische Lernansätze verstehen Wissen nicht als unmittelbares Ergebnis einer

Wissensübertragung innerhalb eines Lehrprozesses, sondern als eigenständige Konstruktion der Lernenden. Diese Konstruktion erfolgt auf der Grundlage eigener Handlungen und Erfahrungen, mit einem engen Bezug zu den Problemen der eigenen Lebenswelt (Arnold, 2005).

Collaborative Learning (CL) beinhaltet die aktive Partizipation jedes und jeder einzelnen Lernenden in einer Gruppe, um ein gemeinsam definiertes Problem zu lösen und ein kurzfristiges sowie ein längerfristiges Gruppenziel zu erreichen. Dabei finden im gegenseitigen Wissens- und Meinungsaustausch der Gruppenmitglieder ein Lernprozess und eine Wissenstransformation statt. (Janssen, J., Kirschner, F., Erkens, G., Kirschner, P. A., & Paas, F. (2010).

Computer-supported Learning (CS) beschreibt die Vermittlung oder Unterstützung des kooperativen Lernprozesses in der Gruppe durch Technologien, die entweder dafür verwendet werden können, mit ihnen eine Aufgabe zu lösen (z.B. Erstellen einer Präsentation, Produktion eines Videos) oder um überhaupt miteinander kommunizieren bzw. arbeiten zu können (z.B. Lernplattformen, Skype, Email etc.) (in Anlehnung an Dennen & Hoadley, 2013). Zentral beim CSCL-Ansatz ist, dass die Konstruktion von Wissen als kreativer und sozialer Prozess verstanden wird (Scardamalia, 2002, zitiert in Zahn, 2015) - nicht als Transfer von Lehrenden zu Lernenden und ohne dass die Antwort oder das Endprodukt im Voraus bekannt sind (Zahn, 2015).

Im Sinne des CSCL-Ansatzes umfasst die im vorliegenden Unterrichtskonzept verwendete Methodik zuerst einige Lektionen der Theorievermittlung und dann als wesentlichen Teil die Erarbeitung eines kurzen Aufklärungsfilmes zu einer spezifischen psychischen Erkrankung in einer Gruppe von Lernenden.

Die Erarbeitung der Filmclips wurde in den Klassen in verschiedenen Phasen angeleitet und unterstützt. Die Produktion von Videos in Gruppen als Teil der Wissensvermittlung wurde gemäss Zahn et al. (2013) in der Vergangenheit bereits in verschiedenen Disziplinen (wie Kunst und Literatur, Naturwissenschaften oder Geschichte) verwendet und von verschiedenen Autoren untersucht. Dabei konnte theoretisch sowie empirisch gezeigt werden, wie sich traditionellere Lernformen (Wissensvermittlung durch Videos) gegenüber moderneren Lernansätzen (Wissenstransformation durch Produktion von Filmclips) unterscheiden und wie viel Potential die letztere Methode für gemeinschaftliches, konstruktivistisches Lernen bietet (Schwartz & Hartmann, 2007).

Zum einen wurde die Wichtigkeit gruppenspezifischer Lernprozesse erkannt, da zwischen den Peers Informationen ausgetauscht und diskutiert sowie gegenseitig geholfen und stimuliert werden konnte (z.B. Webb und Palincsar, 1996/2004, zitiert in Zahn et. al, 2013). Gerade bei komplexen psychosozialen Themen und in höheren Schulstufen spielt diese Auseinandersetzung und Meinungsbildung eine zentrale Rolle und kann zu einem tieferen Verständnis und somit zu einer Einstellungsänderung führen. Zum anderen stellt die Erarbeitung eines Filmclips einen kreativen Prozess dar, welcher die Lernenden dazu zwingt das aufgenommene Wissen in der Gruppe auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, in eine neue Form bzw. in eine Geschichte zu verpacken und für ein Publikum zugänglich zu machen. In diesem Prozess der Wissenstransformation werden die Lernenden aufgefordert, ihr eigenes Verständnis des Themas auszudrücken bzw. darüber zu reflektieren oder es unter Umständen auch zu verändern (Harel, 1990).

Die Methodik bzw. das erarbeitete Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen, basiert somit auf zwei grundlegenden Annahmen aus der Sozialpsychologie und der Pädagogik (nach Zahn et al., 2013):

1. Die Stigmatisierung des Themas psychische Erkrankungen basiert auf fehlendem Wissen, Missverständnissen und Vereinfachungen bezüglich der Komplexität des Themas.

2. Das Lernen in gruppenspezifischen Prozessen und mittels der Produktion von Filmclips ist eine geeignete Methode, welche zu einem tieferen Verständnis der komplexen Fragestellungen sozialer Themen (wie psychischer Erkrankungen) führt und somit zu einer Entstigmatisierung des Themas und einer toleranteren Haltung gegenüber Betroffenen führen kann.

Trotz dieser Erkenntnisse soll der Lerneffekt durch diesen gruppenspezifischen und kreativen Prozess nicht als selbstverständlich angesehen werden. Auch die Rahmenbedingungen, Gruppenzusammensetzungen und individuelle Aspekte der Lernenden spielen eine massgebende Rolle (Zahn et al., 2013).

2.4 Hypothesen

Aufgrund der oben aufgeführten Fragestellungen, theoretischen Grundlagen und des Forschungsstandes wurde erwartet, dass das hier erarbeitete und mit einer Klasse durchgeführte Unterrichtskonzept und die darin verwendete Methodik *Produktion von Filmclips in Kleingruppen* (adaptiert nach Zahn et al., 2013) dazu führt, dass die partizipierenden Lernenden eine Wissensveränderung (mehr selbsteingeschätztes und objektives Wissen) in Bezug auf psychische Erkrankungen erfahren, was in einer Vor- und Nachbefragung mittels einer Onlinebefragung erhoben wurde. Im Gegensatz wurde vermutet, dass die Lernenden der Kontrollgruppe, welche eine Informationsbroschüre erhielten und ebenfalls der öffentlichen Berichterstattung in den Medien ausgesetzt waren, im gleichen Zeitraum von drei Monaten ihr Wissen zu verschiedenen Aspekten psychischer Erkrankungen weniger verändern.

Des Weiteren wurde angenommen, dass sich aufgrund des Wissenserwerbs die Einstellung der Interventionsgruppe gegenüber psychisch kranken Menschen im Vergleich positiver verändert als bei der Kontrollgruppe. Aus diesen Annahmen werden folgende zu überprüfende Hypothesen abgeleitet:

Hypothese 1a:

Lernende der Interventionsgruppe, welche das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen durchlaufen, erwerben mehr selbsteingeschätztes Wissen zu verschiedenen Aspekten psychischer Erkrankungen von t0 zu t1 als die Lernenden der Kontrollgruppe.

Hypothese 1b:

Lernende der Interventionsgruppe, welche das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen durchlaufen, erwerben mehr objektives Wissen zu verschiedenen Aspekten psychischer Erkrankungen von t0 zu t1 als die Lernenden der Kontrollgruppe.

Hypothese 2:

Lernende der Interventionsgruppe, welche das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen durchlaufen, verändern ihre Einstellungstendenz gegenüber psychisch kranken Menschen von t0 zu t1 stärker in eine positive Richtung als die Lernenden der Kontrollgruppe.

3 Methodik

Um die in Abschnitt 1.3 formulierten Fragestellungen und in Abschnitt 2.4 formulierten Hypothesen zu beantworten, wurde das in Abschnitt 2.3 beschriebene Kursprogramm nach Zahn et al. (2013) als erstes grundlegend auf die Zielgruppe *Mittel- und Berufsbildungsschulen* und das Thema *psychische Erkrankungen* angepasst. Nachdem bekannt war, an welcher Schule die Umsetzung des Präventionskonzeptes im Rahmen dieser Masterarbeit erfolgen würde, fand eine detaillierte Adaption und Weiterentwicklung der einzelnen Phasen und Lektionen auf die entsprechende Klasse und das Setting statt. Die Stichproben und das Forschungsdesign sowie das methodische Vorgehen werden in den folgenden Abschnitten 3.1 - 3.4 beschrieben. Abschnitte 3.5 und 3.6 beschreiben das methodische Vorgehen der Onlinebefragungen zur Erhebung der Einstellungs- und Wissensveränderung bezüglich psychischer Erkrankungen sowie die Datenanalyse.

3.1 Stichprobenauswahl

Die Durchführung des Unterrichtskonzeptes zur Prävention psychischer Erkrankungen fand während drei Monaten in Zusammenarbeit mit einem Berufsschullehrer an einer Berufsbildungsschule im Kanton Zürich statt. Bei der Zielgruppe handelte es sich um zwei Halbklassen von insgesamt 33 Lernenden (6 weiblich, 27 männlich) im Alter zwischen 18-24 Jahren, die sich während dieses Zeitraumes im 4. Ausbildungsjahr zu Informatikerinnen und Informatikern befanden. Die Vorbefragung fand zu Beginn des Semesters, die Nachbefragung 3 Monate später, nach Ende der Unterrichtsreihe statt.

Die Kontrollgruppe wurde über den Auftraggeber, also das Mittel- und Berufsamt des Kantons Zürich rekrutiert. Per Email wurden alle Berufsbildungsschulen mit Informatiklehrgängen für eine Onlinebefragung angefragt. Eine Lehrperson meldete sich, welche bereit war ihre Klasse für die Vor- und Nachbefragung zur Verfügung zu stellen. Die 44 Lernenden (1 weiblich, 41 männlich, 2 ohne Angabe) der Kontrollgruppe waren zwischen 17 und 24 Jahre alt und befanden sich zum Zeitpunkt der Befragungen ebenfalls in ihrer Ausbildung zu Informatikerinnen und Informatikern (2.-4. Lehrjahr), jedoch in einer anderen Stadt des gleichen Kantons. Die Vor- sowie die Nachbefragung fanden jeweils in der gleichen Kalenderwoche statt wie bei der Interventionsgruppe.

3.2 Methodisches Vorgehen – Quasiexperimentelles Design

Bei der vorliegenden Feldstudie handelt es sich um ein quasiexperimentelles Forschungsdesign, da die Lernenden nicht zufällig ausgewählt und nicht unter kontrollierten Bedingungen beschult und befragt wurden (Wottawa & Thierau, 2003). Bei der Interventionsgruppe sowie der Kontrollgruppe handelte es sich um bestehende Berufsbildungsklassen in ihrem natürlichen Schulkontext. Um ausschliessen zu können, dass mögliche Effekte bei den Ergebnissen nur auf die Testwiederholung und nicht auf die Intervention zurückzuführen sind, wurde nebst der partizipierenden Gruppe auch eine Kontrollgruppe befragt, so dass ein Gruppenvergleich angestellt werden konnte.

Alle an der Studie Beteiligten (Interventions- sowie Kontrollgruppe) wurden zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten gebeten, einen Onlinefragebogen zur Einstellung und zum Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen auszufüllen (siehe Abschnitt 3.5). Die erste Befragung fand zu Beginn des Semesters, die zweite drei Monate später, gegen Ende des Semesters statt.

In der Zwischenzeit nahm die Interventionsklasse im Rahmen des Allgemeinbildenden Unterrichts (ABU) an dem Wahlpflichtmodul „Medienbildung“ teil, in welchem die Lernenden neben theoretischen Inputs in Gruppen den Auftrag erhielten, kurze Aufklärungsfilme zu einer psychischen Erkrankung zu erarbeiten. Zur Auswahl standen ihnen folgende - bei

Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig vorkommenden - psychischen Störungen: Depression, Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), Autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung), Essstörungen, Psychosen und Suizidgedanken sowie Suizid als schwere Folge davon. Zudem stand das Thema Stress als massgeblicher Einflussfaktor in Bezug auf psychische Erkrankungen ebenfalls als Filmthema zur Verfügung. Für die Videoaufnahmen und die Bearbeitung der Filmclips verwendeten die Lernenden ihre eigenen Handys und einfache Schnittprogramme. Da es sich um angehende Informatikerinnen und Informatiker handelte, brauchten sie in technischer Hinsicht keine grosse Unterstützung. Konzeptionell wurde die Erarbeitung der Filmclips in den zwei Halbklassen gemäss den vier Phasen des Kursprogramms nach Zahn et al. (2013) angeleitet und unterstützt, welche in Abschnitt 2.3 beschrieben wurden. Das ursprüngliche Konzept wurde im Vorfeld entsprechend auf das Thema *Psychische Erkrankungen* sowie die Zielgruppe *Lernende der Berufsbildungsschule im Informatiklehrgang* adaptiert. Während der Durchführungsphase wurden in Zusammenarbeit mit der Klassenlehrperson fortlaufend weitere Anpassungen auf den Stundenplan und die Gegebenheiten der schulinternen Organisation sowie auch auf die Gruppendynamik und den Lernstand in den beiden Halbklassen vorgenommen. Der vollständige Lektionsplan wird in Abschnitt 3.4 in Form einer Tabelle dargestellt. Die Durchführung der Unterrichtsreihe wird im Ergebnisteil unter Abschnitt 4.1 beschrieben und reflektiert.

Abschliessend wurde den Lernenden ein anonymer Feedbackbogen zum Unterrichtskonzept abgegeben. Einerseits wurde damit die allgemeine Zufriedenheit bzw. Akzeptanz der Lernenden hinsichtlich des Moduls erhoben, andererseits wurden die Lernenden gebeten, positives sowie kritisches Feedback zum Vorgehen sowie Anregungen zur Verbesserung anzubringen. Zudem wurde die Klassenlehrperson in einem Gespräch um kritisches Feedback zur Durchführung des Unterrichtskonzeptes gebeten. Die Ergebnisse der Befragung sowie des Feedbackgespräches mit der Lehrperson und daraus formulierte Lessons Learned werden im Abschnitt 4.1.6 dargestellt.

Die Lernenden der Kontrollgruppe erhielten nach der ersten Befragung das Jugendmagazin *relax* (Basel Stadt Abteilung Prävention, 2013) mit Informationen zu den Themen: Stress, psychische Erkrankungen und Suizid. Sie hatten während der Lektion noch eine halbe Stunde Zeit, sich mit der Broschüre zu befassen und konnten diese nachher mit nach Hause nehmen. Die Informationsbroschüre wurde verteilt, um eine grundlegende Fairness zwischen beiden Gruppen zu gewährleisten. Durch das Lesen der Beiträge konnten die Lernenden der Kontrollgruppe sich ein gewisses Wissen zum Thema aneignen und wurden somit auf psychische Erkrankungen aufmerksam gemacht – sowie die Interventionsgruppe auch. Die Kontroll- sowie die Interventionsgruppe waren zudem während drei Monaten zwischen der Vor- und Nachbefragung der Möglichkeit täglicher Medienberichterstattungen, weiteren Präventionskampagnen und persönlichen Diskussionen zum Thema psychische Erkrankungen ausgesetzt. Das oben beschriebene Forschungsdesign wird zur Übersicht in Abbildung 2 noch einmal grafisch dargestellt.

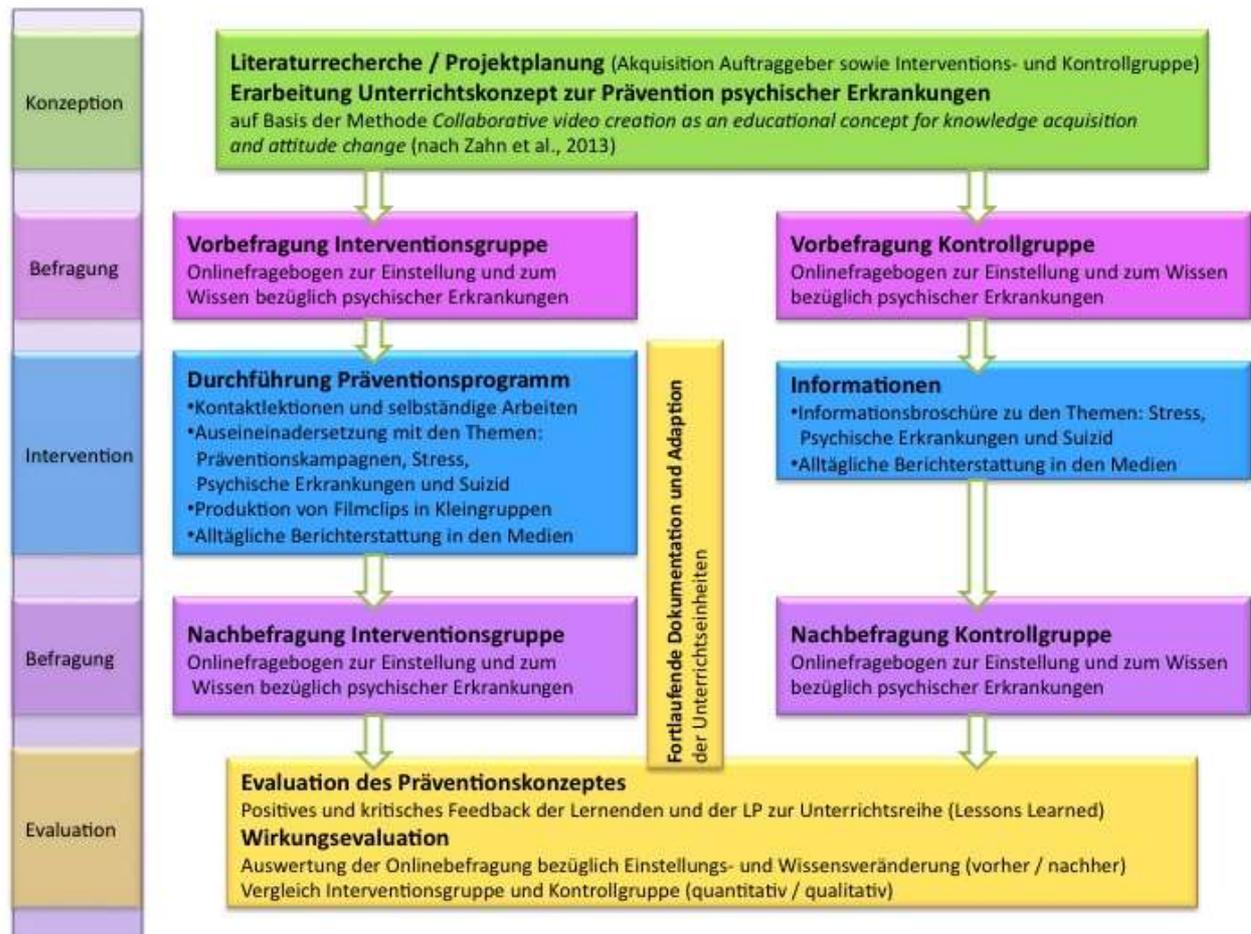


Abbildung 2: Forschungsdesign

3.3 Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Feldstudie

Das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen wurde von Mitte August bis Anfang Dezember 2014 in Zusammenarbeit mit einem Berufsschullehrer an der Berufsbildungsschule Winterthur (BBW) umgesetzt. Die 33 Informatik-Lernenden (zwei Halbklassen des gleichen Jahrganges) hatten sich in diesem Semester im Rahmen des Allgemeinbildenden Unterrichts (ABU) für das Wahlpflichtmodul „Medienbildung“ entschieden, in welchem die Methode *Produktion von Filmclips in Kleingruppen* zur Prävention psychischer Erkrankungen angewendet wurde. Die Inhalte und Ziele des Moduls sowie das Vorgehen wurden ihnen zu Beginn des Semesters mitgeteilt. Das Modul fand für die Lernenden während einer Lektion pro Woche statt. Die Präsenz während der Kontaktlektionen war obligatorisch und das Fach wurde mit einer Note bewertet. Die zuständige Klassenlehrperson war während allen Lektionen anwesend und übernahm die im Rahmen des Unterrichts üblichen Aufgaben wie Präsenzkontrolle, Organisation der schulinternen Webplattform und Absprachen bezüglich des Stundenplanes etc. Zudem gab der Berufsschullehrer auch inhaltliche Inputs an die Klasse, was unter Abschnitt 4.1 genauer erläutert wird.

Das Kursprogramm nach Zahn et al. (2013) wurde ursprünglich mit Studierenden im Fach Psychologie und zum Thema Adipositas durchgeführt und evaluiert. Es stellte sich die Frage, wie die bestehende Methode geschickt auf die Zielgruppe von überwiegend männlichen Lernenden eines Informatiklehrganges und auf das Thema psychische Erkrankungen angepasst und didaktisch sinnvoll vermittelt werden konnte. Zudem hatten sich die Informatik-Lernenden für das Wahlpflichtfach „Medienbildung“ angemeldet. Auch wenn die

vorgesehene Methodik die Produktion von Filmclips beinhaltete, musste von Anfang an eine für sie plausible Verbindung vom Titel des Faches zum Thema „Prävention psychischer Erkrankungen“ hergestellt werden, welches den inhaltlichen Schwerpunkt des Moduls bilden würde. Daher wurde insbesondere der Beginn des ursprünglichen Kursprogrammes ziemlich stark verändert. Anstatt gleich mit dem Thema psychische Erkrankungen anzufangen, wurde der Einstieg stärker über das Thema Medien in Verbindung mit Gesundheitsförderung allgemein und Erfolgskriterien von Präventionskampagnen in den Medien gestaltet. Des Weiteren stand für die Durchführung des Unterrichtskonzeptes jeweils nur eine Lektion pro Woche mit den Lernenden zur Verfügung, weshalb die Struktur der ursprünglichen Methodik nach Zahn et al. (2013) ziemlich verändert werden musste. In Abschnitt 3.4 wird der Lektionsplan des Unterrichtskonzeptes zur Prävention psychischer Erkrankungen in Form einer Tabelle vollständig abgebildet.

3.4 Zeitliche und inhaltliche Adaption des Unterrichtskonzeptes

Die im Rahmen der Unterrichtsreihe angewendete Methodik umfasste zuerst einige Lektionen der Auseinandersetzung mit theoretischen Inhalten und dann als wesentlichen Teil die Erarbeitung eines kurzen Aufklärungsfilmes zu einer spezifischen psychischen Erkrankung in einer Gruppe von Lernenden. In angepasster Form wurden die vier Phasen des Kursprogramms nach Zahn et al. (2013) eingehalten, welche nun konkret wie folgt beschrieben werden können:

- Input und Diskussion zu Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen in den Medien (Plakate, Fernsehen, Internet) und deren Erfolgskriterien
- Auseinandersetzung mit theoretische Hintergrundinformationen zu Ursachen und Präventions- bzw. Behandlungsmethoden von psychischen Erkrankungen
- Erarbeitung der Filmclips: erstellen eines Grobkonzepts, schreiben einer Storyline und darstellen eines Storyboards, aufnehmen und bearbeiten eines Präventions- bzw. Aufklärungs-Kurzfilmes zu einer psychischen Erkrankung in der Gruppe
- Reflexion der Videoproduktion und der gelernten Inhalte in der ganzen Klasse

Im Sinne des in Abschnitt 2.3 beschriebenen kooperativen Lernansatzes wurde mit diesem Vorgehen das Ziel verfolgt, dass sich jede einzelnen Person zuerst vertieft mit der Thematik auseinandersetzt und dass anschliessend, im Austausch und in einem kreativen Prozess mit der Gruppe, Wissen sowie Meinungen weiter gegeben, verändert und neu gebildet werden um das Endprodukt (den Filmclip) produzieren zu können. Diese Art von Lernen benötigt Zeit und Raum für Diskussionen, welche im Rahmen dieser Masterarbeit sehr knapp bemessen waren.

Der in Tabelle 1 dargestellte Lektionsplan von 20 Lektionen diente in dieser Form der praktischen Durchführung des Unterrichtskonzeptes an der oben genannten Berufsbildungsklasse. Er soll weiterführend zu dieser Masterarbeit interessierten Berufsbildungs- sowie Mittelschullehrpersonen des Kantons Zürich als Grundlage für die Präventionsarbeit in der eigenen Klasse zur Verfügung stehen. Die aufgeführten Zeitangaben entsprechen den Zeiten, die im Rahmen dieser Projektarbeit eingehalten werden mussten. Aufgrund der vorgegebenen Rahmenbedingungen der Berufsbildungsschule standen pro Unterrichtseinheit jeweils nur 45 Minuten zur Verfügung. Nach Möglichkeit wird jedoch empfohlen, mehr Zeit pro Einheit einzuplanen, daher ist in der Spalte „Zeit“ jeweils auch eine maximale Zeitangabe (in Klammern) angegeben. Die grau hinterlegten Stellen konnten aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt werden. Für die weiterführende Arbeit von Lehrpersonen werden sie jedoch aus den oben genannten Gründen als wichtig erachtet. Weitere Hinweise für die konkrete Durchführung werden in Abschnitt 4.1 gegeben.

Tabelle 1: Lektionsplanung (S.18-25)

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material Konzept	Material schulintern
EINFÜHRUNGSPHASE					
1. Lektion	Plenum *35' (45')	Ziele: - Organisation, Ablauf, Ziele sowie Leistungsnachweise des Moduls sind geklärt - Thematische Einführung und Einbettung der Thematik in den Kontext des Moduls -Die Lernenden werden in die Inhalte, Ziele (Leistungsnachweis) und die Organisation des Moduls eingeführt -Je nach Kontext/Einbettung des Moduls: Einführung zum Thema Medien/ Medienkompetenz allgemein -Nach Möglichkeit wird vorgängig eine virtuelle Plattform installiert, auf der die Lernenden Zugang zu allen Informationen, Kursunterlagen und Texten haben und welche als Unterstützung zur Zusammenarbeit in den Lerngruppen dient und die Organisation und den Austausch von Materialien zwischen Lehrpersonen und Lernenden vereinfacht	KLP	**ppt <i>Einstieg zu Medienkompetenz</i>	-Übersicht Inhalte Modul + Zeitplan -Infos zu LNW -Zugang zu Webplattform etc.
	Gruppe 10'	Gruppenbildung: Bildung von 3er oder max. 4er Gruppen nach Wahl der Lernenden - für spätere Arbeit an den Filmclips			Übersicht Gruppeneinteilung

Klassenlehrperson = KLP, externe Fachperson = FP

*Die Zeitangaben in der ganzen Lektionsplanung entsprechen dem Minimum. Für eine möglichst erfolgreiche Umsetzung des Unterrichtskonzeptes wird empfohlen, mehr Zeit für die Unterrichtseinheiten zu verwenden, siehe Zeiten in Klammern.

**Alle Präsentationen und Unterrichtsmaterialien, welche in der Lektionsplanung aufgeführt werden, sind dem elektronischen Anhang (USB-Stick) zu entnehmen. Dokumente, die dem Bericht physisch angehängt sind, sind als solche gekennzeichnet.

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material Konzept	Material schulintern
SENSIBILISIERUNGSPHASE					
2. (2./3.) Lektion		Ziele: -Kritische Auseinandersetzung mit verschiedenen Präventionskampagnen in den Medien (allgemein) -Wissenserweiterung zum Thema Prävention: Zielgruppen, Botschaften, Methoden, Herausforderungen und Erfolgsfaktoren kennen			
	Plenum 5' 25' (40')	<i>-Einführung: Bezug zur 1. Lektion herstellen – Zusammenhang von Medienbildung und Gesundheitsförderung/Prävention</i> -Input zu Prävention: Ziele, Relevanz und Themen, Herausforderungen -Thema Präventionskampagnen: Bsp.-Videos (Kurzfilme) zeigen und anhand von Leitfragen diskutieren Leitfragen: -Um was geht es in den Filmclips? Botschaft/Zielgruppe? -Wer lanciert das und warum? -Wie werden die Themen dargestellt? Welche Darstellungsarten werden verwendet? - Versch. Präventionsfilme im Vergleich: Welche gefallen? Welche nicht? Warum?	FP	ppt <i>Prävention und Medien</i> inkl Links zu versch. Kurzfilme aus dem Internet	Beamer, Laptop & Tonanlage für Kurzfilm
	*Weiter- führend in Gruppen 30'	Youtube: Gezeigte Präventionsfilme und weitere recherchieren Gibt es Benutzerbewertungen? Wie fallen diese aus? Welche Art von Beiträgen erhalten die meisten Bewertungen? Welche sind am „erfolgreichsten“ (am meisten gesehen / die meisten Likes?)		evtl. weiterführende Links	
Plenum 15'	-Diskussion zu Erfolgskriterien für Präventionsfilme allgemein -Kriterienliste festhalten (Flipchart/WT/Compi als Mindmap) -Abschluss / Ausblick auf die nächsten beiden Lektionen: inhaltliche Vertiefung zum Thema Stress und psychische Erkrankungen	FP/KLP	Notizen als elektron. Mindmap		

*Grau hinterlegte Stellen wurden nicht durchgeführt, werden jedoch empfohlen.

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material Konzept	Material schulintern
3. (4./5.) Lektion		<p>Ziele:</p> <p>-Zusammenhang zwischen Belastungssituationen (Stress) und psychischen Störungen erkennen</p> <p>-Relevanz der Themen Stress und psychische Erkrankungen bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen erkennen</p>			
	Plenum 15' (30')	<p><i>Der Auftrag an die Lernenden im Laufe dieses Moduls lautet: Kurzen Aufklärungsfilm zur Prävention psych. Erkrankungen in einer Gruppe erarbeiten - Warum dieses Thema?</i></p> <p>Die Relevanz des Themas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird aufgezeigt und der Zusammenhang hergestellt von Stress und psychischen Belastungen zu psych. Erkrankungen, einige psych. Erkrankungen werden kurz erläutert</p>	FP	ppt <i>Stress und psych. Erkrankungen</i>	
	Einzel 20' (30')	Vertiefung zu den Themen Stress, Verhaltensänderungen und psych. Erkrankungen: Broschüre <i>relax</i> (S.6-15) lesen		-Broschüre <i>relax</i> für alle TN -Adressliste Fachstellen (Anhang A.1)	
	Gruppe 10 (30')	<p>In den Gruppen wählen die TN eine psychische Erkrankung für ihre weitere Arbeit aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - in Gruppe für ein Thema (eine psychische Erkrankung) entscheiden - Gruppen tragen sich und ihr Thema in Liste ein - restliche Zeit für Recherche zum Thema nutzen 		Liste psychischer Erkrankungen in ppt integriert	

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material Konzept	Material schulintern
THEORIEPHASE					
4. (6./7.) Lektion	Plenum 5' (10')	Ziel: Einzel und in den Gruppen findet eine inhaltliche Auseinandersetzung und Wissenserweiterung / -vertiefung zu einer spezifischen psychischen Erkrankung statt <i>Auftragsklärung:</i> - Jede Gruppe erhält Material, Links zu ihrem Thema und Auftragsblatt (ggf. auf interner Webplattform) - Zeit für Lektüre/Recherche und Erarbeitung des Themas - Vorbereitung für Kurzpräsentation auf einem Flipchart oder Folien für nächste Unterrichtseinheit (max. 5' pro Gruppe) - als HA fertig stellen (auf Webplattform in Ordner „Abgabe“)	KLP		-Laptops -Internetzugang -Datenablage auf Webplattform
	Einzel 30' (50')	Die TN vertiefen ihr Wissen (Zahlen und Fakten, Symptome, Ursachen, Behandlungsmethoden und Unterstützungsangeboten) zum ausgewählten Thema anhand zur Verfügung gestellter Texte und Links aus dem Internet	FP	Factsheets diverse psych. Erkrankungen	
	Gruppe 10' (60')	In der Gruppe bis zur nächsten Präsenzlektion eine Kurzpräsentation (5') des gewählten Themas für Klasse vorbereitet (anhand Auftragsblatt)		Auftragsblatt Kurzpräsentation (Anhang A.2)	
	Haus- aufgabe	Vor der nächsten Lektion wird der Inhalt der Kurzpräsentation den Dozierenden elektronisch zugestellt	KLP		-Webplattform oder per Email
5. (8./9.) Lektion	Plenum 30' (je nach Anz. Gruppen)	Ziel: Alle TN erhalten einen Einblick in die verschiedenen Themen (psychischen Erkrankungen) der anderen Gruppen Jede Gruppe präsentiert kurz ihr Thema / ihre Erkenntnisse vor der Klasse (ein Flipchart oder max. 3 ppt-Folien, Zeit max. 5'). Die Klasse sowie die Dozierenden stellen bei Bedarf Rückfragen oder machen Ergänzungen.	FP/KLP	Bsp. Kurzpräsen- tationen Lernenden	Beamer & Laptop
	15' (60') Infos siehe nächste Lekt.	Die TN machen sich erste Gedanken zum Grobkonzept ihres Filmclips aufgrund eines vorgegebenen Rasters: <i>Relevanz des Themas, Zielgruppe, wichtigste Inhalte</i> und <i>Botschaft des Filmclips</i> werden formuliert		Vorlage Grobkonzept	

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material Konzept	Material schulintern
VIDEOPRODUKTION PHASE					
6. (10./11.) Lektion	Plenum 5' (20')	<p>Ziele: -Transformationsprozess des erworbenen Wissens zur psychischen Erkrankung in eine eigene Darstellungsform / Idee -Auseinandersetzung in der Gruppe zum ausgewählten Thema: Was könnte ein Aufklärungsfilm beinhalten?</p> <p><i>Einführung, Erläuterung Gesamtauftrag:</i> Die TN erhalten vorerst mündlich (ggf bereits schriftlich, siehe nächste Lektion) die wichtigsten Informationen für die Erarbeitung des Filmclips: Sie sind in der Gestaltung des Filmes frei, die technischen Anforderungen werden vorgegeben (nächste Lektion), es wird empfohlen, nur Handy-kameras und einfache Schnittprogramme auf dem Computer oder Handy-Apps zu verwenden, um die Filmclips anschliessend auf YouTube aufzuschalten sind bestimmte Formate einzuhalten, die Länge der Filme wird auf ein Maximum von 1.5 min festgelegt, die Kriterien für die Bewertungskriterien der Filme stehen fest (aufgrund der gemeinsamen Erarbeitung in der 2. Lektion) – Kriterienblatt abgeben, evtl. besprechen</p>	FP/KLP	Bewertungskriterien (Anhang A.3)	
	10' (20')	<p><i>Erläuterung Beispiel Grobkonzept:</i> Anhand des Filmclips zur Raserprävention im Strassenverkehr „slow down take it easy“ wird das Grobkonzept erläutert</p>		Vorlage Grobkonzept am Bsp. „slow down take it easy“ (Anhang A.4)	
	Gruppe 30' (50')	<p>Fertigstellung des Grobkonzepts in der Gruppe, Ziel: bis Ende der Lektion oder spätestens bis dato auf der Webplattform ablegen Hinweis: einige Punkte der gemeinsam erarbeiteten Bewertungskriterien sind bereits in den Punkte des Grobkonzepts enthalten (Aufbau) Bei Bedarf stehen die Dozierenden zur Unterstützung zur Verfügung!</p>		Vorlage Grobkonzept aus vorheriger Lekt.	
	Haus- aufgabe	<p>Selbständige Fertigstellung des Grobkonzepts und Ablage bis dato auf Webplattform, für schriftliches und mündliches Feedback der KLP/FP</p>	KLP	Bsp. Grobkonzepte Lernende inkl. Feedback (Anhang A.5/A.6)	Webplattform oder per Email

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material Konzept	Material schulintern
7. (12./13.) Lektion	Plenum 5' (10')	<p>Ziel: Kreative Ausgestaltung des Grobkonzeptes zu einem durchführbaren, konkreten Feinkonzept in der Gruppe</p> <p><i>Begrüßung & kurze Rückmeldung zu Grobkonzepten allgemein (individuelle Feedbacks folgen nachher in den Gruppen)</i> <i>Kurze Bekanntgaben der Eckdaten und Termine für die Erarbeitung der Filmclips (Abgabetermine, technische Anforderungen, Copyright Musik, Recht am eigenen Bild etc.)</i></p>	KLP	Eckdaten und Termine inkl. Links für Musik download (Anhang A.7)	
	Plenum 10' (10')	<p><i>Erläuterung/Wiederholung der Kriterienliste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Länge (max. 1.5 min) • Relevanz, Aktualität des Themas aufzeigen • Zielgruppe definieren • Aussage (Botschaft) vermitteln / Aufforderung formulieren • Stigmatisierung von Betroffenen vermeiden • Wissen vermitteln • Realitätsbezug herstellen, Wahrheitsgehalt beachten • Emotionen ansprechen • Ablauf klar und logisch halten • Erinnerung („Trigger“) setzen 	KLP/FP	Bewertungskriterien (siehe letzte Lekt.)	Beamer, Laptop
	Plenum 10' (30')	<p><i>Erläuterung Auftrag Filmskript:</i> Vorstellung eines Storyboards anhand des Musikvideos „Heartlines“ von Timothy Jaromir und Erläuterung des Auftrages in den Gruppen</p>	KLP	Storyboard von Timothy Jaromir inkl. Links zu Musikvideo und Making of	Beamer, Laptop und Tonanlage
	Gruppe 20' (40')	<p>In Gruppen mit der Erarbeitung des Filmskripts beginnen, bestehend aus:</p> <p>a) Storyline: Spezifizierung einzelner Ideen, Festlegung eines Ablaufs, konkrete Überlegungen zu Dialogen, Musik und Spezialeffekten – in Stichworten</p> <p>b) Storyboard: Darstellung/Skizzen einzelner Aufnahmen & Einstellungen</p> <p><i>Parallel: Rückmeldung zu Grobkonzepten in den Gruppen</i></p>			
Termin/	Sozial-	Inhalt	Lead	Material	Material

Lektion	form/Zeit			Konzept	schulintern
8. (14./15.) Lektion	Gruppe 45' (90')	Ziele: - Inhaltliche und kreative Auseinandersetzung in den Gruppen - Erarbeitung und Fertigstellung der Filmskripts - Weiterentwicklung des Filmskripts in der Gruppe - Austausch und Diskussion in der Gruppe - Zeit für Fragen und für Feedback von Dozierenden Abgabe des Filmskripts (eingescannt) bis dato auf der Webplattform (für schriftliches oder mündliches Feedback)	KLP	alle Unterlagen, siehe vorherige Lektionen Bsp. Filmskripts Lernende und Feedback (Anhang A.8)	Webplattform oder per Email
9.-18. (16.-25.) Lektion	Selbstständige Arbeit in Gruppen	Ziel: Selbständige technische Umsetzung der Ideen und Skizzen - Aufnahme und Bearbeitung der Filmsequenzen gemäss der Filmskripts - Wer möchte kann für die Arbeit am Film oder für Rückfragen oder Besprechungen in die Kontaktlektionen kommen. Mündliches Feedback für alle wird empfohlen! - Veröffentlichung des Filmclips bis dato auf Youtube (Youtube-Link per Mail an Dozierende), darauf hin wird ein Youtube-Channel erstellt - Bis dato müssen alle Lernenden die Filme der anderen schauen und mind. 2 Likes und evtl. Kommentare via Youtube abgeben	KLP/FP		ggf. einfache Schnittprogramme, Computer Einrichtung Youtube-Channel

Termin/ Lektion	Sozial- form/Zeit	Inhalt	Lead	Material LaHa	Material LuHo
PRÄSENTATIONS- & REFLEXIONSPHASE					
19. (26./27.) Lektion	Plenum 3' (10')	Ziele: -Austausch und Reflexion der erarbeiteten Filmclips in der Klasse -Feedback geben und nehmen <i>Begrüssung, evtl. kurzes Feedback zu Aktivitäten auf Youtube</i>	KLP		-Beamer, Laptop, Internet und Tonanlage für Präsentation der Filmclips
	Plenum 30' (45-60' je nach Anzahl Gruppen)	- Präsentation der Filmclips aller Gruppen (je 2min) in der Klasse - Jeweils kurzes Statement der „Filmemacher/innen“ bzw. Rückmeldung der Lernenden untereinander zu den erarbeiteten Produktionen (nur der anwesenden Gruppen)			
	Gruppe 10'	-Selbsteinschätzung des Filmes anhand der Bewertungskriterien (Abgabe an Lehrperson) -Wahl des „besten“ Filmes aufgrund der Bewertungskriterien in der Gruppe			
	Plenum 5' (10')	-Nominierungen und Verleihung des Publikumspreises			
20. (28.) Lektion	Plenum 5'	Ziel: Evaluation der Unterrichtsreihe aus Sicht der Lernenden <i>Begrüssung und Einstieg</i> Evaluation der Unterrichtsreihe (kurzer anonymer Fragebogen)	KLP	Feedbackbogen (leer)	
	Einzel 20'				
	Plenum 20'	-Mündliche Besprechung des Moduls, evtl. Fragen & Diskussion -Bei Bedarf nochmals Fragen zum Bewertungsverfahren klären			
Im Anschluss	Bewertung	Bis Ende Semester erhält jede Gruppe schriftlich (wenn möglich mündlich) individuelles Feedback und eine Bewertung zum Endprodukt	KLP/FP	Bsp. Bewertungen (Anhang A.10/A.11)	Bewertungskriterien wie gehabt

3.5 Onlinebefragung zu Einstellung und Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen

Zur Erfassung der intendierten Wirkung des Unterrichtskonzeptes zur Prävention psychischer Erkrankungen bei den Lernenden (mehr Wissen und positivere Einstellung) wurde ein Fragebogen erstellt, welcher vor sowie nach der Unterrichtsreihe den Lernenden der partizipierenden Klasse (n=33) sowie der Kontrollgruppe (n=44) zugestellt wurde. Der Fragebogen konnte online über den Anbieter onlineumfragen.com via Passwort und anonym beantwortet werden und wurde von allen Beteiligten während des Unterrichts im Informatikzimmer ausgefüllt.

