

Aus der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Lehrstuhl für Naturheilkunde an der Universität Rostock
Lehrstuhlinhaberin: Prof. Dr. med. habil. K. Kraft

**Internetgestützte Umfrage zum Kenntnisstand von medizinischen
Entspannungsverfahren bei Medizinstudenten im Vergleich zu
Studenten der Betriebswirtschaft**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von
Bianca Lovis Balushev
aus Potsdam

Rostock 2008

urn:nbn:de:gbv:28-diss2009-0067-9

Dekan: Prof. Dr. med. habil. E. Ch. Reisinger

1. Gutachter: Frau Prof. Dr. med. Karin Kraft
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Lehrstuhl für Naturheilkunde
Universität Rostock
Ernst-Heydemann-Str.6
18057 Rostock
2. Gutachter: Herr Prof. Dr. rer. soc. Peter Kropp
Medizinische Fakultät
Zentrum für Nervenheilkunde
Institut für Medizinische Psychologie
Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
3. Gutachter: Frau Prof. Dr. rer. nat. Monika Rulle
Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät
Professur für Gesundheitstourismus
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Makarenskostr. 22
17491 Greifswald

Tag der Promotionsverteidigung: 01. April 2009

Gewidmet all denjenigen Studenten und Studentinnen, Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen, Professoren und Professorinnen, Ärzten und Ärztinnen, die sich auf ihrem Weg befinden, den Mut und die Liebe haben über ihren Tellerrand hinauszuschauen und ihr tägliches Tun zu hinterfragen. Die immer wieder das Ganze im Einzelnen entdecken, um die wesentlichen alltäglich menschlichen Dinge des Lebens und die Forschung zu verbinden.

Möge Sie Mut, Liebe und Kreativität begleiten.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Einteilung von Entspannungsverfahren	1
1.2	Wirkungsweise von Entspannungsverfahren	2
1.3	Entspannungsverfahren in der modernen Medizin	4
1.4	Progressive Relaxation nach Jacobson	6
1.4.1	Grundlagen und Ziele der PR	6
1.4.2	Aufbau und Funktion der PR	7
1.4.3	Indikationen und Kontraindikationen der PR	8
1.4.4	Praktische Durchführung der PR	8
1.5	Autogenes Training	9
1.5.1	Grundlagen und Ziel des AT	9
1.5.2	Aufbau und Funktionsweise des AT	10
1.5.3	Indikationen und Kontraindikationen des AT	11
1.5.4	Praktische Durchführung des AT	12
1.6	Meditation	13
1.6.1	Definition und Einteilung der MT	13
1.6.2	Auswahl einiger Meditationsmethoden	14
1.6.2.1	Benson – Methode	15
1.6.2.2	Die Oberstufe des AT	15
1.6.2.3	Die klinische standardisierte Meditation (CSM) nach Carrington	15
1.6.2.4	Trainingsprogramm von Kabat – Zinn	15
1.6.2.5	Die Transzendente Meditation® (TM®)	16
1.6.3	Indikationen, Kontraindikationen und Wirkungen der MT	16
1.6.4	Praktische Durchführung der Meditation	17
1.7	Entspannungsverfahren in der Prävention	17
1.8	Umfragetechniken	19
1.9	Fragestellung	20

2	Methoden	21
2.1	Grundlegende Methodik	21
2.2	Testkollektiv	21
2.3	Akquise des Testkollektivs	22
2.4	Erstellung des Fragebogens	23
2.4.1	Grundlegendes zur Erstellung des Fragebogens	23
2.4.2	Aufbau des Fragebogens	24
2.5	Implementierung des Fragebogens im World Wide Web	25
2.5.1	Die Scriptsprachen	25
2.5.2	Funktionsweise des Fragebogens im World Wide Web	26
2.6	Auswertung	28
2.6.1	Erhebung der Daten	28
2.6.2	Statistische Methodik	29
2.7	Literaturrecherchen	29
2.8	Befragung der Krankenkassen	30
3	Ergebnisse	31
3.1	Soziodemographische Angaben	31
3.1.1	Charakterisierung der Studentengruppen	31
3.1.2	Angaben zur Kindheit und Jugendzeit der Studenten	33
3.1.3	Tätigkeiten vor dem Studium	34
3.1.4	Belastungssituationen und Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen	35
3.1.5	Freizeit/Entspannungsverhalten der Vergleichsgruppen	35
3.2	Kenntnisstand der MS und WS zu den Entspannungsverfahren PR, AT und MT	36
3.2.1	Kenntnisstand von PR	37
3.2.2	Kenntnisstand von AT	38
3.2.3	Kenntnisstand von MT	39
3.2.4	Häufigkeit des Erlernens der drei Entspannungsverfahren	39
3.3	Bekanntheitsgrade der drei Entspannungsverfahren im Vergleich	40
3.4	Faktoren für den Kenntnisstand von den drei Entspannungsverfahren	41
3.4.1	Abhängigkeit des Kenntnisstandes vom Alter	41
3.4.2	Abhängigkeit des Kenntnisstandes von der Semesterzahl	44

3.4.3	Unterschiede der Kenntnisstände zwischen Ost- und Westdeutschland	47
3.4.4	Abhängigkeit des Kenntnisstandes von Belastungssituationen im Leben	49
3.4.4.1	Allgemeine Belastungssituation	49
3.4.4.2	Körperliche oder seelische Erkrankung	49
3.4.4.3	Probleme durch die familiäre Situation in der Kindheit oder Jugend	51
3.4.4.4	Belastung durch den Verlust einer nahe stehenden Person	52
3.4.5	Abhängigkeit des Kenntnisstandes von Tätigkeiten vor dem Studium	53
3.4.6	Abhängigkeit des Kenntnisstandes von weiteren soziodemographischen Angaben	54
3.4.7	Freizeitverhalten und Entspannungsverfahren	55
3.4.8	Kenntnisstand der Rostocker Studenten	55
3.5	Verhalten zu den drei Entspannungsverfahren im Einzelnen	57
3.5.1	Gründe Entspannungsverfahren auszuprobieren oder zu erlernen	57
3.5.2	Schulungsort	58
3.5.3	Einschätzung des Nutzens der Entspannungsverfahren	58
3.5.4	Häufigkeit der Anwendung der Entspannungsverfahren	59
3.5.5	Gründe, weshalb ein erlerntes Entspannungsverfahren nicht praktiziert wurde	59
3.5.6	Gründe, die Entspannungsverfahren nicht zu erlernen	59
3.5.7	Grundsätzliches Interesse, eines der Entspannungsverfahren zu erlernen	59
3.6	Befragung der Krankenkassen	61
4	Diskussion	62
4.1	Methodenkritik	62
4.1.1	Die internetgestützte Umfrage	62
4.1.2	Hilfe der Fachschaften	64
4.1.3	Wahl der Referenzgruppe	66
4.1.4	Stichprobenrepräsentativität	67
4.1.5	Die modifizierte Stichprobe	68
4.1.6	Aufbau des Fragebogens und Motivation	69
4.2	Diskussion der Ergebnisse	70
4.2.1	Soziodemographische Daten	70
4.2.2	Die Stichprobe	72
4.2.3	Kenntnisstand von PR	72

4.2.4	Kenntnisstand von AT	74
4.2.5	Kenntnisstand von MT	76
4.2.6	Die drei Entspannungsverfahren im Vergleich	79
4.2.7	Mögliche Folgen des geringen Ausbildungsstandes bei Entspannungsverfahren	81
4.2.8	Das grundsätzliche Interesse an Entspannungsverfahren	82
4.2.9	Befragung der Krankenkassen	85
4.3	Vergleiche mit anderen Arbeiten	86
4.4	Zusammenfassung der Diskussion	86
4.5	Ausblicke	87

5 Zusammenfassung 89

Literaturverzeichnis 91

Anhang siehe gesonderte beiliegende PDF-Datei

Danksagung

Thesen

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung/en
Aufl.	Auflage
AT	Autogenes Training
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
d.h.	dass heißt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
EMG	Elektromyographie
f	folgende
Hrsg.	Herausgeber
J.	Jahre
Kap.	Kapitel
m	männlich
MT	Meditation
MS	Medizinstudenten
n.s.	nicht signifikant
PR	Progressive Relaxation
s.	siehe
S.	Seite/n
u.a.	unter anderem
V, V., v.	von
v.a.	vor allem
vs.	versus
w	weiblich
WS	Wirtschaftsstudenten
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

„Es gibt vielleicht kein allgemeineres Heilmittel als Ruhe“ schrieb E. Jacobson 1938 (JACOBSON 1938, S. 1 in HAMM 2004, S.189). Er sprach schon damals etwas an, was in unserer heutigen schnelllebigen, hektischen und erfolgsorientierten Gesellschaft noch viel wichtiger geworden ist: Die Ruhe bzw. Ruhemomente. Der Ausgleich zum aktiven schnellen Leben scheint jedoch gegenwärtig in vielen Teilen der Gesellschaft in Vergessenheit geraten zu sein.

Der Wechsel zwischen Tätigkeit und Ruhephasen wurde schon im Corpus Hippocraticum als wichtige Komponente der so genannten „Res non naturales“ für die Aufrechterhaltung der Gesundheit formuliert. Diese empirischen Erkenntnisse wurden in neuerer Zeit durch umfangreiche chronobiologische Untersuchungen bestätigt. (DIECKHÖFER 1990)

Phasen der Entspannung, Erholung und Ruhe müssen aktive Phasen in regelmäßigen Abständen ablösen: Sowohl lang andauernde Phasen der Aktivität (z. B. `Workaholic`) als auch ständige Phasen der Inaktivität (z.B. langjährige Arbeitslosigkeit) sind gesundheitsschädigend.

1.1 Einteilung von Entspannungsverfahren

Die Möglichkeiten für Erholungs- und Ruhephasen im Alltagsleben sind vielfältig und unterliegen individuellen Präferenzen, wie z.B. Kaffee trinken, Musik hören, Dösen, aber auch sportliche Aktivitäten.

Von diesen alltäglichen Erholungspraktiken unterscheiden sich die Entspannungsverfahren durch die Standardisierung, den klinischen Kontext sowie die Anwendung als Therapeutikum für psychische Störungen und körperliche Erkrankungen. In diesem klinischen Kontext erklärt sich der Begriff Entspannung durch ein subjektives Gefühl und vegetative, hirnelektrische sowie interozeptive Komponenten. (PETERMANN&VAITL 2004)

Allen Entspannungsverfahren gemeinsam ist das Auftreten einer spezifischen Entspannungsreaktion, die sowohl physiologische als auch affektive und kognitiv-perzeptive Elemente aufweist (STETTER 2004). (s. Kap. 1.2)

In der vorliegenden Arbeit werden mit dem Begriff „Entspannungsverfahren“ ausschließlich diese weitgehend standardisierten Entspannungsverfahren bezeichnet, zu denen nach Petermann und Vaitl (2004)

- die Hypnose
- das Autogene Training
- meditative Verfahren
- imaginative Verfahren
- die progressive Relaxation und
- das Biofeedback

gehören.

Nach dieser Einteilung ist auch die vorliegende Arbeit strukturiert.

1.2 Wirkungsweise von Entspannungsverfahren

Die Wirkungen von Entspannungsverfahren lassen sich unterschiedlich kategorisieren. Sie sind in primäre und sekundäre und in kurz- oder langfristige Wirkungen zu unterteilen. Die primäre Wirkung ist der eigentliche entspannende Effekt, als sekundäre Wirkung werden die Begleitreaktionen bezeichnet.

Durch Entspannungsverfahren werden kurzfristige physiologische und psychologische Effekte induziert, die so genannte Entspannungsreaktion. Langfristige Effekte entstehen nach häufigem und regelmäßigem Praktizieren. Sie zeichnen sich durch die Verminderung der sympathiko-adrenergen Aktivität und durch Modulationen von zentralnervösen Vorgängen aus. (VAITL A 2004)

Die Entspannungsreaktion ist durch typische physiologische Veränderungen gekennzeichnet und ist als ein spezifischer psychophysiologischer Prozess zu verstehen. Sie wird als ein „Kontinuum von Aktiviertheit – Deaktiviertheit“ beschrieben und als „ein Reaktionsmuster, das zum biologischen Verhaltensrepertoire des Menschen gehört“ (VAITL A 2004, S.21). Die Entspannungsreaktion muss somit nicht erlernt, kann aber durch bestimmte Methoden und Techniken aktiviert werden.