Fragen zur Einstellung

Im ersten Teil des Fragebogens wurden 31 von ursprünglich 40 Likert-skalierten Items der deutschen Version des Community-Attitudes-toward-the-Mentally-Ill(CAMI)-Inventars (Angermeyer et al. 2003, ursprünglich aus dem Englischen von Taylor & Dear, 1981) verwendet. Faktorenanalytisch lassen sich damit vier Dimensionen der Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen unterscheiden (siehe Anhang B.1), welche bei der Auswertung berücksichtigt wurden: *Ausgrenzung* (8 Items, z.B.: „Psychiatrische Kliniken und Ambulanzen sollten ausserhalb von Wohngebieten angesiedelt werden.“), *Integration* (9 Items, z.B.: „Für viele psychiatrische Patienten ist es die beste Therapie, in einem normalen Umfeld zu leben.“), *Benevolenz (Wohlwollen)* (9 Items, z.B. „Für die Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken sollten mehr Steuergelder ausgegeben werden.“) und *soziale Kontrolle* (8 Items, z.B. „Psychisch Kranken sollte keinerlei Verantwortung übertragen werden.“).

Um zu prüfen, ob die Aufteilung der Fragen in die vier Dimensionen statistisch Sinn macht, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, indem Cronbach's Alpha (α) berechnet wurde. Tabelle 2 zeigt in einer Übersicht die Reliabilitätsstatistiken der vier Dimensionen und aller 31 Items in der Vor- sowie der Nachbefragung sowie eine Bewertung der Werte gemäss Darren & Mallery (2002), wobei ein Wert ab .70 für eine brauchbare Zusammenfassung der Items steht. Die Dimensionen *Soziale Kontrolle* ($\alpha=.773$; .828) und *Benevolenz* ($\alpha=.828$; .835) erreichten jeweils gute Werte, *Ausgrenzung* ($\alpha=.934$; .891) und *alle Items* ($\alpha=.961$; .917) exzellente Werte. Die Dimension *Integration* wurde bei der Vorbefragung mit einem exzellenten Wert von $\alpha=.992$, bei der Nachbefragung jedoch mit $\alpha=.554$ als fragwürdig eingestuft. Da dieser Wert aber noch nicht als inakzeptabel gilt, wurde die Zusammenfassung der Items trotzdem durchgeführt. Den Faktoren *Integration* und *Ausgrenzung* wurden jeweils drei gleiche Items zugeteilt.

Tabelle 2: Reliabilitätsstatistiken der vier Einstellungs-Dimensionen

Dimensionen	Anzahl Items	Cronbach's Alpha (α)	
		t0	t1
Soziale Kontrolle	8	.773	.828
Benevolenz	9	.828	.835
Integration	9	.922	.554
Ausgrenzung	8	.934	.891
Einstellung insgesamt	31	.961	.917

$\alpha > .9$ =exzellent, $> .8$ =gut, $> .7$ =akzeptabel, $> .6$ =fragwürdig, $> .5$ =schlecht, $\leq .5$ =inakzeptabel

Um die Lernenden zur Beantwortung möglichst aller 31 Items zu motivieren, wurden die Fragen in 3 Blöcke bzw. auf drei „Seiten“ à je 10 Items aufgeteilt. Die Reihenfolge der einzelnen Items wurde durch das Onlinetool automatisch und zufällig immer wieder verändert, um damit mögliche Antworttendenzen aufgrund der Reihenfolge der Items zu vermeiden. Abbildung 3 zeigt einen Ausschnitt der ersten Fragesequenz zu Einstellungen auf der verwendeten Onlineplattform.



Abbildung 3: Auszug der Onlinebefragung

Fragen zum Wissen

Im zweiten Teil wurden dem Fragebogen folgende 9 Items bezüglich psychischer Erkrankungen zugefügt, zu welchen die Lernenden ihr Wissen anhand einer Skala von 1-7 (1=kein Wissen, 7= sehr viel Wissen) einschätzen mussten.

Wissen dazu:

- 1) - welche psychischen Erkrankungen es gibt
- 2) - wie sich verschiedene Erkrankungen zeigen (Symptome)
- 3) - wie verschiedene psychische Erkrankungen entstehen (Ursachen)
- 4) - was psychische Erkrankungen aufrecht erhält
- 5) - welche Einschränkungen im Alltag aufgrund einer psychischen Erkrankung es gibt
- 6) - was es bedeutet, Stigmatisierung (= Ausgrenzung) aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erleben.
- 7) - welche Möglichkeiten der Behandlung bei einer psychischen Erkrankung es gibt.
- 8) - was ich tun kann, wenn ich selber psychische Probleme habe.
- 9) - was ich tun kann, wenn jemand in meinem Umfeld psychische Probleme hat

In der Nachbefragung wurde zusätzlich eine Frage zur Selbsteinschätzung bezüglich der Veränderung des Wissensstandes gestellt und zudem erhoben, wodurch (z.B. Unterricht, Medien etc.) der Wissenszuwachs nach Meinung der Befragten zustande gekommen war.

Des Weiteren ergänzten die folgenden drei offene Wissensfragen zu psychischen Erkrankungen den Fragebogen: *Welche psychischen Erkrankungen kennen Sie? Kennen Sie Ursachen, die zu psychischen Erkrankungen führen? Kennen Sie Fachstellen oder Personen, an welche Sie sich bei psychischen Problemen wenden könnten?*

Demografische Daten und Vorerfahrung

Am Schluss des Fragebogens folgten drei Angabefelder für demografische Daten (Alter, Geschlecht und Ausbildungsjahr) sowie vier weitere Variablen in Bezug auf eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und dem Kontakt zu psychisch kranken Menschen, welche mit *Ja* oder *Nein* beantwortet werden konnten:

- Sind Sie selbst oder ein Familienmitglied in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?
- Ist ein/e Freund/in oder Arbeitskolleg/in in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?
- Haben Sie sonst Kontakt mit psychisch Kranken?

Die Lernenden der Interventionsgruppe wurden in der Nachbefragung darum gebeten anzugeben, an welchem Filmclip (Titel) sie beteiligt waren. Es wurde der Hinweis gegeben, dass dadurch die Anonymität beeinträchtigt werden konnte. Der Name des Filmclips wurde vor der Auswertung der Daten durch die für den Film erhaltene Note ersetzt, um damit einen Vergleich zwischen Wissenserweiterung bzw. Einstellungsänderung und Bewertung der Videos anzustellen. Diese Frage wurde schliesslich nicht ausgewertet, da zu wenig gültige Werte für die sinnvolle Berechnung einer Korrelation zur Verfügung standen. Sie wird hier lediglich der Vollständigkeit halber aufgeführt. Bei allen Fragen gab es jeweils die Möglichkeit die Antwortskala *weiss nicht* oder *keine Angabe* zu wählen. Der vollständige Fragebogen ist Anhang B.2 zu entnehmen.

3.6 Datenanalyse

Es folgt nun eine Beschreibung, wie die Daten der Onlinebefragung weiter bearbeitet und ausgewertet wurden. Zuerst werden die quantitative Analyse und alle damit verbundenen statistischen Testverfahren erläutert, welche mittels SPSS durchgeführt wurden. Im letzten Abschnitt wird das Vorgehen bei der qualitativen Auswertung der drei offenen Wissensfragen beschrieben.

Bevor die Rohdaten der Vor- und Nachbefragung und beider Gruppen für die weiteren Analysen verwendet werden konnten, wurden auf der Webplattform onlineumfragen.com einzelne Probanden gelöscht, die den Onlinefragebogen nachweislich abgebrochen oder unter einer Zeit von 5 min ausgefüllt hatten, da man davon ausgehen konnte, dass diese die Fragen nicht seriös beantwortet hatten (n=5). Im nächsten Schritt wurden die Rohdaten weiter bearbeitet, wobei alle Fälle gelöscht werden mussten, bei denen aufgrund fehlerhafter Codes die Vor- sowie Nachbefragung einzelner Personen einander nicht mehr zugeordnet werden konnten. Für die Auswertung konnten schliesslich 42 vollständige Datensätze (Interventionsgruppe n=18, Kontrollgruppe n=24) verwendet werden.

Quantitative Analyse

Alle statistischen Auswertungen im Rahmen dieser Arbeit wurden mit SPSS Statistics von IBM (Version 20) vorgenommen. Nach dem Import der verwendbaren Daten in SPSS wurden die Antworten von 16 der 31 Items des Fragebogens zur Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen umcodiert. Dabei wurden die Werte 1-5 umgekehrt berechnet, da es sich bei diesen Items im Sinne einer positiven Einstellung gegenüber psychisch Kranken um negativ formulierte Fragen handelte. Die umcodierten Items sind Anhang B.1 zu entnehmen (markiert). Des Weiteren mussten für einzelne Test-Verfahren Scores aus einzelnen Variablen gebildet werden.

Test auf Normalverteilung

Vorgängig zu den unten aufgeführten Testverfahren, wurden die zu berechnenden Variablen alle auf ihre Normalverteilung überprüft. Dazu wurde in SPSS der Kolmogorov-Smirnov Anpassungstest (Bühl, 2012) verwendet.

t-Tests:

Der t-Test für unabhängige Stichproben nach Student wird eingesetzt, um Mittelwertsunterschiede zwischen zwei normalverteilten Stichproben zu untersuchen (Zöfel, 2003). Neben der Normalverteilung der Daten ist beim t-Test auch die Varianzhomogenität der Daten gefordert. Die Prüfung der Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test vorgenommen, welcher in SPSS integriert im t-Test oder einer ANOVA veranlasst werden kann (Bühl, 2012). Der Test sollte nicht signifikant sein ($p > .05$). Ist der p-Wert signifikant, wurde jeweils die Welch-Korrektur durchgeführt um der Varianzhomogenität gerecht zu werden.

Mittels t-Tests wurden die Variablen Alter, Wissen (selbsteingeschätzt und objektiv), Einstellung sowie Erfahrung der beiden Stichproben (Interventions- und Kontrollgruppe) zum Zeitpunkt der Vorbefragung miteinander verglichen, um zu überprüfen, ob sich diese in ihren Mittelwerten nicht bereits vor der Durchführung des Präventionskonzeptes statistisch signifikant voneinander unterscheiden.

U-Test nach Mann und Whitney

Möchte man die Unterschiede bei den Ausprägungen einer Variablen bei zwei unabhängigen Stichproben auf statistische Signifikanz testen und sind gleichzeitig die Voraussetzungen für den t-Test wie oben beschrieben nicht gegeben, so kann als Alternative auf den nicht-parametrischen U-Test nach Mann und Whitney zurückgegriffen werden (Zöfel, 2003). Der U-Test arbeitet statt mit den ursprünglichen Daten mit Rangdaten, wobei die Werte beider Gruppen gepoolt und der Grösse nach mit einem Rang versehen werden.

Bei einer in der Nachbefragung erhobenen Variablen (selbsteingeschätzte Veränderung des Wissens) war die Normalverteilung nicht gegeben und somit wurde der U-Test zum Vergleich der beiden Gruppen eingesetzt.

Mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (oder Mixed Design ANOVA)

Die Varianzanalysen (ANOVA = Analysis of Variance) gehören zu den insbesondere in den Sozialwissenschaften am häufigsten eingesetzten statistischen Verfahren. Gemäss Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006) werden die Verfahren in der Anzahl der unabhängigen Variablen unterschieden. Bei einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse werden mehrere unabhängige Variable und eine abhängige Variable untersucht. Die abhängige Variable sollte dabei intervallskaliert und normalverteilt sein. Die unabhängigen Variablen sind normalerweise nominalskaliert und werden als Faktor (z.B. Zeit, Gruppe), die einzelnen Ausprägungen als Faktorstufen (t_0/t_1 , Interventions- und Kontrollgruppe) bezeichnet. Zusätzlich zur Untersuchung des Einflusses der einzelnen unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable allein, können mit einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse auch Wechselwirkungen (Interaktionen) der unabhängigen Variablen untersucht werden (Zeit*Gruppe) (Backhaus et al., 2006). Mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholung kann untersucht werden, ob sich die Mittelwerte einer Gruppe im Laufe der Zeit verändern. Bei normalen Varianzanalysen geht man von unabhängigen Gruppen aus. Möchte man jedoch Daten mit Messwiederholungen untersuchen, hat man es mit abhängigen Daten zu tun. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung berücksichtigt nicht nur einen Inner-Subjekt-Faktor, wie es bei einer normalen ANOVA der Fall ist, sondern zusätzlich auch einen Zwischen-Subjekt-Faktor (Field, 2013), wobei die Teststatistik auf Signifikanz überprüft wird. Das Signifikanzniveau wurde hier auf $p < .05$ festgelegt. Für die Beantwortung der in dieser Arbeit gestellten Frage ob sich das Wissen (bzw. die Einstellung) der beiden Gruppen über die Zeit unterschiedlich verändert, konnte folgendes Modell erstellt werden (siehe Abbildung 4):

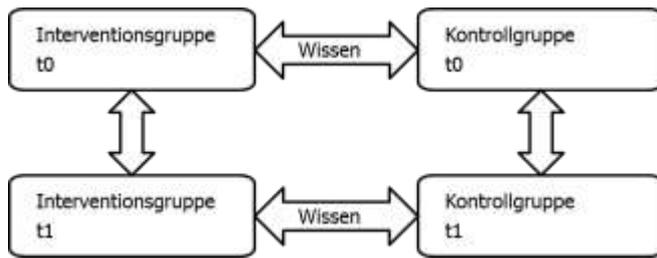


Abbildung 4: Modell 2x2 ANOVA

Da es zwei Stichprobenvariablen mit je zwei Abstufungen gibt, handelt es sich hier um ein 2x2 Design, wobei sich vier Stichproben ergeben. Mit der Varianzanalyse wurden die Stichproben auf ihre Mittelwertsunterschiede untersucht. Es wurde also eine Mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, was als auch als Mixed ANOVA bezeichnet wird (Field, 2013).

Neben der Normalverteilung ist die sogenannte Spharizität ebenfalls eine Voraussetzung für eine ANOVA. Darunter versteht man, dass die Varianzen der einzelnen Faktorstufen und die Korrelationen zwischen ihnen homogen sein sollen (Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R., 2006). Der p-Wert des Tests auf Spharizität sollte grösser sein als .10. Bei SPSS wird der Test auf Spharizität bei der Durchführung der Varianzanalyse durch die Option „Messwiederholung“ automatisch mit durchgeführt (Bühl, 2012). Bei Verletzung der Voraussetzung der Spharizität führt SPSS automatisch eine Korrektur bzw. Anpassung der Freiheitsgrade durch (z.B. nach Greenhouse-Geisser), aufgrund dessen die weiteren Berechnungen ermöglicht werden. Zudem ist Varianzhomogenität eine Voraussetzung für die ANOVA, welche auch hier mit dem Levene-Test überprüft wurde. Jedoch ist die Varianzanalyse robust gegenüber leichten Verletzungen dieser Annahme und dem Test muss daher nicht allzu viel Aufmerksamkeit zuteil werden (Backhaus et al., 2006).

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde jeweils mit den Faktoren *Zeit* (t0,t1) und *Gruppe* (Interventionsgruppe, Kontrollgruppe) durchgeführt, in Bezug auf die abhängigen Variablen *selbsteingeschätzten Wissens*, *objektiven Wissens* sowie *Einstellung*. Beim selbsteingeschätzten und objektiven Wissen wurden jeweils für die einzelnen Items sowie für alle Items zusammen eine ANOVA berechnet. Bei der Einstellung wurde ein Vergleich über alle 31 Items und in den vier Dimensionen *Soziale Kontrolle*, *Benevolenz (Wohlwollen)*, *Integration* und *Ausgrenzung* vorgenommen.

Effektstärke

Ähnlich wie p-Werte ein Mass dafür sind, wie wahrscheinlich ein beobachteter Wert ist, ist die Effektstärke ein Mass für die Stärke eines Phänomens. Effektstärken sind eine der wichtigsten Grössen empirischer Studien. Sie können zudem benutzt werden, um die Stärke des Effektes über mehrere Studien hinweg zu vergleichen (Hemmerich, 2015). Für die Einschätzung der Effektstärken wurde bei allen Varianzanalysen das partielle eta-Quadrat berechnet. Dabei können gemäss Karabi (2012) Werte von .01 als klein, Werte von .06 als mittel und Werte $\geq .14$ als grosse Effektstärken eingeschätzt werden.

Qualitative Analyse

Das objektive Wissen (offene Textantworten) wurde des Weiteren qualitativ ausgewertet, um inhaltliche Unterschiede der Antworten der beiden Gruppen zu eruieren. Dafür wurden richtige Begriffe der Lernenden in Kategorien eingeteilt, welche induktiv aufgrund der gegebenen Antworten generiert wurden. Für dieses Vorgehen wurde das auf der Webplattform von onlineumfragen.com integrierte Tool für qualitative Datenauswertung verwendet. Abbildung 5 zeigt am Beispiel der ersten offenen Frage *Welche psychischen Erkrankungen kennen Sie?*,

wie bei der Kategorisierung im Onlinetool vorgegangen wurde. Alle genannten Begriffe konnten mit selbstgenerierten Codes versehen werden, welche automatisch in die für die Codes stehenden Kategorien eingeteilt wurden. Dabei stellten die meisten Einzelbegriffe (z.B. Depression) selbst eine Kategorie dar. Besondere Ausprägungen von psychischen Krankheiten, z.B. „Platzangst“, wurden in allgemeinere Kategorien wie *Phobien* eingeteilt. Falsche oder unverständliche Antworten wurden ebenfalls gekennzeichnet.

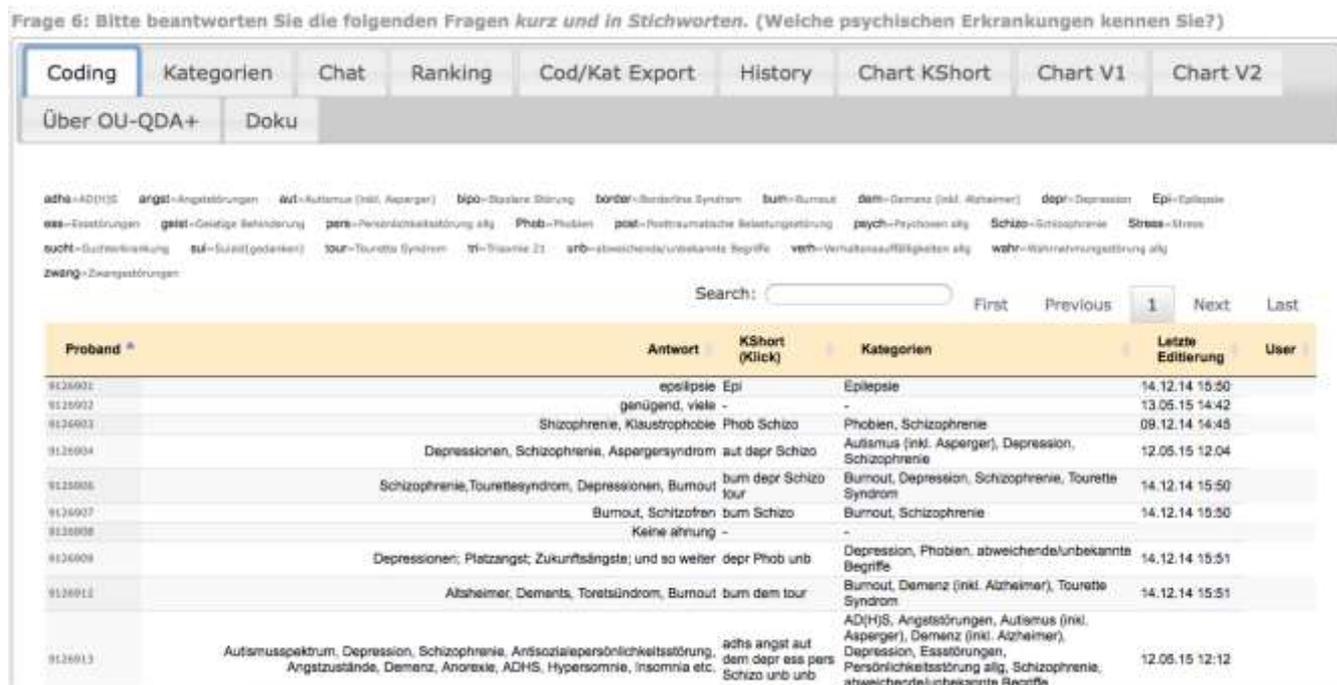


Abbildung 5: Ausschnitt Kategorienbildung offenen Textantworten auf onlinefragen.com

Die genannten Antworten wurden bei allen drei offenen Wissensfragen jeweils innerhalb der Vor- sowie der Nachbefragung kategorisiert und innerhalb des Onlinetools automatisch in absoluten Häufigkeiten und getrennt nach Interventions- sowie Kontrollgruppe ausgezählt. Anschliessend konnten die Ergebnisse als excel-Dateien ausgegeben werden. Die weitere Bearbeitung und Darstellung der Daten wurde im excel-Programm von Microsoft (2008) vorgenommen, wo auch die in Abschnitt 4.2.3 verwendeten Grafiken generiert wurden. Eine Übersicht der ausgezählten Begriffe und Kategorien aller drei offenen Wissensfragen sind Anhang B.3 zu entnehmen.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit können - analog zu den in Abschnitt 1.3 formulierten Fragestellungen - in verschiedene Aspekte unterteilt werden. Erstens wurde das Unterrichtskonzept anhand des oben vorgestellten Lektionsplanes an einer Berufsbildungsklasse mit Informatik-Lernenden umgesetzt. Die Durchführung der Unterrichtseinheiten wird in Abschnitt 4.1 beschrieben und in Bezug auf die Durchführbarkeit und die Akzeptanz bei den Lernenden reflektiert. Des Weiteren wurde in einer vergleichenden Studie, in einer Vor- und Nachbefragung, das Wissen und die Einstellung bezüglich psychischer Erkrankungen der Lernenden der Interventions- sowie einer Kontrollgruppe erhoben. Die Ergebnisse der quantitativen sowie qualitativen Auswertungen bzw. der Vergleich der beiden Befragungszeitpunkte und der beiden Gruppen, werden in Abschnitt 4.2 dargestellt.

4.1 Unterrichtseinheiten und Reflexion

Die Beschreibung und Reflexion der durchgeführten Unterrichtseinheiten erfolgt in den Abschnitten 4.1.1-4.1.5. Die Erläuterungen der einzelnen Durchführungsphasen orientieren sich dabei an dem im Methodenteil dargestellten Lektionsplan (siehe Abschnitt 3.4), der interessierten Lehrperson zukünftig als Grundlage für die eigene Präventionsarbeit in der Klasse zur Verfügung gestellt werden kann. In Abschnitt 4.1.6 werden die Ergebnisse des schriftlichen Feedbacks der Lernenden hinsichtlich Zufriedenheit bzw. Akzeptanz und das mündliche Feedback der Klassenlehrperson zur Durchführbarkeit des gesamten Unterrichtskonzeptes zusammengefasst und abschliessend *Lessons Learned* für die weitere Umsetzung des Unterrichtskonzeptes mit Mittelschul- und Berufsbildungsklassen formuliert.

4.1.1 Einführungsphase

Die Lernenden wurden zu Beginn des Semesters durch die Klassenlehrperson in die Inhalte, Ziele und die Organisation des Moduls „Medienbildung“ eingeführt, in welchem das Präventionskonzept durchgeführt wurde. Alle Lernenden verfügten über einen Zugang zur schulinternen virtuellen Lernplattform, auf der fortlaufend alle Informationen, Kursunterlagen und Aufgaben etc. abgelegt werden konnten. Dies diente zum einen als Unterstützung der Zusammenarbeit in den Lerngruppen und vereinfachte zum anderen die Organisation und den Austausch von Materialien zwischen Lehrpersonen und Lernenden.

Als Einleitung des Moduls „Medienbildung“ wurde von der Klassenlehrperson ein Input gegeben, der die Vielfalt der Medien und ihre Relevanz für die Bildung und Aufklärung der Gesellschaft im Allgemeinen aufzeigte. Zudem wurde der Begriff Medienkompetenz aus Sicht verschiedener Autoren erläutert (vgl. Groeben, 2002). Dabei wurden insbesondere die Einflüsse der sozialen Medien auf die Informiertheit und den zunehmenden Wunsch der Bürgerinnen und Bürger danach betont (Dynamik des Demokratieverständnisses). Zudem wurde eine erste Einbettung des Unterrichtskonzeptes zur Prävention psychischer Erkrankungen in den Kontext des Moduls „Medienbildung“ vorgenommen, was als zentral erachtet wurde, da das Thema für die Lernenden im ersten Moment eher abstrakt erschien. Im Verlaufe der Sensibilisierungsphase (siehe nächster Abschnitt) wurde der Zusammenhang für die meisten klarer. Grundsätzlich wird die Vermittlung des Themas Prävention von psychischen Erkrankungen mittels der Produktion von Filmclips im Fach Medienbildung als gute Möglichkeit eingeschätzt, das Synergien beider Themen genutzt werden können.

Zum Schluss der ersten Lektionseinheit wurden die Lernenden aufgefordert, selber kleine Gruppen von drei – maximal vier Personen für die weitere Arbeit am Thema zu bilden. Die freie Wahl der Gruppen wurde bewusst gewährt, um den Lernenden die Möglichkeit zu geben, mit vertrauten Personen zusammenzuarbeiten. Das gegenseitige Vertrauen wurde für die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik in der Gruppe als wichtige Voraussetzung erachtet.

4.1.2 Sensibilisierungsphase

Der allgemeine Input (siehe Abschnitt 4.1.1) wurde in der darauffolgenden Lektion durch den Fokus auf die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in den Medien ergänzt bzw. vertieft. Dabei wurden Beispiele von Präventionskampagnen aus den Bereichen Ernährung & Bewegung, Cyberkriminalität, sexuell übertragbare Krankheiten, Strassenverkehr etc. gezeigt. Es wurden die besonderen Herausforderungen der Präventionsarbeit im Allgemeinen dargestellt. Zum einen wurde verdeutlicht, dass Menschen ungern etwas über unangenehme Themen erfahren wollen, welche sie selbst betreffen könnten, bevor sie damit konfrontiert sind. Zum anderen ging es darum zu veranschaulichen, dass es eine Herausforderung darstellt, auf ein Thema aufmerksam zu machen, ohne davon Betroffene zu stigmatisieren. Um die vermittelten Inhalte und Fragestellungen anschaulicher zu machen, wurden eine Reihe von Präventionskurzfilmen aus der Fernseh- und Internetwerbung gezeigt und in der Klasse kritisch diskutiert (siehe Anhang A.1). Die von den Lernenden genannten

positiven und negativen Punkte in Bezug auf die Darstellung der Filminhalte wurden im Sinne des konstruktivistischen Lehransatzes weiter verwendet und später als Grundlage für das Bewertungsraster der in der Klasse erstellten Filmclips verwendet.

Der Einstieg in das Thema anhand von medialen Präventionskampagnen kam bei den Lernenden gut an. Sie hatten Anknüpfungspunkte, da sie die meisten Bilder und Filmclips bereits aus der Werbung kannten und sie wurden somit auf einer übergeordneten und für sie doch verständlichen Ebene an das Thema Prävention herangeführt. Mit der anschliessenden Diskussion zu möglichen Erfolgskriterien von Präventions- bzw. Aufklärungsfilmen wurde zudem ein wichtiger Aspekt der Medienbildung nach Groeben (2002) behandelt: *Medienwissen und -bewusstsein*, z.B. inhaltliche Bewertung und Intention von Medien bzw. Mediengattungen erkennen und einordnen. Ebenfalls wurde eine erste Sensibilisierung für das Thema Prävention im Allgemeinen geschaffen. Um die Sensibilisierung noch weiter voranzutreiben, wäre es wünschenswert, an dieser Stelle mehr Zeit für die individuelle Auseinandersetzung der Lernenden mit den gezeigten oder ähnlichen Filmen zur Verfügung zu haben. So könnte zum Bsp. weiterführend im Internet recherchiert und kritisch hinterfragt werden, wie psychisch kranke Menschen auch noch dargestellt werden um auf das Thema der Stigmatisierung aufmerksam zu machen.

Abschliessend wurde den Lernenden in dieser Lektionseinheit bekannt gegeben, dass sie bis Ende Semester den Auftrag erhalten würden, in Gruppen selber Präventions- bzw. Aufklärungskurzfilme zum Thema *Stress und psychische Krankheiten* zu erarbeiten. Es wurde ihnen vermittelt, dass Sie damit die Chance erhielten, über Medien ihr eigenes Wissen und ihr Verständnis des Themas in verantwortungsvoller Weise zum Ausdruck zu bringen und über Youtube zu verbreiten, ohne Betroffene dabei ins Lächerliche zu ziehen oder zu diskriminieren (Entstigmatisierung) und Tabus nicht weiter zu verstärken (z.B. durch schlechte Bildauswahl oder ungeschickte Formulierungen). Nach Groeben (2002) stellt auch das Produzieren von Medieninhalten einen wichtigen Aspekt der Medienkompetenz dar, welcher damit gestärkt werden würde.

In der nächsten Lektion wurden die Lernenden jedoch zunächst inhaltlich an das Thema psychische Erkrankungen heran geführt. Nach einer allgemeinen Einführung zum Thema psychische Belastungen und Stresssituationen (in Anlehnung an das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus zitiert in Kaluza, 2005), wurde der Zusammenhang zur Entstehung psychischer Erkrankungen hergestellt (siehe Anhang A.2). Zur vertiefenden Lektüre erhielten alle Lernenden die Broschüre *relax* (Basel Stadt, 2013) mit jugendgerechten Inhalten zu den Themen Stress, psychische Belastungen, psychische Erkrankungen und Suizid. Zudem wurde eine kurze Liste mit relevanten Fachstellen in der Region und im Kanton abgegeben, an die sich Jugendliche bei psychischen Krisen wenden können. Einige psychische Störungsbilder welche im Jugendalter besonders relevant sind wurden im Plenum kurz vorgestellt (Depression, Angststörungen, AD(H)S, Essstörungen, Suchterkrankungen, Psychosen, Selbstverletzendes Verhalten) sowie Suizidgedanken und Suizid als schwere Folge psychischer Erkrankungen. Diese spezifischen Themen standen den Lernenden anschliessend für die weitere Arbeit in den Kleingruppen zur Auswahl.

Der allgemeine Input zum Thema Stress und psychischen Erkrankungen wurde von vielen Lernenden mit Interesse verfolgt wobei sich jedoch die ersten Unterschiede zwischen den zwei Halbklassen zeigten. Während in der einen Gruppe kritische Fragen gestellt wurden und interessiert diskutiert wurde, war es in der anderen Gruppe eher schwierig, die Aufmerksamkeit der Lernenden, für den theoretischen Input zu gewinnen. Trotz der aufgezeigten Relevanz und Tragweite des Themas, schien es, dass der Zusammenhang zu ihrem persönlichen Leben oder ihrer Ausbildung nicht hergestellt werden konnte, was schliesslich vereinzelt in den Feedbackbogen zum Schluss denn auch verbalisiert wurde (siehe Abschnitt

4.1.6). Sicher trug die Gruppendynamik der einen Halbklassen massgebend zu diesem Eindruck bei, jedoch stellte sich im Nachhinein die Frage, ob nicht auch methodisch anders hätte vorgegangen werden können. Ein Vorschlag von Lernenden in den Feedbackbögen war, dass es interessant gewesen wäre, mehr über das Leben eines betroffenen Menschen zu erfahren. Anhand einer solchen Lebensgeschichte oder eines Filmbeitrages wären die emotionale Betroffenheit und somit auch die Aufmerksamkeit zum Thema psychische Erkrankungen sicher höher ausgefallen. Es ist in jedem Fall empfehlenswert, mehr Zeit in die Aufarbeitung von psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen im Alltag von betroffenen Menschen zu investieren.

4.1.3 Theoriephase

Während der Theoriephase vertieften die Lernenden ihr Wissen (Zahlen und Fakten) zu ihrer ausgewählten psychischen Erkrankung anhand zur Verfügung gestellter Texte und Links auf der internen Lernplattform bzw. im Internet. Als Abschluss der Theoriephase präsentierte jede Gruppe kurz ihre wichtigsten Erkenntnisse vor der Klasse. So erhielten alle Lernenden erste Informationen zu den psychischen Erkrankungen, welche in den anderen Gruppen thematisiert wurden, also zu Symptomen, Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und der ungefähren Anzahl betroffener Menschen in der Schweiz.

Die Kurzpräsentationen der einzelnen Gruppen konnten im Rahmen der Anforderungen insgesamt positiv bewertet werden. Wenige Gruppen berichteten nur sehr knapp über die wichtigsten Fakten und Kennzahlen, andere wiederum hatten kreative Präsentationen erstellt und einzelne Lernende hatten sich offensichtlich vertieft mit dem Thema auseinandergesetzt oder hatten bereits grosses Vorwissen, da sie sehr detailliert zu einzelnen Aspekten der gewählten Erkrankung berichten konnten.

Die Zeit für das Lesen der Texte und somit die Herleitung der Theorie während des Unterrichts war aufgrund der Rahmenbedingungen ziemlich knapp bemessen worden. Die meisten Gruppen hätten etwas mehr Unterstützung bzw. Motivation beim Lesen der Texte benötigt. Im Sinne des kooperativen Lernansatzes (siehe Abschnitt 2.3) könnten bei genügend Zeitressourcen an dieser Stelle Methoden eingesetzt, welche die Partizipation jedes/jeder Einzelnen stärker erfordern und einen echten Austausch in der Gruppe forcieren. Denn bei den vorgestellten Präsentationen wurde ersichtlich, dass sich in den meisten Gruppen nur Einzelne vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt hatten. Für den anschliessenden Austausch in der Gruppe und den kreativen Prozess bei der Erarbeitung der Filmclips wäre ein grundlegendes Wissen jedes Einzelnen - zumindest zu Teilaspekten der Thematik - essentiell gewesen. Zum Teil zeigten sich die Wissenslücken oder die unzureichende Auseinandersetzung mit der Thematik in der Qualität der Filmclips wie auch in einzelnen Umfrageergebnissen zum objektiven Wissen (siehe Abschnitt 4.2.3).

Die Akzeptanz der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema psychische Erkrankungen fiel bei den Lernenden sehr unterschiedlich aus. Während einige sich mehr Inputs und vertieftes Wissen dazu gewünscht hätten, fragten sich andere, was diese Thematik mit ihrem Beruf oder sogar mit ihrem Leben zu tun hat (siehe Abschnitt 4.1.6).