Nur durch regelmäßiges und systematisches Üben kommt es jedoch zu einer Bahnung und Stabilisierung der Entspannungsreaktion und somit zu einer Konditionierung. Ein ursprünglich neutraler Reiz wie z.B. die Körperhaltung oder die Formeln des Autogenen Trainings wird zum konditionierten Reiz und ruft automatisch die bedingte

Entspannungsreaktion hervor. Diese kann dann in den unterschiedlichsten Situationen erreicht werden, so z.B. auch unter Stress (VAITL A 2004).

Stetter (1998) fasst dies so zusammen: „Alle therapeutisch genutzten Entspannungsverfahren haben gemeinsam, dass sie in relativ strukturierter Form Bedingungen vorgeben, in denen diese Reaktion (die Entspannungsreaktion, Anm. der Autorin) induziert werden kann [...] und dass durch wiederholtes Praktizieren die Entspannungsreaktion immer rascher, automatischer und vollständiger und immer mehr auf einige wenige Schlüsselreize hin abläuft“ (STETTER 1998, S. 212)

Zu den physiologischen Veränderungen einer Entspannungsreaktion gehören neuromuskuläre, kardiovaskuläre, respiratorische, elektrodermale und zentralnervöse Veränderungen (s. Tabelle 1.1)

Neuromuskuläre Veränderungen	• Abnahmen des Tonus der Skelettmuskulatur • Verminderung der Reflexfähigkeit
Kardiovaskuläre Veränderungen	• Periphere Vasodilatation (besonders in den Hautarealen) • Geringfügige Verlangsamung der Herzrate • Senkung des arteriellen Blutdruckes
Respiratorische Veränderungen	• Abnahme der Atemfrequenz • Gleichmäßigkeit der einzelnen Atemzyklen • Abnahme des Sauerstoffverbrauches
Elektrodermale Veränderungen	• Abnahme der Hautleitfähigkeit • Abnahme der elektrodermalen Spontanfluktuationen
Zentralnervöse Veränderungen	• Veränderung der hirnelektrischen Aktivität • Veränderung der neurovaskulären Aktivität

Tabelle 1.1: Physiologische Kennzeichen einer Entspannungsreaktion nach VAITL A 2004

Diese physiologischen Veränderungen treten bei den verschiedenen Entspannungsverfahren in unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit auf. Daneben kommt es auch zu psychogenen Veränderungen. Dazu gehören das Erlernen von Selbstkontrolle und Eigenkompetenz, d.h. Mechanismen, die auch in der Kognitiven Verhaltenstherapie eine wichtige Rolle spielen; sowie die Schulung der Konzentration, die Beruhigung und die Steigerung des Wohlbefindens (PETERMANN&VAITL 2004). Durch die Entspannung werden also günstige interne Voraussetzungen hervorgerufen, die zu einem neuen psychophysiologischen Reaktionsmuster führen können. Petermann und Vaitl (2004) nennen dies „Alternativreaktion“. Diese Alternativreaktion kann geübt und ausgebaut werden.

Dadurch wird der Umgang mit Symptomen bestimmter Krankheiten erleichtert (z.B. in der Onkologie; DENG et al. 2004), die Symptome selbst werden reduziert, und das

Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit wird geschult und gefördert. Entspannungsverfahren können somit als Copingstrategien¹ dienen.

Stetter (2004) sieht mit der Entspannungsreaktion die Möglichkeit, neu zu attribuieren. In der Entspannung kann einem Verhalten, einer Emotion oder einer Körperwahrnehmung ein neues Motiv, eine neue Ursache oder Sichtweise gegeben werden. So kann bei Angstpatienten jede bewusste Wahrnehmung des Herzschlages der Beginn einer Panikattacke sein. Während der Entspannungssituation kann nun dieser Herzschlag als etwas positiv Beruhigendes erlebt werden und somit eine neue Attribution möglich werden. (STETTER 2004)

Daraus ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten der Anwendung von Entspannungsverfahren: zum einen als integraler Bestandteil in kombinierten Therapien und zum anderen als Schlüssel zu neuen Erfahrungen mit sich selbst. Diese können die Akzeptanz ungewohnter und paradoxer Ereignisse, die Sensibilisierung der Eigenwahrnehmung, das Erkennen von Zusammenhängen zwischen körperlichem und emotionalem Erleben und die damit verbundene geschulte Wahrnehmung und somit die Lösung von Problemen unterstützen (V STEINAECKER 2008).

1.3 Entspannungsverfahren in der modernen Medizin

Entspannungsverfahren, insbesondere Hypnose, Autogenes Training und Progressive Relaxation gehören zu den Methoden der psychosomatischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Anwendungsformen (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (1998)).

Nach Petermann und Vaitl (2004) ist die klinische Wirksamkeit der Entspannungsverfahren in zahlreichen Studien belegt. Die differentiellen Indikationen der einzelnen Entspannungsverfahren sind hingegen nicht hinreichend erforscht. Die Progressive Relaxation ist das international am weitesten verbreitete und am besten untersuchte Verfahren. Das Autogene Training ist weniger gut untersucht, obwohl es im deutschsprachigen Raum am bekanntesten ist. Verfahren wie Biofeedback, Hypnose und meditative Verfahren sind nach Grawe et al. 1995 wirksamer als das Autogene Training, nach Stetter & Kupper 2002 ist hingegen das Autogene Training bei psychosomatischen Erkrankungen ebenso wirksam wie andere Entspannungsverfahren. Der Wirkmechanismus von Entspannungsverfahren wird noch erforscht. Gesichert ist derzeit, dass eine Veränderung der Bewusstseinslage eintritt

¹ Coping/Copingstrategien: Verhalten bzw. Methoden zur Bewältigung schwieriger Situationen; medizinisch von Bedeutung als Krankheitsbewältigung v.a. bei Patienten mit chronischen Erkrankungen oder zweifelhafter Prognose (DE GRUYTER 2004)

(PETERMANN&VAITL 2004; s. Kap. 1.2) Aktuellere Meta-Analysen als Grawe et al. 1995 und Stetter & Kupper 2002 liegen sowohl nach Petermann und Vaitl (2004) als auch nach eigener Recherche nicht vor.

In Medizin und Psychologie werden Entspannungsverfahren sowohl ambulant als auch stationär zur Therapie, Rehabilitation und Prävention verschiedener psychischer und somatischer Störungen und Erkrankungen angewandt. Sie werden sowohl als alleinige Behandlungsmethode, z.B. beim generalisierten Angstsyndrom, als auch als Begleittherapie, z.B. bei Krebserkrankungen, als Copingstrategie, (s. Kap. 1.2) eingesetzt. Bei Kindern mit psychischen Störungen zeigen sie gute Erfolge, z.B. bei Angststörungen oder beim Hyperkinetischen Syndrom, bei psychosomatischen oder somatischen Störungen und in der Prävention, z.B. von Lern- oder Verhaltensauffälligkeiten. Darüber hinaus werden sie auch zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit im alltäglichen Leben, z.B. im Sport oder am Arbeitsplatz eingesetzt, dienen der Stressbewältigung und können helfen, den eigenen Horizont zu erweitern und unterstützen die Selbsterkenntnis (s. Kap. 1.2). (PETERMANN&VAITL 2004)

Eine Nebenwirkung ist die „relaxation-induzierte Angst“, die typischerweise in der Phase des Erlernens auftritt (STETTER 1998, S. 213). Dadurch, dass sich die Aufmerksamkeit bei den Entspannungsverfahren nach innen richtet, können Angstgefühle, Verspannungen oder Schmerzen anfangs verstärkt wahrgenommen werden. In einigen Fällen tritt auch eine „pathologische Regressionsneigung“ auf (STETTER 1998, S. 214). Um diese zu verhindern, ist die Rücknahme am Ende jeder Entspannungsübung, d.h. die Rückführung in einen aktiven, wachen Zustand, von großer Bedeutung (STETTER 1998).

Zu den Kontraindikationen von Entspannungsverfahren zählen starke kognitive Einschränkungen wie organische Psychosen und ausgeprägte demenzielle Prozesse. Eine relative Kontraindikation besteht bei Patienten mit nicht akuter Psychose (STETTER 1998). Deswegen ist hier eine sachgerechte Eingangsdiagnostik zur selektiven Indikationsstellung in Abhängigkeit von Persönlichkeit und Anamnese des Patienten durch Therapeuten mit psychophysiologischer Grundausbildung wichtig (BRENNER 2006).

Die Standards für die Diagnostik, Indikationen und Kontraindikationen, Durchführung und Erfolgskontrolle für Entspannungsverfahren werden durch psychologische und ärztliche Fachgesellschaften festgelegt, z. B. durch die Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren in der Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (www.entspannungsverfahren.com), durch die Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT)

(www.dgaehat.de) und die Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) (www.oegatap.at). Nach Meinung der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren dürfen Präventionskurse mit Entspannungsverfahren nur von entsprechend zusätzlich qualifizierten Diplom-Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzten durchgeführt werden (BRENNER 2006).

Im Folgenden sollen die 3 Entspannungsverfahren, die Basis der vorliegenden Untersuchung sind, genauer vorgestellt werden.

1.4 Progressive Relaxation nach Jacobson

Die Progressive Relaxation (PR) zählt zu den bekanntesten Entspannungsverfahren. Sie gilt als sehr leicht erlernbar und ist eines der am häufigsten angewandten und am besten untersuchten Verfahren mit einem weiten Indikationsspektrum (HAMM 2004).

1.4.1 Grundlagen und Ziele der PR

PR wurde von dem amerikanischen Arzt und Physiologen E. Jacobson zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt. Er beschrieb das Verfahren erstmals 1929 (V STEINAECKER 2008). In seinen Untersuchungen beobachtete er, dass sich die Muskulatur bei Unruhe, Angst und psychischer Belastung verspannt und, dass mentale Vorstellungen efferente Veränderungen hervorrufen (HAMM 2004). Diese Wechselwirkung zwischen psychischen Befindlichkeiten und Spannungszustand der Muskulatur bildet die Grundlage der PR (STETTER 2004). Jacobson entwickelte eine Technik, bei der durch willkürliche An- und Entspannung der Muskulatur eine Entspannungsreaktion erreicht wird. Bedeutend ist die bewusste Wahrnehmung des Unterschiedes von Spannungs- und Entspannungsempfinden.

Die Muskelrelaxation ist progressiv, da:

1. mit fortschreitenden Üben die Entspannung der einzelnen Muskelgruppen erlernt wird;
2. schrittweise und aufeinander folgend alle wichtigen Muskelgruppierungen des Körpers angesprochen, wahrgenommen und entspannt werden;
3. im fortgeschrittenem Stadium die Entspannung automatisch eintreten kann und erhalten bleibt.

Das dritte Stadium ist als Ziel der PR zu verstehen: die Relaxation der betroffenen Muskulatur, sobald eine Verspannung gefühlt wird, auch ohne das vorgeschaltete Anspannen der Muskelgruppen. Damit verbunden ist die Sensibilisierung für die Wahrnehmung der Verspannung bereits im Initialstadium, wodurch eine schnelle Entspannung in täglichen Belastungs- wie auch Stresssituationen ermöglicht wird.

Fortschreitend ist auch die Wirkung der PR. Die primär eintretende Relaxation der Willkürmuskulatur weitet sich auf das vegetative Nervensystem sowie das kardiopulmonale System aus und führt schließlich zur psychophysiologischen Entspannungsreaktion (Fachgruppe Entspannungsverfahren 2007). Eine positive Grundeinstellung zum Erlernen der PR ist eine wichtige Voraussetzung.

1.4.2 Aufbau und Funktion der PR

Es gibt verschiedene Modifikationen der PR, die sich etwas im Aufbau voneinander unterscheiden. Gemeinsam ist allen Varianten, dass sukzessiv einzelne Muskelgruppen des Bewegungsapparates kontrahiert werden. Diese Kontraktion wird wahrgenommen, daraufhin wird die gerade kontrahierte Muskelgruppe bewusst entspannt und diese Entspannung bewusst gefühlt. Unterschiede finden sich in der Stärke der Kontraktion, der Dauer von An- und Entspannungszyklen, der Art, Anzahl und Abfolge der trainierten Muskelgruppen, dem Trainingsaufwand und der Anwendung bzw. Nichtanwendung von suggestiven Entspannungsformeln. (HAMM 2004) Die Variante von Bernstein und Borkovec (1973) ist gegenwärtig wohl die am meisten angewandte (s. Kap. 1.4.4).

Die Wirkungsmechanismen sind nicht vollständig geklärt (HAMM 2004). Jacobson ging von einem Wechselspiel zwischen Entspannung und einer Reduktion des neuromuskulären Tonus aus. Heutzutage ist belegt, dass mentale Vorstellungen die Aktivität der quergestreiften Muskulatur beeinflussen (Carpenter-Effekt). Bei der Imagination einer Bewegung treten unwillkürliche Muskelimpulse auf, die als EMG-Aktivität nachweisbar sind. Eine Erweiterung des Carpenter-Effektes ist das Gesetz von der Ideoplasie: die Imagination beeinflusst nicht nur die Skelettmuskulatur, sondern auch das vegetative Nervensystem und damit z.B. die glatte Muskulatur. (KRAFT 2006) Die Untersuchungsbefunde bezüglich der physiologischen Effekte sind jedoch uneinheitlich: Positive Ergebnisse finden sich in ähnlicher Anzahl wie negative (CONRAD&ROTH 2007; HAMM 2004).

Zusammengefasst sind bei Anleitung durch einen Therapeuten, sowie ausreichend langem und regelmäßigem Praktizieren leichte physiologische Effekte nachweisbar (HAMM 2004). So zeigten Borkovec und Sides (1979) eine Abnahme von Blutdruck, Puls, elektrodermalen Spontanfluktuationen, Atemfrequenz und EMG-Aktivität von PR (HAMM 2004, S. 201). Bei essentieller Hypertonie bewirkt PR eine Vasodilatation: peripherer Gefäßwiderstand und Blutdruck fallen ab (YUNG 2001).

1.4.3 Indikationen und Kontraindikationen der PR

Die Anwendungsgebiete der PR sind vielfältig. Auf der Konsensuskonferenz der „Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren“ der Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2001 wurden psychosomatische Erkrankungen, wie z.B. Asthma, Reizdarmsyndrom, internistische Krankheitsbilder, wie z.B. Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, psychiatrische Störungen, wie z.B. Ängste und Phobien, sowie Schlafstörungen, Disstress, Schmerz, Verspannungszustände und weitere als Indikationen für PR festgelegt (eine genaue Auflistung der Indikationen siehe: http://www.entspannungsverfahren.com/pdf/apetizer_6.pdf)

Die PR führt bei einem Teil dieser Indikationen zur direkten Symptomreduktion und/oder -freiheit; z.B. bei Verspannungen, Disstress, Spannungskopfschmerz und Schlafstörungen. Bei anderen Indikationen wirkt sie supportiv im Rahmen der Bewältigungsarbeit und Verbesserung der Lebensqualität, z.B. bei HIV, malignen Erkrankungen, M. Alzheimer, Multipler Sklerose und M. Parkinson (OHM 2004).

In der Prävention findet die PR folgenden Einsatz: Unterstützung der körperlichen, geistigen und seelischen Entspannung, allgemeine Gesundheitsförderung, Förderung der Salutogenese, Unterstützung bei der Bereitstellung von Ressourcen (z.B. in Leistungssituationen zur Kräfteoptimierung), Förderung der Harmonisierung und Optimierung vegetativer Funktionen, Reduktion des Erregungsniveaus und der Störanfälligkeit von Organfunktionen (OHM 2004). Temporäre Kontraindikationen bestehen bei akuten Störungen und Krankheiten, wie Verwirrheitszustände, Neigung zu Überanstrengung, die sich beim Ausführen von PR verschlechtert, bestimmten Muskelerkrankungen (z.B. Myositis), neurologischen Systemerkrankungen, die sich bei Muskelkontraktion verschlechtern, und akuten Psychosen. Permanente Kontraindikationen sind Oligophrenie, chronische neurologische Störungen (z.B. Myotonien mit gestörter Dekontraktion der Muskelfasern, Muskelspastik, generalisierte Torsionsdystonien und chronische Psychosen (OHM 2004).

1.4.4 Praktische Durchführung der PR

Nachfolgend wird die Variante von Bernstein und Borkovec dargestellt (STETTER 2004/1998). Die Übungen können sowohl im Sitzen als auch im Liegen durchgeführt werden. Ein Übungsleiter gibt die Anweisungen während der gesamten Übungszeit von etwa 10-20 Minuten vor. Es werden folgende Phasen unterschieden:

Die erste Phase ist die Ruheeinstellung, hierbei soll sich der Übende auf eine allgemeine Innenschau, z.B. auf die Atmung, konzentrieren. In der zweiten Phase, der

Anspannungsphase, wird eine genau umschriebene Muskelgruppe kontrahiert, zuerst die dominante Seite, z.B. „Spannen Sie die Muskeln der rechten Hand und des rechten Unterarms an, indem Sie die Hand zur Faust ballen.“(HAMM 2004). Die Kontraktion sollte 5- 10 Sekunden gehalten werden, nicht zu einer Verkrampfung führen und die Atmung ruhig fortgesetzt werden. Als Drittes folgt die Entspannungsphase: Die vorher kontrahierte Muskelgruppe wird für ca. 30 Sekunden bewusst entspannt. Diese Phase geht in die Wahrnehmungsphase (Phase 4) über. Unterstützt durch Anleitungen wie: „Was spüre ich? Was nehme ich wahr? Wie geht es mir?“ soll die eigene Körperwahrnehmung trainiert werden. Nach diesem Schema werden nacheinander 16 Muskelgruppen sowohl der dominanten als auch der Gegenseite angespannt und entspannt.

Der Unterricht kann in Einzelunterweisungen oder in Gruppen bis maximal 12 Personen durchgeführt werden. Auch Kinder ab ca. sechs Jahren können PR erlernen. Ein Kurs dauert zwischen 8 bis 12 Sitzungen, wobei die Übungszeit mit 25 – 100 Minuten angegeben wird. Wichtig ist die Betreuung durch einen entsprechend ausgebildeten Übungsleiter. Die Anwendung von Tonträgern wird eher kritisch gesehen. Zu den Kursinhalten gehören das Erlernen der Übungstechniken, eine Einführung in die Theorie, die Rahmenbedingungen und den Kontext sowie die Vermittlung der Wirkungsweise bei verschiedenen Störungsbildern. Wünschenswert ist eine Didaktik, bei der Wahrnehmungen, Impressionen, psychosomatische Zusammenhänge und Probleme einer Übungseinheit reflektiert und anschließend erläutert und besprochen werden (OHM 2004).

1.5 Autogenes Training

Das Autogene Training (AT) ist das bekannteste und am häufigsten therapeutisch angewandte Verfahren in Deutschland (GRAWE et al. 1995). Es wird in der Inneren Medizin, in der Psychiatrie und Psychotherapie und als Selbsthilfetechnik angewendet (VAITL B 2004). AT hat ein breites Indikationsspektrum und ist gut mit anderen Therapieformen kombinierbar bei geringem finanziellem und zeitlichem Aufwand (ROSSA 2001).

1.5.1 Grundlagen und Ziel des AT

Der Begründer J.H. Schultz (1884 – 1970), ein Berliner Nervenarzt, entwickelte AT in den 20er Jahren anhand der Beobachtung hypnotisierter Patienten. Er stellte fest, dass viele seiner Probanden sich selbst in einen Hypnosezustand versetzen konnten. Dadurch erlangten sie Ruhe und Entspannung, und konnten auch selbst körperliche Beschwerden wie z. B.

Kopfschmerzen lindern. Diese Erkenntnisse nutzte J.H. Schultz zur Entwicklung des AT (VAITL B 2004).

Das AT beruht also auf Selbstsuggestionen („autogen“ = selbsterzeugt), die sich der Übende selbst gedanklich vorspricht, wie z.B. „Der rechte Arm ist schwer“. Sie ermöglichen eine passive Konzentration auf die Körperwahrnehmung und führen dadurch zu physiologischen Veränderungen im Sinne der Entspannungsreaktion. Der Patient lernt die physiologischen Veränderungen seines Körpers wahrzunehmen und zu beobachten. Seine Aufmerksamkeit verschiebt sich von den äußeren zu den inneren Reizen, er konzentriert sich auf seine Selbstentspannung (STETTER&KUPPER 1998).

Sehr wichtig ist das regelmäßige, systematische Üben, vor allem beim Erlernen des AT, damit eine Konditionierung eintritt (s. Kap. 1.2). AT soll in Stresssituationen angewendet werden, um schnell eine Entspannung zu erreichen und mit der belastenden Situation besser umgehen zu können.

Wichtige Voraussetzungen für das Erlernen des AT sind die Motivation und das Interesse des Probanden. Ohne eine positive Einstellung ist ein Erlernen nicht möglich, da eine negative Haltung Abwehr und Anspannung hervorruft und somit keine Entspannung eintreten kann (BRENNER 2002). Dabei ist es von Vorteil, dass das AT in seinem Aufbau klar verständlich, gut nachvollziehbar und leicht lehr- und lernbar ist (STETTER&KUPPER 1998).

1.5.2 Aufbau und Funktionsweise des AT

Schultz (1973) unterteilte das AT in 3 Übungskomplexe:

1. psychophysiologische Standardübungen
2. meditative Übungen
3. spezielle Übungen

Die Standardübungen, die hauptsächlich im klinischen Alltag angewandt werden, bestehen aus zwei Grundstufen-Übungen, vier weiteren Stufen und der Ruheübung. Die Schwere- und die Wärme-Übung bilden die Grundstufen-Übung, die Herz-, Atem-, Sonnengeflecht- und Stirnkühle-Übung sind die vier weiteren Stufen. Die Ruheübung wird auch als Motto des AT bezeichnet (KRAFT 2006). Hierfür spricht sich der Übende die Formel „Ich bin ganz ruhig“ vor. Sie wird zwischen den anderen Übungen eingestreut.

Bei der Schwere-Übung spricht sich der Proband die Formel „Der rechte Arm ist schwer“ vor. Die Formel wird allmählich auf den ganzen Körper ausgeweitet bis zur Formel „Körper ganz schwer“. Die resultierende Schwereempfindung ist physiologisch durch die Hypotonie der Extremitätenmuskulatur erklärbar. Bei der Wärmeübung spricht sich der Proband die Formel „Der rechte Arm ist ganz warm“ vor und weitet diese auf den ganzen Körper aus. Die erlebte

Wärmeempfindung ist physiologisch durch die Weitstellung der peripheren Arterien und einer Umverteilung des Blutflusses zu erklären. Dadurch steigen Hautdurchblutung und -temperatur an. Die physiologischen Veränderungen, die während der beiden Übungen eintreten, wurden in kontrollierten Studien bewiesen (STETTER&KUPPER 1998). Sie werden durch die Konzentration nach Innen verstärkt (s. Kap. 1.5.1). Dadurch sinkt die zerebrale Aktivität im Sinne einer zentralen „Down-Regulation“, die Hypotonie der peripheren Muskulatur verstärkt sich, die Sympathikusaktivität nimmt ab, damit steigen Hautdurchblutung und -temperatur weiter an. Im EEG treten vermehrt Theta-Wellen, ähnlich der Einschlafphase, auf, die der Patient als eine allgemeine Ruheempfindung wahrnimmt. Studien mit evozierten Potentialen haben jedoch erwiesen, dass die Reaktionsfähigkeit in diesem Zustand verbessert ist. Deswegen bezeichnet man diesen Zustand auch als entspannte aktivierte Wachheit (STETTER&KUPPER 1998) bzw. den „autogenen Zustand“ (KRAMPEN 1998). Inwiefern sich physiologische Veränderungen bei den vier anderen Unterstufen einstellen, ist noch unzureichend erforscht.

Auch für das AT gelten der Carpenter-Effekt bzw. das Gesetz der Ideoplasie (KRAFT 2006; s. Kap. 1.4.2).

Die Oberstufen- bzw. meditativen Übungen werden auch als Autogene Psychotherapie bezeichnet. Mit ihnen werden „unbewusste Konflikte bearbeitet und innerseelische Veränderungen angestrebt“ (Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training 2007; s. Kap. 1.6.2.2).

Die speziellen Übungen sind Zusatzübungen. Sie können sich auf organische Bereiche oder auf bestimmte Verhaltensweisen konzentrieren. So kann eine Zusatzformel z.B. für schmerzende oder verspannte Körperstellen entwickelt werden oder auch für die Veränderung eines spezifischen Reaktionsmusters, d.h. ähnlich der kognitiven Verhaltenstherapie (VAITL B 2004).