4.1.4 Videoproduktionsphase

Die Lernenden wurden nun aufgefordert, ihr erworbenes Wissen zu ihrem ausgewählten Thema in einem eigenen Aufklärungs- oder Präventionskurzfilm darzustellen. Dabei waren sie in der Gestaltung des Filmes frei. Inspiration und Ideen erhielten sie von den vorgängig gezeigten und diskutierten Präventionskampagnen und weiteren selbst recherchierten Beispielen im Internet. Für die technische Umsetzung wurden Handycameras und einfache Schnittprogramme auf dem Computer oder Handy-Apps empfohlen. Da es sich bei den Lernenden um angehende Informatikerinnen und Informatiker handelte, wurde davon ausgegangen, dass sie keine weitere Hilfe in technischer Hinsicht brauchten. Die Länge der Filme wurde auf ein Maximum von 1.5 min festgelegt. Die Filmclips sollten von den Lernenden

selbst bis dato auf Youtube geladen werden und der Link dazu wurde der Klassenlehrperson gesendet. Anschliessend wurde eigens für die Klasse ein YouTube-Channel eingerichtet und alle Videos hinein gestellt, so dass die Filme in einer Art „Programmübersicht“ gegenseitig geschaut und kommentiert werden konnten. Bezüglich der Veröffentlichung der Filmclips auf Youtube wurden die Lernenden auf einige rechtliche Aspekte aufmerksam gemacht, wie das Recht am eigenen Bild oder das Copyright bei der Verwendung von Musik (siehe Anhang A.9).

Die Bewertungskriterien für die Filmclips wurden von den Beurteilungen der Lernenden abgeleitet, welche sie selber in Bezug auf positive und negative Aspekte der gezeigten Präventionsfilme aus den Medien angewendet hatten. Explizit wurden die technische Gestaltung und Kreativität nicht als Kriterien aufgenommen, da es im Wesentlichen um die Inhalte ging. Folgende Bewertungskriterien wurden somit erstellt und als Leitfaden für die Lernenden bei der Erarbeitung der Aufklärungsfilme in den Gruppen verwendet. Als zu bewertende Kriterien zählten jeweils die einzelnen Begriffe. Die Stichworte in Klammern dienten lediglich der Erläuterung des Kriteriums.

- Filmdauer (kurze und prägnante Gestaltung des Filmclips, „In der Kürze liegt die Würze“, max. 1.5 min)
- Relevanz / Aktualität des Themas aufzeigen (z.B. Aussagen aus aktuellen Zeitungsartikeln oder einfache statistische Werte nennen)
- Zielgruppe (An wen ist der Film gerichtet? klare Zielgruppe definieren, nach Alter, Geschlecht etc.)
- Aussage / Botschaft (klare Botschaft, evtl. „Slogan“ vermitteln oder eine Aufforderung oder Frage an die Zuschauer formulieren)
- Stigmatisierung vermeiden (keine „Schubladisierung“ vornehmen, Betroffene nicht lächerlich machen)
- Aufklärung / Veranschaulichung (Wissen vermitteln: Was sollten Zuschauer nachher wissen? Problem direkt ansprechen, verständliche, aussagekräftige Bilder zeigen)
- Realitätsbezug (Wahrheitsgehalt beachten, mit Bildern oder Aussagen nicht zu sehr übertreiben)
- Sensiblen Punkt treffen (Emotionen ansprechen, Betroffenheit oder Irritation auslösen)
- Verständlichkeit (Sinn / Logik überprüfen, Ablauf klar und logisch gestalten, „weniger ist mehr.“)
- Erinnerung / Trigger („Ohrwurm“, Slogan oder prägnantes Bild als Reminder verwenden)

Während der gesamten Videoproduktionsphase bildeten diese Bewertungskriterien die Grundlage. Einige der besprochenen Punkte wurden bereits im Grobkonzept aufgenommen und führten die Lernenden sozusagen am roten Faden von der ersten Skizze bis zum Endprodukt. Zudem diente dieses Vorgehen der Transparenz in Bezug auf die Bewertungskriterien für die Notengebung durch die Lehrpersonen.

Zur Vorbereitung der Filmaufnahmen wurden die Gruppen anhand einer vorgegebenen Struktur und Vorgehensweise unterstützt, welche nun im Folgenden aufgezeigt und reflektiert wird.

- *1-2 Lektionen: erstellen eines Grobkonzepts (Relevanz/Aktualität des Themas, Zielgruppe, Inhalt und Botschaft des Filmclips etc. definieren (siehe Anhang A.6)*

Auch an dieser Stelle erhielten die Lernenden aufgrund der Rahmenbedingungen nur relativ wenig Zeit für die Erarbeitung des Grobkonzeptes. Die zu definierenden Punkte des Grobkonzeptes korrespondierten mit einzelnen Punkten aus den Bewertungskriterien, so dass ein logischer Aufbau erfolgen konnte. Jede Gruppe erhielt eine mündliche sowie schriftliche Rückmeldung auf das Grobkonzept und Vorschläge zur Verbesserung (siehe Anhang A.7/A.8).

- *1-2 Lektionen: schreiben eines Filmskripts bestehend aus Storyline: Spezifizierung einzelner Ideen, Festlegung eines Ablaufs, konkrete Überlegungen zu Dialogen, Musik und Spezialeffekten und Storyboard: Darstellung/Skizzen einzelner Aufnahmen und Einstellungen*

Als Hilfestellung wurde zu Beginn dieser Phase das von Sänger Timothy Jaromir zur Verfügung gestellte Filmskript (Storyline und Storyboard) eines öffentlichen Musikvideos (Songtitel *Heartlines*) als Beispiel angeschaut und in den Halbklassen besprochen. Für das Schreiben und Darstellen der Filmskripts erhielten die Gruppen etwas Zeit während der Kontaktlektion. Die Abgabe und die detaillierten Rückmeldungen dazu fanden aufgrund organisatorischer und stundeplantechnischer Gründe jedoch auf dem schriftlichen Weg statt (siehe Bsp. Anhang A.10). Diese Vorgehensweise und die schriftliche Art der Rückmeldung stellte für viele Gruppen eine besonders hohe Herausforderung dar und führte zu einigen Missverständnissen. Es wird daher empfohlen, in Bezug auf das Erstellen und Bearbeiten der Videos und auf die Vorkenntnisse der Lernenden angepasst, in dieser Phase ziemlich viel Zeit und persönliche Unterstützung der einzelnen Gruppen einzuberechnen. Hier wurde zwar nach jedem Schritt Feedback gegeben, eine beratende Rolle der Lehrpersonen und die mündliche Auseinandersetzung mit den Lernenden wären jedoch hilfreich gewesen und hätten sicher massgeblich zur Qualitätssteigerung vereinzelter Endprodukte beitragen können.

- *4-8 Lektionen: aufnehmen und bearbeiten der Filmsequenzen gemäss des Filmskripts*

Für die Produktionsphase erhielten die Gruppen 3-4 Woche Zeit, in der sie aufgrund der erhaltenen Feedbacks und Unterlagen sowie der Bewertungskriterien selbständig die Aufklärungsfilm erarbeiten mussten. Während den im Stundenplan festgeschriebenen Kontaktlektionen stand jeweils eine Lehrperson im Schulzimmer für Beratungsgespräche zur Verfügung. Diese Möglichkeit wurde jedoch kaum genutzt. Insgesamt erarbeiteten die Gruppen die Filme mehrheitlich selbständig und während ihrer Freizeit. Von den angehenden Informatikerinnen und Informatikern wurde bezüglich der technischen Umsetzung keine Hilfestellung gewünscht und dementsprechend auch nicht geleistet. Alle Gruppen kamen damit gut zurecht. In einem anderen Kontext ist es empfehlenswert, genügend Zeit für technischen Support und die Einführung von Videokameras und Schnittprogrammen einzuplanen.

Das selbständige Arbeiten an den Filmen wurde von einer grossen Mehrheit der Lernenden sehr positiv bewertet und die Möglichkeit, einen kreativen Leistungsnachweis zu erbringen, sehr geschätzt, auch wenn die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Themen nicht allen leicht fiel (vgl. Abschnitt 4.1.6).

4.1.5 Reflexionsphase

Die letzte Sequenz der Unterrichtsreihe beinhaltete drei Teile: Präsentation der fertigen Aufklärungsfilm aller Gruppen in den Halbklassen via Youtube-Channel, Reflexion und Rückmeldung der Lernenden untereinander zu den erarbeiteten Produktionen (nur Filme von anwesenden Gruppen) und Evaluation der Unterrichtsreihe (kurzer anonymer Fragebogen). Anschliessend erhielt jede Gruppe ein individuelles (schriftliches, auf Wunsch mündliches) Feedback und eine Bewertung durch die Lehrpersonen zum erarbeiteten Filmclip.

Die Präsentation aller Filmclips in den beiden Halbklassen stellte das Highlight des gesamten Moduls dar. Die Beiträge wurden mit lauten Kommentaren und Lachern gewürdigt, wobei negative Kritik seitens der Lernenden gänzlich ausblieb. Eine vorgängige Diskussion auf Youtube oder freiwillige Kommentare wurden keine gemacht, jedoch kristallisierten sich aufgrund der Möglichkeit, die Filme auf Youtube mit der Funktion „Like“ zu bewerten, bereits im Vorfeld die beliebtesten Beiträge unter den Lernenden heraus. Nach der Präsentation der Filme erhielten die Gruppen noch einmal die Bewertungskriterien und den Auftrag, ihren Film selbst zu bewerten. Dabei wurden die ersten fünf Kriterien als *must*-Kriterien definiert, die alle bewertet wurden. Bei der zweiten Hälfte der Kriterien durften die Lernenden zwei von fünf

Punkten streichen, welche sie als Schwachpunkte ihrer Filmproduktionen beurteilten (siehe Anhang A.5). Diese Selbstbeurteilung diente den Lehrpersonen dazu, das Bewusstsein der Lernenden in Bezug auf die Qualität der Videos einzuschätzen und ihnen dementsprechend Feedback zu geben. Anschliessend wurden die Gruppen gebeten, aufgrund der Bewertungskriterien einen Filmbeitrag als den besten zu nominieren und die Nominierung vor der Klasse zu begründen. Die Nominierungen wurden vorgetragen und in jeder Halbklasse ein Publikumspreis vergeben. Abbildung 6 zeigt einen Ausschnitt des für die Klasse eigens erstellten Youtube-Channel.

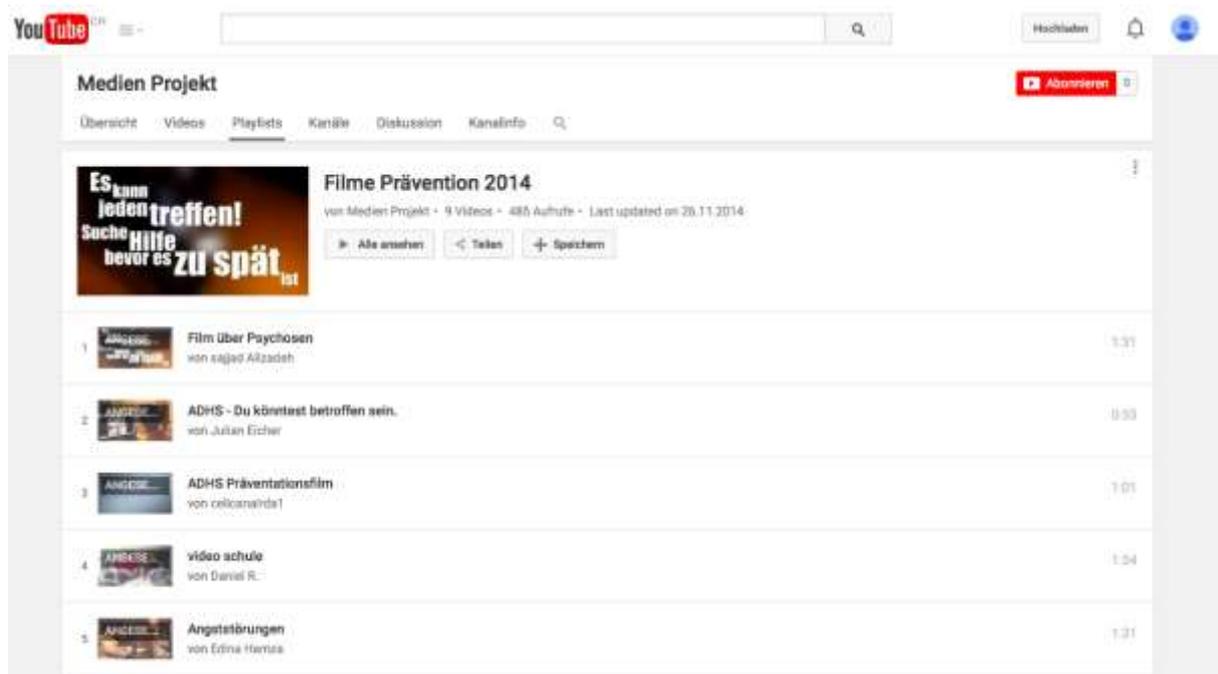


Abbildung 6: Ausschnitt Youtube-Channel mit Filmclips

Die insgesamt 33 Lernenden erarbeiteten in kleinen Gruppen à 3-4 Personen je einen Filmclip von ca. 1.5 min zum Thema ihrer Wahl. So entstanden insgesamt 10 Filme, drei Filme zum Thema Psychose, zwei Filme zum Thema AD(H)S, und jeweils ein Film zu den Themen Depression, Angststörungen, Alkoholsucht bzw. Rauschtrinken sowie Stress und Suizid. Die Filme können als mp4-Dateien im elektronischen Anhang angesehen werden.

Die abschliessende Benotung der Filme erfolgte anhand der Bewertungskriterien und einer Punkteskala (von 0 bis 3) unabhängig durch beide Dozierenden. Im Anschluss wurden die individuellen Einschätzungen verglichen, diskutiert und der Durchschnitt beider Beurteilungen für die Benotung verwendet. Jede Gruppe erhielt ein schriftliches Feedback und die Note per Email. Zwei Beispiele dazu können dem Anhang (A.13 und A.14) entnommen werden. Zwei Gruppen, welche mit der Bewertung nicht einverstanden waren, wünschten anschliessend noch ein Gespräch mit der Lehrperson.

Grundsätzlich kann hier die Frage gestellt werden, ob die Benotung eines Filmes zu diesem Thema bei Lernenden der Mittel- und Berufsbildungsschulen überhaupt Sinn macht, da es nicht in erster Linie um einen Leistungsanspruch im Sinne der Qualität der Filmes geht, sondern im Vordergrund die Prävention psychischer Erkrankungen steht. Da Noten auf dieser Stufe jedoch meistens obligatorisch sind, können sie schwer weggelassen werden. Falls keine Note vergeben werden muss, stellt sich die Frage, wie die Lernenden optimal motiviert werden können, sich an der Erarbeitung der Filme zu beteiligen. Einerseits könnten wie bereits erwähnt methodische Alternativen angewendet werden, welche die Partizipation

einzelner Personen noch mehr erfordern, andererseits könnte überlegt werden ob die besten Filme mit einem Preis gekürt werden könnten, wobei die Bewertungskriterien natürlich trotzdem eine wichtige Rolle spielen würden.

4.1.6 Auswertung der Unterrichtsreihe und Lessons Learned

Die Unterrichtsreihe wurde in Zusammenarbeit mit der Klassenlehrperson in der unter Abschnitt 4.1 beschriebenen Form durchgeführt, während der Durchführungsphase laufend dokumentiert und bezüglich der Umsetzbarkeit im Austausch mit der Lehrperson ausgewertet und angepasst. Abschliessend erfolgte eine Bewertung des Moduls durch die Lernenden anhand eines kurzen anonymen Fragebogens. Zunächst folgt eine Zusammenfassung der Rückmeldung der Lernenden, dann werden die Eindrücke und Anmerkungen der Lehrperson erläutert. Abschliessend werden einige Lessons Learned für die zukünftige Durchführung des Unterrichtskonzepts formuliert.

Der Feedbackfragebogen wurde von 31 Lernenden (von total 33) während der letzten Unterrichtseinheit ausgefüllt und retourniert, zwei Personen waren abwesend und konnten deshalb keine Rückmeldung geben. Eine der beiden Halbklassen gab insgesamt etwas positivere Rückmeldung, was bei der Auswertung jedoch nur in der ersten Frage „Wie zufrieden waren Sie mit dem Modul?“ (1=gar nicht zufrieden bis 5=sehr zufrieden) unterschieden wurde (siehe Tabelle 3). 18 der 31 Lernenden waren mit dem Modul zufrieden oder sehr zufrieden, sechs Personen bewerteten den Unterricht neutral und fünf gaben an, dass sie eher unzufrieden waren. Eine Person war gar nicht zufrieden.

Tabelle 3: Rückmeldungen Interventionsgruppe Zufriedenheit mit dem Unterricht

Wie zufrieden waren Sie mit dem Modul?					
	Gar nicht zufrieden			Sehr zufrieden	
	1	2	3	4	5
Anzahl Lernende Gruppe A (n=17)	1	3	4	8	1
Anzahl Lernende Gruppe B (n=14)	0	2	2	5	5
Total (n=31)	1	5	6	13	6

Des Weiteren wurden die Lernenden in Form von offenen Frage aufgefordert zu formulieren, was ihnen besonders gut oder gar nicht gefallen hat, was sie sich mehr und was sie sich weniger gewünscht hätten. Die Antworten werden im Folgenden zusammenfassend erläutert. Die Zusammenstellung aller Rückmeldungen findet sich in Anhang A.9.

„Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“

Vermehrt wurde von den Lernenden genannt, dass sie die Filmproduktion (in der Gruppe) an sich sehr spannend fanden und sie die kreative, selbständige Arbeit am eigenen Projekt sowie die Möglichkeit, die Zeit selber einzuteilen sehr geschätzt hatten. Vermehrt wurden zudem die inhaltlichen Aspekte des Moduls positiv gewertet. Die Informationen und die Aufklärung über verschiedene psychische Erkrankungen wurden als interessant und wichtig erachtet. Zudem wurde oft erwähnt, dass das Modul eine Abwechslung zum normalen Unterricht darstellte und es wurde vereinzelt geschätzt, dass die Modulnote anhand des Films gemacht wurde und nicht mit einer Prüfung. Dreimal wurden die Gestaltung bzw. die Struktur des Moduls und die gute Stimmung positiv erwähnt und einmal wurde der Lerneffekt besonders hoch eingestuft.

„Was hat Ihnen nicht gefallen?“

Einige Lernende äusserten ihren Unmut zum inhaltlichen Thema *Psychische Erkrankungen*, da sie den Zusammenhang zu ihrer Ausbildung oder ihrer eigenen Situation bzw. ihrem Leben nicht herstellen konnten oder sie das Thema nicht relevant fanden. Die Zeit, die dafür verwendet wurde, hätten sie zum Teil gerne anders genutzt. Vereinzelt wurde erwähnt, dass das Recherchieren und die Produktion des Filmes sehr viel Zeit in Anspruch genommen hatte. Eine Gruppe hatte interne Schwierigkeiten und Mühe mit dem Zeitmanagement, was bei der Rückmeldung zum Ausdruck gebracht wurde. Sie hätten sich dafür mehr Unterstützung von der Lehrperson gewünscht. Vereinzelt äusserten die Lernenden, dass sie längere Einheiten (mehr als eine Lektion pro Woche) geschätzt hätten. Zwei Personen hätten sich inhaltlich mehr Tiefe und Informationen zum Alltag von betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen gewünscht. Für zwei andere Personen war wiederum der Anteil des Themas *psychische Erkrankungen* im Vergleich zum Thema *Medienbildung* zu gewichtig ausgefallen. Je einmal wurde der Lerneffekt als gering eingestuft und die Gestaltung des Moduls als Ganzes negativ bewertet. Viele Lernende schrieben explizit, dass ihnen „nichts“ nicht gefallen habe.

Als konkrete Verbesserungsvorschläge wurden genannt: mehr theoretische Inputs zum inhaltlichen Thema (insbesondere zu den Symptomen), wie auch zum Thema Medienbildung allgemein, mehr Videomaterial oder eine Dokumentation zum Alltag von psychisch kranken Menschen und mehr Präventionsvideos als Beispiele, mehr Zeit für die Produktion des Filmclips, mehr Inputs zum technischen Vorgehen und eine engere Begleitung der Gruppen.

Rückmeldung der Lehrperson

Im Anschluss an die Durchführung der Unterrichtsreihe wurde mit dem partizipierenden Berufsschullehrer ein Feedbackgespräch geführt, wobei die Umsetzungsphase gemeinsam kritisch beleuchtet und Optimierungsvorschläge für eine nächste Durchführung diskutiert wurden. Dabei fiel die Rückmeldung der Lehrperson zum methodischen Ansatz sehr positiv aus. Wie bei den Lernenden auch, wurde die Vorgehensweise als innovativ und interessant eingeschätzt. Die Resonanz der Lernenden während und nach den einzelnen Lektionen wurde im Grossen und Ganzen positiv und akzeptierend erlebt obwohl das inhaltliche Thema *Psychische Erkrankungen* für sie ungewöhnlich und die Anforderungen an sie insgesamt sehr hoch waren. Von der Lehrperson wurde der Eindruck geteilt, dass es sich bei der Umsetzung des Unterrichtskonzeptes im Rahmen dieser Masterarbeit um ein „Speedprogramm“ handelte und optimalerweise statt 20 Lektionen sicher 30 Lektionen dafür eingesetzt werden sollten. So gäbe es die Möglichkeit, die Lernenden während der Filmproduktionsphase näher zu begleiten und/oder einen Halbtage für die Videoschulung einzusetzen. Nichtsdestotrotz wurde der Output des Präventionskonzeptes als gut eingeschätzt und die Zusammenarbeit unter den Dozierenden und die Aufteilung der Rollen positiv bewertet. Von der Lehrperson wurde zudem rückgemeldet, dass für die Vermittlung des gesamten Unterrichtskonzeptes an andere Mittel- und Berufsbildungslehrpersonen eine Handbuch bzw. ein Lehrmittel in Form einer 10-20 seitigen Broschüre, inkl. einer Schulung durch Fachpersonen ideal wäre. Zudem wäre es hilfreich dem Unterrichtskonzept einen Namen zu geben, da es im alltäglichen Sprachgebrauch sehr umständlich ist, darüber zu sprechen.

Lessons Learned

Aus den Erfahrungen während der Durchführung der Unterrichtsreihe sowie aus den Rückmeldungen der Lernenden und des Berufsbildungslehrers wurden zusammenfassend folgende Erkenntnisse für die zukünftige Präventionsarbeit mit Mittel- und Berufsbildungsklassen gewonnen:

- Für die Umsetzung des unter Abschnitt 3.4 aufgeführten Lektionsplanes werden optimalerweise mindestens 28-30 Lektionen (statt der Minimalvariante von 20 Lektionen) eingesetzt und in längeren Unterrichtsblöcken à 2-4 Lektionen gearbeitet. Ebenfalls könnte dafür eine Projektwoche eingesetzt werden, wobei die Verteilung der Unterrichtseinheiten über eine längere Zeit als nachhaltiger eingeschätzt wird.
- Nach Möglichkeit kann weit mehr Zeit (als nur eine Lektion) für die Auseinandersetzung mit den Themen Medienwirksamkeit von Präventionskampagnen allgemein eingesetzt werden, was einem wichtigen Aspekt von Medienkompetenz (vgl. Groeben 2002) entspricht.
- Die Auseinandersetzung mit dem Thema *Psychische Erkrankungen* erfordert von den Lehrpersonen Fingerspitzengefühl in der Arbeit mit den Lernenden. Es gilt, sich vorgängig selber vertieft mit der Thematik zu beschäftigen und nach Möglichkeit eine schulinterne oder -externe Fachperson aus dem psychosozialen Bereich beizuziehen (z.B. Sozialarbeitende, Fachpersonen der Suchtprävention).
- Um die Akzeptanz der Lernenden für das Thema *Psychische Erkrankungen* zu fördern, braucht es eine klare Einbettung der Thematik in ihren Lebens- und Berufsalltag. Je nach Gruppendynamik sollte hier genügend Zeit für Diskussionen eingeplant werden.
- Um vertiefte Diskussionen bzw. einen Austausch von Wissen unter den Lernenden zu fördern, gilt es, diese methodisch geschickt vorzubereiten. Wünschenswert ist eine hohe Partizipation jedes/jeder Einzelnen, um so einen optimalen Transfer des Fachwissens der Lernenden in ein individuelles Gruppen-Produkt (Filmclip) zu ermöglichen. Dafür könnten Ansätze des *Collaborative Learning* (siehe Abschnitt 2.3) Anregung bieten.
- Eine filmische Dokumentation zum Lebensalltag von Menschen mit psychischen Erkrankungen könnte helfen, das Verständnis der Lernenden für Betroffene stärker zu fördern.
- Unabhängig von den technischen Vorkenntnissen der Lernenden benötigt die Begleitung der Kleingruppen für die Konzipierung und Produktion der Filmclips viel Zeit, da dieser kreative Wissenstransformationsprozess hohe Anforderungen an die Lernenden stellt.
- Je nach technischem Know-How der Lernenden sollten 1-2 Halbtage Videoschulung und filmtechnische Beratung (Erstellen des Filmskriptes) durch die Lehrperson oder eine externe Fachperson eingeplant werden.
- Falls eine Online-Diskussion der Lernenden zu den Filmclips auf einer virtuellen Plattform wie z.B. Youtube angestrebt wird, braucht es klare Vorgaben und Leitfragen sowie eine moderierende Rolle der Lehr- oder Fachperson. Evtl. kann ein geschlossener virtueller Raum, wie die schulinterne Plattform, das Sicherheitsgefühl der Lernenden stärken und diskussionsfördernd wirken.
- Im Sinne eines konstruktivistischen Lernansatzes wurden die Bewertungskriterien für die Filmclips zu Beginn der Unterrichtsreihe zusammen mit den Lernenden erarbeitet. Zum Verständnis der Lernenden und im Sinne der Transparenz sind diese während der Konzipierungs- und Produktionsphasen immer wieder einzubeziehen und zu diskutieren, insbesondere dann, wenn die Filme am Ende zeugnisrelevant benotet werden.
- Die Benotung der erarbeiteten Kurzfilme kann kritisch hinterfragt werden, da nicht die Qualität der Filme an sich im Vordergrund steht sondern der Erwerb bzw. die Veränderung des Wissens und der Einstellung. Um die Lernenden für die Produktion der Filme zu motivieren, können evtl. andere Formen gefunden werden (z.B. Wettbewerb).
- Für die Begleitung der Kleingruppen und den Feedbackprozess sowie die Endbeurteilung werden mündliche, persönliche Settings empfohlen, wo über inhaltliche sowie gestalterische Fragestellungen diskutiert werden kann und die Lernenden die Möglichkeit haben, ihre Sichtweisen einzubringen sowie Rückfragen zu stellen.

- Für eine erfolgreiche Durchführung des Unterrichtskonzeptes gilt es, Inhalte und Methodik vorgängig immer den Rahmenbedingungen der Schule und den Eigenschaften der partizipierenden Klasse oder Gruppe anzupassen.

4.2 Ergebnisse der Onlinebefragung

Um Veränderungen des Wissens und der Einstellungstendenzen der Lernenden bezüglich psychischer Erkrankungen über den Zeitraum des Semesters (von t0 zu t1), in welchem das Präventionskonzept durchgeführt wurde, zu eruieren, wurde ein Fragebogen, bestehend aus verschiedenen Teilen eingesetzt (siehe Abschnitt 3.5) und mittels SPSS von IBM (Version 20) quantitativ sowie einzelne offene Fragen qualitativ ausgewertet. Als Vergleich zur Interventionsgruppe, welche den Unterricht zur Prävention psychischer Erkrankungen besuchte, wurde zu beiden Zeitpunkten ebenfalls eine Kontrollgruppe befragt. Von den insgesamt 77 ausgefüllten Fragebogen der Vorbefragung bzw. 72 der Nachbefragung konnten für die Auswertung die vollständigen Datensätze von 42 Personen (Interventionsgruppe n=18, Kontrollgruppe n=24) des ersten sowie zweiten Messzeitpunktes ausgewertet werden. Alle anderen Daten mussten aufgrund inkorrektur Codes (anonyme Umfrage) ausgeschlossen werden, da die Vor- und Nachbefragungen der einzelnen Personen einander nicht mehr zugeordnet werden konnten.

Vorgängig zu den Auswertungen, welche in den Abschnitten 4.2.1 - 4.2.4 beschrieben werden, wurden die zu berechnenden Variablen alle auf ihre Normalverteilung überprüft. Dazu wurde der Kolmogorov-Smirnov Anpassungstest verwendet. Die Tabelle in Anhang B.4 zeigt alle Ergebnisse in der Übersicht. Bei einigen Variablen ergaben sich signifikante p-Werte welche auf eine Verletzung der Normalverteilung hindeuteten. Trotzdem wurden t-Tests und ANOVAS berechnet, da aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes gemäss Field (2013), bei Fallzahlen ab 30 automatisch von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Zudem gelten Varianzanalysen als relativ robust gegenüber nicht-normalverteilten Daten, insbesondere bei ungefähr gleich grossen Gruppen, was in der vorliegenden Studie der Fall war.

4.2.1 Gruppenvergleiche: Demografische Daten, Vorwissen, Voreinstellung und Vorerfahrung

Tabelle 4 zeigt einen Vergleich der beiden Gruppen in Bezug auf Geschlecht, Alter und Ausbildungsjahr. Die Interventions- und die Kontrollgruppe unterschieden sich in Bezug auf diese Variablen nur wenig voneinander, beim Alter ergab sich kein signifikanter Unterschied ($p > .05$). Alle Lernenden beider Gruppen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Ausbildung zu Informatikerinnen und Informatikern an zwei unterschiedlichen Berufsbildungsschulen des Kantons Zürich.

Tabelle 4: Gruppenvergleich Demografische Daten

	Interventionsgruppe (n=18)	Kontrollgruppe (n=24)
Geschlecht	♀ 3 ♂ 15	♂ 24
Alter	18-24 $M=19.5$ ($SD=1.54$)	17-24 $M=18.5$ ($SD=1.53$)
Ausbildungsjahr	4.	2.-4.

Vergleich des Wissensstandes und der Einstellung vor der Intervention

Da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass sich die Interventions- und die Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Wissens und ihrer Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen bereits im Vorfeld unterschieden, wurden aufgrund der Daten aus den Vorbefragungen t-Tests für

unabhängige Stichproben nach Student (Zöfel, 2003) durchgeführt, um zu prüfen, ob die Mittelwerte beider Gruppen vergleichbar sind. Alle drei Variablen: selbsteingeschätztes Wissen, objektives Wissen und Einstellung insgesamt waren zum ersten Messzeitpunkt normalverteilt (siehe Anhang B.4).

Die Interventions- ($M = 3.6, SD = 1.42$) und Kontrollgruppe ($M = 3.7, SD = 1.03$) unterschieden sich hinsichtlich des selbsteingeschätzten Wissens zum Zeitpunkt t_0 nicht signifikant ($t(39) = .17, p = .865$). Das objektive Wissen über alle Items unterschied sich in der Vorbefragung auch nicht signifikant zwischen den Gruppen ($t(40)=-1.389, p=.173$) bei einem Mittelwert von 1.9 ($SD=1.25$) bei der Interventionsgruppe und $M=1.4$ ($SD=.82$) bei der Kontrollgruppe. In Bezug auf die Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen erreichte die Interventionsgruppe bei t_0 einen Mittelwert von 3.4 ($SD=0.7$), ebenso wie die Kontrollgruppe ($M=3.4; SD=0.49$), was keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen ausmachte ($t(40)=0.415, p=.681$). Somit waren gleiche Voraussetzungen in Bezug auf das Wissen und die Einstellungen beider Gruppen gegeben. Die detaillierten Ergebnisse der t-Tests sind Anhang B.5 zu entnehmen.

Vergleich der Erfahrung mit psychischen Erkrankungen

Um mehr über die Betroffenheit bzw. die Vorerfahrung zum Thema psychische Erkrankungen der Lernenden in Erfahrung zu bringen, wurden sie gefragt, ob sie selber schon einmal in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung waren und/oder ob sie bereits Kontakt zu psychisch kranken Menschen hatten, sei es in der Familie, dem Freundeskreis sowie dem Arbeitsumfeld oder sonst wo. Dazu mussten vier Fragen mit Ja oder Nein beantwortet werden, siehe Tabelle 5.

In der Interventionsgruppe beantworteten beim ersten Messzeitpunkt (t_0) 9 von 18 Lernenden eine oder mehrere der gestellten Fragen mit JA und wiesen somit eine gewisse Vorerfahrung aus (insgesamt 18 JA-Antworten). Bei der Kontrollgruppe gaben 9 von 24 Lernenden an, dass sie bereits Erfahrungen zum Thema psychische Erkrankungen gemacht hatten, sei es durch eigene Betroffenheit oder Menschen in ihrem Umfeld (insgesamt 13 JA-Antworten). Um die Mittelwerte der beiden Gruppen zu vergleichen, wurden aufgrund der vier Fragen ebenfalls der t-Test für unabhängige Stichproben angewendet, wobei die Summe aller Antworten verwendet wurde (JA=1, NEIN/keine Angaben=0). Die Interventionsgruppe erreichte dabei einen Mittelwert von 2 ($SD=1$) und die Kontrollgruppe von 1.4 ($SD=0.53$). Bei diesem t-Test ergab sich kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen ($t(12.1)= -1.474, p=.166$) siehe auch Anhang B.5. Bei genauer Betrachtung der Zahlen in der Tabelle wird ersichtlich, dass unabhängig von der statistischen Berechnung die Interventionsgruppe etwas mehr Erfahrung bezüglich psychischer Erkrankungen mitbrachte als die Kontrollgruppe.

Tabelle 5: Gruppenvergleich Vorerfahrung

Bekannte Personen in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung	Interventionsgruppe (n=9 von 18)	Kontrollgruppe (n=9 von 24)
	JA-Antworten	JA-Antworten
Selbst	1	0
Familienmitglied	4	3
Freund/in oder Arbeitskolleg/in	5	6
Sonst Kontakt mit psychisch Kranken	8	4
Anzahl Nennungen insgesamt	18	13
Mittelwerte	$M=2$ ($SD=1$)	$M=1.4$ ($SD=0.53$)

4.2.2 Selbsteingeschätztes Wissen

Um den selbsteingeschätzten Wissenserwerb bzw. die Wissenserweiterung der Lernenden zu verschiedenen Aspekten von psychischen Erkrankungen (9 Items) von t0 zu t1 zu eruieren, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Tabelle 6 zeigt einen Überblick der Mittelwerte und Standardabweichungen des selbsteingeschätzten Wissens, der einzelnen Items und aller 9 Items zusammen, im Vergleich beider Gruppen und zu beiden Messzeitpunkten (t0/t1).

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen selbsteingeschätztes Wissen

Items	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)
1 Welche psychischen Erkrankungen gibt es	18	3.6 (1.7)	5 (0.9)	22	3.7 (1.2)	3.6 (1)
2 Symptome psychischer Erkrankungen	17	3.8 (1.8)	4.7 (0.9)	21	3.8 (1.2)	3.8 (0.9)
3 Ursachen psychischer Erkrankungen	17	3.7 (1.7)	4.9 (1.2)	22	3.6 (1.4)	3.7 (1)
4 Gründe für Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen	16	3.3 (1.9)	4.1 (1.2)	20	3 (1.4)	3.5 (1)
5 Einschränkungen im Alltag	18	3.7 (1.3)	4.28 (1)	20	4 (1.4)	4 (0.7)
6 Bedeutung der Stigmatisierung	17	3.3 (1.6)	4 (1.3)	17	3.3 (1.6)	3.4 (1.5)
7 Möglichkeiten der Behandlung	18	3.4 (1.7)	4.3 (1.3)	21	3.1 (1.1)	3.5 (1.1)
8 Handlungsmöglichkeiten wenn selbst betroffen	18	3.8 (1.8)	5.6 (1.2)	20	4.2 (2)	4 (1.4)
9 Handlungsmöglichkeiten wenn jemand im Umfeld betroffen	18	3.9 (1.8)	5.3 (1)	20	4 (1.7)	3.7 (1.3)
Selbsteingeschätztes Wissen insgesamt	18	3.6 (1.4)	4.7 (0.8)	22	3.7 (1)	3.7 (0.6)

Aufgrund der Mittelwerte wurde insgesamt eine klare Zunahme des selbsteingeschätzten Wissens bei der Interventionsgruppe von t0 zu t1 ($M=3.6$; $SD=1.4$ auf $M=4.7$; $SD=0.8$) ersichtlich, wobei die Mittelwerte der Kontrollgruppe über alle 9 Items genau gleich blieben (t0: $M=3.7$; $SD=1$ und t1: $M=3.7$; $SD=0.6$). Die Annahme der Gleichheit der Kovarianzen wurde dabei nicht verletzt, weder über alle Items zusammen, noch bei den einzelnen Items (alle $p > .05$, siehe Box-Tests Anhang B.7). Wie in Tabelle 7 ersichtlich wird, kann aufgrund der Varianzanalyse mit Messwiederholung beim selbsteingeschätzten Wissen insgesamt eine hohe Signifikanz über die Zeit, unabhängig der Gruppen bei grossen Effektstärke festgestellt

werden ($F(1,38)=8.8$; $p=.005$, $\eta^2=.19$). Das Gleiche gilt für die Interaktion der beiden Gruppen ($F(1,38)=8.7$; $p=0.005$, $\eta^2=.19$). Das heisst, die Steigung der Werte von t0 zu t1 verlaufen in den Gruppen signifikant unterschiedlich (siehe Abbildung 7). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist jedoch nicht signifikant, wenngleich die Signifikanz nur knapp verfehlt wurde ($F(1,38)=3.9$; $p=.057$). Für die Einschätzung der Effektstärken wurde das partielle eta-quadrat (η^2) berechnet. Dabei können gemäss Karabi (2012) Werte zu .01 als klein, Werte zu .06 als mittel und Werte ab .14 als grosse Effektstärken eingeschätzt werden

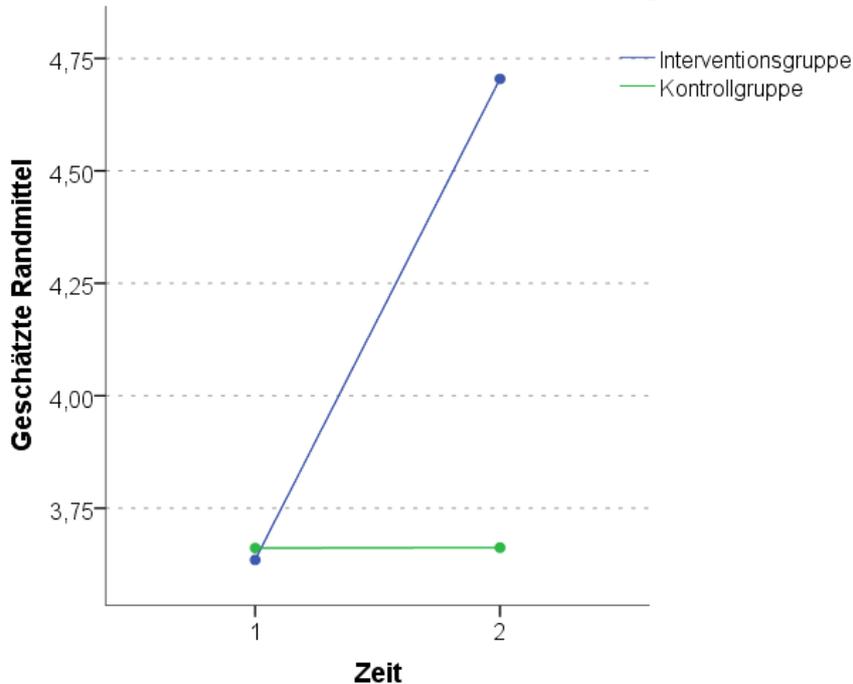


Abbildung 7: Interaktion (Zeit*Gruppe) selbsteingeschätztes Wissen insgesamt

Wie Tabelle 7 zeigt, ergaben sechs der neun Variablen (Item 1, 3, 4, 7, 8, 9) signifikante Werte in der Zunahme des selbsteingeschätzten Wissens der Interventionsgruppe über die Zeit (t0 zu t1), drei davon auch in der Interaktion zur Kontrollgruppe (Item 1, 8, 9). Zwei dieser sechs Items (Item 1 und 8) zeigten signifikante Unterschiede in allen drei Bereichen (innerhalb, Zeit*Gruppe und zwischen den Gruppen).

In Bezug auf die Frage, *Welche psychischen Erkrankungen gibt es?* (Item 1) wurde das Wissen der Interventionsgruppe bei t1 ($M=5$; $SD=0.9$) signifikant höher eingeschätzt als bei t0 ($M=3.6$; $SD=1.7$) bei relativ grosser Effektstärke ($F(1,38)=7.8$; $p=.008$; $\eta^2=.17$). Betrachtet man die beiden Gruppen genauer, so erkennt man, dass bei der Kontrollgruppe der Mittelwert dagegen leicht von $M=3.7$ ($SD=1.2$) auf $M=3.6$ ($SD=1$) sank. Dementsprechend ist die Interaktion Zeit*Gruppe bei sehr grosser Effektstärke signifikant ($F(1,38)=11.3$; $p=.002$; $\eta^2=.23$) sowie der Wert zwischen den Gruppen ($F(1,38)=4.1$; $p=.047$; $\eta^2=.1$).

Das Wissen zu *Handlungsmöglichkeiten, wenn man selber von psychischen Problemen betroffen ist* (Item 8), wurde von der Interventionsgruppe bei t1 signifikant höher eingeschätzt als bei t0, bei grosser Effektstärke ($F(1,36)=9.3$; $p=.004$; $\eta^2=.21$). Der Mittelwert steigerte sich dabei markant von $M=3.8$ ($SD=1.8$) auf 5.6 ($SD=1.2$) im Vergleich zur Kontrollgruppe (t0: $M=4.2$, $SD=2$, t1: $M=4$; $SD=1.4$). Daraus ergab sich eine höchst signifikante Interaktion Zeit*Gruppe ($F(1,36)=16.7$; $p=.000$) bei sehr grosser Effektstärke ($\eta^2=.32$). Zwischen den beiden Gruppen wurde bei Item 8 kein signifikanter Unterschied berechnet.

Bei der Einschätzung zum Wissen bezüglich *Handlungsmöglichkeiten, wenn jemand im Umfeld psychische Probleme hat* (Item 9), stiegen die Mittelwerte der Interventionsgruppe wiederum stark von t0 zu t1, von $M=3.9$ ($SD=1.8$) auf 5.3 ($SD=1$). Hier ergaben sich ebenfalls

signifikante Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten ($F(1,36)=4.1$; $p=.05$; $\eta^2=.10$) sowie zwischen den Gruppen bei jeweils mittleren Effektstärken ($F(1,36)=4.3$; $p=.044$; $\eta^2=.11$). Die Mittelwerte der Kontrollgruppe sanken gleichzeitig von $M=4$ ($SD=1.7$) auf $M=3.7$ ($SD=1.3$), wodurch sich wiederum die Signifikanz in der Interaktion der Gruppen bei grosser Effektstärke erklären lässt ($F(1,36)=8.5$; $p=.006$; $\eta^2=.19$).

Tabelle 7: Ergebnisse Varianzanalyse selbsteingeschätztes Wissen

Items	Innerhalb		Interaktion		Zwischen	
	p (η^2)	$F(1,38)$	p (η^2)	$F(1,38)$	p (η^2)	$F(1,38)$
1 Welche psychischen Erkrankungen gibt es	.008** (.17)	7.8	.002** (.23)	11.3	.047* (1)	4.1
2 Symptome psychischer Erkrankungen	.067	3.6	.670	3.6	.181	1.9
3 Ursachen psychischer Erkrankungen	.011* (.16)	7.1	.055	3.9	.075	3.4
4 Gründe für Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen	.022* (.15)	5.8	.495	0.5	.264	1.3
5 Einschränkungen im Alltag	.293	1.1	.293	1.1	1.0	0
6 Bedeutung der Stigmatisierung	.160	2.1	.312	1.1	.503	0.5
7 Möglichkeiten der Behandlung	.016* (.15)	6.4	.349	0.9	.062	3.7
8 Handlungsmöglichkeiten wenn selbst betroffen	.004** (.21)	9.3	.000*** (.32)	16.7	.194	1.8
9 Handlungsmöglichkeiten wenn jemand im Umfeld betroffen	.050* (.10)	4.1	.006** (.19)	8.5	.044* (.11)	4.3
Selbsteingeschätztes Wissen insgesamt	.005** (.19)	8.8	.005** (.19)	8.7	.057	3.9

* $p<.05$ =signifikant; ** $p<.01$ =hoch signifikant; *** $p<.001$ =höchst signifikant

Bei den Items 3, 4 und 7 konnten innerhalb der Interventionsgruppe wiederum ein signifikanter Zuwachs des selbsteingeschätzten Wissens von t0 zu t1 festgestellt werden. Bei der Variablen *Ursachen psychischer Erkrankungen* (Item 3) steigerte sich der Mittelwert von $M=3.7$ ($SD=1.7$) auf 4.9 ($SD=1.2$) ($F(1,37)=7.1$; $p=.011$; $\eta^2=.16$). Das selbsteingeschätzte Wissen zu *Gründen für die Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen* (Item 4) veränderte sich bei der Interventionsgruppe im Mittelwert von $M=3.3$ ($SD=1.9$) bei t0 auf $M=4.1$ ($SD=1.2$) bei t1 ($F(1,34)=5.8$; $p=.022$; $\eta^2=.15$). Das Wissen zu *Möglichkeiten der Behandlung* (Item 7) schätzte die Interventionsgruppe bei t0 mit einem Mittelwert von $M=3.4$

(SD=1.7) bei t1 mit einem Mittelwert von $M=4.3$ (SD=1.3) ein ($F(1,37)=6.4$; $p=.016$; $\eta^2=.15$). Alle anderen Werte ergaben keine signifikanten Unterschiede (siehe Anhang B.7). Kritisch betrachtet werden müssen die Aspekte *Symptome von psychischen Erkrankungen*, *Einschränkungen im Alltag* und *Bedeutung der Stigmatisierung*, bei welchen die Lernenden der Interventionsgruppe ihr Wissen nach der Unterrichtsreihe nicht signifikant höher einschätzten.

Zwischenfazit

Die Lernenden der Interventionsgruppe schätzten ihr Wissen zu psychischen Erkrankungen nach der Unterrichtsreihe (t1: $M=4.7$; $SD=0.8$) insgesamt deutlich höher ein als vorher (t0: $M=3.6$; $SD=1.4$), was einen signifikanten Unterschied über die Zeit ausmachte ($F(1,38)=8.8$; $p=.005$, $\eta^2=.19$). Aufgrund des klar stärkeren Anstiegs der Mittelwerte der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (t0: $M=3.7$; $SD=1$ und t1: $M=3.7$; $SD=0.6$) konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied in der Interaktion (Zeit*Gruppe) berechnet werden ($F(1,38)=8.7$; $p=0.005$, $\eta^2=.19$). Die Hypothese 1a) *Lernende der Interventionsgruppe, welche das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen durchlaufen, erwerben mehr selbsteingeschätztes Wissen zu verschiedenen Aspekten psychischer Erkrankungen von t0 zu t1 als die Lernenden der Kontrollgruppe* kann an dieser Stelle somit bestätigt werden.

Veränderung des Wissens

In der Nachbefragung wurden die Lernenden beider Gruppen dazu aufgefordert, auf einer Skala von 1 (kein Wissenszuwachs) bis 8 (deutlicher Wissenszuwachs) einzuschätzen, wie sich ihr Wissen gegenüber dem ersten Befragungszeitpunkt verändert hat. Die Normalverteilung bei dieser Variablen war nicht gegeben (siehe Anhang B.4), weswegen für die Auswertung dieser Frage gemäss Zöfel (2003) der nichtparametrische U-Test nach Mann und Whitney eingesetzt wurde. Statt der ursprünglichen Daten wurden somit die Rangfolgen der Werte beider Gruppen verglichen, wobei sich für die Kontrollgruppe (n=24) ein mittlerer Rang von 15.8 und für die Interventionsgruppe (n=18) ein mittlerer Rang von 29.1 ergab was einem signifikanten Unterschied entspricht ($U(n_1=24, n_2=18)=78.5$, $p=.000$). Die Interventionsgruppe schätzte die Veränderung des eigenen Wissens also signifikant höher ein als die Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zu diesem Verfahren befinden sich in Anhang B.6. Die Lernenden beider Gruppen wurden zudem befragt, wodurch der Wissenszuwachs ihrer Meinung nach zustande kam. Dafür konnten sie aus einer Reihe von möglichen Antwortkategorien mehrere anwählen oder unter *Sonstige* weitere Angaben (offene Textantwort) machen. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse dieser Frage im Vergleich der Interventions- zur Kontrollgruppe.

Tabelle 8: Antwortkategorien Veränderung des Wissens

Wodurch kam der Wissenszuwachs zustande?		
	Interventionsgruppe (n=18)	Kontrollgruppe (n=24)
Antwortkategorien	Anzahl Nennungen	Anzahl Nennungen
Medienmitteilungen (Zeitung, Radio, Fernsehen)	2	7
Gespräche mit Freunden	5	7
Arztbesuch	0	2
Gezielte Internetrecherche	8	7
Inhalte im Unterricht	14	4

Sonstiges

2

2

Wie zu erwarten war, gaben die meisten Lernenden der Interventionsgruppe an (14 von 18), dass der Wissenszuwachs ihrer Meinung nach durch die Inhalte im Unterricht zustande gekommen sind. Über die Hälfte der Interventionsgruppe gab des Weiteren gezielte Internetrecherchen als Begründung an, wobei aus den Antwortkategorien nicht ersichtlich wird, ob diese auch im Rahmen des Unterrichts gemacht wurden. Fünf Lernende erwähnten Gespräche mit Freunden und zwei die Medienmitteilungen in der Zeitung, dem Radio oder Fernsehen. Ausführend zur Antwortkategorie *Sonstiges* schrieben zwei Lernende in den offenen Textantworten, dass ihnen die in den Klassen erarbeiteten Filmclips zu mehr Wissen verhalfen. Obwohl der Wissenszuwachs in der Kontrollgruppe deutlich geringer eingeschätzt wurde, wurden auch hier viele Antwortkategorien gewählt.

4.2.3 Objektives Wissen

In Bezug auf das objektive Wissen wurden den Lernenden in der Vor- sowie der Nachbefragung drei offene Fragen gestellt. Zunächst wurden die Textantworten auf richtige und falsche Aussagen überprüft und jeweils ein Punkt pro richtige bzw. gültige Antwort vergeben, so dass wiederum eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt und die beiden Gruppen sowie die Antworten der beiden Messzeitpunkte (t0 und t1) miteinander verglichen werden konnte. Bei der Auswertung der Antworten der Nachbefragung fiel jedoch auf, dass sich bei einigen Lernenden in beiden Gruppen Ermüdungserscheinungen gezeigt hatten, da weniger offene Fragen beantwortet worden waren, obwohl sie bei der ersten Befragung viele Antworten gewusst hatten. Dabei verwiesen sie zum Teil auf den ersten Fragebogen bzw. die ersten Antworten, welche sich nicht verändert hätten bis zum zweiten Messzeitpunkt. Ausgewertet wurden jedoch nur zum zweiten Messzeitpunkt tatsächlich aufgeführte Antworten. Die vielen fehlenden Werte führten zum Teil zu ungünstigen Voraussetzungen für die statistischen Berechnungen, was sich in den Box-Tests zeigte. Alle drei offenen Fragen zusammen ($p=.002$) sowie die Fragen zur Nennung von psychischen Erkrankungen ($p=.012$) ergaben im Box-Test signifikante Werte, was bedeutet, dass es in den Antworten klare Ausreisser gab. Da die ANOVA bei einem Box-Test mit einem p-Wert $>.001$ immer noch robust ist (Tabachnick & Fidell, 2014) wurde die ANOVA dennoch berechnet, die Ergebnisse aber mit Vorbehalt interpretiert. Die Normalverteilung der Daten über alle drei Fragen war gegeben, in der Vor- sowie der Nachbefragung (siehe Anhang B.4).

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen zum objektiven Wissen der beiden Gruppen über beide Zeitpunkte (t0 und t1). In Tabelle 10 werden die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung dargestellt.

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen objektives Wissen

Objektives Wissen	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)
Psychische Erkrankungen	15	2.5 (1.6)	4.2 (2.1)	16	2.8 (2)	1.9 (0.9)
Ursachen	13	2.6 (1.2)	2.8 (1)	11	2.1 (0.8)	1.7 (0.7)
Ansprechpersonen oder Fachstellen	6	1.6 (1)	1.8 (0.8)	4	2.0 (1.4)	1.8 (1.0)
Objektives Wissen insgesamt	18	1.9 (1.3)	2.6 (1.2)	24	1.4 (0.8)	0.9 (0.6)

Die Mittelwerte der Interventionsgruppe steigerten sich über alle Fragen (*Objektives Wissen insgesamt*) deutlich zwischen den beiden Messzeitpunkten von einem Mittelwert von 1.9 ($SD=1.3$) auf $M=2.6$ ($SD=1.2$), was dennoch keinen signifikanten Unterschied ausmachte (siehe Tabelle 10). Da der Mittelwert des objektiven Wissens insgesamt bei der Kontrollgruppe gleichzeitig von $M=1.4$ ($SD=0.8$) auf $M=0.9$ ($SD=0.6$) zurück ging, ergab sich in der Interaktion Zeit*Gruppe ein signifikanter Wert bei grosser Effektstärke ($F(1,40)=7.2$; $p=.011$; $\eta^2=.15$). Die Interaktion beider Gruppen über die Zeit ist in Abbildung 8 dargestellt. Zwischen den Gruppen konnte ebenfalls ein höchst signifikanter Unterschied mit sehr grosser Effektstärke berechnet werden ($F(1,40)=26$; $p=.000$; $\eta^2=.39$).

Bei der Frage *Welche psychischen Erkrankungen kennen Sie?* erhöhte sich der Mittelwert der Interventionsgruppe über die Zeit sehr stark von 2.5 ($SD=1.6$) auf $M=4.2$ ($SD=2.1$), im Vergleich sank der Mittelwert der Kontrollgruppe deutlich von $M=2.8$ ($SD=2$) auf $M=1.9$ ($SD=0.9$). Dies ergab einen hoch signifikanten Unterschied in der Interaktion der Gruppenwerte ($F(1,40)=11.4$; $p=.002$; $\eta^2=.28$) und einen signifikanten Wert zwischen den Gruppen ($F(1,40)=4.7$; $p=.038$; $\eta^2=.14$) bei jeweils grossen Effektstärken, jedoch keinen signifikanten Unterschied über die Zeit (siehe Tabelle 10).

Die Mittelwerte des objektiven Wissens zur Frage *Welche Ursachen kennen Sie, die zu psychischen Erkrankungen führen?*, unterschied sich zu t1 zwischen den Gruppen hoch signifikant bei grosser Effektstärke ($F(1,40)=8.3$; $p=.009$; $\eta^2=.27$). Da die Interventionsgruppe aber bereits zum ersten Messzeitpunkt (t0) einen deutlich höheren Mittelwert von 2.6 ($SD=1.2$) aufwies als die Kontrollgruppe und diesen über die Zeit nur wenig steigerte (auf $M=2.8$; $SD=1$), ergab sich kein signifikanter Wert in der Interaktion Zeit*Gruppe, obwohl der Mittelwert der Kontrollgruppe leicht zurück ging von $M=2.1$ ($SD=0.8$) auf $M=1.7$ ($SD=0.7$).

Tabelle 10: Ergebnisse Varianzanalyse objektives Wissen

Objektives Wissen	Innerhalb		Interaktion		Zwischen	
	<i>P</i>	<i>F</i> (1,40)	<i>p</i> (η^2)	<i>F</i> (1,40)	<i>P</i> (η^2)	<i>F</i> (1,40)
Psychische Erkrankungen	.301	1.1	.002** (.28)	11.4	.038* (.14)	4.7
Ursachen	.804	0.1	.274	1.3	.009** (.27)	8.3
Ansprechpersonen oder Fachstellen	.933	0.0	.675	0.2	.793	0.1
Objektives Wissen insgesamt	.678	0.2	.011* (.15)	7.2	.000*** (.39)	26

$p<.05$ =signifikant; ** $p<.01$ =hoch signifikant; *** $p<.001$ =höchst signifikant

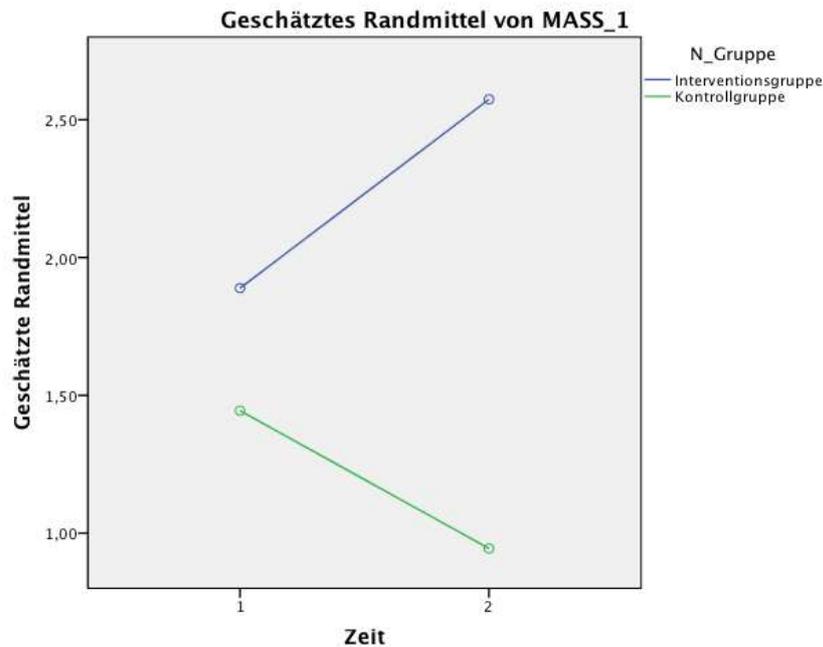


Abbildung 8: Interaktion (Zeit*Gruppe) objektives Wissen insgesamt

In Bezug auf die Frage *Kennen Sie Fachstellen oder Personen, an welche Sie sich bei psychischen Problemen wenden könnten?*, stieg der Mittelwert der Interventionsgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten leicht von $M=1.6$ ($SD=1$) auf $M=1.8$ ($SD=1.8$) im Gegensatz sank der Mittelwert der Kontrollgruppe von $M=2$ ($SD=1.4$) auf $M=1.8$ ($SD=1$). Dadurch ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede, weder über die Zeit, noch zwischen den Gruppen oder noch in der Interaktion (Zeit*Gruppe).

Bei keiner der offenen Fragen konnte ein signifikanter Unterschied in den Antworten über die Zeit von t_0 zu t_1 errechnet werden (alle $p > .05$), was mit den kleinen Fallzahlen und dem Rückgang der offenen Textantworten zum zweiten Messzeitpunkt begründet werden kann.

Zwischenfazit

Aufgrund der durchgeführten Varianzanalyse konnte kein signifikanter Zuwachs des objektiven Wissens bei der Interventionsgruppe von t_0 zu t_1 festgestellt werden, weshalb die Hypothese 1b: *Lernende der Interventionsgruppe, welche das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen durchlaufen, erwerben mehr objektives Wissen zu verschiedenen Aspekten psychischer Erkrankungen von t_0 zu t_1 als die Lernenden der Kontrollgruppe* nicht bestätigt werden kann.

Qualitative Analyse des objektiven Wissens

Um inhaltliche Unterschiede des objektiven Wissens beider Gruppen zu eruieren, wurde eine qualitative Analyse wie in Abschnitt 3.6 beschrieben vorgenommen. Dabei wurden die Antworten auf die offenen Fragen in Kategorien eingeteilt, welche induktiv aufgrund der genannten Begriffe generiert wurden. So entstanden auch Kategorien, welche nur bei einer Gruppe mit Inhalt gefüllt wurden, bei der anderen Gruppe hingegen nicht, wie die Abbildungen 9-14 zeigen. Die Anzahl genannter Begriffe wurde pro Kategorie jeweils in der Vor- sowie der Nachbefragung ausgezählt und nach Häufigkeiten dargestellt, jeweils für die Interventions- sowie Kontrollgruppe. Da bei allen offenen Fragen und in beiden Gruppen bei der Nachbefragung jeweils weniger Lernende die Fragen beantworteten als bei der Vorbefragung (siehe oben) wurden in den Grafiken statt der absoluten Zahlen Prozentzahlen dargestellt, um einen relativen Vergleich zu erhalten. Die genaue Anzahl Nennungen beider Gruppen in allen Kategorien werden in Anhang B.3 dargestellt.

Abbildung 9 zeigt zunächst die Ergebnisse der Interventionsgruppe bei der Vorbefragung (t0) sowie bei der Nachbefragung (t1) auf die offene Frage: *Welche psychischen Erkrankungen kennen Sie?* In Abbildung 10 werden zum Vergleich die Antworten der Kontrollgruppe auf die gleiche Frage dargestellt. Berücksichtigt wurden bei der Auszählung psychische sowie neurologische Erkrankungen sowie deren Mischformen, welche gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling & Schmidt, 2000) anerkannt sind. Die Lernenden der Interventionsgruppe gaben in der Vorbefragung in absoluten Zahlen 31 Antworten (Begriffe) und in der Nachbefragung 28 Antworten. Auffallend sind die deutlich höhere Anzahl Nennungen einiger psychischer Erkrankungen in der Nachbefragung im Vergleich zur Vorbefragung: *Depression* (t0=65%, t1=79%), *Angststörungen* (t0=32%, t1=46%), *Suchterkrankung* (t0=10%, t1=29%), *AD(H)S* (t0=7%, t1=54%) und *Psychosen allgemein* (t0=7%, t1=68%). Diese Themen entsprechen denen, welche bei der Produktion der Filmclips gewählt wurden. Es gilt zusätzlich zu beachten, dass die beiden Begriffe *Depression* und *Schizophrenie* im Fragebogen als Beispiele aufgeführt und daher wahrscheinlich oft übernommen wurden. Des Weiteren wurden bei der Interventionsgruppe ausschliesslich in der Nachbefragung *Suizid(gedanken)* (25%), *Stress* (18%) und *Wahrnehmungsstörungen* (11%) genannt, welche neue Kategorien gegenüber der Vorbefragung darstellten. *Suizid* und *Stress* sind keine psychischen Erkrankungen und könnten streng genommen als neu gelernte Fehlerkonzepte (*unbekannte/falsche Begriffe*) interpretiert werden. Die Begriffe wurden absichtlich separat dargestellt, da sie im Unterricht thematisiert wurden. Weitere Ausführungen zu den Ergebnissen folgen in Kapitel 5. *Schizophrenie* (t0=48%, t1=25%) und *Burnout* (t0=26%, t1=7%) wurden in der Nachbefragung deutlich weniger häufig genannt. Die Anzahl *unbekannter oder falscher Begriffe* nahm bei der Interventionsgruppe ab (t0=23%, t1=14%).

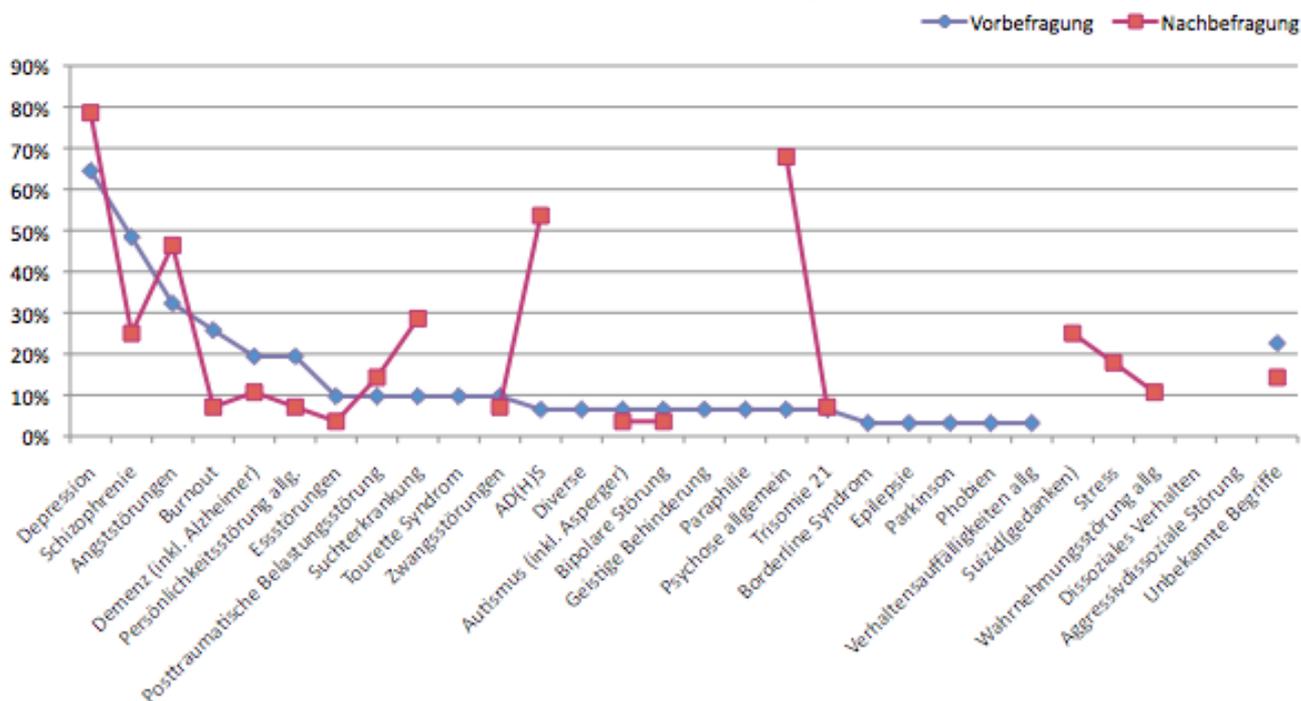


Abbildung 9: Objektives Wissen zu Psychische Erkrankungen Interventionsgruppe

Die Lernenden der Kontrollgruppe gaben in der Vorbefragung total n=42 Antworten (Begriffe) und in der Nachbefragung n=40 Antworten. In der Kontrollgruppe wurden zu beiden Messzeitpunkten in allen Kategorien prozentual fast gleich viele Begriffe genannt, wobei im Vergleich zur Interventionsgruppe insgesamt mehr unterschiedliche Erkrankungen genannt wurden (siehe Abbildung 10).

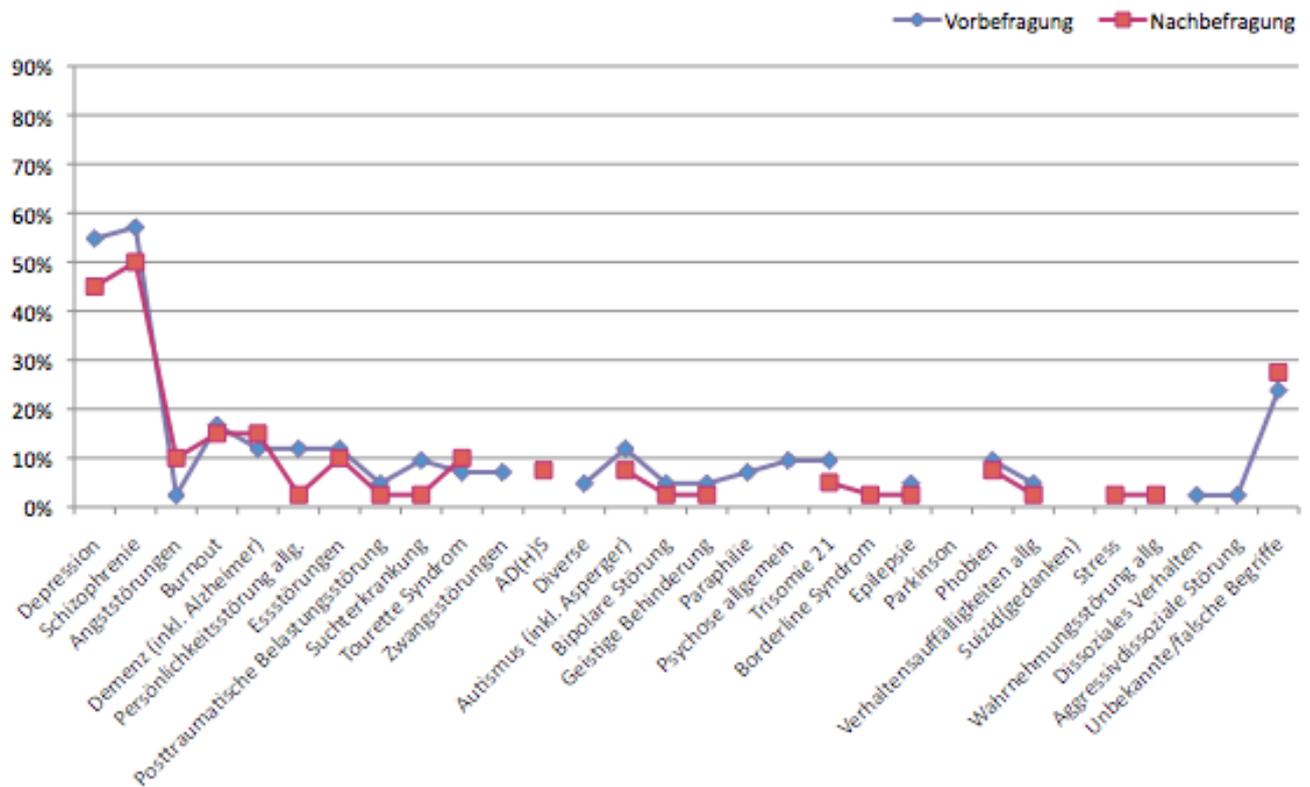


Abbildung 10: Objektives Wissen zu *Psychische Erkrankungen* Kontrollgruppe

Abbildung 11 und 12 zeigen den Vergleich der Antworten der Interventions- bzw. der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten auf die Frage *Kennen Sie Ursachen, die zu psychischen Erkrankungen führen?* Als gültige Antworten wurden Begriffe gezählt, die in der Literatur (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2) als Ursachen psychischer Erkrankungen genannt werden oder als solche verstanden werden konnten. Insgesamt wurden bei dieser Frage deutlich weniger Antworten gegeben als bei der ersten offenen Frage, zu beiden Messzeitpunkten und in beiden Gruppen.

Insgesamt wurden von den Lernenden der Interventionsgruppe 30 Begriffe bei der Vorbefragung und 27 Antworten bei der Nachbefragung aufgeführt. Das objektive Wissen bezüglich der Ursachen von psychischen Erkrankungen erweiterte sich bei der Interventionsgruppe (siehe Abbildung 9) nur in vereinzelter Kategorien zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt: *Substanzkonsum* wurde deutlich häufiger genannt ($t_0=27\%$, $t_1=44\%$) sowie *Beziehungsprobleme* ($t_0=7\%$, $t_1=15\%$). *Stress* als Ursache nannten in der Vorbefragung 53%, in der Nachbefragung 59% der Lernenden. *Traumata* als Ursache wurden in der Nachbefragung weniger häufig genannt ($t_0=30\%$, $t_1=19\%$) ebenso wie *unbekannte/falsche Begriffe* ($t_0=20\%$, $t_1=4\%$). Alle anderen Kategorien blieben in etwa gleich.

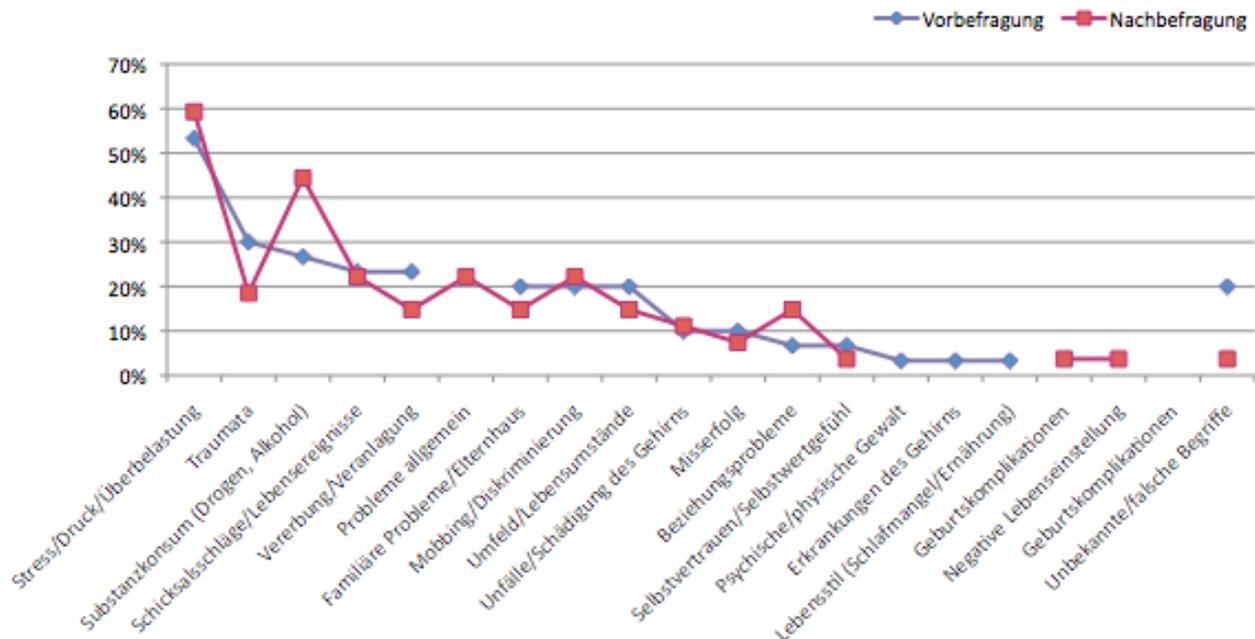


Abbildung 11: Objektives Wissen zu Ursachen Interventionsgruppe

In der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 12) wurden bei der Nachbefragung in fast allen Kategorien weniger Antworten gegeben als bei der Vorbefragung, wobei *Schicksalsschläge/Lebensereignisse*, *Traumata* sowie *Stress* und *Substanzkonsum* die meistgenannten Antworten waren. Total nannte die Interventionsgruppe bei der Vorbefragung 43, in der Nachbefragung 36 Begriffe.

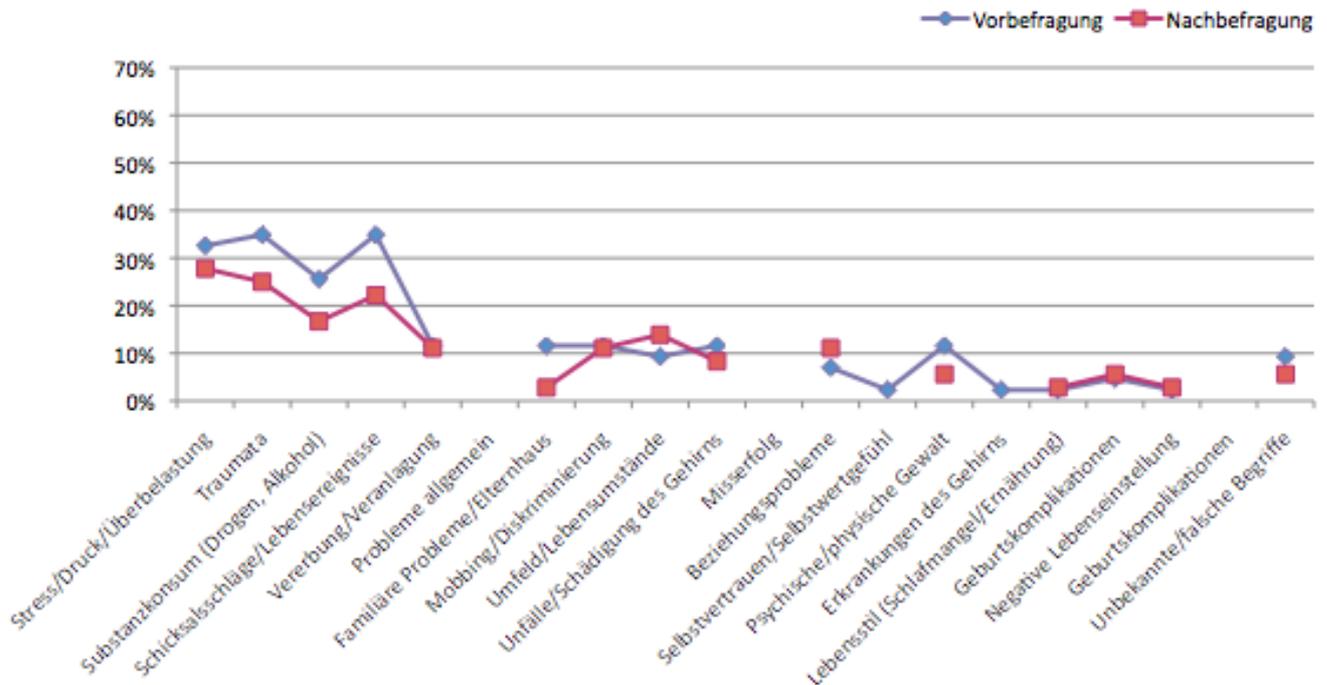


Abbildung 12: Objektives Wissen zu Ursachen Kontrollgruppe

Als letztes wurde die offene Frage gestellt: *Kennen Sie Fachstellen oder Personen an die Sie sich bei psychischen Problemen wenden könnten?* Bei dieser Frage konnten die Antworten sehr individuell ausfallen hinsichtlich der Nennung von Vertrauenspersonen. Bei der Auswertung wurden *Fachstellen- oder Personen allgemein* zu einer Kategorie zusammengefasst (z.B. Beratungsstelle, Psychologe). Eine andere Kategorie bildete *Fachstellen- oder*

Personen spezifisch (z.B. Suchtpräventionsstelle Winterthur, Schulsozialarbeiterin). Einzelne Personen oder Einrichtungen, die vermehrt genannt wurden, wurden als eigene Kategorien aufgenommen.