1.5.3 Indikationen und Kontraindikationen des AT

Die Haupteinsatzbereiche des AT sind:

1. Prävention und Gesundheitsförderung
2. Therapie und Rehabilitation bei körperbezogenen Beschwerden, psychischen Symptomen und psychosomatischen Krankheitszuständen
3. Symptomorientierte Verhaltensänderung und Harmonisierung der Krankheits- und Lebenssituation (ROSSA 2001).

Indikationen für das AT sind insbesondere psychosomatische Störungen, leichte bis mittelschwere essentielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Spannungskopfschmerz, Migräne, Asthma, Raynaud-Syndrom, vegetative Dystonie, Angstsyndrome, Schlafstörungen und milde bis moderate Depressionen. Für diese Indikationen ist die Wirksamkeit des AT in kontrollierten Studien belegt (STETTER&KUPPER 2002; JUHASZ et al. 2007; KWEKKEBOOM& GRETARSDOTTIR 2006). Zudem sind positive Effekte auf die Stimmung (z.B. bei depressiven Symptomen), auf das allgemeine Wohlbefinden und eine Stressreduktion durch Untersuchungen belegt (STETTER&KUPPER 2002, S. 93-94; KANJI et al. 2006; MITANI et al. 2006).

In der Prävention sind positive Effekte bei Schulkindern, älteren Menschen, Arbeitnehmern am Arbeitsplatz und im Sport nachgewiesen (STETTER&KUPPER 1998). Die allgemeine Befindlichkeit verbessert sich, die Regulation der Körperfunktionen wird nachhaltig positiv beeinflusst. Der gesunde Praktizierende erreicht eine umfassende Entspannung und Erholung, eine Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit und eine „Resonanzdämpfung der Affekte“ (KRAFT 2006). Zudem steigen Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl beim Üben des AT (ROSSA 2001). Das Verständnis für leibseelische Zusammenhänge und deren Bedeutung im Alltag nimmt zu (Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training 2007).

Kontraindikationen sind Psychosen, vor allem in der akuten Phase, Oligophrenie, Demenz und anhaltende Abwehrhaltung gegenüber AT (BRENNER 2002).

1.5.4 Praktische Durchführung des AT

Am besten erlernt der Proband das AT in Übungsgruppen von etwa acht Personen. Die sechs bis zehn Sitzungen sollten einmal wöchentlich für 20 bis 90 Minuten durchgeführt werden. Der Proband muss zudem zwei- bis dreimal täglich selbständig üben. Dabei ist initial eine Dauer von zwei bis drei Minuten, im fortgeschrittenen Stadium von 15 bis 20 Minuten optimal. Das Üben erfordert eine günstige und bequeme Haltung, wie die klassische Droschkenkutscher-, die Lehnstuhl- oder die Liegehaltung und das Abschalten bzw. Vermeiden von Außenreizen. Die meisten Probanden erlernen bei regelmäßigem Üben das AT innerhalb von vier bis sechs Monaten (KRAFT 2006).

1.6 Meditation

Die Meditation, im weiteren MT, ist das älteste unter den drei vorgestellten Verfahren. Sie nimmt eine spezielle Stellung bei den Entspannungsverfahren ein, da sie ursprünglich nicht als eine Entspannungsmethode entwickelt wurde, sondern vielmehr ein Bestandteil religiöser Traditionen ist, mit dem Ziel, die spirituelle Entwicklung und die Selbsterkenntnis zu unterstützen. Somit ist die MT nicht nur eine Technik, sondern auch eine Lebenshaltung und -philosophie. MT bedeutet „da zu sein, wo man gerade ist“ (KABAT-ZINN 1994, S.38).

Die MT wird global in sehr unterschiedlichen Varianten ausgeübt und weist damit im Gegensatz zu den standardisierten modernen Entspannungsverfahren eine große Heterogenität auf. (OTT A 2004)

1.6.1 Definition und Einteilung der MT

Eine allgemeine anerkannte Definition der MT existiert nicht (OTT 2001). „Die Meditationsmethoden und die Zielsetzungen, mit denen sie praktiziert werden, sind so unterschiedlich, dass es kaum möglich erscheint, eine Definition zu finden, die alle Varianten umfasst, aber noch spezifisch genug wäre, um Meditation von anderen Verfahren abzugrenzen.“ (Society for Meditation and Meditation Research 2007).

MT ist entweder ein Zustand (meditativer Zustand) oder eine Methode (das Praktizieren von Meditation). In der Definition von Grawe wird die MT beschrieben als „ein Sich-Versenken, ein nachdenkliches Eindringen, das durch Schweigen, Entspannung und inneres Lauschen gekennzeichnet ist“. Somit kann die MT auch als Zustand der entspannten Aufmerksamkeit umschrieben werden, wobei die unterschiedlichen Methoden sowohl körperbezogene als auch kognitive Elemente enthalten (GRAWE et al. 1995). Die Heterogenität der MT äußert sich vor allem durch unterschiedliche Methoden (z.B. Yoga, Qigong, Zen), Kontexte (zu Hause, in der Klinik, im Kloster) und Ziele (Entspannung bis Erleuchtung) (OTT 2001).

Ott (2001) unterteilt die MT in Methoden mit Bewegungen, z.B. Tai Chi und Qigong, und so genannte „stille“ Meditationsformen. Letztere lassen sich weiter untergliedern in traditionelle (z.B. Yoga, Zen) und moderne Methoden, d.h. solche, die vor allem für die therapeutische Anwendung entwickelt wurden. Diese lassen sich in kommerzielle und klinische Varianten aufteilen. Zu den kommerziellen Varianten gehören z.B. die Transzendente Meditation® (TM® nach Maharishi Mahesh Yogi) und die dynamische Meditation nach Osho. Zu den klinischen Varianten zählen z.B. die Oberstufe des AT (Autogene MT), die Benson – Methode, die klinische standardisierte Meditation (CSM) nach Carrington und das

Trainingsprogramm von Kabat – Zinn (auch Mindfulness based Stress Reduction Programm – MBSR).

Eine weitere Einteilung richtet sich nach dem Aufmerksamkeitsfokus während der MT:

1. Die „konzentrativen Meditation“: Hierbei bezieht sich die Aufmerksamkeit auf ein einzelnes Objekt. Sie wird auch introvertierte oder restriktive Art genannt.
2. Die „rezeptive Meditation“: Hierbei wird das gesamte Bewusstseinsfeld einbezogen und eine Art distanzierte, beobachtende und nicht wertende Haltung eingenommen. Sie wird auch extrovertierte, expansive, öffnende, entfaltende Art oder Mindfulness Meditation genannt. (ENGEL 1995)
3. Mischformen aus konzentrativer und rezeptiver MT, die zwischen den beiden Extremen enger und weiter Aufmerksamkeit liegen bzw. zwischen ihnen wechseln (GRAWE et al. 1995).

Als Meditationsobjekte können dienen:

- somatosensorische Reize, z.B. die Atemexkursion
- auditive Reize, z.B. Meditationssilben in Form von Mantras, die lautlos aufgesagt werden
- visuelle Reize, z.B. die Flamme einer Kerze, ein Bild (Mandala) oder visualisierte Bilder.

Die Konzentration auf ein einzelnes Objekt hilft, andere mentale Prozesse und Inhalte sowie Außenreize auszublenden. Es wird ein Zustand der Versenkung angestrebt, in dem die Wahrnehmung der Grenzen zwischen Subjekt und Objekt schwindet. Dabei soll das Individuum seine wahre Natur, seine Identität und Gott erfahren. (OTT A 2004)

Bei der rezeptiven MT werden alle auftauchenden Gefühle und Gedanken des Unter- und Unbewussten sowie das gesamte Bewusstseinsfeld ohne Bewertung beobachtet. Es werden verschiedene Bewusstseinssebenen durchwandert, bis es zur Erfahrung der absoluten Einheit jenseits von Subjekt und Objekt kommt („satori“). Bei allen MT-Varianten ist das Ziel die „Einheit“ bzw. das Verschmelzen von Subjekt und Objekt (ENGEL 1995).

1.6.2 Auswahl einiger Meditationsmethoden

Nachfolgend sollen die modernen Verfahren genauer vorgestellt werden. Diese Eingrenzung wird aufgrund des Schwerpunktes Entspannungsverfahren getroffen und ist nicht wertend zu verstehen.

1.6.2.1 Benson – Methode

Die Benson – Methode ist eine MT-Variante, bei der die religiösen Elemente eliminiert wurden, um MT für die westliche Welt zugänglicher und leicht erlernbar zu machen. Sie wurde von dem Kardiologen H. Benson entwickelt und zählt zu den anerkannten medizinischen Entspannungstechniken. Statt eines Mantras wird die Zahl „Eins“ zusammen mit dem Ausatmen ein- bis zweimal täglich für 20 Minuten innerlich vor sich hergesagt. Dies soll mit einer passiven Haltung in möglichst ruhiger Umgebung mit entspannter Muskulatur geschehen (BEARY&BENSON 1974).

1.6.2.2 Die Oberstufe des AT

Für die Oberstufe des AT hat sich der Begriff Autogene Meditation eingebürgert (s. Kap. 1.5.2). Voraussetzung ist die vollkommene und schnelle Beherrschung der Unterstufe. Die Oberstufe gliedert sich in verschiedene Übungen. Die auftretenden Erlebnis- und Bilderwelten können tiefenpsychologisch und psychoanalytisch gedeutet werden (KRAMPEN 1998). Über diese Konzentrationsübungen hinaus kann es auch zur Überwindung der Subjekt – Objekt – Spaltung kommen (ENGEL 1995). Im Gegensatz zur Unterstufe wird sie klinisch kaum angewendet (OTT A 2004).

1.6.2.3 Die klinische standardisierte Meditation (CSM) nach Carrington

Diese Methode wurde in den 70er Jahren von Carrington aus der Transzendentalen Meditation® (TM®) (s. Kap. 1.6.2.5) entwickelt. Die Wahl des Mantras ist frei, die Vergabe des Mantras erfolgt ohne großes Ritual, und es besteht keine Pflicht zu dessen Geheimhaltung. Zudem sind die Unterweisungen kürzer als bei der TM®. Es werden weder esoterische Begriffe verwendet noch eine Glaubenslehre angeboten. (OTT 2001)

1.6.2.4 Trainingsprogramm von Kabat – Zinn

Dieses Trainingsprogramm wird auch Mindfulness based Stress Reduction Programm – MBSR genannt. Es enthält körperliche Übungen aus dem Hatha-Yoga und Kernelemente der buddhistischen Achtsamkeitsmeditation. Die Methode wird seit 1979 in den USA und zunehmend auch in Deutschland eingesetzt. (MAJUMDAR 2000)

Es werden keine konfessionellen, religiösen oder ideologischen Absichten verfolgt, der Begriff MT wird vermieden. Achtsamkeit wird hier als ein grundlegender „Copingmechanismus“ verstanden. Die Teilnehmer sollen eine neue Lebenseinstellung erlernen, die ihnen hilft „Kontrolle über ihre Gesundheit, aber auch innere Ruhe wiederzuerlangen, und das bedeutet, den Umgang mit krank machenden Umständen zu

erlernen“ (KABAT-ZINN 1994 S. 15). Hauptelemente sind dabei das Erlernen von Nicht-Beurteilen, Geduld, Vertrauen, Akzeptanz und Loslassen (OTT A 2004). Die MBSR verzeichnet sehr gute Ergebnisse, vor allem bei chronischen Schmerzen, Angst- und Panikstörungen und als Begleittherapie bei Hauterkrankungen, wie z.B. Psoriasis. Sie ist sehr kosteneffektiv. (MAJUMDAR 2000)

1.6.2.5 Die Transzendente Meditation® (TM®)

Die TM® gehört nicht zu den klinischen Varianten. Sie wird hier beschrieben, da viele Forschungsarbeiten zu ihr vorliegen, sie einen großen Bekanntheitsgrad hat und aufgrund ihres kommerziellen Hintergrundes ein widersprüchliches Bild bietet.