Die Lernenden der Interventionsgruppe gaben auf diese Frage total 27 Antworten bei der Vorbefragung und 26 Antworten bei der Nachbefragung. In Abbildung 13 ist zu sehen, dass die Lernenden die an der Unterrichtsreihe teilnahmen, zum zweiten Befragungszeitpunkt einige Anlaufstellen deutlich häufiger nannten als zum ersten Befragungszeitpunkt: *Fachstelle/Fachpersonen spezifisch* (t0=19%, t1=31%), *Fachstellen/Fachpersonen allgemein* (t0=11%, t1=31%) und *147 Notrufnummer Pro Juventute* (t0=7%, t1=23%). Auch *Internet/Google* wurden etwas häufiger genannt (t0=7%, t1=15%). Dafür wurden in der Nachbefragung deutlich weniger *Hausärzte/Ärzte allgemein* (t0=33%, t1=4%), *Psychiatrische Einrichtungen* (t0=22%, t1=15%), *Psychiater* (t0=19%, t1=8%) ebenso wie *Freunde/private Vertrauenspersonen* (t0=15%, t1=8%) genannt. Die gleichen Tendenzen können auch bei der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 14) beobachtet werden, wenn auch mit geringerer Ausprägung.

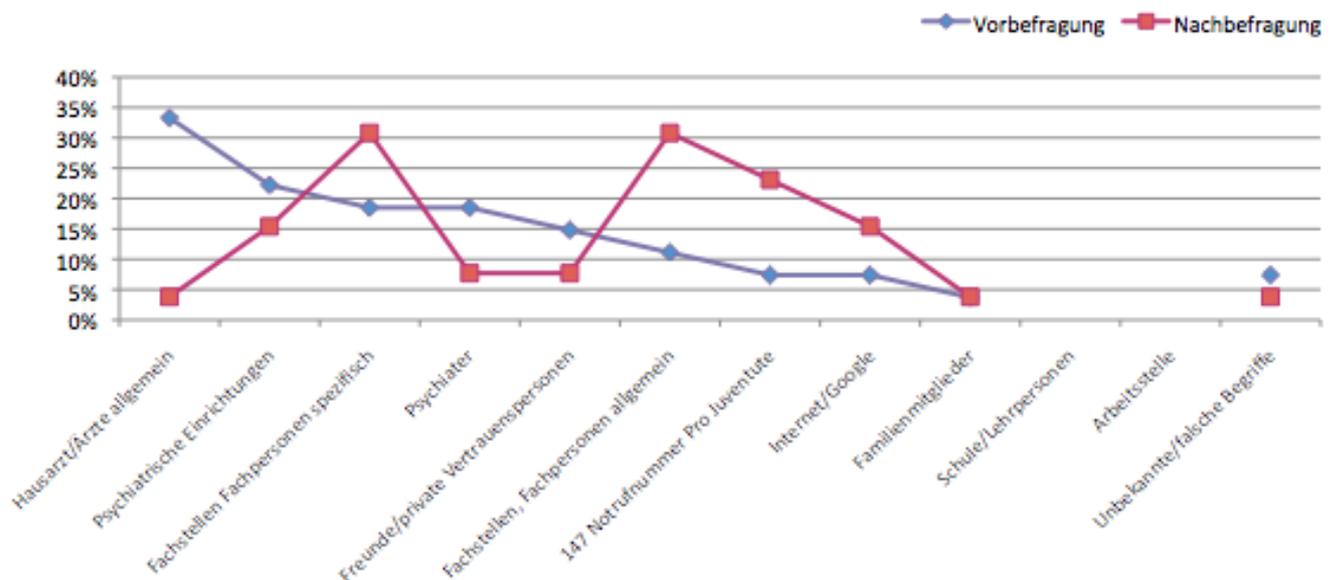


Abbildung 13: Objektives Wissen zu *Fachstellen- oder Personen* Interventionsgruppe

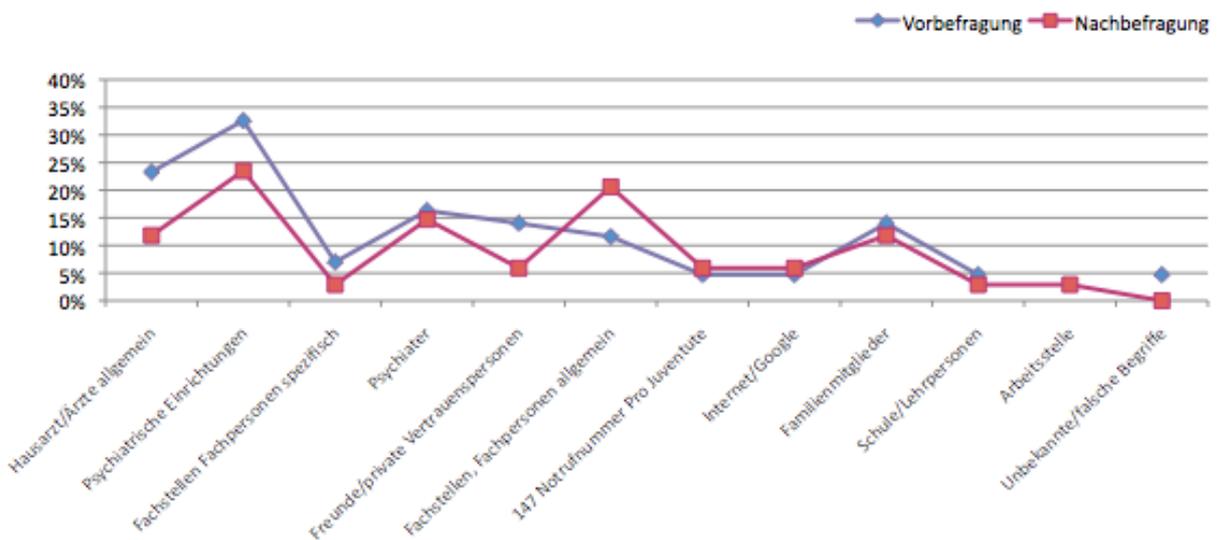


Abbildung 14: Objektives Wissen zu *Fachstellen- oder Personen* Kontrollgruppe

4.2.4 Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen

Um tendenzielle Veränderungen der Einstellung der Lernenden von t0 zu t1 zu erfassen, wurde ein Fragebogen mit insgesamt 31 (von ursprünglich 40) Items der deutschen Version des Community-Attitudes-toward-the-Mentally-Ill(CAMI)–Inventars (Angermeyer et al. 2003) eingesetzt (siehe Abschnitt 3.5), der faktorenanalytisch vier Dimensionen der Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen unterscheidet: *Ausgrenzung*, *Integration*, *Benevolenz* (*Wohlfühlen*) und *soziale Kontrolle*.

Die Auswertung der Fragen zur Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen erfolgte analog der Fragen zum selbsteingeschätzten und objektiven Wissen (Abschnitte 4.2.2 und 4.2.3) anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung. Tabelle 11 zeigt einen Überblick der Mittelwerte und Standardabweichungen im Vergleich der Interventions- zur Kontrollgruppe und zu beiden Messzeitpunkten (t0/t1). Dabei werden die 31 Items insgesamt und unterteilt in die vier Dimensionen *Ausgrenzung*, *Integration*, *Benevolenz* und *soziale Kontrolle* dargestellt.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen Einstellung

Dimensionen	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)
1 Soziale Kontrolle	18	3.4 (0.7)	3.6 (0.8)	24	3.4 (0.6)	3.4 (0.6)
2 Benevolenz	18	3.3 (0.9)	3.5 (1)	24	3.5 (0.6)	3.4 (0.5)
3 Integration	18	3.4 (0.9)	3.6 (0.6)	23	3.4 (0.6)	3.4 (0.5)
4 Ausgrenzung	18	3.3 (1)	3.6 (0.9)	22	3.3 (0.7)	3.3 (0.7)
Einstellung insgesamt	18	3.4 (0.7)	3.6 (0.7)	24	3.4 (0.5)	3.4 (0.5)

Bei der Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen konnte insgesamt (über alle 31 Items) eine leichte Zunahme des Mittelwertes bei der Interventionsgruppe von t0 zu t1 verzeichnet werden von $M=3.4$ ($SD=0.7$) auf $M=3.6$ ($SD=0.7$), was einer Tendenz hin zu einer positiveren Einstellung entspricht. Die Mittelwerte der Kontrollgruppe blieben über beide Messzeitpunkte gleich ($M=3.4$, $SD=0.5$). In den einzelnen Dimensionen zeigten sich bei der Interventionsgruppe ebenfalls leicht positive Veränderungen. In *Soziale Kontrolle* stieg der Mittelwert von $M=3.4$ ($SD=0.7$) auf $M=3.6$ ($SD=0.8$), in *Benevolenz* von $M=3.3$ ($SD=0.9$) auf $M=3.5$ ($SD=1$), in *Integration* von $M=3.4$ ($SD=0.9$) auf $M=3.6$ ($SD=0.6$) und in der Dimension *Ausgrenzung* von $M=3.3$ ($SD=1$) auf $M=3.6$ ($SD=0.9$).

Die Annahme der Gleichheit der Kovarianzen wurde gemäss des Box-Tests (siehe Anhang B.9) über alle Items zusammen nicht verletzt ($p>.05$). Die Dimensionen *Soziale Kontrolle*, *Integration* und *Ausgrenzung* ergaben im Box-Test ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bei der Streuung der Gruppen. Bei der Dimension *Benevolenz* war der Box-Test signifikant ($p=0.043$). Nach Tabachnick und Fidell (2014) ist das Verfahren bei einem p-Wert $>.001$ und bei gleichzeitig relativ gleichen Gruppengrössen robust – auch bei einem signifikanten Box-Test. Daher wurde auch bei der Dimension *Benevolenz* eine ANOVA angewendet. In Tabelle 11 werden die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung im Überblick dargestellt.

Tabelle 12: Ergebnisse Varianzanalyse Einstellung

Dimensionen	Innerhalb		Interaktion		Zwischen	
	<i>p</i>	<i>F</i> (1,40)	<i>p</i>	<i>F</i> (1,40)	<i>p</i>	<i>F</i> (1,40)
1 Soziale Kontrolle	.111	2.7	.357	0.9	.724	0.1
2 Benevolenz	.555	0.4	.172	1.9	.685	0.2
3 Integration	.301	1.1	.329	1	.783	0.1
4 Ausgrenzung	.217	1.6	.357	0.9	.461	0.6
Einstellung insgesamt	.116	2.6	.05	4.1	.752	0.1

Wie die Werte in Tabelle 12 zeigen, ergaben sich bei der Einstellung der Lernenden gegenüber psychisch kranken Menschen keine signifikanten Unterschiede, weder zwischen den Zeitpunkten (t0 zu t1) noch zwischen den Gruppen oder in der Interaktion der Gruppen (Zeit*Gruppe).

In Abbildungen 15 ist zu sehen, dass die Steigung der Mittelwerte der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe über alle Items sehr unterschiedlich verlief. Aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen und der insgesamt sehr kleinen durchschnittlichen Zunahmen der Werte ergaben sich dennoch keine signifikanten Werte. Bei der Interaktion über alle Items wurde eine Signifikanz jedoch nur sehr knapp verfehlt ($F(1,40)=4.1$; $p=.050$).

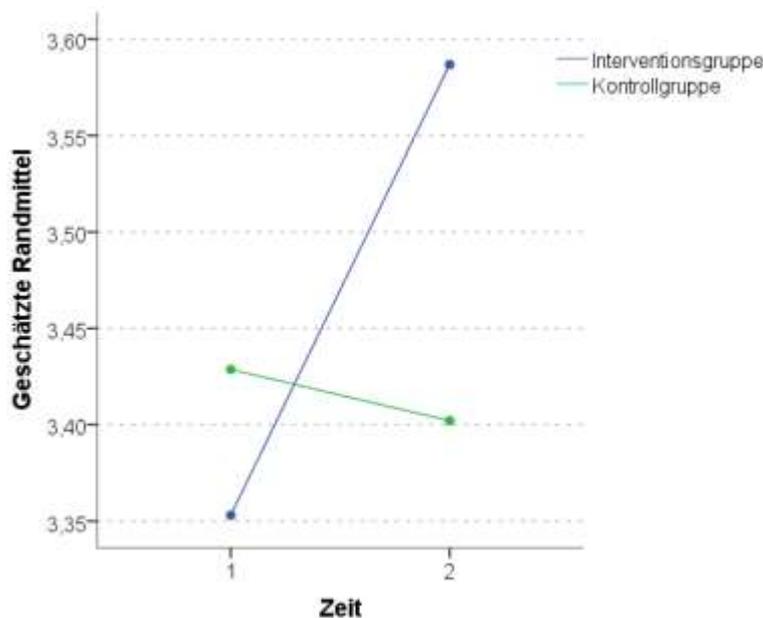


Abbildung 15: Interaktion (Zeit*Gruppe) Einstellung insgesamt

Zwischenfazit

Obwohl sich die Einstellungstendenz der Interventionsgruppe aufgrund der Mittelwerte über die Zeit und im Vergleich zur Kontrollgruppe leicht positiv veränderte, konnten aufgrund der Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden und die Hypothese 2) *Lernende der Interventionsgruppe, welche das Unterrichtskonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen durchlaufen, verändern ihre Einstellungstendenz gegenüber psychisch kranken Menschen von t0 zu t1 stärker in eine positivere Richtung als die Lernenden der Kontrollgruppe* kann damit nicht bestätigt werden.

5 Zusammenfassung und Fazit

Aufgrund der eingangs erläuterten Aktualität des Themas *psychische Erkrankungen* bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wurde im Auftrag des Mittel- und Berufsbildungsamtes des Kantons Zürich ein Präventionskonzept mittels der Produktion von Filmclips erarbeitet und durchgeführt, welches primär das Ziel der Wissenserweiterung und als Folgewirkung die Entstigmatisierung (Einstellungsänderung) psychisch kranker Menschen verfolgte. Des Weiteren wurden jungen Menschen Hilfsangebote bekannt gemacht und ein alternativer Umgang mit persönlichen Krisensituationen aufgezeigt.

Wie unter Abschnitt 4.1 gezeigt werden konnte, ist es gelungen, das ursprüngliche Kursprogramm *Collaborative video creation as an educational concept for knowledge acquisition and attitude change* nach Zahn et al. (2013) inhaltlich und methodisch so anzupassen, dass es mit einer Berufsbildungsklasse im Kanton Zürich und zum Thema psychische Erkrankungen durchgeführt und trotz herausfordernder Rahmenbedingungen erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Die Methodik beinhaltete zuerst einige Lektionen der Wissensvermittlung in den Bereichen *Medienbildung*, *Präventionsbotschaften* und *psychische Erkrankungen* und nachher als wesentlichen Teil die Erarbeitung von kurzen Videoclips zur Aufklärung einer psychischen Erkrankung in Gruppen von Lernenden. Das Unterrichtskonzept stiess bei den jungen Erwachsenen sowie bei der beteiligten Lehrperson auf positive Resonanz. Die Lernenden bewerteten die Inhalte des Unterrichts mehrheitlich als interessant und wissenswert und gaben sehr positive Rückmeldungen in Bezug auf die Aufgabenstellung „Produktion eines Filmclips in einer Gruppe“. Allen Gruppen von Lernenden ist es zudem gelungen, einen Film zu einem gewählten Thema fertig zu stellen und in der Klasse zu präsentieren. In Zusammenarbeit mit der Klassenlehrperson konnten die einzelnen Unterrichtsphasen- und einheiten des Weiteren kritisch reflektiert und wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. Für interessierte Lehrpersonen wurden daraus *Lessons Learned* formuliert (siehe Abschnitt 4.1.6), welche bei der praktischen Arbeit in der eigenen Klasse hilfreich sein können und in Ergänzung zum vorliegenden Lektionsplan im Methodenteil (Abschnitt 3.4), die Durchführung des Präventionskonzeptes unterstützen. Die eingangs formulierte Fragestellung *1 a) Gelingt es, das Unterrichtskonzept an einer Klasse der Sekundarstufe II im Kanton Zürich durchzuführen und formativ zu evaluieren (Durchführbarkeit und Akzeptanz der Lernenden)?* kann somit positiv beantwortet werden.

In Bezug auf die Wirksamkeit des erarbeiteten und durchgeführten Unterrichtskonzeptes wurde mit den Lernenden der Interventionsgruppe sowie mit einer Kontrollgruppe eine vergleichende Studie (Vor- und Nachbefragung mittels Onlinefragebogen) bezüglich des Wissens und der Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen durchgeführt. Das Wissen wurde einerseits aufgrund einer Selbsteinschätzung bei den Lernenden, andererseits mit offenen Wissensfragen (objektives Wissen) erhoben und die Ergebnisse quantitativ, die offenen Textantworten zusätzlich qualitativ ausgewertet.

Fragestellung *1b) Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, den Lernenden allgemeines Wissen zum Thema psychische Erkrankungen zu vermitteln?* kann hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Lernenden ebenfalls mit *Ja* beantwortet werden. Innerhalb der Interventionsgruppe konnte über die Zeit der Durchführung des Präventionskonzeptes ein signifikanter Zuwachs des selbsteingeschätzten Wissens über alle erhobenen Aspekte von psychischen Erkrankungen insgesamt verzeichnet werden (siehe Abschnitt 4.2.2). Ebenfalls bei sechs von neun Einzelfragen stuften die Lernenden der partizipierenden Klasse ihr Wissen nach der Unterrichtsreihe signifikant höher ein als vorher. Die deutlichsten Veränderungen zeigten sich beim selbsteingeschätzte Wissen zum Thema *Handlungsmöglichkeiten*, sowohl bei eigener Betroffenheit wie auch dann, wenn jemand im Umfeld von einer psychischen Krise betroffen wäre. Dabei ergaben sich auch signifikante Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe. Fragestellung *1c) Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, den Lernenden Wissen (selbsteinge-*

schätzt und objektiv) zum Umgang mit persönlichen Krisensituationen zu vermitteln)? (Kennen von Handlungsalternativen und Hilfsangeboten) kann bezüglich der Selbsteinschätzung der Lernenden somit ebenfalls positiv beantwortet werden.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurde der Wissenszuwachs von der Interventionsgruppe insgesamt deutlich höher eingeschätzt, was die Lernenden selbst auf die Inhalte im Unterricht und zum Teil auf gezielte Recherchen im Internet zurückführten. Kritisch betrachtet werden müssen dennoch die Aspekte *Symptome von psychischen Erkrankungen, Einschränkungen im Alltag* und *Bedeutung der Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen*, bei welchen die Lernenden ihr Wissen nach der Intervention nicht signifikant höher einschätzten. Diese Ergebnisse der Onlineumfrage korrespondierten mit einigen Rückmeldungen der Lernenden auf die Unterrichtsreihe, welche zum Ausdruck brachten, dass sie gerne mehr über den Alltag von psychisch kranken Menschen sowie über Symptome erfahren hätten, womit auch die Thematik der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen noch vertiefter angegangen werden könnte.

Die quantitative Analyse der objektiven Wissensfragen konnte das selbsteingeschätzte Wissen nur teilweise bestätigen (siehe Abschnitt 4.2.3). Da die offenen Textfragen von vielen Lernenden bei der Nachbefragung nicht mehr beantwortet wurden, konnten aufgrund der Datenlage die statistischen Verfahren nur mit Vorbehalt durchgeführt werden. Wie zu erwarten war, ergab die Auswertung keinen signifikanten Zuwachs des objektiven Wissens innerhalb der Interventionsgruppe zwischen den beiden Befragungszeitpunkten. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigten sich jedoch signifikanten Unterschiede in der Nennung von psychischen Erkrankungen und bei den Ursachen sowie über alle drei offenen Wissensfragen. Um mehr über die inhaltlichen Veränderungen des objektiven Wissens zu erfahren, wurden die offenen Textfragen in einem zweiten Schritt qualitativ ausgewertet und richtige Antworten nach Häufigkeiten ausgezählt. Aufgrund dieser Auswertung konnte bestätigt werden, dass die Interventionsgruppe die in den Filmclips thematisierten psychischen Erkrankungen in der Nachbefragung relativ gesehen (in %) deutlich öfter aufzählte als in der Vorbefragung und im Vergleich zur Kontrollgruppe. Kritisch betrachtet werden müssen die Begriffe *Stress* und *Suizid*, welcher nach der Unterrichtsreihe von der Interventionsgruppe ebenfalls als psychische Erkrankung genannt wurden. *Suizid* und *Stress* sind jedoch keine psychischen Erkrankungen und können als neu gelernte Fehlerkonzepte interpretiert werden. Die beiden Begriffe wurden während des Unterrichts als Ursache und schwere Folge von psychischen Erkrankungen thematisiert und je ein Aufklärungsfilm wurde in der Klasse dazu produziert. Es gilt zukünftig darauf zu achten, dass diese Begriffe explizit von psychischen Erkrankungen differenziert werden, damit keine Vermischung der Themen bei den Lernenden erfolgt. *Schizophrenie* und *Burnout* wurden in der Nachbefragung deutlich weniger häufig genannt, da diese Begriffe wahrscheinlich durch andere Bezeichnungen wie *Psychose*, *Depression* oder auch *Wahrnehmungsstörungen allgemein* ersetzt wurden, was für eine Erhöhung des fachspezifischen Wissens spricht. Bei den Ursachen von psychischen Erkrankungen wurde von der Interventionsgruppe *Substanzkonsum* zum zweiten Befragungszeitpunkt deutlich häufiger genannt als zum ersten, was auf eine Sensibilisierung des Themas hindeutet. *Stress* und *Beziehungsprobleme* wurden nach der Durchführung des Unterrichtskonzeptes ebenfalls etwas häufiger als Ursachen erwähnt als vorher.

Aufgrund der unvollständigen Daten in der quantitativen Analyse und den teils positiven, teils kritischen Ergebnisse der qualitativen Analyse, kann Fragestellungen *1b) Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, den Lernenden allgemeines Wissen zum Thema psychische Erkrankungen zu vermitteln?* hinsichtlich des objektiven Wissens nicht vollständig mit *Ja* beantwortet werden.

Insbesondere in Bezug auf die Wissensvermittlung von Ursachen, Symptomen und alltäglichen Beeinträchtigungen von psychischen Erkrankungen, gilt es bei einer nächsten Durchführung inhaltliche und methodische Verbesserungen vorzunehmen und eine vertiefte Diskussionen

und den Austausch von Wissen unter den Lernenden noch stärker zu fördern. Ziel führend wäre eine möglichst hohe Partizipation jedes/jeder Einzelnen und die Ermöglichung eines optimalen Transfers des gelernten Fachwissens der Lernenden in ein individuelles Gruppen-Produkt (Filmclip). Ansätze des *Collaborative Learning*, welche auch der ursprünglichen Methodik nach Zahn et al. (2013) zugrunde liegen, könnten dazu Anregung bieten.

In Bezug auf die Frage, an wen sich die Lernenden in Krisensituationen wenden würden, zeigten sich aufgrund der qualitativen Auswertung klare Unterschiede (in %) bei der Interventionsgruppe. Nach der Durchführung des Präventionskonzeptes wurden deutlich häufiger *allgemeine* sowie *spezifische Fachstellen* und weniger *Ärzte, Psychiater, psychiatrische Einrichtungen* wie auch *private Vertrauenspersonen* genannt, was für eine Erweiterung des fachspezifischen Wissens hinsichtlich geeigneter Anlaufstellen bei psychischen Problemen spricht. Somit kann Fragestellung 1c) *Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, den Lernenden Wissen zum Umgang mit persönlichen Krisensituationen zu vermitteln (Kennen von Handlungsalternativen und Hilfsangeboten)?* positiv bewertet werden auch wenn quantitativ keine signifikanten Werte im Zuwachs des objektiven Wissens zu dieser Frage erreicht werden konnten.

In Abschnitt 4.2.4 konnte aufgezeigt werden, dass sich die Einstellung der Interventionsgruppe gegenüber psychisch kranken Menschen nach dem Unterrichtskonzept leicht positiv verändert hatte. Statistisch signifikante Unterschiede konnten jedoch nicht berechnet werden, wenn auch die Steigung der Mittelwerte im Vergleich zur Kontrollgruppe positiver verlief. Die Veränderung der Einstellung muss an dieser Stelle im Gegensatz zur Veränderung des Wissens jedoch als längerfristiger Prozess verstanden werden und die positive Tendenz bei den Lernenden kann in dieser Hinsicht bereits erfolgreich in Bezug auf die Fragestellung 1d) gedeutet werden: *Gelingt es mit dem Unterrichtskonzept, die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen voranzutreiben und die Einstellung der Lernenden zum Thema psychische Erkrankungen im positiven Sinne zu verändern (Einstellungsänderung)?* .

Insgesamt lassen die Ergebnisse der Evaluation auf einen positiven Einfluss des Unterrichtskonzeptes auf die Wissenserweiterung und das Verständnis von psychischen Erkrankungen bei den Lernenden schliessen und bestätigen den Forschungsstand in Bezug auf die von Zahn et al. (2013) entwickelten Methodik. Da es sich um eine Untersuchung im Feld unter realen Voraussetzungen handelte ist die interne Validität jedoch limitiert. Jede Klasse und Gruppe würde wieder anders auf die gleichen Inhalte und Methoden reagieren und nur weiterführende Untersuchungen können Aufschluss über die Wirkung des hier erarbeiteten Unterrichtskonzeptes geben. Interessant wäre insbesondere eine vergleichende Studie, bei der die Methodik „Erarbeitung von Filmclips in Gruppen“ mit klassischeren Methoden der Wissensvermittlung verglichen werden könnten. Bis dahin bietet das hier erarbeitete und evaluierte Unterrichtskonzept eine gute Grundlage und eine von jungen Erwachsenen akzeptierte Methodik, um den Erwerb und die Erweiterung des Wissens bei den Lernenden bezüglich psychischer Erkrankungen zu fördern und die Entstigmatisierung des Themas voranzutreiben. Die Zunahme von psychischen Krisen und Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist weiterhin stabil geblieben und es ist erstrebenswert in Berufsbildungs- und Mittelschulen das Thema präventiv anzugehen bzw. Lehrpersonen dabei zu unterstützen. Diesbezüglich kann diese Arbeit einen Beitrag leisten.

6 Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M.C., Heiss, St., Kirschenhofer, S., Ladinsler, E., Löffler, W., Schulze, B. & Swiridoff, M. (2003). Die deutsche Version des Community-Attitudes-toward-the-Mentally-Ill(CAMI)-Inventars. *Psychiatrische Praxis*, 30, S. 202-206. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.
- Arnold, P. (2005). Einsatz digitaler Medien in der Hochschullehre aus lerntheoretischer Sicht. Verfügbar unter: https://www.hds.uni-leipzig.de/uploads/media/AB_Neue_Medien_E-TeachingOrg_Lerntheorien.pdf [12.06.2015].
- Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert, R.M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium.
- Balmer, K., Michael, T., Munsch, S. & Margraf, J. (2007). Prävention von Angst und Depression im Jugendalter – Evaluation des schulbasierten Programms GO!- Schweiz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (2), 57-66. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behaviour*, 31:143. Verfügbar unter: <http://heb.sagepub.com/content/31/2/143> [13.06.2015].
- Basel Stadt Abteilung Prävention. (2013). *relax junges Gesundheitsmagazin*. Verfügbar unter: <http://www.bs.ch/publikationen/gesundheit/relax.html> [12.06.2015].
- Berger, Ch. (2013). *Suchtpotenzial von Games, Internet und Co. Ein Update für die Suchtprävention*. Verfügbar unter: http://www.stadt-zuerich.ch/content/ssd/de/index/gesundheits_und_praevention/suchtpraevention/publikationen_u_broschueren/suchtpotenzial-von-games--internet---co-.html [13.06.2015].
- Bühl, A. (2012). *SPSS 20 Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz Bestandesaufnahme und Handlungsfelder*. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/?lang=de> [12.06.2015].
- Darren, G. & Mallery, P. (2002). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Dennen, V. P. & Hoadley, Ch. (2013). Designing collaborative learning through computer support (S. 389-402). In C. E. Hmelo-Silver, C. A. Chinn, C. K. Chan, & A. O'Donnell. (Eds.), *The International Handbook of Collaborative Learning*. Taylor & Francis, Inc.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2000). *Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

- Fabian, C. & Müller, C. (2010). (2010). *Früherkennung und Frühintervention in der Schule*. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00502/index.html?lang=de> [13.06.2015].
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS*. London: Sage Publications.
- Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich FSSZ. (2013). *Zahlen und Fakten*. Verfügbar unter: <http://fssz.ch/zahlen-fakten> [13.06.2015].
- Groeben, N. (2002). Dimensionen der Medienkompetenz: Deskriptive und normative Aspekte. In N. Groeben & B. Hurrelmann (Hrsg.), *Medienkompetenz. Voraussetzungen, Dimensionen, Funktionen* (S.160-197). Weinheim: Juventa.
- Harel, I. (1990). Children as software designers: a constructionist approach for learning mathematics. *The Journal of Mathematical Behaviour*, 9, 3-93.
- Hemmerich, W. (2015). Effektstärke. *MatheGuru*. Verfügbar unter: <http://matheguru.com/stochastik/257-effektstaerke.html> [07.06.2015].
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich ISPM. (2012). Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. *Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich*, 17.
- Janssen, J., Kirschner, F., Erkens, G., Kirschner, P. A., & Paas, F. (2010). Making the black box of collaborative learning transparent: Combining process-oriented and cognitive load approaches. *Educational psychology review*, 22(2), 139-154.
- Kaluza, G. (2005). Stressbewältigungstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 383-390). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kanton Zürich, Bildungsdirektion, Mittelschul- und Berufsbildungsamt MBA. (2014). Verfügbar unter: http://www.mba.zh.ch/internet/bildungsdirektion/mba/de/dienstleistungen_kommunikation/praevention.html [12.06.2015].
- Karabi, N. (2012). *Understanding and quantifying effect size*. Verfügbar unter: <http://nursing.ucla.edu/workfiles/research/Effect%20Size%204-9-2012.pdf> [07.06.2015].
- Pecoraro, N., Zingg, N., Ledergerber, M., Steffen, T., Schenk, D. & Team Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel Stadt. (2012). *Jugendgesundheitsbericht 2012 Die Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt*. Verfügbar unter: <http://www.bs.ch/publikationen/gesundheit/jugendgesundheitsbericht-2012.html> [13.06.2015].
- Perrig-Chiello, P. (2014). Das Leben ist kein ruhiger Fluss Biografische Lebensübergänge sind schwierig. *Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich P&G*, 35, 1-3.
- Radix Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention & Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung. (2008). *Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern – Factsheet*. Verfügbar unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/5B4613A676/5B5CF55F2B.pdf> [13.06.2015].

- Schwartz, D. & Hartmann, K. (2007). It`s not Television Anymore : Designing Digital Video for Learning and Assessment. In R. Goldman, R. Pea, B. Barron, & S. Derry (Eds.), *Video research in the learning sciences* (S. 93–100). Mah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Steffen, T. (2014). Handout zum Referat: *Chillen – Stressprävention bei Kindern und Jugendlichen*. Zürich: 28. Zürcher Präventionstag des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) am 14.03.2014 zum Thema Stress beginnt im Alltag - Prävention auch.
- Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. (2012). *Suchtprävention für Schulen – Suchtprävention an den Mittel- und Berufsfachschulen (Sek II)*. Verfügbar unter: <http://www.suchtpraevention-zh.ch/suchtpraevention-fuer/schulen> [13.06.2015].
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2014). *Using Multivariate Statistics*. Harlow: Pearson Educational Limited.
- Weltgesundheitsorganisation WHO. (2014). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [13.06.2015].
- World Health Organisation WHO. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding New Hope*. Verfügbar unter: www.who.int/whr/2001/en/ [13.06.2015].
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Zahn, C., Schaeffeler, N., Giel, K.E., Wessel, D., Thiel, A., Zipfel, S. & Hesse, F.W. (2013). Video clips for YouTube: Collaborative video creation as an educational concept for knowledge acquisition and attitude change related to obesity stigmatization. *Education and Information Technologies, Volume 19, Issue 3, pp 603-621*. New York: Springer Science+Business Media.
- Zahn, C. (2015). Handout zur Vorlesung: *Technology Enhanced Learning – CSCL vom 31.3.2015*. Modulgruppe Neue Medien in Arbeit und Bildung. Masterstudiengang Hochschule für Angewandte Psychologie. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen im Klartext*. München: Pearson Studium

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell Präventionskonzept.....	7
Abbildung 2: Forschungsdesign	16
Abbildung 3: Auszug der Onlinebefragung.....	27
Abbildung 4: Modell 2x2 ANOVA.....	30
Abbildung 5: Ausschnitt Kategorienbildung offenen Textantworten auf onlinefragen.com	31
Abbildung 6: Ausschnitt Youtube-Channel mit Filmclips	37
Abbildung 7: Interaktion (Zeit*Gruppe) selbsteingeschätztes Wissen insgesamt	44
Abbildung 8: Interaktion (Zeit*Gruppe) objektives Wissen insgesamt	49
Abbildung 9: Objektives Wissen zu <i>Psychische Erkrankungen</i> Interventionsgruppe	50
Abbildung 10: Objektives Wissen zu <i>Psychische Erkrankungen</i> Kontrollgruppe.....	51
Abbildung 11: Objektives Wissen zu <i>Ursachen</i> Interventionsgruppe.....	52
Abbildung 12: Objektives Wissen zu <i>Ursachen</i> Kontrollgruppe.....	52
Abbildung 13: Objektives Wissen zu <i>Fachstellen- oder Personen</i> Interventionsgruppe	53
Abbildung 14: Objektives Wissen zu <i>Fachstellen- oder Personen</i> Kontrollgruppe	53
Abbildung 15: Interaktion (Zeit*Gruppe) Einstellung insgesamt.....	55

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Lektionsplanung (S.18-25).....	18
Tabelle 2: Reliabilitätsstatistiken der vier Einstellungs-Dimensionen.....	26
Tabelle 3: Rückmeldungen Interventionsgruppe Zufriedenheit mit dem Unterricht	38
Tabelle 4: Gruppenvergleich Demografische Daten	41
Tabelle 5: Gruppenvergleich Vorerfahrung	42
Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen selbsteingeschätztes Wissen.....	43
Tabelle 7: Ergebnisse Varianzanalyse selbsteingeschätztes Wissen	45
Tabelle 8: Antwortenkategorien Veränderung des Wissens	46
Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen objektives Wissen.....	47
Tabelle 10: Ergebnisse Varianzanalyse objektives Wissen	48
Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen Einstellung	54
Tabelle 12: Ergebnisse Varianzanalyse Einstellung	55

Formale Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und nur mit den angegebenen Quellen, Hilfsmitteln und Hilfeleistungen erstellt habe und dass Zitate kenntlich gemacht sind.

Im Juni 2015

Larissa Hauser

9 Anhang

A Unterrichtskonzept

A.1 Adressen und Webseiten im Kanton Zürich

In Krisensituationen:

Adressen und Webseiten für den Kanton ZH

Kriseninterventionszentrum Zürich PUKZH

Bei akuten psychischen Krisen, 24 Stunden-Betrieb
Ganzer Kanton Zürich
Militärstrasse 8, 8400 Zürich
www.pukzh.ch

Kriseninterventionszentrum KIZ Winterthur

Bei akuten psychischen Krisen, 24 Stunden-Betrieb
Region Winterthur und Zürcher Unterland
Bleichestrasse 9, 8404 Winterthur
www.kiz.ipw.zh.ch

Sorgentelefon für Kinder und Jugendliche Pro Juventute

Telefon und Sms: 147
Chat/Email: www.147.ch

Beratungsangebote für Jugendliche

unterteilt nach Regionen im Kt. ZH:
www.jugendberatung.me

E-Beratung und Informationen

www.feel-ok.ch
www.tschau.ch

A.2 Auftragsblatt Kurzpräsentation

Kurzpräsentation in Gruppen (5min)

Auftrag:

Bereiten Sie in Ihrer Gruppe auf die nächste Lektion (22.9. bzw. 25.9.) eine Präsentation vor der Klasse vor, bei der Sie ihr Thema kurz (max. 5 Minuten!) vorstellen und evtl. erste Gedanken zu Ihrem Filmkonzept (Präventionsvideo) präsentieren.

Material:

- Anhand der vorgegebenen Materialien informieren Sie sich über Ihr Thema (OLAT: Ordner Psych. Erkrankungen Infomaterial).
- Unten stehende Anleitung gibt Ihnen die Inhalte der Kurzpräsentation vor.
- Für die Präsentation vor der Klasse verwenden Sie 1-2 Flipcharts oder maximal 3 ppt-Folien. Bitte nur Stichworte, keine zusammenhängenden Texte verwenden!

Inhalte der Kurzpräsentation:

- Beschreiben Sie kurz (in Stichworten) die wichtigsten Symptome der psychischen Erkrankung. Wie äussert sich die Krankheit?
- Wie viele Menschen (in der Schweiz) sind ungefähr davon betroffen (evtl. nur Jugendliche/junge Erwachsene)?
- Nennen Sie drei Ursachen, welche der Erkrankung zugrunde liegen können.
- Beschreiben Sie maximal drei Behandlungsmöglichkeiten und nennen Sie mind. eine mögliche Anlauf/Fachstellen in der Region Winterthur oder im Kanton Zürich.

Bestimmen Sie in der Gruppe, welche Person(en) die Präsentation hält/halten.

Evtl. erste Gedanken zum Präventionsfilm:

Falls Sie noch Zeit haben:

- Überlegen Sie sich, welche Zielgruppe Sie mit dem Präventionsfilm ansprechen wollen und warum.

Diskutieren Sie in der Gruppe, welche Botschaft Ihr Filmclip vermitteln sollte (z.B. „Zuschauer werden zum Thema sensibilisiert“ oder „Zuschauer wissen über Unterstützungsangebote Bescheid“ oder „Zuschauer sind sich der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen bewusst“ ...)

A.3 Bewertungskriterien Präventionsfilme

Kriterien für erfolgreiche Präventionsfilme

Thema/Namen:

Bewertung: jedes Kriterium 0-3 Punkte

0 = nicht erfüllt, 1 = teilweise erfüllt, 2 = erfüllt, 3 = gut erfüllt

Must

Länge

- Filmclip Kurz und prägnant gestalten
- „In der Kürze liegt die Würze“
- Maximal 1.5 min

Relevanz / Aktualität des Themas

- Relevanz, Aktualität des Themas aufzeigen
(z.B. Aussage aus aktuellem Zeitungsartikel oder einfache statistische Werte nennen)

Zielgruppe

- An wen ist der Film gerichtet?
- Klare Zielgruppe definieren (Alter, Geschlecht...)

Aussage (Botschaft)

- Klare Botschaft (evtl. „Slogan“) vermitteln
- Evtl. Aufforderung an die Zuschauer formulieren

Stigmatisierung vermeiden

- Keine „Schubladisierung“ vornehmen
- Betroffene nicht ins Lächerliche ziehen

Optional (3 aus 5 wählen):

Aufklärung / Veranschaulichung

- Wissen vermitteln (Was sollten Zuschauer nachher wissen?)
- Problem direkt ansprechen
- Verständliche, aussagekräftige Bilder zeigen

Realitätsbezug

- Wahrheitsgehalt beachten
- Nicht zu sehr übertreiben (Bilder, Aussagen)

Sensiblen Punkt treffen

- Emotionen ansprechen
- Betroffenheit / Irritation auslösen

Verständlichkeit

- Sinn / Logik überprüfen
- Ablauf klar und logisch halten
- „Weniger ist mehr“

Erinnerung / „Trigger“

- „Ohrwurm“, Slogan oder prägnantes Bild als Reminder verwenden

A.4 Vorlage Grobkonzept am Beispiel *slow down take it easy*

Grobkonzept Präventionsfilm - BEISPIEL

Thema: SLOW DOWN TAKE IT EASY**Gruppe (Namen):****Relevanz / Aktualität des Themas**

Wieso ist das Thema relevant? (z.B. aktuelle Aussagen aus Zeitungen/Artikeln, Prozentzahlen oder statistische Werte nennen)

- In den letzten Jahren verunfallten jährlich durchschnittlich 20'000 Personen aufgrund nicht angepasster Geschwindigkeit, von denen 5'200 verletzt wurden. 130 Personen pro Jahr verlieren dabei sogar ihr Leben.
- Im Berufsverkehr gibt es die meisten Getöteten und Schwerverletzten, also zwischen 7 und 9 Uhr morgens und abends zwischen 17 und 19 Uhr.
- Männer verursachen dreieinhalb Mal so viele Geschwindigkeitsunfälle wie Frauen.
- Junge Lenker zwischen 18 und 30 Jahren verursachen besonders häufig Geschwindigkeitsunfälle.

Zielgruppe

An wen ist der Film gerichtet? (Klare Zielgruppe definieren: Alter, Geschlecht, Betroffene oder Angehörige...)

- An junge, männliche Lenker zwischen 18 und 30 Jahren.

Aufklärung / Veranschaulichung

Was sollten Zuschauer nachher wissen? (z.B. Handlungsmöglichkeiten oder Adressen, Aktualität des Themas)

Welche Probleme sollten direkt angesprochen werden? (z.B. Stigmatisierung von Betroffenen, Häufigkeit der Krankheit...)

- Die Zuschauer sollen darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Stress im Strassenverkehr nicht lohnt, da man mit dem Leben bezahlen könnte.
- Der Zuschauer wird an eine alltägliche Situation erinnert: Am Morgen auf dem Weg zur Arbeit, wenn man zu spät dran ist.

Aussage (Botschaft)

Welche Botschaft (evtl. „Slogan“) oder Aufforderung an die Zuschauer soll im Filmclip vermittelt werden?

- Botschaft: Langsamer und stressfrei fahren, kann dein Leben retten.
- Slogan: „slow down take it easy “
- Der „Schutzengel “ verkündet die Botschaft und hat Symbolcharakter.

A.5 Feedback Grobkonzept Psychose

Grobkonzept Präventionsfilm

Thema: Psychose
Gruppe (Namen):
Relevanz / Aktualität des Themas <ul style="list-style-type: none">• „Jede zweite Person in der Schweiz ist mindestens einmal im Leben betroffen....einer von 200 Menschen“ (Basellandschaftlichezeitung.ch) „Jede zweite Person“ bezieht sich auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung allgemein und weltweit... Schizophrene Psychosen betreffen in der Schweiz nur ca. 1% der Bevölkerung.• Es gibt viele Vorurteile und Mythen bezüglich dieser Krankheit Sehr guter Ansatz!• eine Psychose ist keine Persönlichkeitsspaltung, sondern eine Wahrnehmungsstörung• „Betroffen sind alle sozialen Schichten und beide Geschlechter etwa gleich häufig.“ Sehr wichtig! <p>http://www.upkbs.ch/Documents/Medienmitteilung_Wahn_oder_Wirklichkeit.pdf</p> <p>http://www.basellandschaftlichezeitung.ch/basel/basel-stadt/wussten-sie-dass-man-den-ausbruch-einer-psychose-verhindern-kann-128374926</p> <p>http://www.upkbs.ch/patienten/ambulantes-angebot/erwachsene/psychosen-schizophrenie/behandlungsangebot/Documents/012041401_Kampagne_Psychose_Flyer_LowRes_5.pdf</p> <p>http://www.persoendlich.com/news/werbung/crbasel-plakate-zwischen-wahn-und-wirklichkeit-320364#.VC0SZ_I_ukE</p> <p>http://www.bs.ch/news/2014-09-22-mm-61102.html Gute Recherche!</p>
Zielgruppe <ul style="list-style-type: none">• Es betrifft alle Zuschauer. Konzentrieren Sie sich besser auf die Zielgruppe, welche Sie unten definiert haben. So fällt Ihnen die Gestaltung des Filmclips leichter.• Die Krankheit betrifft beide Geschlechter gleich.• Am häufigsten beginnt die Erkrankung zwischen 15 und 25 Jahren.• Es betrifft aber vor allem auch die, die nicht erkrankt sind und nicht informiert sind über diese Erkrankung.
Aufklärung / Veranschaulichung <ul style="list-style-type: none">• Es ist eine schwerwiegende Krankheit.• Psychose Erkrankte sind nicht häufiger gewalttätig als gesunde Menschen.• Die Krankheit ist heilbar (je früher, desto besser), man sollte die frühen Anzeichen nicht ignorieren.
Aussage (Botschaft) <ul style="list-style-type: none">• Schau nicht weg.

A.6 Feedback Grobkonzept Suizid

Grobkonzept Präventionsfilm

Thema: Suizid

Gruppe (Namen):

Relevanz / Aktualität des Themas

- In der Schweiz ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen. 1300 – 1400 Menschen sterben jährlich durch ihre eigene Hand.¹

[Aktuelle Zahlen zu Jugendlichen/jungen Erwachsenen?](#)

1: vergl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Suizid>

Zielgruppe

- Grundsätzlich die gesamte Bevölkerung. [Konzentrieren Sie sich besser auf die Zielgruppe, die Sie unten definiert haben. So fällt Ihnen die Gestaltung des Filmclips leichter.](#)
- Speziell [Jugendliche/junge Erwachsene](#) zwischen 16 und 25.

Aufklärung / Veranschaulichung

- Das Ziel unseres Kurzfilmes ist es nicht, zu informieren. Wir gehen davon aus, dass unser Publikum weiss, was Suizid ist.
- Es soll gezeigt werden, dass oft die gesellschaftliche Abgrenzung zu den Ursachen für Suizid gehört und dass die Integration von abgegrenzten Menschen oft schon genügt um sie vom Suizid abzuhalten.
[Ihr Ansatz gefällt mir sehr gut! Ich bin gespannt auf die Umsetzung.](#)

Aussage (Botschaft)

- Verbreite Glück, Liebe und Sorglosigkeit. Es macht dich auch selbst glücklich.
[Das tönt noch etwas allgemein... Versuchen Sie den Bezug zum Thema Suizid noch stärker herzustellen.](#)

A.7 Eckdaten und Termine

Eckdaten Präventionsfilme

- Länge: max 1.5 Minuten
- Gestaltung: frei
- Empfehlung: nur Handycameras und einfache Schnittprogramme verwenden (Technik und Bildqualität werden nicht bewertet)
- Format: „youtubetauglich“ (technisch und sozial)
- Vorsicht bei der Darstellung von Personen: um Einverständnis bitten (Recht am eigenen Bild)
- Copyright beachten: nur legale Musik verwenden
- Bewertungskriterien beachten und Orientierung am Grobkonzept!

Musik und Soundeffekte

Wenn Sie ohne Genehmigung einen Musiktrack einer Tonaufnahme verwenden, die einem Plattenlabel gehört, verstösst das Video möglicherweise gegen das Urheberrecht und wird vielleicht entfernt. YouTube bietet kostenlos eine Bibliothek mit autorisierter Musik an: www.youtube.com/audioswap_main

Weitere Links:

- <http://mobygratis.com/film-music.html>
- <http://www.jewelbeat.com/>
- <http://www.minimalstudio.de/>
- <http://soundbible.com/>
- <http://free-loops.com/>

Abgabetermine und Ablauf

Sa, 1. Nov. 12.00 Uhr

Abgabe Storyboard auf OLAT (Ordner „Abgabe“)
Es erfolgt ein kurzes, schriftliches Feedback (bis Mo, 3. Nov.)

Fr, 21. Nov. 20.00 Uhr

Abgabe Präventionsfilme als Youtube-Link per Mail an:
larissahauser@gmx.ch

So, 23. Nov. bis 22.00 Uhr

Filme auf Youtube-Channel gegenseitig schauen, bewerten und kommentieren (Einladung erhalten Sie per Mail)

Mo, 24. Nov.

Präsentation der Filme in der Klasse und Diskussion

Mo, 1. Dez.

Abschluss und Evaluation des Moduls
Anschliessend : schriftliches Feedback und Bewertung der Filme durch LP

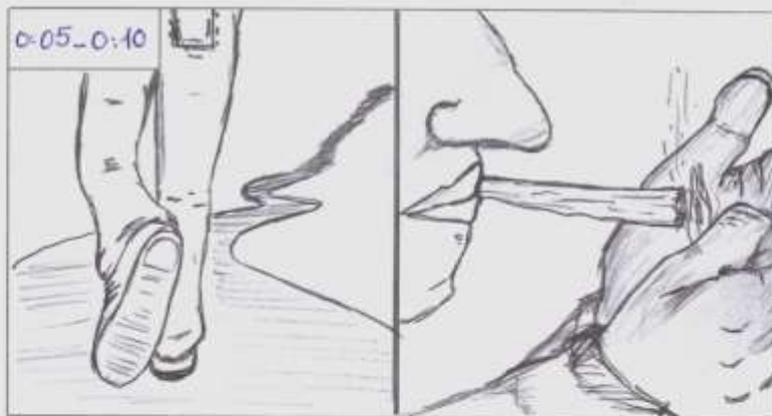
A.8 Filmskript Psychose2 und Feedback

Storyboard von Jill, Tabita und Sajjad



1.

Junger Mann läuft strasse entlang.



2.

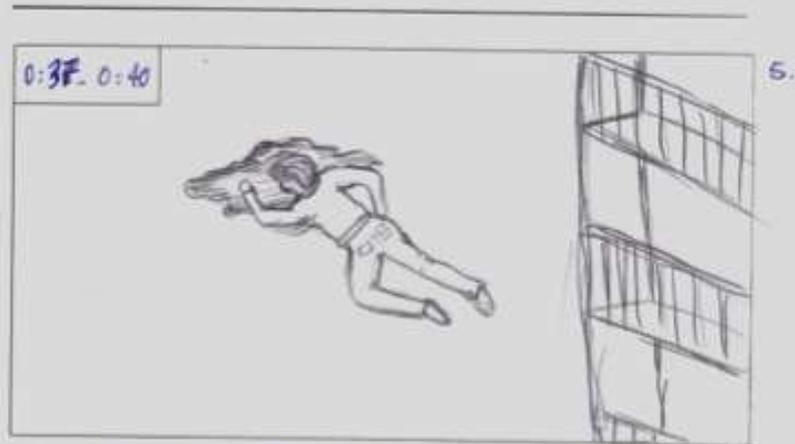
Dabei Raucht er einen Joint!



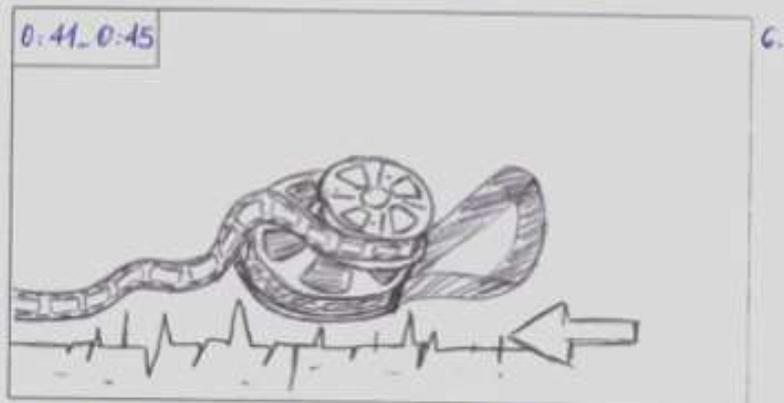
Danach läuft er auf der Strasse und fühlt sich verfolgt. Zusätzlich hört er Kinderlachen.
Bildschrift: Jeder hundertste leidet an Psychosen.



Rennt in Haus und springt vom Balkon.



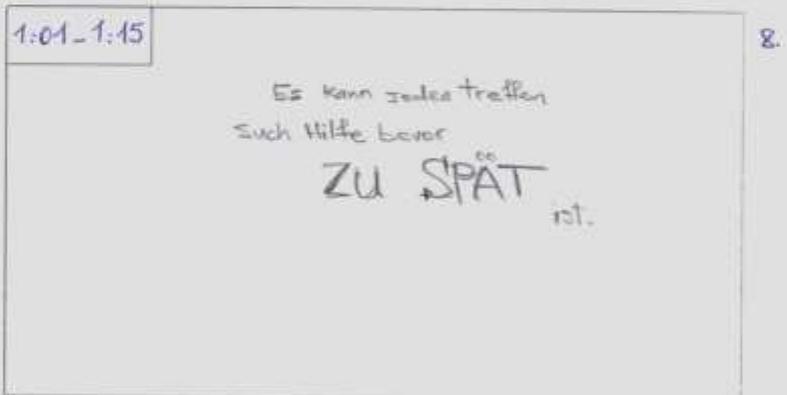
Leiche am Boden
im Bild eingebildet: 15% machen
Selbstmord wegen Psychosen



Zurückspulen bis Bild 3



Telefoniert und Sucht sich Hilfe
(Sprechblase)



Slogan: Es kann jeden treffen, Such Hilfe
bevor es zu spät ist.

Feedback zum Filmskript Psychose2

Liebe Frau
Lieber Herr

Vielen Dank für Ihr Storyboard! Ihre Bilder sind ja eine künstlerische Meisterleistung☺ Wer von Ihnen kann so gut zeichnen?

Ihre grundsätzlichen Ideen finde ich sehr gut. Hier ein paar Gedanken dazu meinerseits.

Szene 3: Hier würde ich den Zusammenhang zwischen dem Joint und der Psychose auch in der Bildschrift nochmals verdeutlichen, indem sie z.B. schreiben: „Cannabis kann eine Psychose auslösen. Eine Person von 100 ist davon betroffen.“

Szene 4: Den Suizid finde ich persönlich etwas drastisch. Eine Psychose kann ja sehr unterschiedlich verlaufen. Für die Betroffenen ist es aber immer sehr einschneidend und ein schlimmes Erlebnis, auch wenn sie dadurch „nur“ in der Psychiatrie landen, oder Angst haben sie müssten jetzt sterben oder im schlimmsten Fall dadurch anderen oder sich selber etwas antun... Daher würde ich auf die „schlimmste Variante“ verzichten, da man den falschen Eindruck bekommen könnte, dass das die einzig schlimme Folge ist. Evtl. können sie das ja filmisch so darstellen, dass man nicht genau sieht was passiert und man sich verschiedenes vorstellen kann...

Szene 6: Die Idee mit dem Zurückspulen finde ich wieder sehr gut. Das könne sie ja auf jeden Fall so belassen.

Szene 7: Hier finde ich es wichtig, dass sie eine Adresse auch einblenden.

Szene 8: Ihren Satzsatz finde ich sehr aussagekräftig.

Weiterhin gutes Gelingen und viel Spass beim Drehen!

Beste Grüße
Larissa Hauser

A.9 Feedback Lernende zum Unterrichtskonzept – alle Antworten

Evaluation Modul ABU Medien

Rücklauf: 31 von 33

Wie zufrieden waren Sie mit dem Modul?

Gar nicht zufrieden 1	2	3	4	Sehr zufrieden 5
Gruppe A: 1 Gruppe B: 0 Total: 1	Gruppe A: 3 Gruppe B: 2 Total: 5	Gruppe A: 4 Gruppe B: 2 Total: 6	Gruppe A: 8 Gruppe B: 5 Total: 13	Gruppe A: 1 Gruppe B: 5 Total: 6

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Gruppe A:

- Kennen lernen von verschiedenen Krankheiten (Unterlagen). Videotechnik (Storyboard)
- Filme, selbständig Arbeiten
- Film als Hauptnote und dass die Zeit selber einteilbar war für das Projekt
- Das Selbständige Arbeiten in der Gruppe / am Wochenende. Dass das Modul früher fertig ist
- Dass wir uns die Zeit an dem Projekt selber einteilen konnten und wenn wir früher fertig waren nicht den Unterricht besuchen mussten
- Es war eine Abwechslung zum sonstigen Unterricht. Die Idee mit dem Video fand ich cool
- Es war mal etwas anderes, wir konnten einen eigenen Kurzfilm drehen. Bis zum Semesterende eine Stunde später Schule
- Dass wir 3 Wochen lang erst um 9.00 Schulbeginn hatten
- Mir hat es gefallen, dass wir selbständig ein Video drehen konnten
- Das selbständige Arbeiten und dass wir ein Video drehen mussten
- Lockere und freie Arbeitsweise, freie Arbeitseinteilung
- Am Montagmorgen später aufstehen. Das Filmen war lustig
- Es war lustig, die Gestaltung des Moduls war gut
- Dass wir jeweils nur eine Lektion festgehalten wurden
- Die Filme
- Dass wir einen Film als Modulprüfung machen durften
- Eigentlich nichts, bis auf den Film von Jonas Gruppe

Gruppe B:

- behandelte Stoff
- Das Thema hat mir sehr gut gefallen und dass wir ein eigenes Video machen durften
- Die Aufklärung und die Produktion des Filmes
- Dass wir die verschiedenen Aspekte von psychischen Erkrankungen angesehen haben
- Dass wir eigenständig arbeiten durften. Wir konnten kreativ arbeiten und haben viel gelernt
- Das individuelle Arbeiten und das Erstellen des Videoclips
- Die Thematik war sehr interessant und wichtig
- Die Themenwahl, die Idee mit dem Clip, das Grundthema gesamthaft, ich finde es sehr interessant
- Dass wir in Gruppen arbeiten durften und wir Videos erstellen konnten
- Das Vertrauen / selbständige Arbeitsweise
- Es war eine angenehme Stimmung im Unterricht. Das Projekt mit Film drehen war spannend
- Der Ansatz der Unterrichtsform. Wäre ich Lehrer, würde ich es auch so machen...
- Die Arbeit am Film
- Die Lehrer haben sich Mühe gegeben und waren stets nett! Der Unterricht war geplant und strukturiert

Was hat Ihnen nicht gefallen?

Gruppe A:

- Viel Recherchierarbeit
- Die Themen waren für mich bedeutungslos, langweilig und bringen mir in meinem Job/Leben nichts
- Man ist leider nicht genau auf die Alltagssituationen von Betroffenen eingegangen
- Das Video hat sehr viel Zeit in Anspruch genommen
- Eigentlich nichts
- Eigentlich kaum etwas
- Es ist zwar ein lustiges Projekt, aber unnötig
- Das Modul war meiner Meinung nach nicht unbedingt nötig, ich habe nichts für meinen Beruf relevantes gelernt
- Abgabe und kurz darauffolgende Bewertung ohne Video-Links
- Vorbereitungen zum Film, das ständige Gerede über Krankheiten
- Es war ein lustiges Modul aber total unnötig. Man hat nichts gelernt
- Das Modul an sich, die Art und Weise der Durchführung
- Meiner Meinung nach war das Ganze mehr eine Beschäftigungsmassnahme als ein nützliches Modul
- Ich fand den Sinn dieses Modul für Informatiker eher fragwürdig
- Wir mussten neben allen wichtigen Modulen und der VA noch einen Film produzieren

Gruppe B:

- Eigentlich nichts
- Mir kommt gerade nichts in den Sinn
- Die Themen wurden nur angekratzt, etwas mehr Tiefe bei den Filmen wäre toll gewesen
- Dass ich den Abgabetermin fast verschwitz habe
- Die Gruppenarbeit – liegt aber nicht am Modul sondern an einzelnen Personen
- Das Zeitmanagement war für mich etwas chaotisch
- Dass dieses Modul schnell vorbei war und wir nur eine Lektion pro Woche hatten
- Nur eine Lektion pro Woche
- Wir haben sehr wenig über Medien erfahren, der Bestandteil der Medien war zu klein, der Bestandteil über psychische Krankheiten zu gross
- Das Thema an sich. Ich weiss auch nicht, wieso dieses Thema in der Schule behandelt werden müsste.
- Das Thema hat nichts mit unserer Ausbildung zu tun, auch den Auftrag selbst fand ich für uns unnütz...

Von was hätten Sie sich mehr gewünscht?

Gruppe A:

- Es wäre besser, wenn wir ein längeres Video drehen könnten (2-3min)
- Mehr Inputs im Unterricht
- Mehr Technisches
- Gutes Videomaterial bzw. eine Doku, die das Thema gut behandelt
- War ganz gut aufgeteilt
- Mehr Filme
- Nichts, fand den Unterricht immer relativ spannend
- Mehr Zeit zum Video drehen
- Zeit für die Filme (aber nur ein wenig)
- Mehr Präventionsbeispiele, genaue Vorgaben (Bewertungskriterien)
- Unterrichtsfreie Zeit
- Freizeit, Geld etc. ...
- Zeit für den Schuldenprozess
- War sonst recht gut vom Inhalt her
- Unterricht und kein selbstorientiertes Zeug

Gruppe B:

- Fällt mir nichts passendes ein
- Etwas mehr Zeit wäre gut gewesen. Das Video könnte auch etwas länger sein. Etwas mehr Zeit für das Prjekt.
- Mehr Tiefe bei den Filmen / Krankheiten
- Längeres Video erstellen
- Vielleicht 1-2 Wochen mehr Zeit für den Film
- Ein bisschen mehr allgemeine Infos zu den Erkrankungen während des Unterrichts
- Vielleicht eine Überprüfung in der Halbzeit um zu sehen wie es den Gruppen geht
- Einführung ins Filmen, wie man was machen muss
- Mehr Beispiele wie man erkennt, dass jemand an einer psychischen Erkrankung leidet
- Lektionen
- Ich hätte sehr gerne mehr über Medien erfahren
- Wissenszuwachs, wie immer...
- Mehr Zeit für das Video

Von was hätten Sie sich weniger gewünscht?

Gruppe A:

- Weniger von diesem sozialen Geraffel
- Ein bisschen weniger Theorie / weniger Schule allgemein
- Nichts
- Besprechung der Vorgaben war etwas in die Länge gezogen
- Unterricht
- Weniger Umfragen. Meiner Meinung nach sollten solche Module nicht zum Zweck einer Doktorarbeit für nicht BBW-Lehrer durchgeführt werden.
- Weniger von diesem Modul

Gruppe B:

- kein Plan
- nichts
- Englisch
- Weniger über psychische Krankheiten
- Unterrichtsstunden, wie immer...
- Weniger Theorie
- Vom Thema allgemein, Prävention regt mich langsam aber sicher auf...

Bemerkungen: Mailen Sie mir Ihre Arbeit an: Emailadresse

Vielen Dank für Ihr Feedback!

A.10 Bewertung Kurzfilm Depression

Thema Depression – Gruppe:

Bewertung: 0 = nicht erfüllt, 1 = teilweise erfüllt, 2 = erfüllt, 3 = gut erfüllt

Selbsteinschätzung / Fremdeinschätzung

Must

Länge 1 / 2

- Filmclip Kurz und prägnant gestalten
- „In der Kürze liegt die Würze“
- Maximal 1.5 min

Relevanz / Aktualität des Themas 3 / 1

- Relevanz, Aktualität des Themas aufzeigen
(z.B. Aussage aus aktuellem Zeitungsartikel oder einfache statistische Werte nennen)

Aussagen zur Aktualität des Themas fehlen, z.B. Wie viele Leute in der Schweiz sind davon betroffen? Die Relevanz zeigen Sie auf indem dass Sie klar machen, dass man den Job verlieren könnte bzw. die Freude an der Arbeit oder überhaupt am Leben...

Zielgruppe 2 / 2

- An wen ist der Film gerichtet?
- Klare Zielgruppe definieren (Alter, Geschlecht...)

Es ist klar, dass es um junge Erwachsene geht, da es um Arbeit geht und doch der Vater als Bezugsperson gezeigt wird. Da Sie die Zuschauer jedoch nicht ansprechen (z.B. mit Bildschrift) bleibt die Zielgruppe etwas unklar.

Aussage (Botschaft) 2 / 1

- Klare Botschaft (evtl. „Slogan“) vermitteln
- Evtl. Aufforderung an die Zuschauer formulieren

Die Geschichte sagt aus, dass man selber an sich arbeiten kann um eine Verbesserung im Leben zu erzielen... Es ist aber nicht klar, dass es sich um das Thema Depression handelt. Eine prägnante klare Botschaft an die Zuschauer fehlt.

Stigmatisierung vermeiden 3 / 3

- Keine „Schubladisierung“ vornehmen
- Betroffene nicht ins Lächerliche ziehen

Optional (3 aus 5 wählen):

Aufklärung / Veranschaulichung

- Wissen vermitteln (Was sollten Zuschauer nachher wissen?)
- Problem direkt ansprechen
- Verständliche, aussagekräftige Bilder zeigen

Realitätsbezug 2 / 2

- Wahrheitsgehalt beachten
- Nicht zu sehr übertreiben (Bilder, Aussagen)

Sie zeigen wichtige präventive Massnahmen gegen Depression auf: körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, ein Ziel vor Augen haben, etwas machen dass einem Freude bereitet. Wenn jemand schon in einer depressiven Phase steckt ist es aber meistens schwierig da wieder raus zu kommen. Das wirkt in ihrem Film etwas vereinfacht.

Sensiblen Punkt treffen 2 / 1

- Emotionen ansprechen
- Betroffenheit / Irritation auslösen

Dadurch, dass es etwas unklar was Sie mit Ihrem Film aussagen möchten, kann man als Zuschauer nicht wirklich mitfühlen. Daher kommen die grossen Emotionen nicht zustande.

Verständlichkeit 2 / 2

- Sinn / Logik überprüfen
- Ablauf klar und logisch halten
- „Weniger ist mehr“

Der Ablauf ist klar. Der Zusammenhang zum Thema Depression ist noch etwas schwammig.

Erinnerung / „Trigger“

- ~~„Ohrwurm“, Slogan oder prägnantes Bild als Reminder verwenden~~

Total: 14 Punkte von max. 24 = Note

A.11 Bewertung Kurzfilm Angststörungen

Thema Angststörungen – Gruppe:

Bewertung: jedes Kriterium 0-3 Punkte

0 = nicht erfüllt, 1 = teilweise erfüllt, 2 = erfüllt, 3 = gut erfüllt

Selbsteinschätzung / Fremdeinschätzung

Must

Länge 3 / 3

- Filmclip Kurz und prägnant gestalten
- „In der Kürze liegt die Würze“
- Maximal 1.5 min

Relevanz / Aktualität des Themas 3 / 3

- Relevanz, Aktualität des Themas aufzeigen
(z.B. Aussage aus aktuellem Zeitungsartikel oder einfache statistische Werte nennen)

Einerseits mit den Aussagen am Ende des Filmes, aber auch mit den Themen Cannabiskonsum und Mobbing zeigen sie die Aktualität des Themas auf.

Zielgruppe 3 / 3

- An wen ist der Film gerichtet?
- Klare Zielgruppe definieren (Alter, Geschlecht...)

Aussage (Botschaft) 3 / 3

- Klare Botschaft (evtl. „Slogan“) vermitteln
- Evtl. Aufforderung an die Zuschauer formulieren

Die Aufforderung Hilfe zu holen wenn man betroffen ist, wird wiederum mit der Adresse am Schluss und auch mit verschiedenen Bildern (Telefon, Internet, selber hingehen...) unterstützt. Sehr gelungen.

Stigmatisierung vermeiden 3 / 3

- Keine „Schubladisierung“ vornehmen
- Betroffene nicht ins Lächerliche ziehen

Sehr gute Herangehensweise, dass sie zwei unterschiedliche Charaktere (Mann/Frau) mit verschiedenen Geschichten zeigen.

Optional (3 aus 5 wählen):

Aufklärung / Veranschaulichung 3 / 3

- Wissen vermitteln (Was sollten Zuschauer nachher wissen?)
- Problem direkt ansprechen
- Verständliche, aussagekräftige Bilder zeigen

Die Aufklärung zum Thema ist gut gelungen: Sie haben mit den beiden Geschichten unterschiedliche Auslöser (Ursachen) verpackt, zeigen Handlungsmöglichkeiten auf, wichtige Fakten und eine konkrete Adresse.

Realitätsbezug 3 / 3

- Wahrheitsgehalt beachten
- Nicht zu sehr übertreiben (Bilder, Aussagen)

Sensiblen Punkt treffen 3 / 3

- Emotionen ansprechen
- Betroffenheit / Irritation auslösen

Durch den klaren Realitätsbezug und die aktuellen Themen die im Film gezeigt werden, löst er Emotionen aus. Der Soundeffekt (Herzschlag) unterstreicht das Ganze treffend.

Verständlichkeit

- Sinn / Logik überprüfen
- Ablauf klar und logisch halten
- „Weniger ist mehr“

Erinnerung / „Trigger“

- „Ohrwurm“, Slogan oder prägnantes Bild als Reminder verwenden

Total: 24 Punkte von max. 24 = Note

B Onlinebefragung

B.1 Vier Dimensionen des CAMI-Inventars zu Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen

Community-Attitudes-toward-the-Mentally-Ill (CAMI)-Inventar

Der 40 5-Punkt-Likert-skalierte Items umfassende Fragebogen wurde in einer postalischen Umfrage bei der Erwachsenenbevölkerung von drei deutschen Kleinstädten eingesetzt. Faktorenanalytisch lassen sich vier Dimensionen unterscheiden (Ausgrenzung, Integration, Benevolenz, soziale Kontrolle), mit denen 46% der Gesamtvarianz erklärt werden können. Einige Items können mehr als einer Dimension zugeordnet werden.

Ordinalskala: 1 stimme voll zu / 5 stimme gar nicht zu

Ausgrenzung (Aus)

39. Der Gedanke, dass Menschen mit psychischen Problemen in Wohngebieten leben, ist beängstigend.

38. Dass psychiatrische Patienten in Wohngebieten leben, mag gut für deren Behandlung sein, aber die Risiken für die dortigen Bewohner sind zu gross.

37. Die Bewohner eines Viertels haben guten Grund, sich gegen die Ansiedlung psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in der Gegend zu wehren.

36. Psychiatrische Kliniken und Ambulanzen sollten ausserhalb von Wohngebieten angesiedelt werden.

40. Die Ansiedlung psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in einer Wohngegend bewirkt, dass es mit dem Viertel bergab geht.

35.* Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrisch behandelt zu werden nichts zu befürchten.

34.* Die Ansiedlung von psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.

31.* Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt.

Integration (Int)

32. Für viele psychiatrische Patienten ist es die beste Therapie, in einem normalen Umfeld zu leben.

27. Psychiatrische Patienten sollten dazu ermutigt werden, die Aufgaben des täglichen Lebens wieder selber zu übernehmen.

28. Niemand hat das Recht, psychisch Kranke aus seiner Nachbarschaft auszuschliessen.

29. Psychisch Kranke stellen viel weniger eine Gefahr dar, als die meisten Menschen vermuten.

33. Die psychiatrische Versorgung sollte soweit wie möglich in der eigenen Wohngemeinde geleistet werden.

31.* Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt.

35.* Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrisch behandelt zu werden nichts zu befürchten.

34.* Die Ansiedlung von psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.

30. Den meisten Frauen, die einmal in einer psychiatrischen Klinik waren, kann man als Babysitter vertrauen.

* Items werden in den Dimensionen Integration und Ausgrenzung aufgeführt.

Benevolenz (Bene)

18. Erhöhte Ausgaben für die psychiatrische Versorgung sind eine Verschwendung von Steuergeldern.
17. Psychisch Kranke sind eine Last für unsere Gesellschaft.
13. Wir müssen in unserer Gesellschaft eine viel tolerantere Einstellung gegenüber psychisch Kranken einnehmen.
12. Für die Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken sollten mehr Steuergelder ausgegeben werden.
19. Es gibt bereits genügend Versorgungseinrichtungen (wie z.B. psychiatrische Kliniken und Ambulanzen) für psychisch Kranke.
16. Psychisch Kranke verdienen kein Mitgefühl.
20. Es ist am besten psychisch kranke Menschen zu meiden.
15. Es liegt in unserer Verantwortung, psychisch Kranken die best mögliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.
11. Psychisch Kranke sind schon zu lange dem Spott der Leute ausgesetzt gewesen.

Soziale Kontrolle (SoKo)

5. Psychiatrische Patienten brauchen klare Regeln und Kontrolle, genau wie kleine Kinder.
4. Sobald jemand Anzeichen für eine psychische Störung zeigt, sollte er in ein Krankenhaus eingewiesen werden.
25. Jeder Mensch, der einmal psychisch krank war, sollte von der Ausübung öffentlicher Ämter (z.B. Politik, öffentliche Verwaltung etc.) ausgeschlossen werden.
3. Psychisch Kranke haben etwas an sich, das sie leicht von normalen Menschen unterscheiden lässt.
1. Eine der Hauptursachen für psychische Krankheiten ist ein Mangel an Selbstdisziplin.
21. Psychisch Kranken sollte keinerlei Verantwortung übertragen werden.
2. Die beste Art mit psychisch Kranken umzugehen ist es, sie in geschlossene Anstalten unterzubringen.
23. Es wäre dumm jemanden zu heiraten, der an einer psychischen Krankheit gelitten hat, auch wenn er/sie vollständig gesund scheint.

■ Alle markierten Items wurden für die Auswertung umcodiert (von 1=stimme voll zu/8=stimme gar nicht zu – zu 1=stimme gar nicht zu/8=stimme voll zu).

B.2 Fragebogen zu Einstellung und Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen

Liebe Lernende

Vielen Dank, dass Sie nochmals an dieser anonymen Befragung teilnehmen!

Bitte lesen Sie die Fragen wieder aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen durch das Anklicken einer Antwort. Treffen Sie dabei Ihre Entscheidung möglichst spontan, ohne lange darüber nachzudenken. **Es gibt kein richtig und falsch.**

Das Beantworten der Fragen wird 20-30 Minuten in Anspruch nehmen.

Ihre Antworten werden von einer externen Stelle (onlineumfragen.com) erfasst und anschliessend in anonymisierter Form von mir im Rahmen meiner Masterarbeit an der Hochschule für Angewandte Psychologie ausgewertet. Die Ergebnisse bleiben während der gesamten Ergebnisauswertung **anonym** und haben **keinen Einfluss** auf ihre Notengebung (Vornote oder Modulnote).

Auf der nächsten Seite geben Sie bitte wieder **den gleichen Code wie bei der ersten Befragung** gemäss der Anleitung an, der es mir ermöglicht Ihren beiden Fragebogen (Vor- und Nachbefragung) einander zuzuordnen. Die zwei Befragungszeitpunkte dienen dazu herauszufinden, ob sich während des Zeitraumes von 3 Monaten etwas an Ihrer Einstellung oder Ihrem Wissen zu psychischen Erkrankungen verändert hat.

Bei Fragen oder Anliegen können Sie sich gerne an mich wenden.
larissahauser@gmx.ch

Freundliche Grüsse

Larissa Hauser

Anleitung zum persönlichen Code

Bitte geben Sie hier Ihren persönlichen sechsstelligen Code, gemäss der Anleitung an. **Es ist wichtig, dass der Code heute der gleiche ist wie bei der Vorbefragung vor 3 Monaten**, damit Ihre beiden Fragebogen einander zugeordnet werden können. Vielen Dank!

Beispiel:

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter.		Die letzten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters.		Die letzten beiden Buchstaben Ihres Geburtsortes.	
T	H	E	R	C	H
Therese		Walther		Zürich	

1. Fragen zur Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen

Jeder Mensch verbindet bestimmte Eigenschaften mit Mitgliedern verschiedener sozialer Gruppen (z.B. Menschen mit einer Behinderung, Personen mit viel oder wenig Geld, Menschen einer bestimmten Nationalität etc.). In dieser Untersuchung möchte ich etwas über Ihre Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen erfahren. Mit psychisch kranken Menschen sind Personen gemeint, die eine krankhafte Beeinträchtigung der Wahrnehmung, des Denkens, des Fühlens oder des Verhaltens aufweisen und diese nicht mehr oder nur zum Teil willentlich steuern können (z.B. Schizophrenie, Depression etc.).