Sie wird seit 1958 von Maharishi Mahesh Yogi gelehrt und hat ihren Ursprung in der hinduistischen Tradition Indiens. Jeder Meditierende erhält ein eigenes Mantra, welches bei einem aufwendigen Ritual verliehen wird und geheim zu halten ist. TM® ähnelt eher der rezeptiven MT, denn auftretende Gedanken sollen mit einer akzeptierenden Haltung beobachtet, und es soll ihnen nicht weiter nachgegangen werden, bis es zu einem Verschmelzen von Subjekt und Objekt kommt, bzw. das Individuum sich als allumfassendes Bewusstsein wahrnimmt. (OTT A 2004)

Hinter der TM® steht eine kommerzielle Organisation. In den 60er und 70er Jahren erfuhr sie in den USA einen großen Aufschwung. TM® wird als „weltanschaulich neutrale Methode zur Entspannung und Gesundheitsförderung mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit“ vermarktet (OTT A 2004). Aufgrund der missionarischen Aspektes und der Instrumentalisierung der Wissenschaft zu Werbezwecken ist die TM® in Deutschland kaum verbreitet und wird sowohl akademisch als auch gesellschaftlich abgelehnt. Inzwischen gibt es einen Zusammenschluss freier TM®-Lehrer, die unabhängig von der Organisation arbeiten (siehe www.tm-independent.de).

1.6.3 Indikationen, Kontraindikationen und Wirkungen der MT

Nach der Metaanalyse von Grawe et al. (1995) konnte die Wirksamkeit für die Indikationen: allgemeine Nervosität, Stress, Spannungszustände, Schlafstörungen, Asthma, Hypertonie Suchterkrankungen und neurotische Störungen, bestimmte Angstneurosen gesichert werden. Grawe et al. (1995) sehen die geringe Verbreitung der MT in Deutschland von der therapeutischen Wirksamkeit her als unbegründet an und schätzen sie als therapeutisch effektiver ein als das AT, jedoch ebenso effektiv wie PR, Hypnose und Biofeedback (GRAWE et al. 1995). Dagegen gibt es noch große Unsicherheiten bezüglich der therapeutischen Indikationen (OSPINA et al. 2007).

Physiologische Effekte sind, vor allem bei den passiv akzeptierenden Varianten, eine ausgeprägte Entspannungsreaktion, eine Zunahme langsamer EEG-Aktivität, eine Reduktion von Stresshormonen und eine verbesserte Immunreaktion. Im klinischen Alltag findet die MT Anwendung als Entspannungsverfahren, als Selbsterfahrungstechnik für Therapeuten, als Ergänzung zur Psychotherapie, in der Krankheitsprävention und in der Persönlichkeitsentwicklung. (OTT B 2004)

Relative Kontraindikationen zur Durchführung der MT sind starke affektive Erregungen und psychotische Erkrankungen. Risiken der MT liegen darin begründet, dass der Zustand während der MT nicht so strukturiert ist, wie beispielsweise bei der PR oder dem AT. Deshalb kann die MT zu einer „meditationsinduzierten Angst“, zu einer Desintegration des Selbst oder zu einer Intensivierung „der Tendenz zur Weltflucht“ führen. (OTT A 2004)

1.6.4 Praktische Durchführung der Meditation

Die Durchführungen der MT variieren so stark wie die unterschiedlichen Methoden (HÖLZEL 2006) (s. Kapitel 1.6.2).

1.7 Entspannungsverfahren in der Prävention

Entspannung ist neben Bewegung und Sport, gezielter Ernährung und Suchtprävention eine der vier Säulen der Prävention. Sie wird gegenwärtig von der Gesundheitspolitik und von den Krankenkassen stark gefördert. So unterstützen und bewerben Krankenkassen Entspannungsverfahren wie AT, PR, Yoga, Tai Chi und Qigong aktiv. Sie übernehmen anteilig Kosten und locken mit zusätzlichen Bonuspunkten, für die der Versicherte wiederum Prämien erwerben kann. (DAK 2007) Auch an den Universitäten werden Entspannungsverfahren fakultativ angeboten, so gibt es z.B. an der Universität Rostock im Rahmen des Hochschulsports regelmäßige Angebote für AT, Yoga, Tai Chi, Qigong und Pilates, wobei Yoga mit fünf mal wöchentlich am häufigsten angeboten wird (UNI ROSTOCK 2008).

Leider ist hinsichtlich des Nutzungsgrades und hinsichtlich der soziodemographischen Verteilung der Nutzer von den drei Entspannungsverfahren PR, AT und MT noch kein publiziertes wissenschaftliches Datenmaterial erhältlich. Trotz einer intensiven Literaturrecherche zu den Anwendungshäufigkeiten von Entspannungsverfahren bei gesunden Personen konnten keine Daten oder Studien gefunden werden. Tatsächlich wäre es wegen der zunehmenden psychischen Belastung gerade auch Jugendlicher und junger Menschen wünschenswert, wenn sie Entspannungsverfahren nicht nur kennen, sondern unter präventiven

Aspekten auch regelmäßig praktizieren würden. Allerdings zeigen bisher durchgeführte Untersuchungen zum präventiven Gesundheitsverhalten bei diesen Altersgruppen keine günstigen Ergebnisse (PRONK et al. 2004; SANCHEZ et al. 2007). Um hier Abhilfe zu schaffen, wurde z.B. in Deutschland die Initiative „Gut Drauf“ gegründet. Sie ist eine Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Jugendlichen Anregungen zu einem gesundheitsbewussten und selbstbestimmten Verhalten geben will, dabei sind Entspannungsverfahren ein wichtiger Bestandteil. (BZgA 2004)

Betrachtet man die Datenlage zum Gesundheitsverhalten von Studenten, im speziellen Medizinstudenten, sowie zur Überlastung von Ärzten als auch Managern, so wird die Brisanz der Lage deutlich. Eine 2005 durchgeführte Studie an der Universität Marburg ergab ein hohes multiples Gesundheitsrisikoverhalten bei Jura-, Lehramt- und Medizinstudenten des ersten Semesters. Nur 2% aller Studenten gaben keine Risikofaktoren an, bei Medizinstudenten war das Risikoverhalten im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen etwas besser. (KELLER et al. 2008) In dieser Studie wurde 1319 Studenten (543 Medizinstudenten) des ersten Semesters in einer freiwilligen und anonymen Umfrage nach folgenden Risikofaktoren befragt: Obst- und Gemüseverzehr, wöchentliche Bewegung, Rauchen und Alkoholexzesse. Dieses hohe Gesundheitsrisikoverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen findet sich ebenso in vielen anderen Studien aus Europa und den USA, wobei jedoch trotz der Bekanntheit der Problematik keine Besserung in Sicht zu sein scheint (KELLER et al. 2008; PRONK et al. 2004; SANCHEZ et al. 2007, STEPTOE et al. 2002). Bei den Medizinstudenten hat dieser Umstand doppelte Folgen, sie tragen nicht nur die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit, sondern werden als zukünftige Ärzte auch eine Vorbildrolle für ihre Patienten übernehmen, deshalb ist bei ihnen Prävention von besonderer Bedeutung (DELNEVO et al. 1996).

Die hohe Arbeitsbelastung der Ärzte ist ein bekanntes, aktuelles Thema. Mindestens 20% aller deutschen Ärzte zeigen Symptome eines Burnout-Syndroms, vor allem junge Ärzte sind betroffen (STÜWE 2007; BERGNER 2004). Auch bei Managern und Personen in anderen wirtschaftlichen Führungspositionen sind das Burnout-Syndrom und dessen Folgen eine zunehmend bedeutsame Thematik (STOCK-HOMBURG&BAUER 2007). Da Entspannungsverfahren erfahrungsgemäß zur Prävention und bei der Therapie des Burnout-Syndroms erfolgreich eingesetzt werden, wäre eine frühzeitige Erlernung dieser Methoden während der Schulzeit, spätestens aber während des Studiums äußerst wünschenswert.

1.8 Umfragetechniken

Die strukturierte Befragung, im speziellen der Fragebogen, ist ein Standardinstrument der empirischen Sozialforschung. Es existiert zur Konstruktion von Fragebögen, Fragen und Antwortvorgaben, zur Funktion unterschiedlicher Fragestellungen, Design, Format, Layout und Pretests eine umfangreiche Fachliteratur (SCHNELL et al. 1999) und (KIRCHHOFF et al. 2006).

Grundsätzlich kann zwischen mündlichen und schriftlichen Befragungen unterschieden werden. In der vorliegenden Arbeit wurde eine schriftliche Befragung ohne Anwesenheit eines Interviewers durchgeführt. Bei dieser Form der Datenerhebung muss, ob es sich nun um eine Papierversion oder wie in der vorliegenden Arbeit, um eine Befragung über das Internet handelt, besonderer Wert auf Design, Format, Layout und Aufbau des Fragebogens, sowie auf die Motivation durch den Fragebogen gelegt werden. Für die Motivation ist besonders die Einstiegsfrage von großer Bedeutung. Sie soll zur Einstimmung dienen und muss deshalb nicht zwingend in die Bewertung eingehen („Wegwerf-Frage“). Sie sollte eng mit dem Thema des Fragebogens verknüpft sein, nach Möglichkeit sogar darauf hinleiten, einfach und neutral formuliert sein und keine Bewertung des Sachverhaltes verlangen, um die Befragten zu motivieren und anzusprechen. Auch dem Titelblatt kommt eine große Bedeutung zu. (SCHNELL et al. 1999)

Das Internet ist ein Massenmedium, das sich seit der Breitbandübertragung (seit Anfang 2000 in Deutschland zugänglich) einer immer größeren Beliebtheit erfreut (BATINIC 2001). Internetbasierte Fragebogenuntersuchungen gelten als eine eigene Befragungsmethode und haben, verglichen mit traditionellen Methoden, viele Vorteile (BATINIC 2001). Durch medienspezifische Elemente weisen Internetbefragungen gegenüber den klassischen schriftlichen Fragebögen folgende „Mehrwerte“ auf: Asynchronität, Alokalität, Automatisierbarkeit der Durchführung und Auswertung, Dokumentierbarkeit, Flexibilität, Objektivität von Durchführung und Auswertung, sowie Wirtschaftlichkeit (näheres s. BATINIC 2001, S. 12-14). Batinic (2001) kommt in seinen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Objektivität durch die technische Durchführung und Auswertung höher als bei den konventionellen Befragungsmethoden ist und, dass die Validität und Reliabilität vergleichbar mit denen der Papier-Bleistift-Untersuchungen sind. Internetbasierende Fragebögen sind demnach eine neue, aber inzwischen anerkannte Befragungsmethode in den Sozialwissenschaften (BATINIC et al. 1999, BATINIC 2001).

1.9 Fragestellung

Trotz der umfangreichen klinischen Anwendung von Entspannungsverfahren sind Daten zur Prävention mit diesen Verfahren nicht verfügbar. Bei Medizinstudenten werden Entspannungsverfahren im Studium als Therapiemaßnahme vermittelt. Sie können z.B. Lerninhalte im Querschnittsbereich 12: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren, in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und im Seminar der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie sein. Medizinstudenten sollten deshalb prinzipiell besser informiert sein als Studenten anderer Fachrichtungen, wissenschaftliche Untersuchungen liegen dazu jedoch nicht vor.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es,

1. den Kenntnisstand deutscher Medizinstudenten im Vergleich zu Wirtschaftsstudenten hinsichtlich drei weit verbreiteter Entspannungsverfahren zu evaluieren,
2. den Grad der Anwendung bei beiden Gruppen zu erheben.

Diese Daten sollen im gleichzeitig erhobenen soziodemografischen Kontext interpretiert werden.

Die Fragestellung ist deshalb besonders interessant, weil Prävention in allen Stufen immer bedeutsamer wird (s. Kap. 1.7) und weil sich bereits klar abzeichnet, dass die Kosten der modernen, kurativen Medizin langfristig nur in eingeschränktem Umfang bezahlbar sein werden. Vor diesem Hintergrund gewinnen einfache, gut verträgliche und kosteneffektive Methoden wie die Entspannungsverfahren immer mehr an Bedeutung. Gerade deshalb sollte insbesondere angestrebt werden, dass Medizinstudenten, als zukünftige Ärzte in gesundheitlichen Belangen als besonders kompetente Vorbilder und Ratgeber auftreten können. Ebenso können Entspannungsverfahren zur Kompensation von berufsbedingtem Stress gut eingesetzt werden um einem Burnout-Syndrom vorzubeugen. Ein hoher Kenntnisstand bei medizinischen Entspannungsverfahren ist bei Medizinstudenten deshalb sowohl unter individuellen Aspekten wie auch sozialpolitisch von großer Bedeutung.