Bitte klicken Sie jeweils an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Versuchen Sie, Ihre Entscheidungen spontan zu treffen, ohne lange darüber nachzudenken.

	Stimme voll zu				Stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5
1. Eine der Hauptursachen für psychische Krankheiten ist ein Mangel an Selbstdisziplin.					
2. Die beste Art mit psychisch Kranken umzugehen ist es, sie in geschlossene Anstalten unterzubringen.					
3. Psychisch Kranke haben etwas an sich, das sie leicht von normalen Menschen unterscheiden lässt.					
4. Sobald jemand Anzeichen für eine psychische Störung zeigt, sollte er in ein Krankenhaus eingewiesen werden.					
5. Psychiatrische Patienten brauchen klare Regeln und Kontrolle, genau wie kleine Kinder.					
11. Psychisch Kranke sind schon zu lange dem Spott der Leute ausgesetzt gewesen.					
12. Für die Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken sollten mehr Steuergelder ausgegeben werden.					
13. Wir müssen in unserer Gesellschaft eine viel tolerantere Einstellung gegenüber psychisch Kranken einnehmen.					
15. Es liegt in unserer Verantwortung, psychisch Kranken die bestmögliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.					
16. Psychisch Kranke verdienen kein Mitgefühl.					
17. Psychisch Kranke sind eine Last für unsere Gesellschaft.					
18. Erhöhte Ausgaben für die psychiatrische Versorgung sind eine Verschwendung von Steuergeldern.					
19. Es gibt bereits genügend Versorgungseinrichtungen (wie z.B. psychiatrische Kliniken und Ambulanzen) für psychisch Kranke.					
20. Es ist am besten psychisch kranke Menschen zu meiden.					

21. Psychisch Kranken sollte keinerlei Verantwortung übertragen werden.					
23. Es wäre dumm jemanden zu heiraten, der an einer psychischen Krankheit gelitten hat, auch wenn er/sie vollständig gesund scheint.					
25. Jeder Mensch, der einmal psychisch krank war, sollte von der Ausübung öffentlicher Ämter (z.B. Politik, öffentliche Verwaltung etc.) ausgeschlossen werden.					
27. Psychiatrische Patienten sollten dazu ermutigt werden, die Aufgaben des täglichen Lebens wieder selber zu übernehmen.					
28. Niemand hat das Recht, psychisch Kranke aus seiner Nachbarschaft auszuschliessen.					
29. Psychisch Kranke stellen viel weniger eine Gefahr dar, als die meisten Menschen vermuten.					
30. Den meisten Frauen, die einmal in einer psychiatrischen Klinik waren, kann man als Babysitter vertrauen.					
31. Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt.					
32. Für viele psychiatrische Patienten ist es die beste Therapie, in einem normalen Umfeld zu leben.					
33. Die psychiatrische Versorgung sollte soweit wie möglich in der eigenen Wohngemeinde geleistet werden.					
34. Die Ansiedlung von psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.					
35. Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrisch behandelt zu werden, nichts zu befürchten.					
36. Psychiatrische Kliniken und Ambulanzen sollten ausserhalb von Wohngegenden angesiedelt werden.					
37. Die Bewohner eines Viertels haben guten Grund, sich gegen die Ansiedlung psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in der Gegend zu wehren.					
38. Dass psychiatrische Patienten in Wohngegenden leben, mag gut für deren Behandlung sein, aber die Risiken für die dortigen Bewohner sind zu gross.					
39. Der Gedanke, dass Menschen mit psychischen Problemen in Wohngebieten leben, ist beängstigend.					
40. Die Ansiedlung psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen in einer Wohngegend bewirkt, dass es mit dem Viertel bergab geht.					

2. Fragen zur Selbsteinschätzung des eigenen Wissens

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie Ihr Wissen zu folgenden Themenbereichen einschätzen.

Wissen dazu...	Kein Wissen						Sehr viel Wissen
...welche psychischen Erkrankungen es gibt.	1	2	3	4	5	6	7
...wie sich verschiedene psychische Erkrankungen zeigen (Symptome).	1	2	3	4	5	6	7
...wie verschiedene psychische Erkrankungen entstehen (Ursachen).	1	2	3	4	5	6	7
...was psychische Erkrankungen aufrecht hält.	1	2	3	4	5	6	7
...welche Einschränkungen im Alltag aufgrund einer psychischen Erkrankung es gibt.	1	2	3	4	5	6	7
...was es bedeutet, Stigmatisierung (= Ausgrenzung) aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erleben.	1	2	3	4	5	6	7
...welche Möglichkeiten der Behandlung bei einer psychischen Erkrankung es gibt.	1	2	3	4	5	6	7
...was ich tun kann, wenn ich selber psychische Probleme habe.	1	2	3	4	5	6	7
...was ich tun kann, wenn jemand in meinem Umfeld psychische Probleme hat	1	2	3	4	5	6	7

Bitte beantworten Sie die folgende Frage *kurz und in Stichworten*.

- Welche psychischen Erkrankungen kennen Sie?
- Kennen Sie Ursachen, die zu psychischen Erkrankungen führen?
- Kennen Sie Fachstellen oder Personen, an welche Sie sich bei psychischen Problemen wenden könnten?

3. (nur bei Nachbefragung)

a) Wie sehr hat sich Ihr Wissensstand zum Thema psychische Erkrankungen seit der letzten Befragung verändert?

Kein Wissenszuwachs							Deutlicher Wissenszuwachs
1	2	3	4	5	6	7	8

Bei 1 weiter zu 3c

b) Wodurch kam der Wissenszuwachs Ihrer Meinung nach zustande?

Mehrfachantworten möglich

- Tagespresse (Zeitung, Radio, Fernsehen)
- Gespräche mit Freunden/Bekanntem
- Arztbesuch
- Gezielte Internetrecherche
- Inhalte im Unterricht
- Sonstiges: _____

c) Gibt es Themen oder Fragen, über die Sie nachgedacht haben oder die Sie besonders beschäftigt haben?

d) Sonstige Bemerkungen

4. Demografische Daten:

Bitte machen Sie zum Abschluss noch ein paar Angaben zu Ihrer Person.

Alter

Geschlecht (m/w)

Ausbildungsjahr: (1. 2. 3. 4.)

Sind Sie selbst oder ein Familienmitglied in psychologischer/psychiatrischer Behandlung? (Ja /Nein)

Ist ein/e Freund/in oder Arbeitskolleg/in in psychologischer/psychiatrischer Behandlung? (Ja / Nein)

Haben Sie sonst Kontakt mit psychisch Kranken? (Ja / Nein)

Nur Interventionsgruppe bei Nachbefragung

5. Angaben zum Filmclip

Um einen wissenschaftlichen Vergleich Ihrer Antworten mit den Endergebnissen der Filmproduktionen anzustellen, wäre es für mich sehr interessant zu wissen, an welchem Film Sie in der Gruppe gearbeitet haben. Sie dürfen natürlich auf eine Antwort verzichten, da die Anonymität damit etwas eingeschränkt wird. Ihre Daten werden jedoch mit höchster Diskretion behandelt. Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Drop down:

ADHS_a

ADHS_b

Alkoholsucht

Angsstörungen

Depression

Psychose_a1

Psychose_a2 (Teletubbies)

Psychose_b

Suizid

Stress

Keine Antwort

Vielen Dank dass Sie an der Befragung teilgenommen haben!

B.3 Übersichtstabellen offene Wissensfragen: Kategorien und genannte Begriffe in Häufigkeiten

Offene Antworten Psychische Erkrankungen - Interventionsgruppe

Vorbefragung				Nachbefragung			
Rang	Kategorie	% n 31	Anzahl	Rang	Kategorie	% n 28	Anzahl
1	Depression	64.5	20	1	Depression	78.6	22
2	Schizophrenie	48.4	15	2	Psychosen allgemein	67.9	19
3	Angststörungen	32.3	10	3	AD(H)S	53.6	15
4	Burnout	25.8	8	4	Angststörungen	46.4	13
6	Demenz (inkl. Alzheimer)	19.4	6	5	Suchterkrankung	28.6	8
7	Persönlichkeitsstörung allg.	19.4	6	6	Schizophrenie	25	7
8	Essstörungen	9.7	3	7	Suizid(gedanken)	25	7
9	Posttraumatische Belastungsstörung	9.7	3	8	<i>Stress</i>	17.9	5
10	Suchterkrankung	9.7	3	9	Posttraumatische Belastungsstörung	14.3	4
11	Tourette Syndrom	9.7	3	11	Demenz (inkl. Alzheimer)	10.7	3
12	Zwangsstörungen	9.7	3	12	Wahrnehmungsstörung allg	10.7	3
13	AD(H)S	6.5	2	13	Burnout	7.1	2
14	Diverse	6.5	2	14	Persönlichkeitsstörung allg	7.1	2
15	Autismus (inkl. Asperger)	6.5	2	15	Trisomie 21	7.1	2
16	Bipolare Störung	6.5	2	16	Zwangsstörungen	7.1	2
17	Geistige Behinderung	6.5	2	17	Autismus (inkl. Asperger)	3.6	1
18	Paraphilie	6.5	2	18	Bipolare Störung	3.6	1
19	Psychose allgemein	6.5	2	19	Essstörungen	3.6	1
20	Trisomie 21	6.5	2	Total Nennungen			117
21	Borderline Syndrom	3.2	1				
22	Epilepsie	3.2	1				
23	Parkinson	3.2	1				
24	Phobien	3.2	1				
25	Verhaltensauffälligkeiten allg	3.2	1				
Total Nennungen			101				
5	Abweichende/undefinierbare Begriffe	22.6	7	10	Abweichende/undefinierbare Begriffe	14.3	4

Offene Antworten Psychische Erkrankungen - Kontrollgruppe

Vorbefragung				Nachbefragung			
Rang	Kategorie	% n	Anzahl	Rang	Kategorie	% n 40	Anzahl
1	Schizophrenie	57.1	24	1	Schizophrenie	50	20
2	Depression	54.8	23	2	Depression	45	18
4	Burnout	16.7	7	4	Burnout	15	6
5	Autismus (inkl. Asperger)	11.9	5	5	Demenz (inkl. Alzheimer)	15	6
6	Demenz (inkl. Alzheimer)	11.9	5	6	Angststörungen	10	4
7	Essstörungen	11.9	5	7	Essstörungen	10	4
8	Persönlichkeitsstörung allg.	11.9	5	8	Tourette Syndrom	10	4
9	Phobien	9.5	4	9	AD(H)S	7.5	3
10	Psychose allgemein	9.5	4	10	Autismus (inkl. Asperger)	7.5	3
11	Suchterkrankung	9.5	4	11	Phobien	7.5	3
12	Trisomie 21	9.5	4	12	Trisomie 21	5	2
13	Paraphilie	7.1	3	13	Bipolare Störung	2.5	1
14	Tourette Syndrom	7.1	3	14	Borderline Syndrom	2.5	1
15	Zwangsstörungen	7.1	3	15	Epilepsie	2.5	1
16	Diverse	4.8	2	16	Geistige Behinderung	2.5	1
17	Bipolare Störung	4.8	2	17	Persönlichkeitsstörung allg	2.5	1
18	Epilepsie	4.8	2	18	Posttraumatische Belastungsstörung	2.5	1
19	Geistige Behinderung	4.8	2	19	<i>Stress</i>	2.5	1
20	Posttraumatische Belastungsstörung	4.8	2	20	Suchterkrankung	2.5	1
21	Verhaltensauffälligkeiten allg	4.8	2	21	Verhaltensauffälligkeiten allg	2.5	1
22	Aggressivdissoziale Störung	2.4	1	22	Wahrnehmungsstörung allg	2.5	1
23	Angststörungen	2.4	1		Total Nennungen		83
24	Dissoziales Verhalten	2.4	1				
	Total Nennungen		114				
3	Abweichende/undefinierbare Begriffe	23.8	10	3	Abweichende/undefinierbare Begriffe	27.5	11

Offene Antworten Ursachen - Interventionsgruppe

Vorbefragung				Nachbefragung			
Rang	Kategorie	% n 30	Anzahl	Rang	Kategorie	% n 27	Anzahl
1	Stress/Druck/Überbelastung	53.3	16	1	Stress/Druck/Überbelastung	59.3	16
2	Traumata	30	9	2	Substanzkonsum (Drogen, Alkohol)	44.4	12
3	Substanzkonsum (Drogen, Alkohol)	26.7	8	3	Mobbing/Diskriminierung	22.2	6
4	Schicksalsschläge/Lebensereignisse	23.3	7	4	Probleme allgemein	22.2	6
5	Vererbung/Veranlagung	23.3	7	5	Schicksalsschläge/Lebensereignisse	22.2	6
6	Familiäre Probleme/Elternhaus	20	6	6	Traumata	18.5	5
7	Mobbing/Diskriminierung	20	6	7	Beziehungsprobleme	14.8	4
8	Umfeld/Lebensumstände	20	6	8	Familiäre Probleme/Elternhaus	14.8	4
10	Misserfolg	10	3	9	Umfeld/Lebensumstände	14.8	4
11	Unfälle/Schädigung des Gehirns	10	3	10	Vererbung/Veranlagung	14.8	4
12	Beziehungsprobleme	6.7	2	11	Unfälle/Verletzungen des Gehirns	11.1	3
13	Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl	6.7	2	12	Misserfolg	7.4	2
14	Erkrankungen des Gehirns	3.3	1	13	Negative Lebenseinstellung	3.7	1
15	Psychische/physische Gewalt	3.3	1	14	Geburtskomplikationen	3.7	1
16	Lebensstil (Schlafmangel/Ernährung)	3.3	1	15	Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl	3.7	1
Total Nennungen			78	Total Nennungen			75
9	Abweichende/undefinierbare Begriffe	20	6	16	Abweichende/undefinierbare Begriffe	3.7	1

Offene Antworten Ursachen - Kontrollgruppe

Vorbefragung				Nachbefragung			
Rang	Kategorie	% n 43	Anzahl	Rang	Kategorie	% n 36	Anzahl
1	Schicksalsschläge/Lebensereignisse	34.9	15	1	Stress/Druck/Überbelastung	27.8	10
2	Traumata	34.9	15	2	Traumata	25	9
3	Stress/Druck/Überbelastung	32.6	14	3	Schicksalsschläge/Lebensereignisse	22.2	8
4	Substanzkonsum (Drogen, Alkohol)	25.6	11	4	Substanzkonsum (Drogen, Alkohol)	16.7	6
5	Familiäre Probleme/Elternhaus	11.6	5	5	Umfeld/Lebensumstände	13.9	5
6	Psychische/physische Gewalt	11.6	5	6	Beziehungsprobleme	11.1	4
7	Mobbing/Diskriminierung	11.6	5	7	Mobbing/Diskriminierung	11.1	4
8	Unfälle/Schädigung des Gehirns	11.6	5	8	Vererbung/Veranlagung	11.1	4
9	Vererbung/Veranlagung	11.6	5	9	Unfälle/Verletzungen des Gehirns	8.3	3
10	Umfeld/Lebensumstände	9.3	4	10	Geburtskomplikationen	5.6	2
12	Beziehungsprobleme	7	3	11	Psychische/physische Gewalt	5.6	2
13	Geburtskomplikationen	4.7	2	13	Negative Lebenseinstellung	2.8	1
14	Negative Lebenseinstellung	2.3	1	14	Familiäre Probleme/Elternhaus	2.8	1
15	Erkrankungen des Gehirns	2.3	1	15	Lebensstil (Schlaf, Ernährung)	2.8	1
16	Lebensstil (Schlafmangel/Ernährung)	2.3	1		Total Nennungen		60
17	Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl	2.3	1				
	Total Nennungen		93				
11	Abweichende/undefinierbare Begriffe	9.3	4	12	Abweichende/undefinierbare Begriffe	5.6	2

Offene Antworten Anlaufstellen - Interventionsgruppe

Vorbefragung				Nachbefragung			
Rang	Kategorie	% n 27	Anzahl	Rang	Kategorie	% n 26	Anzahl
1	Hausarzt/Ärzte allgemein	33.3	9	1	Fachstellen/Fachpersonen allgemein	30.8	8
2	Psychiatrische Einrichtungen	22.2	6	2	Fachstellen/Fachpersonen spezifisch	30.8	8
3	Fachstellen Fachpersonen spezifisch	18.5	5	3	147 Notrufnummer Pro Juventute	23.1	6
4	Psychiater	18.5	5	4	Psychiatrische Einrichtungen	15.4	4
5	Freunde/private Vertrauenspersonen	14.8	4	5	Internet/Google	15.4	4
6	Fachstellen, Fachpersonen allgemein	11.1	3	6	Freunde/private Vertrauenspersonen	7.7	2
7	147 Notrufnummer Pro Juventute	7.4	2	7	Psychiater	7.7	2
8	Internet/Google	7.4	2	8	Hausarzt/Ärzte allgemein	3.8	1
10	Familienmitglieder	3.7	1	9	Familienmitglieder	3.8	1
Total Nennungen			37	Total Nennungen			36
9	Abweichende/undefinierbare Begriffe	7.4	2	10	Abweichende/undefinierbare Begriffe	3.8	1

Offene Antworten Anlaufstellen - Kontrollgruppe

Vorbefragung				Nachbefragung			
Rang	Kategorie	% n 43	Anzahl	Rang	Kategorie	% n 34	Anzahl
1	Psychiatrische Einrichtungen	32.6	14	1	Psychiatrische Einrichtungen	23.5	8
2	Hausarzt/Ärzte allgemein	23.3	10	2	Fachstellen/Fachpersonen allgemein	20.6	7
3	Psychiater	16.3	7	3	Psychiater	14.7	5
4	Familienmitglieder	14	6	4	Hausarzt/Ärzte allgemein	11.8	4
5	Freunde/private Vertrauenspersonen	14	6	5	Familienmitglieder	11.8	4
6	Fachstellen/Fachpersonen allgemein	11.6	5	6	147 Notrufnummer Pro Juventute	5.9	2
7	Fachstellen/Fachpersonen spezifisch	7	3	7	Freunde/private Vertrauenspersonen	5.9	2
8	147 Notrufnummer Pro Juventute	4.7	2	8	Internet/Google	5.9	2
9	Internet/Google	4.7	2	9	Arbeitsstelle	2.9	1
10	Schule/Lehrpersonen	4.7	2	10	Fachstellen/Fachpersonen spezifisch	2.9	1
Total Nennungen			57	Total Nennungen			37
11	Abweichende/undefinierbare Begriffe	4.7	2	11			

B.4 Übersichtstabelle Tests auf Normalverteilung

Tests auf Normalverteilung

	Intervention=1 Kontroll=0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Score_Einst_insg	0	,096	21	,200*	,986	21	,986
	1	,104	18	,200*	,987	18	,994
N_Score_Einst_insg	0	,141	21	,200*	,959	21	,502
	1	,188	18	,092	,957	18	,542
Score_Einst_Soko	0	,095	21	,200*	,984	21	,971
	1	,152	18	,200*	,962	18	,633
N_Score_Einst_Soko	0	,216	21	,012	,889	21	,022
	1	,146	18	,200*	,943	18	,327
Score_Einst_Bene	0	,186	21	,056	,933	21	,160
	1	,222	18	,019	,941	18	,302
N_Score_Einst_Bene	0	,136	21	,200*	,924	21	,103
	1	,156	18	,200*	,952	18	,462
Score_Einst_Int	0	,113	21	,200*	,958	21	,481
	1	,125	18	,200*	,964	18	,673
N_Score_Einst_Int	0	,162	21	,153	,911	21	,058
	1	,147	18	,200*	,944	18	,332
Score_Einst_Aus	0	,120	21	,200*	,961	21	,529
	1	,133	18	,200*	,956	18	,527
N_Score_Einst_Aus	0	,133	21	,200*	,961	21	,536
	1	,143	18	,200*	,937	18	,256
Score_SeWi_insg	0	,110	21	,200*	,940	21	,217
	1	,133	18	,200*	,956	18	,528
N_Score_SeWi_insg	0	,198	21	,030	,930	21	,136
	1	,165	18	,200*	,782	18	,001
Score_Obj_Wi_insg	0	,143	21	,200*	,966	21	,633
	1	,187	18	,097	,927	18	,170
N_Score_Obj_Wi_insg	0	,138	21	,200*	,954	21	,410
	1	,164	18	,200*	,919	18	,122
N_Veränderung Wissen	0	,278	21	,000	,792	21	,000
	1	,197	18	,062	,919	18	,122

*. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

B.5 Ergebnisse t-Tests zu Alter, Vorwissen, Voreinstellung und Vorerfahrung

Alter

Gruppenstatistiken

	Intervention=1 Kontroll=0	N	Mittelwert	Standardab- weichung	Standardfehler des Mittelwertes
Alter	0	24	18,542	1,5317	,3127
	1	18	19,500	1,5435	,3638

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mitt- lere Diffe- renz	Standard fehler der Differenz	95% Konfidenz- intervall der Differenz	
									Untere	Obere
Alter	Varianzen sind gleich	,559	,459	-2,000	40	,052	-,9583	,4792	-1,9267	,0101
	Varianzen sind nicht gleich			-1,998	36,620	,053	-,9583	,4797	-1,9306	,0140

Selbsteingeschätztes Wissen

Gruppenstatistiken

	Intervention=1			Standardab-	Standardfehler des
	Kontroll=0	N	Mittelwert	weichung	Mittelwertes
Score_SeWi_insg	0	23	3,7002	1,03022	,21482
	1	18	3,6349	1,41600	,33376

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der			T-Test für die Mittelwertgleichheit					
		Varianzgleichheit								
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mittlere Differenz	Standard- fehler der Differenz	95% Konfidenz- intervall der Differenz	
									Untere	Obere
Score_	Varianzen	1,487	,230	,171	39	,865	,06532	,38190	-,70715	,83779
SeWi_insg	sind gleich									
	Varianzen		,165	30,021	,870	,06532	,39691	-,74526	,87590	
	sind nicht gleich									

Objektives Wissen

Gruppenstatistiken

	Intervention=1 Kontroll=0	N	Mittelwert	Standardab- weichung	Standardfehler des Mittelwertes
Score_	0	24	1,4444	,82053	,16747
Obj_Wi_insg	1	18	1,8889	1,25245	,29520

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mitt- lere Diffe- renz	Standard fehler der Differenz	95% Konfidenz- intervall der Differenz	
									Untere	Obere
Score_	Varianzen	1,815	,185	-1,389	40	,173	-,4444	,32007	-1,09133	,20244
Obj_Wi_	sind gleich									
insg	Varianzen sind nicht gleich			-1,310	27,591	,201	-,4444	,33940	-1,14014	,25125

Einstellung

Gruppenstatistiken

	Intervention=1		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
	Kontroll=0					
Score_Einst_insg	0		24	3,4287	,48525	,09905
	1		18	3,3531	,69735	,16437

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Score_Einst_insg	Varianzen sind gleich	1,622	,210	,415	40	,681	,07564	,18236	-,29293	,44421
	Varianzen sind nicht gleich			,394	28,78	,696	,07564	,19191	-,31698	,46826
					3					

Vorerfahrung

Gruppenstatistiken

	Intervention=1 Kontroll=0	N	Mittelwert	Standardab- weichung	Standardfehler des Mittelwertes
Score_	0	9	1,4444	,52705	,17568
betroffen_insg	1	9	2,0000	1,00000	,33333

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mitt- lere Diffe- renz	Standard fehler der Differenz	95% Konfidenz- intervall der Differenz	
									Untere	Obere
Score_	Varianzen	12,263	,003	-1,474	16	,160	-,55556	,37680	-1,35433	,24322
betroffen _insg	sind gleich									
	Varianzen sind nicht gleich			-1,474	12,126	,166	-,55556	,37680	-1,37558	,26447

B.6 Ergebnisse Mann und Whitney-Test zur Veränderung des Wissens

Ränge

	Intervention=1			
	Kontroll=0	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Wie sehr hat sich Ihr	0	24	15,77	378,50
Wissensstand zum Thema	Intervention	18	29,14	524,50
psychische Erkrankungen	Gesamt	42		
seit der letzten Befragung				
verändert?				

Statistik für Test^a

	Wie sehr hat sich Ihr Wissensstand zum Thema psychische Erkrankungen seit der letzten Befragung verändert?
Mann-Whitney-U	78,500
Wilcoxon-W	378,500
Z	-3,585
Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Intervention=1 Kontroll=0

B.7 ANOVAS Selbsteingeschätztes Wissen (SeWi)

Sewi1

Deskriptive Statistiken

	N	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Wissen dazu - welche psychischen Erkrankungen es gibt.	18	Interventionsgruppe	3,56	1,653	18
	22	Kontrollgruppe	3,73	1,202	22
	40	Gesamt	3,65	1,406	40
Wissen dazu - welche psychischen Erkrankungen es gibt.	18	Interventionsgruppe	5,00	,907	18
	22	Kontrollgruppe	3,59	,959	22
	40	Gesamt	4,23	1,165	40

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	2,437
F	,765
df1	3
df2	626638,425
Sig.	,513

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

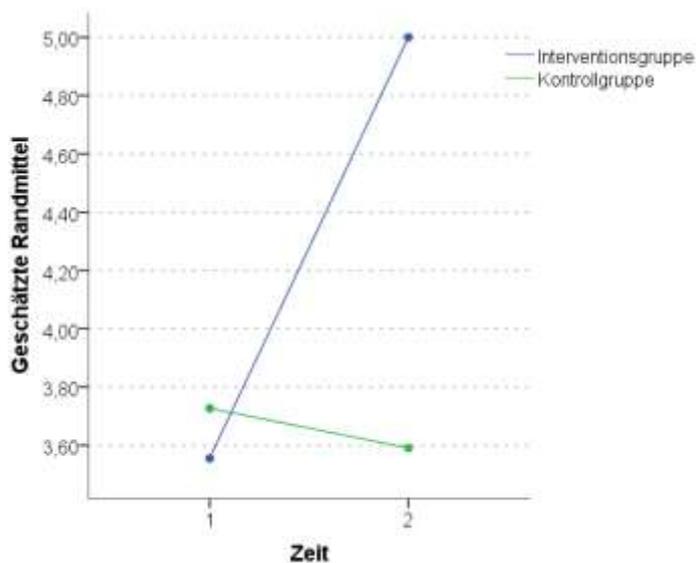
Quelle		Quadratsumme		Mittel der		Partielles Eta-	
		vom Typ III	df	Quadrate	F	Sig.	Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	8,470	1	8,470	7,752	,008	,169
	Greenhouse-Geisser	8,470	1,000	8,470	7,752	,008	,169
	Huynh-Feldt	8,470	1,000	8,470	7,752	,008	,169
	Untergrenze	8,470	1,000	8,470	7,752	,008	,169
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	12,370	1	12,370	11,322	,002	,230
	Greenhouse-Geisser	12,370	1,000	12,370	11,322	,002	,230
	Huynh-Feldt	12,370	1,000	12,370	11,322	,002	,230
	Untergrenze	12,370	1,000	12,370	11,322	,002	,230
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	41,518	38	1,093			
	Greenhouse-Geisser	41,518	38,000	1,093			
	Huynh-Feldt	41,518	38,000	1,093			
	Untergrenze	41,518	38,000	1,093			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1247,279	1	1247,279	690,826	,000	,948
N_Gruppe	7,579	1	7,579	4,198	,047	,099
Fehler	68,609	38	1,805			



Sewi2

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - wie sich verschiedene psychische Erkrankungen zeigen (Symptome).	Interventionsgruppe	3,76	1,751	17
	Kontrollgruppe	3,76	1,221	21
	Gesamt	3,76	1,460	38
Wissen dazu - wie sich verschiedene psychische Erkrankungen zeigen (Symptome).	Interventionsgruppe	4,65	,862	17
	Kontrollgruppe	3,76	,944	21
	Gesamt	4,16	1,001	38

**Box-Test auf Gleichheit der
Kovarianzenmatrizen^a**

Box-M-Test	4,136
F	1,294
df1	3
df2	402399,617
Sig.	,274

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

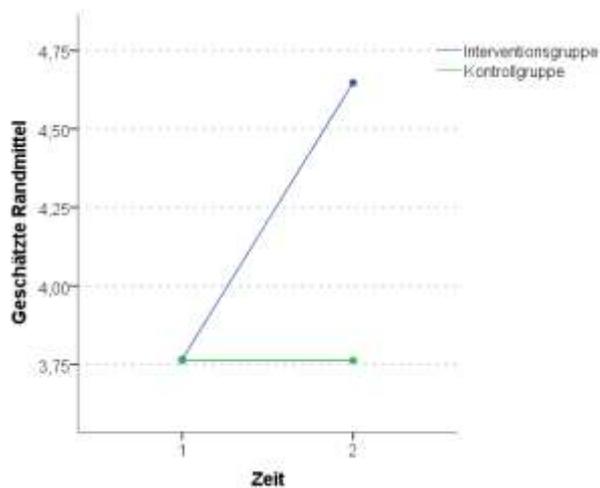
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	3,657	1	3,657	3,570	,067	,090
	Greenhouse-Geisser	3,657	1,000	3,657	3,570	,067	,090
	Huynh-Feldt	3,657	1,000	3,657	3,570	,067	,090
	Untergrenze	3,657	1,000	3,657	3,570	,067	,090
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	3,657	1	3,657	3,570	,067	,090
	Greenhouse-Geisser	3,657	1,000	3,657	3,570	,067	,090
	Huynh-Feldt	3,657	1,000	3,657	3,570	,067	,090
	Untergrenze	3,657	1,000	3,657	3,570	,067	,090
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	36,882	36	1,025			
	Greenhouse-Geisser	36,882	36,000	1,025			
	Huynh-Feldt	36,882	36,000	1,025			
	Untergrenze	36,882	36,000	1,025			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1192,862	1	1192,862	599,111	,000	,943
N_Gruppe	3,704	1	3,704	1,860	,181	,049
Fehler	71,678	36	1,991			



Sewi3

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - wie verschiedene psychische Erkrankungen entstehen (Ursachen).	Interventionsgruppe	3,65	1,730	17
	Kontrollgruppe	3,55	1,371	22
	Gesamt	3,59	1,517	39
Wissen dazu - wie verschiedene psychische Erkrankungen entstehen (Ursachen).	Interventionsgruppe	4,88	1,219	17
	Kontrollgruppe	3,73	1,032	22
	Gesamt	4,23	1,245	39

**Box-Test auf Gleichheit der
Kovarianzenmatrizen^a**

Box-M-Test	3,146
F	,986
df1	3
df2	181156,572
Sig.	,398

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term +

N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

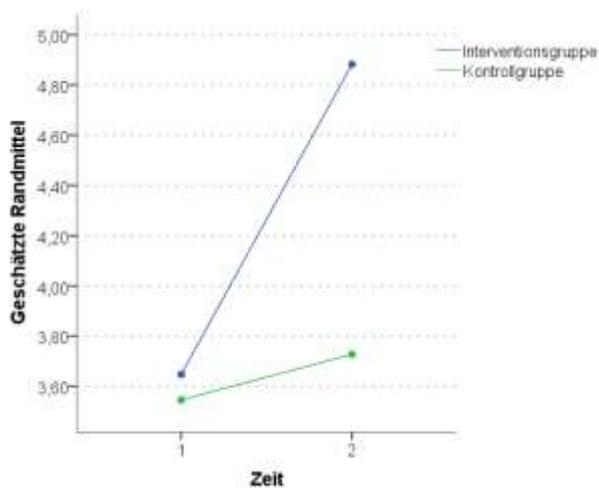
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	9,629	1	9,629	7,102	,011	,161
	Greenhouse-Geisser	9,629	1,000	9,629	7,102	,011	,161
	Huynh-Feldt	9,629	1,000	9,629	7,102	,011	,161
	Untergrenze	9,629	1,000	9,629	7,102	,011	,161
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	5,321	1	5,321	3,925	,055	,096
	Greenhouse-Geisser	5,321	1,000	5,321	3,925	,055	,096
	Huynh-Feldt	5,321	1,000	5,321	3,925	,055	,096
	Untergrenze	5,321	1,000	5,321	3,925	,055	,096
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	50,166	37	1,356			
	Greenhouse-Geisser	50,166	37,000	1,356			
	Huynh-Feldt	50,166	37,000	1,356			
	Untergrenze	50,166	37,000	1,356			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1197,316	1	1197,316	531,824	,000	,935
N_Gruppe	7,572	1	7,572	3,363	,075	,083
Fehler	83,299	37	2,251			



Sewi4

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - was psychische Erkrankungen aufrecht hält.	Interventionsgruppe	3,25	1,915	16
	Kontrollgruppe	3,00	1,376	20
	Gesamt	3,11	1,617	36
Wissen dazu - was psychische Erkrankungen aufrecht hält.	Interventionsgruppe	4,06	1,181	16
	Kontrollgruppe	3,45	,945	20
	Gesamt	3,72	1,085	36

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	2,388
F	,744
df1	3
df2	268309,116
Sig.	,525

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

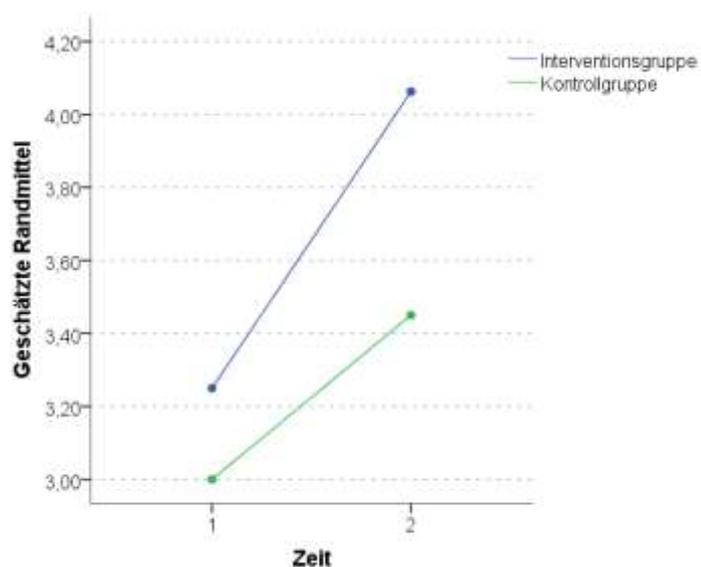
Quelle		Quadratsumme		Mittel der		Partielles Eta-	
		vom Typ III	df	Quadrate	F	Sig.	Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	7,084	1	7,084	5,777	,022	,145
	Greenhouse-Geisser	7,084	1,000	7,084	5,777	,022	,145
	Huynh-Feldt	7,084	1,000	7,084	5,777	,022	,145
	Untergrenze	7,084	1,000	7,084	5,777	,022	,145
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,584	1	,584	,476	,495	,014
	Greenhouse-Geisser	,584	1,000	,584	,476	,495	,014
	Huynh-Feldt	,584	1,000	,584	,476	,495	,014
	Untergrenze	,584	1,000	,584	,476	,495	,014
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	41,694	34	1,226			
	Greenhouse-Geisser	41,694	34,000	1,226			
	Huynh-Feldt	41,694	34,000	1,226			
	Untergrenze	41,694	34,000	1,226			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	841,806	1	841,806	328,251	,000	,906
N_Gruppe	3,306	1	3,306	1,289	,264	,037
Fehler	87,194	34	2,565			



Sewi5

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - welche	Interventionsgruppe	3,72	1,320	18
Einschränkungen es im Alltag	Kontrollgruppe	4,00	1,414	20
aufgrund einer psychischen	Gesamt	3,87	1,359	38
Erkrankung gibt.				
Wissen dazu - welche	Interventionsgruppe	4,28	1,018	18
Einschränkungen es im Alltag	Kontrollgruppe	4,00	,649	20
aufgrund einer psychischen	Gesamt	4,13	,844	38
Erkrankung gibt.				