2 Methoden

2.1 Grundlegende Methodik

Zur Erfassung der Daten wurde zunächst ein Fragebogen mit 41 Fragen erstellt und in der Papierversion auf Verständlichkeit und Praktikabilität an Personen der Zielaltersgruppe (Kommilitonen und Freunde) geprüft (Pretest). Nach Korrektur und Adaptation wurde er ins World Wide Web gestellt. Herr Prof. Dr. Eichler, ehemals vom Institut für Schulpädagogik der Universität Rostock, stellte hierfür einen kostenlosen Speicher auf dem Server von www.mathematikus.de zur Verfügung.

Der Fragebogen konnte über einen Link zur Internetseite <http://www.mathematikus.de/test/fragebogen/page01.html> aufgerufen werden. Alle Fragen wurden direkt auf der Internetseite beantwortet und die Antworten in einer Excel Datei gespeichert. Nach Abschluss der Befragung wurden die Daten aus der Exceltabelle in das Statistikprogramm SPSS überführt und dann ausgewertet (s. Kap 2.6.2).

2.2 Testkollektiv

Befragt wurden Studenten der Wirtschaftswissenschaften (im weiteren WS) und Medizinstudenten (im weiteren MS) in ganz Deutschland. Die WS wurden als Referenzgruppe definiert.

Die Studenten hatten drei Möglichkeiten, zu dem Link zur Internetseite des Fragebogens zu gelangen:

1. Die Studenten erhielten eine Mail von den Fachschaften über Semesterverteiler bzw. Rundmails. In dieser Mail wurden sie über die Dissertation informiert und gebeten, über den beigefügten Link die Internetseite des Fragebogens aufzurufen und ihn dort zu beantworten.
2. Ein Link zur Internetseite des Fragebogens, der Informationen zur Idee der Doktorarbeit enthielt und die Bitte, den Fragebogen zu beantworten, fand sich auf der Homepage der Fachschaften der jeweiligen Fakultäten für Wirtschaft bzw. Medizin.
3. In einem Forum auf der Homepage der Fachschaften der jeweiligen Fakultäten wurde auf die Dissertation hingewiesen und darum gebeten, über den beigefügten Link die Internetseite des Fragebogens aufzurufen und ihn dort zu beantworten.

Für die Erhebung der Daten wurde auf die Unterstützung der betreffenden Fakultäten zurückgegriffen (s. Kap. 2.3). Von den 36 Fachschaften für Medizin bzw. 148 Fachschaften für Wirtschaftswissenschaften in Deutschland nahmen 10 (27,8%) bzw. 20 (13,5%) teil (s. Tabelle A1 im Anhang).

Folgende Ausschlusskriterien wurden für die in die Gesamtauswertung eingehenden Fragebögen definiert:

1. Bei der Angabe des Studienfaches: keine oder Angabe eines Berufes, nicht studierend
2. Bei der Angabe des Studienortes: Sinnlose Angabe
3. Sinnlose Buchstabenfolgen in mehr als drei Eingabefeldern, die für freie Antworten vorgesehen waren
4. Altersangabe > 50 J. und fehlende Tätigkeitsangabe vor dem Studium
5. Bei Altersangaben < 15 J. oder >50 J. wurde zur Überprüfung der Plausibilität kontrolliert, ob der Studiengang in dem angegebenen Studienort angeboten wird.

Grobe systematische Fehler und unvollständige Fragebögen wurden bereits durch die Software bei Beantwortung des Fragebogens eliminiert (s. Kap. 2.6.1).

2.3 Akquise des Testkollektivs

Um die Studenten über die drei unter 2.2. beschriebenen Möglichkeiten zu erreichen, erhielten alle Fachschaften der wirtschaftswissenschaftlichen Universitäten und Fachhochschulen sowie der medizinischen Fakultäten in Deutschland mit bekannter E-Mailadresse eine E-Mail. Dafür wurden aktuelle Adressenlisten der jeweiligen Fachschaftsvereinigungen der MS und WS genutzt. Für die WS diente eine Adressenliste aller wirtschaftswissenschaftlichen Fachschaften in Deutschland auf der Internetseite: www.bufak-wiso.de² als Grundlage. Für die MS wurde eine Adressenliste aller medizinischen Fachschaften Deutschlands des bvmd (Bundesvertretung der Medizinstudenten in Deutschland e.V.) von der Medizinischen Fachschaft der Universität Rostock zur Verfügung gestellt.

Die E-Mail an die Fachschaften informierte diese über die Idee der Dissertation, bat um die rege Mithilfe bei dem Projekt und enthielt im Anhang die Rundmail mit dem Link zum Fragebogen. Alternativ wurde dieser Anhang vier Wochen später nachgeschickt. Letzteres betraf die WS, wobei die Zeitverzögerung aus unerwartet auftretenden Problemen mit dem Datenprogramm des virtuellen Fragebogens resultierte.

² (BuFaK WiSo: Bundesfachschaftenkonferenz der Wirtschaftswissenschaftlichen und Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fachbereiche und Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland)

Wenn die Fachschaften auf diese Mail nicht reagierten, erhielten sie erneut eine E-Mail mit der Bitte, sich an dem Projekt zu beteiligen. Die wirtschaftswissenschaftlichen Fachschaften bekamen die erste E-Mail im Dezember 2005, die zweite im Januar 2006. Den medizinischen Fachschaften wurde sowohl die erste als auch die zweite E-Mail im Januar 2006 zugesandt. In Rostock half das Rechenzentrum der Universität Rostock bei dem Versenden der E-Mail für die Fachschaft der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät. Der Allgemeine Studierendenausschuss der Universität Rostock verschickte zudem diese E-Mail an alle Studierenden der Universität Rostock.

2.4 Erstellung des Fragebogens

2.4.1 Grundlegendes zur Erstellung des Fragebogens

Die Pretestversion des Fragebogens wurde mit einer Microsoft Word Datei erstellt. Die methodischen Grundlagen wurden der Fachliteratur (KIRCHHOFF et al. 2006; SCHNELL et al. 1999) entnommen, anhand der Zielstellung wurden die Fragen zu jedem einzelnen Entspannungsverfahren erarbeitet. Dabei wurde darauf geachtet, den Fragebogen entsprechend der Erkenntnisse zur Erstellung von demoskopischen Fragebögen (s. Kap. 1.8) möglichst ansprechend zu gestalten. So wurde ein logischer und ansprechender Aufbau gewählt, beginnend mit einer motivierenden Frage (s. Kap. 2.4.2). Aus Gründen der Übersichtlichkeit, Standardisierung und der vereinfachten Auswertung wurden zu jedem der drei Entspannungsverfahren identische Fragen gestellt. Soziodemographische Daten wurden zum Schluss erhoben, da sie leicht, aber eher ungern beantwortet werden. (KIRCHHOFF et al. 2006)

Als Fragetypen wurden geschlossene, offene und Hybridfragen (Kombination aus offener und geschlossener Frage) verwendet. Bei Auswahlfragen gab es die Möglichkeit der Einfach- und Mehrfachwahl (s. Kap. 2.5.2). Geschlossene Fragen – Faktfragen – wurden zur Erhebung der Kenntnisstände verwendet. Offene Fragen – Meinungsfragen – dienten zur Ermittlung der persönlichen Einstellung der Studenten zu den Entspannungsverfahren (s. Frage 29 des Fragebogens, Anhang 1-13). Am häufigsten wurden Hybridfragen angewandt, um sowohl Fakten zu erheben als auch Freiraum für eigene Meinungen zu lassen. Dabei wurde auf grundlegende Regeln zur Frageformulierung geachtet: die Fragen wurden einfach, konkret und verständlich formuliert; allgemeine Begriffe wie z.B. ‚ausprobiert‘ wurden definiert und suggestive, stereotype und hypothetische Formulierungen, sowie doppelte Negationen wurden vermieden. (SCHNELL et al. 1999)

Eine ansprechende optische Gestaltung, die neben dem Aufbau und Inhalt des Fragebogens von großer Bedeutung ist, wurden durch Fotografien und einen farblichen Hintergrund verwirklicht. (KIRCHHOFF et al. 2006)

Durch den Pretest wurde der Fragebogen auf Verständlichkeit und Akzeptanz geprüft, denn Pretests sind für die Konstruktion von Fragebögen sehr wesentlich, da erst Erfahrungen mit den Befragungskollektiven die Wirksamkeit eines Fragebogens bestätigen können (KIRCHHOFF et al. 2006).

2.4.2 Aufbau des Fragebogens

Zum leichteren Verständnis dieses Kapitels sei auf den Fragebogen als Word Datei im Anhang (Anhang 1-13) bzw. die beiliegende CD verwiesen.

Der Fragebogen bestand aus 3 Teilen:

1. Einleitung und Motivation
2. Fragen zu den einzelnen Entspannungsverfahren
3. Soziodemographische Angaben

Der erste Teil leitete mit motivierenden Worten ein, um die Studenten für das Ausfüllen des Fragebogens zu gewinnen. Die erste Frage: „Was machen Sie, um sich zu entspannen?“ diente neben der Datenerfassung auch der Motivation der Studenten, da sie nach von ihnen selbst gewählten positiv assoziierten Tätigkeiten befragt wurden. Im Anschluss folgte eine kurze Definition des Begriffs „Entspannungsverfahren“.

Der zweite Teil war in drei Abschnitte untergliedert: Die Fragenblöcke zu jedem der drei Entspannungsverfahren, der PR, dem AT und der MT waren hinsichtlich Aufbau und Inhalt der Fragen identisch. Die Abfolge der Fragen soll am Beispiel von PR erläutert werden:

Nach einer kurzen Definition von PR folgte die erste Frage zur PR (Frage 2 im Fragebogen). Sie unterteilte die Studenten je nach Kenntnisstand zur PR für den gesamten PR – Block in drei Gruppen. Die erste Gruppe fasste die Studenten, die PR nicht kannten oder schon etwas von PR gehört hatten, zusammen (Antwort 2a/b). Diese Studenten gelangten durch das PHP Script (s. Kap. 2.5) direkt zu Frage 10. Hier wurden sie nach ihrem grundsätzlichen Interesse zur PR befragt und anschließend zum AT-Block weitergeleitet.

Die zweite Gruppe bildeten die Studenten, die PR einige Male ausprobiert hatten (Antwort 2c). Das Item „einige Male ausprobiert“, wurde bei der PR und dem AT definiert mit: ‚ein bis vier Sitzungen‘ und bei der MT mit: ‚ausprobiert haben, aber nicht beherrschen‘. Diesen Studenten wurden einige Fragen zur PR gestellt (Frage 3 – 5), danach wurden sie zum nächsten Entspannungsverfahren – AT – geleitet.

Die Studenten, die PR erlernt hatten, formten die dritte Gruppe (Antwort 2d). Das Item „erlernt haben“ wurde definiert mit: ‚mehr als vier Sitzungen‘ für die PR und das AT und mit: ‚erlernt und das Gefühl haben, sie zu beherrschen‘ für die MT. Diese Studenten beantworteten die Fragen drei bis vier und sechs bis neun zur PR und kamen anschließend zum AT-Frageblock.

Der zweite Teil des Fragebogens schloss mit einer offenen Frage (Frage 29) nach der Kenntnis weiterer Entspannungsverfahren, deren Akzeptanz und die Begründung für diese Akzeptanz. Diese Frage ließ Raum für eigene Meinungen und eventuelle Äußerungen des Befragten. Die Beantwortung der Frage war fakultativ.

Im dritten Teil des Fragebogens wurden die Studenten erneut kurz motiviert. In diesem Abschnitt wurde hauptsächlich nach demographischen Angaben gefragt. Zusätzlich wurden Fragen nach besonderen Ereignissen oder Begebenheiten im Leben gestellt, die dazu geführt haben könnten, dass der Einzelne auf Entspannungsverfahren gestoßen ist, wie z.B. Frage 37: „Haben Sie in Ihrem Leben stärkere Belastungssituationen erfahren?“ oder Frage 41 „Haben Sie regelmäßig Kontakt zu einem pflegedürftigen Menschen?“.

Der Fragebogen schloss mit einer Danksagung an den Studenten.

Fotographien von typischen Stellungen der jeweiligen Entspannungsverfahren lockerten den Fragebogen auf. Die Photographien wurden mit einer Digitalkamera aufgenommen, mittels Canon Zoom Browser geladen und anschließend in die Microsoft Word Datei kopiert.

2.5 Implementierung des Fragebogens im World Wide Web

Die Realisierung des Fragebogens im World Wide Web erfolgte mit der Hilfe von Peter Eipert vom Institut für Mathematik der Universität Rostock.

2.5.1 Die Scriptsprachen

Zum Erstellen des Fragebogens wurden die drei Scriptsprachen HTML, Javascript und PHP genutzt. HTML (Hypertext Markup Language) ist das Format, in dem Text- und Hypertext-Informationen im World Wide Web gespeichert und übertragen werden (PARTL 2007). Javascript und PHP sind Programmiersprachen. PHP steht für Php Hypertext Preprocessor. PHP Seiten sind HTML Dateien mit besonders gekennzeichneten eingebetteten PHP Programmen (PARTL 2007).

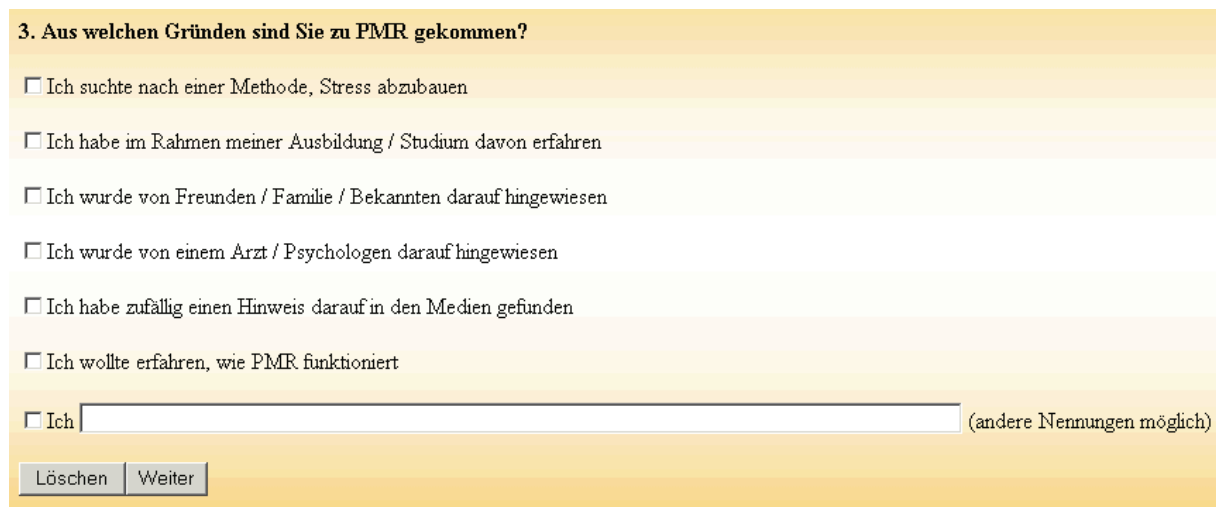
Die Oberflächen des Fragebogens wurden mit HTML verwirklicht. Die Scriptsprachen Javascript und PHP ermöglichten die Verarbeitung und Speicherung der Eingaben.

Für den Platz im Internet stellte Herr Prof. Dr. Eichler, ehemals vom Institut für Schulpädagogik der Universität Rostock kostenlos Speicher auf dem Server von www.mathematikus.de zur Verfügung. Auf diesem lief ein PHP Serverprogramm, das die PHP Scripte verarbeitete.

2.5.2 Funktionsweise des Fragebogens im World Wide Web

Grundsätzlich gab es drei verschiedene Frage- bzw. Antworttypen, die unterschiedlich verarbeitet wurden.

1. Bei den Auswahlantworten mit Mehrfachwahl bestand die Möglichkeit, mehr als eine Antwort zu geben. Jeder Antwort war ein Kästchen und diesem eine Nummer zugeordnet. Die Nummern der angeklickten Kästchen wurden nach Anklicken des „Weiter-Buttons“ an das PHP Script übergeben und gespeichert. Diese Fragen wurden als Hybridfragen formuliert, d.h. bei Bedarf konnten die Studenten zusätzlich zu den vorgegeben Antworten eine eigene Antwort benennen. (s. Abb. 2.1)



3. Aus welchen Gründen sind Sie zu PMR gekommen?

☐ Ich suchte nach einer Methode, Stress abzubauen

☐ Ich habe im Rahmen meiner Ausbildung / Studium davon erfahren

☐ Ich wurde von Freunden / Familie / Bekannten darauf hingewiesen

☐ Ich wurde von einem Arzt / Psychologen darauf hingewiesen

☐ Ich habe zufällig einen Hinweis darauf in den Medien gefunden

☐ Ich wollte erfahren, wie PMR funktioniert

☐ Ich (andere Nennungen möglich)

Abb. 2.1: Beispiel für Mehrfachantworten: Frage 3 des Online Fragebogens

2. Bei Auswahlantworten mit Einfachwahl standen mehrere Kreise als Antwortmöglichkeit zu Verfügung. Es konnte nur eine Antwort ausgewählt werden. Jedem Kreis war eine Nummer zugeordnet. Die Nummer des angeklickten Kreises wurde nach Klicken auf den „Weiter-Button“ an das PHP Script übergeben und gespeichert (s. Frage 2 des Fragebogens). Die Fragen wurden geschlossen formuliert.

3. In Textfelder konnte ein freier Text eingetragen werden. Dieser Text wurde nach dem Klick auf den Weiter-Button an das PHP Script übergeben und gespeichert. Stand vor dem Textfeld ein Kästchen oder ein Kreis, wurde das Textfeld erst durch Anklicken dieses

Kästchen bzw. Kreises aktiviert, und das Ausfüllen des Textfeldes wurde möglich. Bei erneutem Wegklicken des Häkchens im Kästchen bzw. Kreis wurde das Textfeld wieder deaktiviert, d.h. der ausgefüllte Text wurde wieder gelöscht. Hiermit wurde eine Fehlspeicherung nach eventueller Änderung der Entscheidung des Studenten verhindert. Diese Funktion ermöglichte Javascript (s. Abb. 2.1).

Weiterhin gab es Fragen, bei denen zunächst eine Entscheidungsfrage gestellt wurde. Je nachdem, ob diese positiv oder negativ beantwortet wurde, sollten weitere Elemente beantwortet werden oder nicht (s. Abb. 2.2).

36. Haben Sie zwischen Schulabschluss und jetzigem Studium eine andere Tätigkeit ausgeübt?

a) ☐ ja ☐ nein (Bitte weiter zur nächsten Frage)

b) wenn ja, welche?

- ☐ abgeschlossene Berufsausbildung
- ☐ abgebrochene Berufsausbildung
- ☐ Ausübung des erlernten Berufes
- ☐ anderes Studium abgebrochen
- ☐ anderes Studium abgeschlossen
- ☐ Zivildienst
- ☐ Bundeswehr
- ☐ Freiwilliges Soziales Jahr
- ☐ Freiwilliges Ökologisches Jahr
- ☐ Praktika jeglicher Art
- ☐ Reisen (länger als 2 Monate)
- ☐ Nebenjobs
- ☐ Anderes:

Abb. 2.2: Beispiel für Entscheidungsfragen: Frage 36 des Online Fragebogens

In diesem Fall war der Frageteil b) so lange deaktiviert, bis im Frageteil a) „ja“ angeklickt wurde. Beim Anklicken von „nein“ in Frageteil a) blieb Frageteil b) deaktiviert bzw. wurde deaktiviert und alle Häkchen und Texte wurden gelöscht, falls es Voreingaben gab. Diese Funktion wurde auch durch Javascript ermöglicht.

Am Ende jeder HTML Fragebogenseite befanden sich der Button „Löschen“ und der Button „Weiter“. Beim Anklicken des Buttons „Löschen“ wurden alle Eingaben der aktuellen HTML Fragebogenseite wieder gelöscht. Beim Anklicken des Buttons „Weiter“ wurden die Daten dieser HTML Fragebogenseite an das zugehörige PHP Script übergeben. Es gab zu jeder HTML Fragebogenseite eine PHP Script Datei. Der PHP Server von www.mathematikus.de arbeitete das PHP Script ab.

Das PHP Script erhielt außerdem den Datensatz mit den Eingaben der früheren Seiten. Es fügte die aktuellen Eingaben der letzten Seite hinzu, wenn alle Eingaben korrekt durchgeführt worden waren. Bei Eingabefehlern zeigte es erneut die letzte HTML Fragebogenseite mit einer Fehlermeldung an, und die Daten mussten erneut eingegeben werden. Je nach Eingabe der Daten rief es die zugeordnete nächste Fragebogenseite auf. Die Reihenfolge der Fragen wurde vorher festgelegt (s. Kap. 2.4.2).

2.6 Auswertung

2.6.1 Erhebung der Daten

Die Erhebung der Daten erfolgte mittels eines Onlinefragebogens, der in HTML erstellt und mit der Scriptsprache PHP verarbeitet wurde. Auf einigen Seiten wurde Javascript verwendet, um auf Eingaben des Benutzers zu reagieren (s. Kap. 2.5).

Die auf einer Fragebogenseite eingegebenen Daten wurden an den PHP Server übergeben und durch das zur Seite gehörende PHP Script von diesem auf Korrektheit überprüft. Bei fehlerhafter Eingabe wurde die gleiche Seite noch einmal mit einer Fehlermeldung angezeigt, so dass die Daten erneut eingegeben werden mussten. War die Eingabe korrekt, codierte der Server die Eingaben in Binärzahlen³ um. Die Texteingaben wurden bis auf die Entfernung von Zeilenumbrüchen nicht verändert. Die umformatierten Daten wurden dann in einem Datensatz zwischengespeichert, der alle bisherigen Eingaben dieses Probanden enthielt.

Nach der letzten Frage des Fragebogens wurde der Datensatz aufgeteilt und in zwei Dateien abgespeichert. Hierbei wurden in der Datei datena*****.dat die Eingaben von Frage 1-29 und in der Datei datenb*****.dat die Eingaben von Frage 30 – 41 gespeichert. Die 10 Sternchenstellen entsprachen einer Zeitangabe, die bei beiden Dateien gleich war. Damit wurde die Zuordnung der zusammengehörigen Daten gesichert. Fehlerhaft oder unvollständig beantwortete Fragebögen wurden nicht gespeichert.

Alle Dateien mit dem ersten Teil der Antworten und ebenso alle Dateien mit dem zweiten Teil wurden zusammengefügt und direkt in das Computerprogramm Excel überführt, wobei der erste Teil in Tabelle eins und der zweite Teil in Tabelle zwei gespeichert wurde.

³ Im Binärsystem gibt es nur die Ziffern ,0' und ,1'. Wahrheitswerte werden in der Informatik mit ,0' und ,1' kodiert. ,1' steht für ,wurde gewählt' und ,0' für ,wurde nicht gewählt'.

2.6.2 Statistische Methodik

Zur statistischen Auswertung der Daten dieser prospektiven Querschnittsstudie wurde das Statistikprogramm SPSS verwendet. Die Daten wurden dazu von den beiden Exceltabellen in einen Daten-Editor des SPSS-Programms überführt.

Für die statistische Analyse wurde vorausgesetzt, dass die Angaben der Studenten unabhängig voneinander sind. Zur Beschreibung der demographischen Merkmale und des Freizeitverhaltens wurden die Fragebögen von insgesamt 1311 Studenten analysiert. Es gab bei den MS einen höheren Anteil Frauen und bei den WS einen höheren Anteil Männer.

Aufgrund des bestehenden Geschlechterverhältnisses (s. Kap 3.1.1) und der bekannten Tatsache, dass Frauen gesundheitsbewusster sind als Männer (STIEHLER&DINGES 2003; STOCK et al. 2001), wurde für alle weiteren Untersuchungen nach Rücksprache mit der betreuenden Statistikerin eine neue Stichprobe für MS und WS gebildet (BORTZ 2005; HÜSLER&ZIMMERMANN 2001). Damit wurde der Fehler umgangen, signifikante Aussagen nur aufgrund des Geschlechterunterschiedes zwischen MS und WS festzustellen: Um die höchstmögliche Anzahl an Studienteilnehmern zu erhalten, wurde für die Bildung der neuen Stichprobe jeweils die geringere Anzahl der Frauen und der Männer der beiden Originalstudiengruppen ausgewählt. Die zugehörige Gruppe wurde angepasst. Dafür wurden per Zufallsgenerator mit dem Statistikprogramm SPSS 200 Männer aus den 338 männlichen WS ausgewählt und 258 Frauen aus den 376 weiblichen MS. So ergab sich eine neue Stichprobe mit insgesamt 458 MS und 458 WS mit je 200 Männern und je 258 Frauen.