**Box-Test auf Gleichheit der
Kovarianzenmatrizen^a**

Box-M-Test	6,264
F	1,962
df1	3
df2	381693,991
Sig.	,117

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

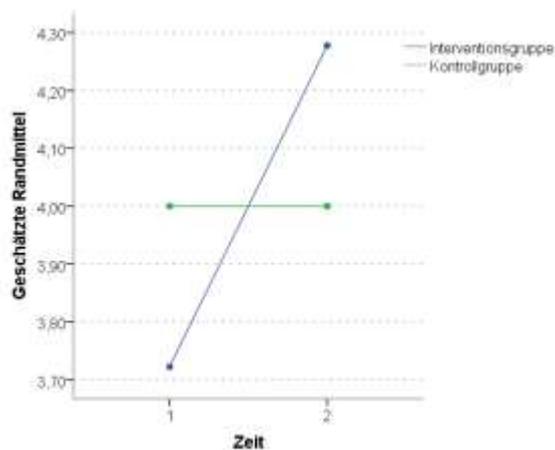
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	1,462	1	1,462	1,139	,293	,031
	Greenhouse-Geisser	1,462	1,000	1,462	1,139	,293	,031
	Huynh-Feldt	1,462	1,000	1,462	1,139	,293	,031
	Untergrenze	1,462	1,000	1,462	1,139	,293	,031
Zeit *	Sphärizität angenommen	1,462	1	1,462	1,139	,293	,031
	Greenhouse-Geisser	1,462	1,000	1,462	1,139	,293	,031
	Huynh-Feldt	1,462	1,000	1,462	1,139	,293	,031
	Untergrenze	1,462	1,000	1,462	1,139	,293	,031
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	46,222	36	1,284			
	Greenhouse-Geisser	46,222	36,000	1,284			
	Huynh-Feldt	46,222	36,000	1,284			
	Untergrenze	46,222	36,000	1,284			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1212,632	1	1212,632	928,824	,000	,963
N_Gruppe	,000	1	,000	,000	1,000	,000
Fehler	47,000	36	1,306			



Sewi6

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - was es bedeutet, Stigmatisierung (= Ausgrenzung) aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erleben.	Interventionsgruppe	3,29	1,611	17
	Kontrollgruppe	3,29	1,611	17
	Gesamt	3,29	1,586	34
Wissen dazu - was es bedeutet, Stigmatisierung (=Ausgrenzung) aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erleben.	Interventionsgruppe	4,00	1,275	17
	Kontrollgruppe	3,41	1,543	17
	Gesamt	3,71	1,426	34

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	2,649
F	,823
df1	3
df2	184320,000
Sig.	,481

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term +

N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

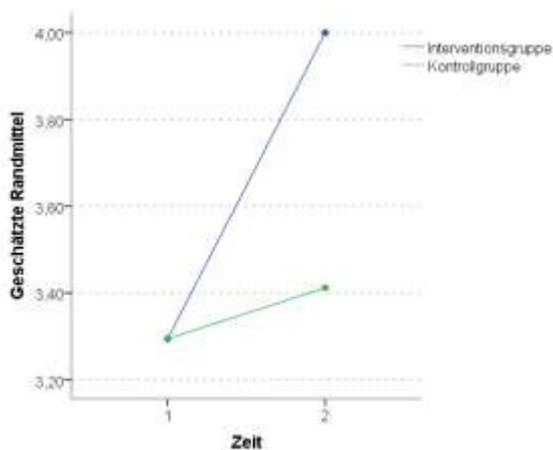
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	2,882	1	2,882	2,066	,160	,061
	Greenhouse-Geisser	2,882	1,000	2,882	2,066	,160	,061
	Huynh-Feldt	2,882	1,000	2,882	2,066	,160	,061
	Untergrenze	2,882	1,000	2,882	2,066	,160	,061
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	1,471	1	1,471	1,054	,312	,032
	Greenhouse-Geisser	1,471	1,000	1,471	1,054	,312	,032
	Huynh-Feldt	1,471	1,000	1,471	1,054	,312	,032
	Untergrenze	1,471	1,000	1,471	1,054	,312	,032
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	44,647	32	1,395			
	Greenhouse-Geisser	44,647	32,000	1,395			
	Huynh-Feldt	44,647	32,000	1,395			
	Untergrenze	44,647	32,000	1,395			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	833,000	1	833,000	259,984	,000	,890
N_Gruppe	1,471	1	1,471	,459	,503	,014
Fehler	102,529	32	3,204			



Sewi7

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - welche Möglichkeiten der Behandlung es bei einer psychischen Erkrankung gibt.	Interventionsgruppe	3,39	1,650	18
	Kontrollgruppe	3,05	1,117	21
	Gesamt	3,21	1,380	39
Wissen dazu - welche Möglichkeiten der Behandlung es bei einer psychischen Erkrankung gibt.	Interventionsgruppe	4,33	1,283	18
	Kontrollgruppe	3,48	1,078	21
	Gesamt	3,87	1,239	39

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	5,611
F	1,760
df1	3
df2	1476195,885
Sig.	,152

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

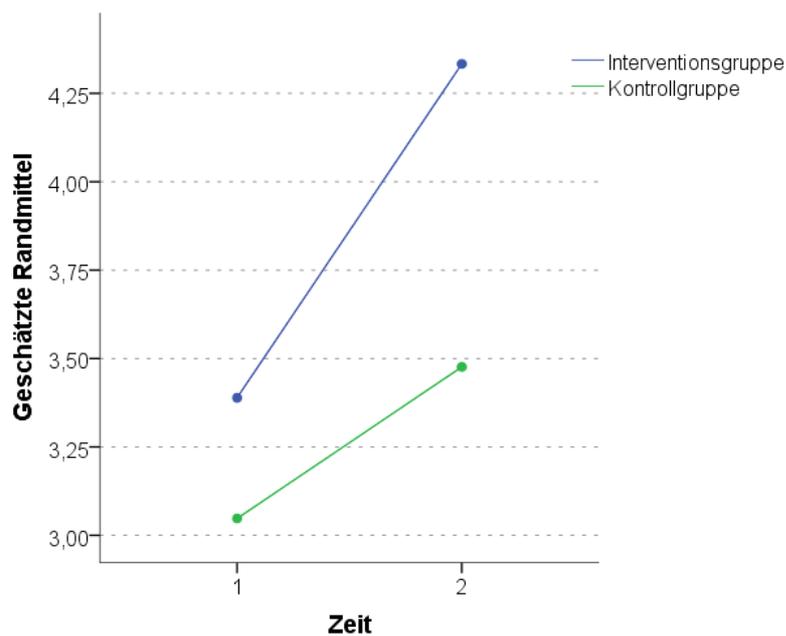
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	9,136	1	9,136	6,373	,016	,147
	Greenhouse-Geisser	9,136	1,000	9,136	6,373	,016	,147
	Huynh-Feldt	9,136	1,000	9,136	6,373	,016	,147
	Untergrenze	9,136	1,000	9,136	6,373	,016	,147
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	1,290	1	1,290	,900	,349	,024
	Greenhouse-Geisser	1,290	1,000	1,290	,900	,349	,024
	Huynh-Feldt	1,290	1,000	1,290	,900	,349	,024
	Untergrenze	1,290	1,000	1,290	,900	,349	,024
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	53,044	37	1,434			
	Greenhouse-Geisser	53,044	37,000	1,434			
	Huynh-Feldt	53,044	37,000	1,434			
	Untergrenze	53,044	37,000	1,434			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	983,524	1	983,524	524,171	,000	,934
N_Gruppe	6,960	1	6,960	3,709	,062	,091
Fehler	69,425	37	1,876			



Sewi8

Deskriptive Statistiken

			Standardab-	
	N_Gruppe	Mittelwert	weichung	N
Wissen dazu - was ich tun	Interventionsgruppe	3,83	1,823	18
kann, wenn ich selber	Kontrollgruppe	4,20	1,989	20
psychische Probleme habe.	Gesamt	4,03	1,896	38
Wissen dazu - was ich tun	Interventionsgruppe	5,56	1,149	18
kann, wenn ich selber	Kontrollgruppe	3,95	1,356	20
psychische Probleme habe.	Gesamt	4,71	1,487	38

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	,639
F	,200
df1	3
df2	381693,991
Sig.	,896

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

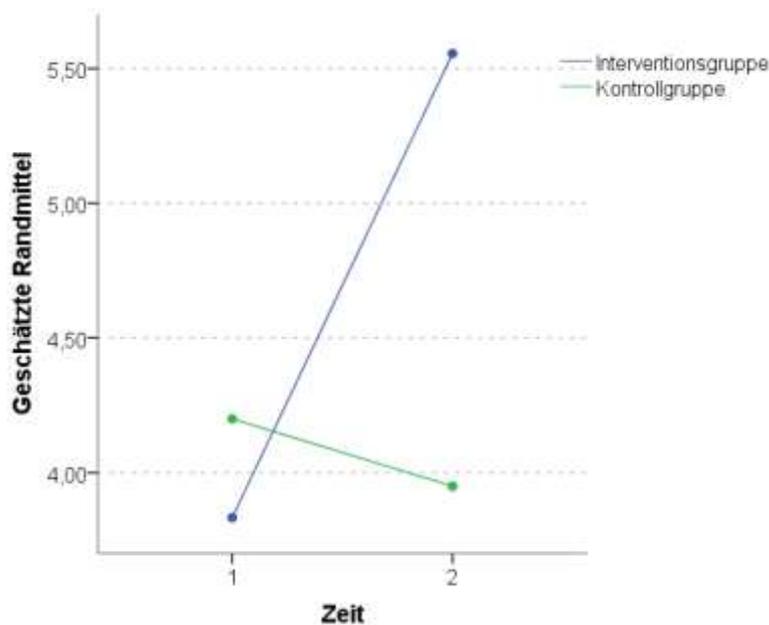
Quelle		Quadratsumme		Mittel der		Partielles Eta-	
		vom Typ III	df	Quadrate	F	Sig.	Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	10,267	1	10,267	9,315	,004	,206
	Greenhouse-Geisser	10,267	1,000	10,267	9,315	,004	,206
	Huynh-Feldt	10,267	1,000	10,267	9,315	,004	,206
	Untergrenze	10,267	1,000	10,267	9,315	,004	,206
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	18,425	1	18,425	16,716	,000	,317
	Greenhouse-Geisser	18,425	1,000	18,425	16,716	,000	,317
	Huynh-Feldt	18,425	1,000	18,425	16,716	,000	,317
	Untergrenze	18,425	1,000	18,425	16,716	,000	,317
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	39,681	36	1,102			
	Greenhouse-Geisser	39,681	36,000	1,102			
	Huynh-Feldt	39,681	36,000	1,102			
	Untergrenze	39,681	36,000	1,102			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1457,112	1	1457,112	351,079	,000	,907
N_Gruppe	7,270	1	7,270	1,752	,194	,046
Fehler	149,414	36	4,150			



Sewi9

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Wissen dazu - was ich tun kann, wenn jemand in meinem Umfeld psychische Probleme hat.	Interventionsgruppe	3,94	1,798	18
	Kontrollgruppe	3,95	1,701	20
	Gesamt	3,95	1,723	38
Wissen dazu - was ich tun kann, wenn jemand in meinem Umfeld psychische Probleme hat.	Interventionsgruppe	5,33	1,029	18
	Kontrollgruppe	3,70	1,261	20
	Gesamt	4,47	1,409	38

**Box-Test auf Gleichheit der
Kovarianzenmatrizen^a**

Box-M-Test	1,257
F	,394
df1	3
df2	381693,991
Sig.	,758

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term +
N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

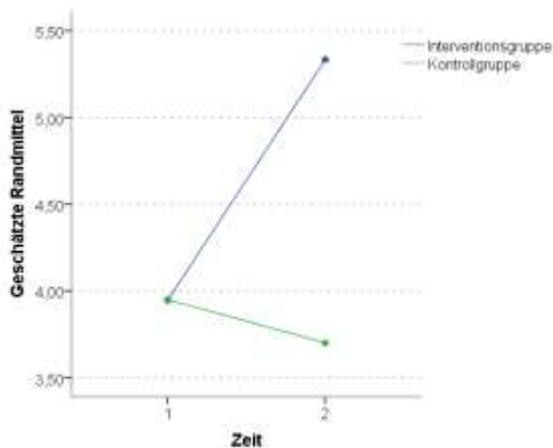
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	6,144	1	6,144	4,095	,050	,102
	Greenhouse-Geisser	6,144	1,000	6,144	4,095	,050	,102
	Huynh-Feldt	6,144	1,000	6,144	4,095	,050	,102
	Untergrenze	6,144	1,000	6,144	4,095	,050	,102
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	12,723	1	12,723	8,480	,006	,191
	Greenhouse-Geisser	12,723	1,000	12,723	8,480	,006	,191
	Huynh-Feldt	12,723	1,000	12,723	8,480	,006	,191
	Untergrenze	12,723	1,000	12,723	8,480	,006	,191
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	54,014	36	1,500			
	Greenhouse-Geisser	54,014	36,000	1,500			
	Huynh-Feldt	54,014	36,000	1,500			
	Untergrenze	54,014	36,000	1,500			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1357,340	1	1357,340	469,485	,000	,929
N_Gruppe	12,551	1	12,551	4,341	,044	,108
Fehler	104,081	36	2,891			



Sewi Insgesamt

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Score_SeWi_insg	Interventionsgruppe	3,6349	1,41600	18
	Kontrollgruppe	3,6614	1,03705	22
	Gesamt	3,6495	1,20552	40
N_Score_SeWi_insg	Interventionsgruppe	4,7045	,81156	18
	Kontrollgruppe	3,6623	,57896	22
	Gesamt	4,1313	,86213	40

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	4,854
F	1,524
df1	3
df2	626638,425
Sig.	,206

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

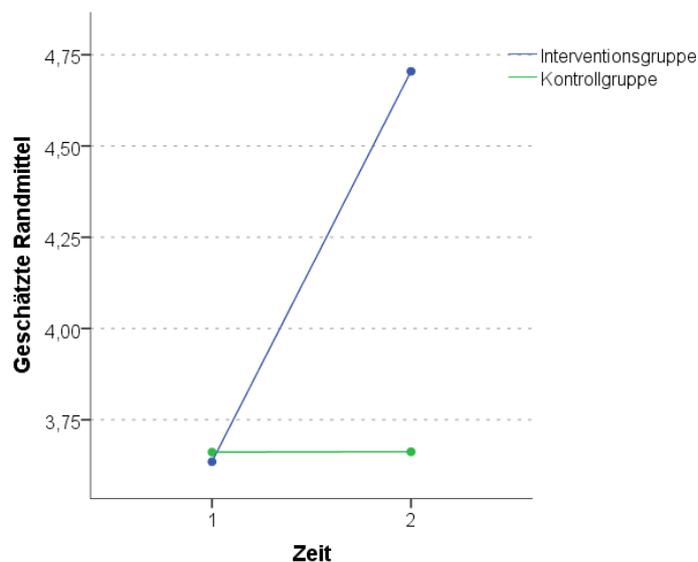
Quelle		Quadratsumme		Mittel der		Partielles Eta-	
		vom Typ III	df	Quadrate	F	Sig.	Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	5,673	1	5,673	8,777	,005	,188
	Greenhouse-Geisser	5,673	1,000	5,673	8,777	,005	,188
	Huynh-Feldt	5,673	1,000	5,673	8,777	,005	,188
	Untergrenze	5,673	1,000	5,673	8,777	,005	,188
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	5,652	1	5,652	8,745	,005	,187
	Greenhouse-Geisser	5,652	1,000	5,652	8,745	,005	,187
	Huynh-Feldt	5,652	1,000	5,652	8,745	,005	,187
	Untergrenze	5,652	1,000	5,652	8,745	,005	,187
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	24,561	38	,646			
	Greenhouse-Geisser	24,561	38,000	,646			
	Huynh-Feldt	24,561	38,000	,646			
	Untergrenze	24,561	38,000	,646			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1214,396	1	1214,396	916,606	,000	,960
N_Gruppe	5,107	1	5,107	3,854	,057	,092
Fehler	50,346	38	1,325			



B.8 ANOVAS Objektives Wissen

Objektives Wissen insgesamt

Deskriptive Statistiken

		N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Anzahl richtige	Interventionsgruppe		1,8889	1,25245	18
Nennungen	Kontrollgruppe		1,4444	,82043	24
insgesamt	Gesamt		1,6349	1,03806	42
Anzahl richtige	Interventionsgruppe		2,5741	1,17047	18
Nennungen	Kontrollgruppe		,9444	,62683	24
insgesamt	Gesamt		1,6429	1,20611	42

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	15,865
F	4,993
df1	3
df2	149286,209
Sig.	,002

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

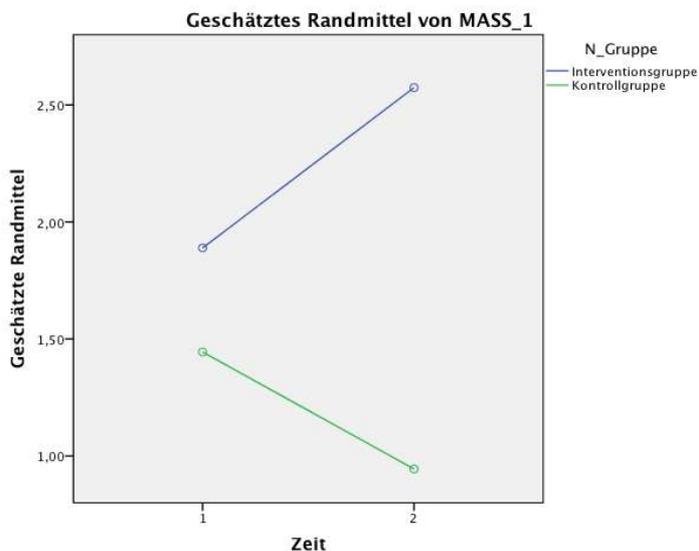
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,176	1	,176	,175	,678	,004
	Greenhouse-Geisser	,176	1,000	,176	,175	,678	,004
	Huynh-Feldt	,176	1,000	,176	,175	,678	,004
	Untergrenze	,176	1,000	,176	,175	,678	,004
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	7,224	1	7,224	7,155	,011	,152
	Greenhouse-Geisser	7,224	1,000	7,224	7,155	,011	,152
	Huynh-Feldt	7,224	1,000	7,224	7,155	,011	,152
	Untergrenze	7,224	1,000	7,224	7,155	,011	,152
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	40,386	40	1,010			
	Greenhouse-Geisser	40,386	40,000	1,010			
	Huynh-Feldt	40,386	40,000	1,010			
	Untergrenze	40,386	40,000	1,010			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	241,446	1	241,446	283,309	,000	,876
N_Gruppe	22,123	1	22,123	25,959	,000	,394
Fehler	34,090	40	,852			



1) Welche psychischen Erkrankungen kennen Sie?

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Anzahl richtige Nennungen	Interventionsgruppe	2,5333	1,55226	15
	Kontrollgruppe	2,7500	1,98326	16
	Gesamt	2,6452	1,76160	31
Anzahl richtige Nennungen	Interventionsgruppe	4,2000	2,14476	15
	Kontrollgruppe	1,8750	,88506	16
	Gesamt	3,0000	1,98326	31

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	11,777
F	3,632
df1	3
df2	177952,753
Sig.	,012

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

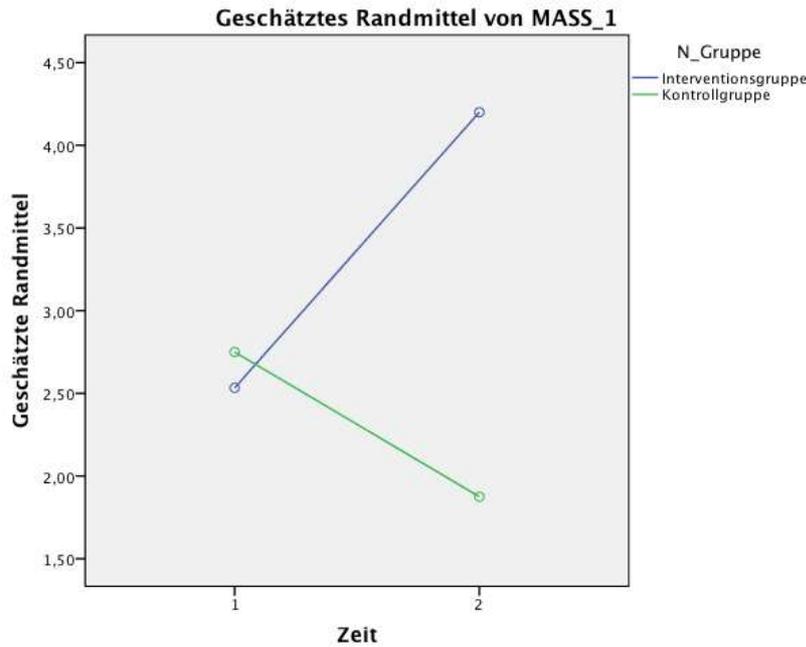
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	2,426	1	2,426	1,107	,301	,037
	Greenhouse-Geisser	2,426	1,000	2,426	1,107	,301	,037
	Huynh-Feldt	2,426	1,000	2,426	1,107	,301	,037
	Untergrenze	2,426	1,000	2,426	1,107	,301	,037
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	25,007	1	25,007	11,413	,002	,282
	Greenhouse-Geisser	25,007	1,000	25,007	11,413	,002	,282
	Huynh-Feldt	25,007	1,000	25,007	11,413	,002	,282
	Untergrenze	25,007	1,000	25,007	11,413	,002	,282
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	63,542	29	2,191			
	Greenhouse-Geisser	63,542	29,000	2,191			
	Huynh-Feldt	63,542	29,000	2,191			
	Untergrenze	63,542	29,000	2,191			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Konstanter Term	499,400	1	499,400	137,482	,000	,826
N_Gruppe	17,207	1	17,207	4,737	,038	,140
Fehler	105,342	29	3,632			



2) Kennen Sie Ursachen die zu psych. Erkrankungen führen?

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Anzahl richtige Nennungen	Interventionsgruppe	2,6154	1,19293	13
	Kontrollgruppe	2,0909	,83121	11
	Gesamt	2,3750	1,05552	24
Anzahl richtige Nennungen	Interventionsgruppe	2,8462	,98710	13
	Kontrollgruppe	1,7273	,64667	11
	Gesamt	2,3333	1,00722	24

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	7,906
F	2,373
df1	3
df2	1733837,838
Sig.	,068

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

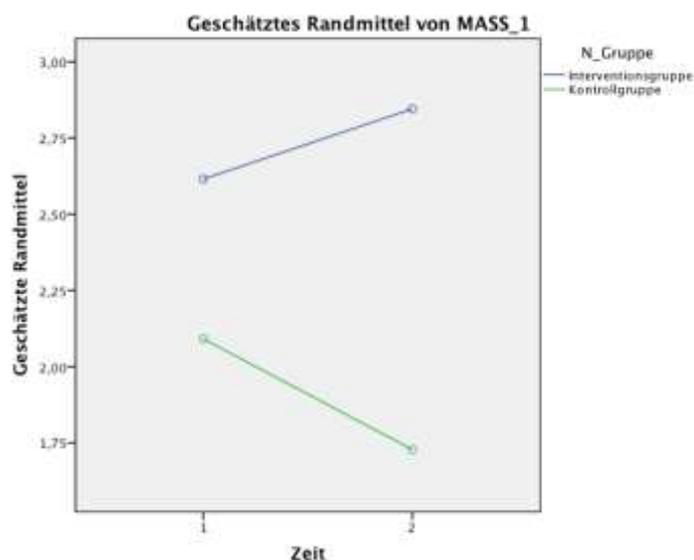
Quelle		Quadrat- summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,053	1	,053	,063	,804	,003
	Greenhouse-Geisser	,053	1,000	,053	,063	,804	,003
	Huynh-Feldt	,053	1,000	,053	,063	,804	,003
	Untergrenze	,053	1,000	,053	,063	,804	,003
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	1,053	1	1,053	1,257	,274	,054
	Greenhouse-Geisser	1,053	1,000	1,053	1,257	,274	,054
	Huynh-Feldt	1,053	1,000	1,053	1,257	,274	,054
	Untergrenze	1,053	1,000	1,053	1,257	,274	,054
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	18,427	22	,838			
	Greenhouse-Geisser	18,427	22,000	,838			
	Huynh-Feldt	18,427	22,000	,838			
	Untergrenze	18,427	22,000	,838			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsum- me vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	256,546	1	256,546	263,325	,000	,923
N_Gruppe	8,046	1	8,046	8,258	,009	,273
Fehler	21,434	22	,974			



3) Kennen Sie Fachstellen oder Personen, an welche Sie sich bei psychischen Problemen wenden würden?

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Anzahl richtige Nennungen	Interventionsgruppe	1,6667	1,03280	6
	Kontrollgruppe	2,0000	1,41421	4
	Gesamt	1,8000	1,13529	10
Anzahl richtige Nennungen	Interventionsgruppe	1,8333	,75277	6
	Kontrollgruppe	1,7500	,95743	4
	Gesamt	1,8000	,78881	10

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	,931
F	,218
df1	3
df2	1490,893
Sig.	,884

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

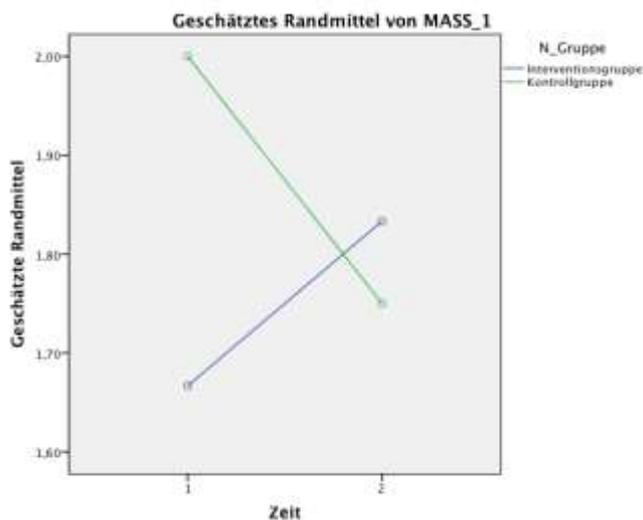
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,008	1	,008	,008	,933	,001
	Greenhouse-Geisser	,008	1,000	,008	,008	,933	,001
	Huynh-Feldt	,008	1,000	,008	,008	,933	,001
	Untergrenze	,008	1,000	,008	,008	,933	,001
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,208	1	,208	,190	,675	,023
	Greenhouse-Geisser	,208	1,000	,208	,190	,675	,023
	Huynh-Feldt	,208	1,000	,208	,190	,675	,023
	Untergrenze	,208	1,000	,208	,190	,675	,023
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	8,792	8	1,099			
	Greenhouse-Geisser	8,792	8,000	1,099			
	Huynh-Feldt	8,792	8,000	1,099			
	Untergrenze	8,792	8,000	1,099			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	63,075	1	63,075	62,105	,000	,886
N_Gruppe	,075	1	,075	,074	,793	,009
Fehler	8,125	8	1,016			



B.9 ANOVAS Einstellung

Dimension Soziale Kontrolle

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Standardabweichung		
		Mittelwert	Standardabweichung	N
Score_Einst_Soko	Interventionsgruppe	3,3509	,70149	18
	Kontrollgruppe	3,3657	,59264	24
	Gesamt	3,3593	,63334	42
N_Score_Einst_Soko	Interventionsgruppe	3,5744	,80340	18
	Kontrollgruppe	3,4266	,57804	24
	Gesamt	3,4899	,67864	42

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	2,398
F	,755
df1	3
df2	149286,209
Sig.	,519

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term +

N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

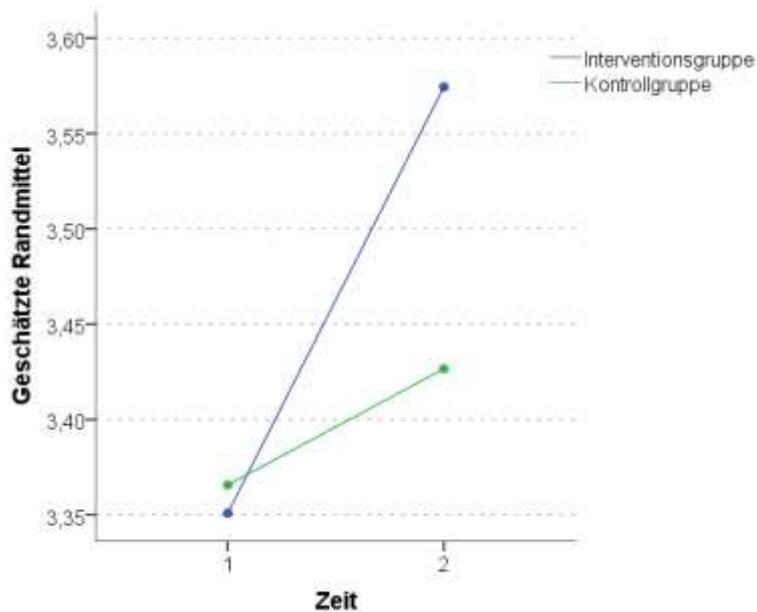
Quelle		Quadratsumme		Mittel der		Partielles Eta-	
		vom Typ III	df	Quadrate	F	Sig.	Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,416	1	,416	2,660	,111	,062
	Greenhouse-Geisser	,416	1,000	,416	2,660	,111	,062
	Huynh-Feldt	,416	1,000	,416	2,660	,111	,062
	Untergrenze	,416	1,000	,416	2,660	,111	,062
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,136	1	,136	,870	,357	,021
	Greenhouse-Geisser	,136	1,000	,136	,870	,357	,021
	Huynh-Feldt	,136	1,000	,136	,870	,357	,021
	Untergrenze	,136	1,000	,136	,870	,357	,021
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	6,257	40	,156			
	Greenhouse-Geisser	6,257	40,000	,156			
	Huynh-Feldt	6,257	40,000	,156			
	Untergrenze	6,257	40,000	,156			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	967,734	1	967,734	1342,030	,000	,971
N_Gruppe	,091	1	,091	,126	,724	,003
Fehler	28,844	40	,721			



Dimension Benevolenz (Wohlfühlen)

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Score_Einst_Bene	Interventionsgruppe	3,3332	,89761	18
	Kontrollgruppe	3,5425	,58450	24
	Gesamt	3,4528	,73260	42
N_Score_Einst_Bene	Interventionsgruppe	3,5086	,94926	18
	Kontrollgruppe	3,4723	,52921	24
	Gesamt	3,4879	,72874	42

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	8,629
F	2,716
df1	3
df2	149286,209
Sig.	,043

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

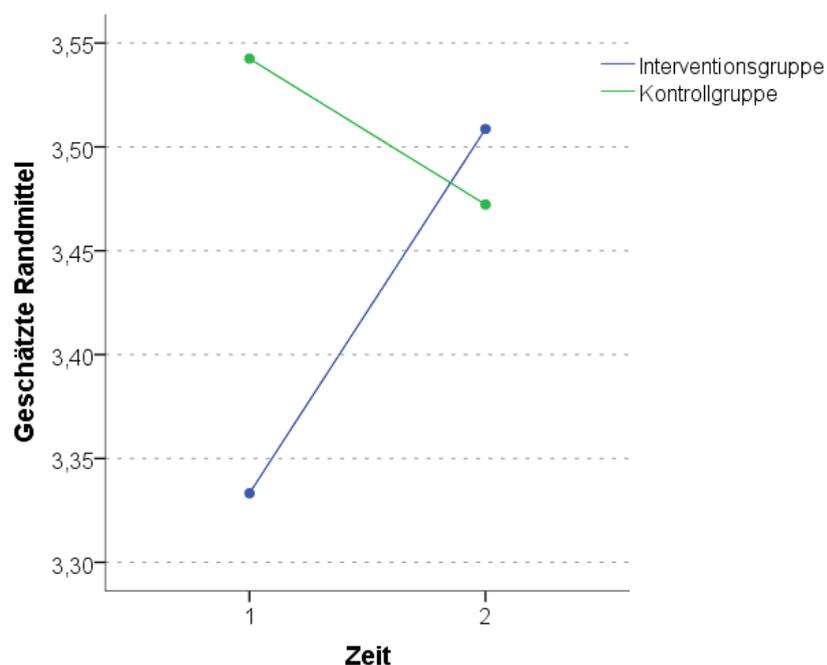
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,057	1	,057	,355	,555	,009
	Greenhouse-Geisser	,057	1,000	,057	,355	,555	,009
	Huynh-Feldt	,057	1,000	,057	,355	,555	,009
	Untergrenze	,057	1,000	,057	,355	,555	,009
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,310	1	,310	1,936	,172	,046
	Greenhouse-Geisser	,310	1,000	,310	1,936	,172	,046
	Huynh-Feldt	,310	1,000	,310	1,936	,172	,046
	Untergrenze	,310	1,000	,310	1,936	,172	,046
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	6,412	40	,160			
	Greenhouse-Geisser	6,412	40,000	,160			
	Huynh-Feldt	6,412	40,000	,160			
	Untergrenze	6,412	40,000	,160			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	987,460	1	987,460	1070,346	,000	,964
N_Gruppe	,154	1	,154	,167	,685	,004
Fehler	36,902	40	,923			



Dimension Integration

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Score_Einst_Int	Interventionsgruppe	3,3978	,84950	18
	Kontrollgruppe	3,4384	,54968	23
	Gesamt	3,4206	,68797	41
N_Score_Einst_Int	Interventionsgruppe	3,5834	,62220	18
	Kontrollgruppe	3,4438	,52662	23
	Gesamt	3,5051	,56744	41

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen^a

Box-M-Test	3,812
F	1,199
df1	3
df2	244925,715
Sig.	,309

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,184	1	,184	1,098	,301	,027
	Greenhouse-Geisser	,184	1,000	,184	1,098	,301	,027
	Huynh-Feldt	,184	1,000	,184	1,098	,301	,027
	Untergrenze	,184	1,000	,184	1,098	,301	,027
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,164	1	,164	,976	,329	,024
	Greenhouse-Geisser	,164	1,000	,164	,976	,329	,024
	Huynh-Feldt	,164	1,000	,164	,976	,329	,024
	Untergrenze	,164	1,000	,164	,976	,329	,024
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	6,547	39	,168			
	Greenhouse-Geisser	6,547	39,000	,168			
	Huynh-Feldt	6,547	39,000	,168			
	Untergrenze	6,547	39,000	,168			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

	F	df1	df2	Sig.
Score_Einst_Int	5,832	1	39	,021
N_Score_Einst_Int	,263	1	39	,611

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

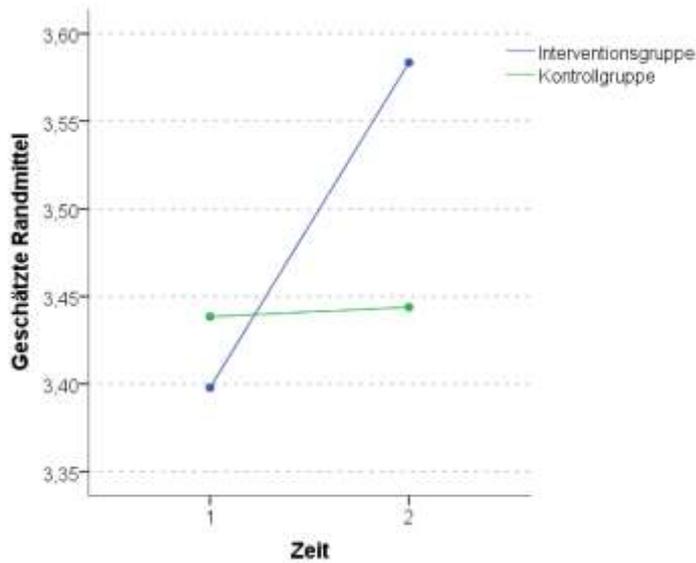
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	970,360	1	970,360	1510,710	,000	,975
N_Gruppe	,049	1	,049	,077	,783	,002
Fehler	25,050	39	,642			



Dimension Ausgrenzung

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	N
Score_Einst_Aus	Interventionsgruppe	3,3323	1,01526	18
	Kontrollgruppe	3,2565	,72266	22
	Gesamt	3,2906	,85555	40
N_Score_Einst_Aus	Interventionsgruppe	3,5657	,85262	18
	Kontrollgruppe	3,2909	,66741	22
	Gesamt	3,4145	,75888	40

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	2,501
F	,785
df1	3
df2	626638,425
Sig.	,502

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term +

N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

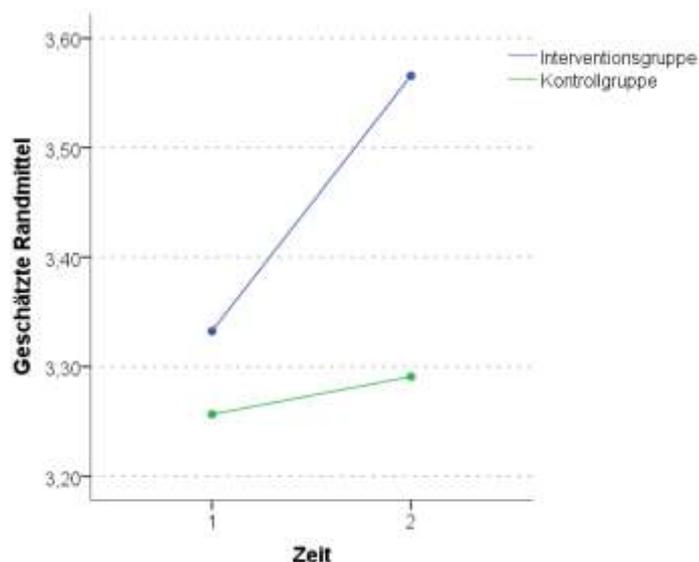
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,355	1	,355	1,574	,217	,040
	Greenhouse-Geisser	,355	1,000	,355	1,574	,217	,040
	Huynh-Feldt	,355	1,000	,355	1,574	,217	,040
	Untergrenze	,355	1,000	,355	1,574	,217	,040
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,196	1	,196	,869	,357	,022
	Greenhouse-Geisser	,196	1,000	,196	,869	,357	,022
	Huynh-Feldt	,196	1,000	,196	,869	,357	,022
	Untergrenze	,196	1,000	,196	,869	,357	,022
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	8,566	38	,225			
	Greenhouse-Geisser	8,566	38,000	,225			
	Huynh-Feldt	8,566	38,000	,225			
	Untergrenze	8,566	38,000	,225			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	894,850	1	894,850	816,689	,000	,956
N_Gruppe	,609	1	,609	,556	,461	,014
Fehler	41,637	38	1,096			



Einstellung insgesamt

Deskriptive Statistiken

	N_Gruppe	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Score_Einst_insg	Interventionsgruppe	3,3531	,69735	18
	Kontrollgruppe	3,4287	,48525	24
	Gesamt	3,3963	,57893	42
N_Score_Einst_insg	Interventionsgruppe	3,5869	,72181	18
	Kontrollgruppe	3,4021	,47126	24
	Gesamt	3,4813	,59091	42

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen^a

Box-M-Test	4,882
F	1,536
df1	3
df2	149286,209
Sig.	,203

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe
Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Zeit	Sphärizität angenommen	,221	1	,221	2,588	,116	,061
	Greenhouse-Geisser	,221	1,000	,221	2,588	,116	,061
	Huynh-Feldt	,221	1,000	,221	2,588	,116	,061
	Untergrenze	,221	1,000	,221	2,588	,116	,061
Zeit * N_Gruppe	Sphärizität angenommen	,349	1	,349	4,090	,050	,093
	Greenhouse-Geisser	,349	1,000	,349	4,090	,050	,093
	Huynh-Feldt	,349	1,000	,349	4,090	,050	,093
	Untergrenze	,349	1,000	,349	4,090	,050	,093
Fehler(Zeit)	Sphärizität angenommen	3,411	40	,085			
	Greenhouse-Geisser	3,411	40,000	,085			
	Huynh-Feldt	3,411	40,000	,085			
	Untergrenze	3,411	40,000	,085			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

	F	df1	df2	Sig.
Score_Einst_insg	1,622	1	40	,210
N_Score_Einst_insg	3,428	1	40	,071

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + N_Gruppe

Innersubjektdesign: Zeit

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MEASURE_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	975,271	1	975,271	1609,539	,000	,976
N_Gruppe	,061	1	,061	,101	,752	,003
Fehler	24,237	40	,606			