Folgende statistische Verfahren wurden verwendet: Deskriptive Statistik mit absoluten und prozentualen Häufigkeitsangaben, Mittelwertbildungen und Berechnung der Standardabweichungen für quantitative Merkmale, Chi-Quadrat-Test für qualitative Merkmale.

Zur Beschreibung der Signifikanzen wurde sich an den gebräuchlichsten Signifikanzniveaus in der Medizin orientiert. Demnach wird nach signifikant ($p < 0,05$), sehr signifikant ($p < 0,01$) und hoch signifikant ($p < 0,001$) unterschieden.

2.7 Literaturrecherchen

Nach Literatur wurde in den Datenbanken PubMed, DIMDI, Cochrane, CAMbase und MetaGer, in den Archiven des Deutschen Ärzteblattes und der Ärztezeitung recherchiert. Zur Anwendungshäufigkeit von Entspannungsverfahren bei Gesunden wurden zudem speziell die Internetseiten des Statistischen Bundesamt aufgesucht, außerdem wurde bei dem Statistischen

Bundesamt Deutschland angefragt und die Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren angeschrieben.

2.8 Befragung der Krankenkassen

Zusätzlich wurden die gesamten Gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands schriftlich nach quantitativen Daten zu den drei verschiedenen Entspannungsverfahren befragt. Ziel war es, die Teilnehmerzahlen bei den drei Entspannungsprogrammen im Jahr 2004/2005, sowie die Anzahl der Anfragen zu den drei Entspannungsverfahren in diesem Zeitraum zu erheben. Dazu wurde einmalig eine E-Mail an alle Krankenkassen im Januar 2006 versandt, wobei bei der AOK, BKK und IKK jeweils die Spitzenverbände angeschrieben wurden. Als Quelle diente die Internetseite <http://www.krankenkassentarife.de/baseportal/kassenliste>.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische Angaben

3.1.1 Charakterisierung der Studentengruppen

Zum Zeitpunkt der Umfrage waren 79.847 Medizinstudenten (MS) und 233.403 Wirtschaftsstudenten (WS) in Deutschland registriert (STATISTISCHES BUNDESAMT). Den Fragebogen beantwortete nur ein geringer Teil von ihnen. Insgesamt beantworteten 1317 Studenten den Fragebogen. Sechs Fragebögen wurden aufgrund der genannten Ausschlusskriterien (s. Kap. 2.2) verworfen, damit wurden insgesamt 1311 Fragebögen in die Auswertung einbezogen. Von den 1311 Studenten waren 576 (43,9%) MS, 596 (45,5%) WS und 139 (10,6%) Studenten anderer Studiengänge. Tabelle A2⁴ listet die sonstigen Studiengänge auf. Auf die Gruppe der sonstigen Studenten (Sonstige) wird wegen der geringen Fallzahl und ihrer Inhomogenität im Folgenden nur in besonderen Fällen eingegangen.

Tabelle 3.1: Geschlechterverhältnis der Studiengänge, Wirtschaftswissenschaften = Wirtschaft

Studiengang		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Medizin	Anzahl	200	376	576
	Prozent	34,7%	65,3%	100,0%
Wirtschaft	Anzahl	338	258	596
	Prozent	56,7%	43,3%	100,0%
Sonstige	Anzahl	78	61	139
	Prozent	56,1%	43,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	616	695	1311
	Prozent	47,0%	53,0%	100,0%

Die Verteilungen der Geschlechter bei der befragten Gruppe entsprachen denen der Gesamtstudierenden in Deutschland je Studienrichtung. Der Anteil der weiblichen MS in

⁴ **Allgemeine Darstellungshinweise für Tabellen:** Die mit A gekennzeichnete Tabellen befinden sich im Anhang. Signifikanzniveaus wurden in den Tabellen durch Sternchen (*) gekennzeichnet, die Signifikanzangaben beziehen sich jeweils auf die in einer Zeile stehenden Werte. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Grundgesamtheit einer Spalte, wenn in der Legende nicht anders angegeben. Zudem wird die Anzahl der jeweiligen Häufigkeiten in den Tabellen angegeben.

Deutschland betrug im Wintersemester 2005/06 59,9% (STATISTISCHES BUNDESAMT), in der vorliegenden Arbeit lag er bei 65,3% (s. Tabelle 3.1). Bei den befragten Studenten der Wirtschaftswissenschaften (Wirtschaft) waren 43,3% weiblich, bei den WS in Deutschland 45,1%.

Das Durchschnittsalter der befragten Studenten betrug $23,7 \pm 2,9$ Jahre. Die Altersverteilungen der beiden Hauptvergleichsgruppen waren sehr ähnlich (s. Abb. 3.1). Hierzu lagen keine Vergleichsdaten vom Statistischen Bundesamt Deutschland vor.

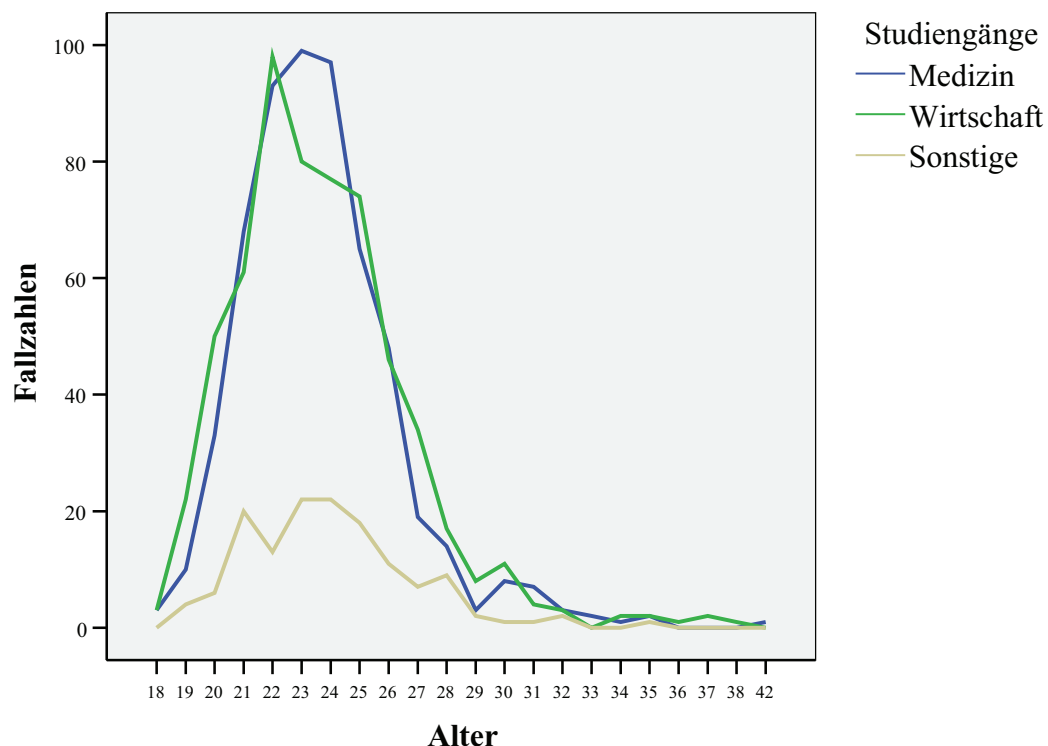


Abb. 3.1: Alterskurven der Studiengänge

Die Studenten befanden sich im Durchschnitt im 6. ($\pm 3,2$) Semester. Die WS (Mittelwert: $5,1 \pm 3,0$) wiesen im Vergleich zu den MS (Mittelwert: $6,6 \pm 3,1$) etwas häufiger niedrigere Semesterzahlen auf (s. Abb. 3.2). Dies ist vermutlich dadurch bedingt, dass das Wirtschaftsstudium mit acht Semestern Regelstudienzeit kürzer ist als das Medizinstudium mit zwölf Semestern und drei Monaten Regelstudienzeit.

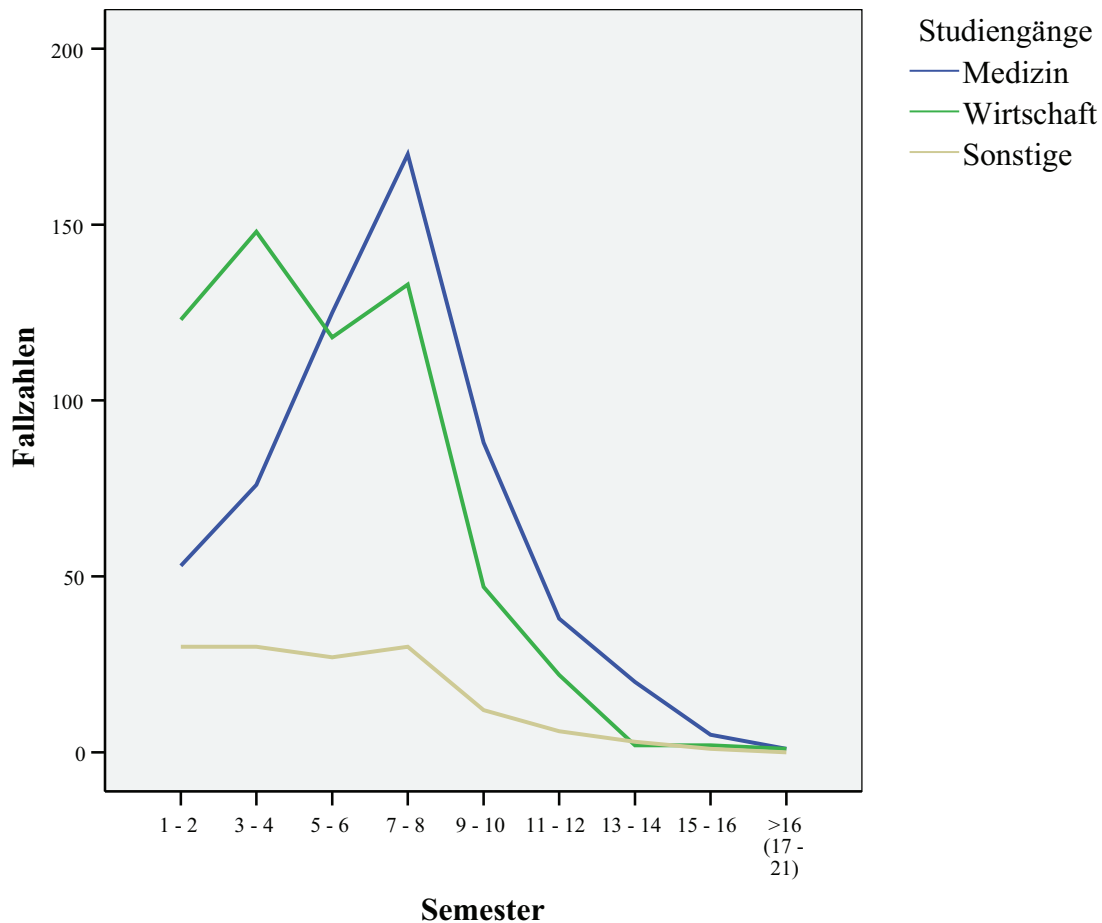


Abb. 3.2: Semester der Studiengänge

Die meisten Antworten kamen von Rostocker Studenten (20,0 %, davon 66,2% w und 33,8% m). Bei den MS kamen gehäuft Antworten aus Berlin, Bonn, Göttingen und Jena, bei den WS aus Berlin, Flensburg, Halle, Hof und Paderborn (s. Tabelle A3).

Die Beziehungssituationen der beiden Gruppen ähnelten einander: von den MS lebten 45,6% ohne Partner und 50,7% mit Partner, bei der Referenzgruppe waren 50,3% partnerlos. Verheiratet waren lediglich 3% der MS und 2,2% der WS (s. Tabelle A4). Die Mehrheit aller Studenten hatte keine Kinder (97,4%; s. Tabelle A5) und lebte alleine (26,2%) oder in einer Wohngemeinschaft (32,8%; s. Tabelle A6). Immerhin lebten 17,5% der Studenten in einer eigenen Wohnung mit ihrem festen Partner. Bei den WS lebten noch 16,1% bei Eltern oder anderen Verwandten, während dies nur für 10,8% der MS zutraf. Die MS favorisierten Wohngemeinschaften mit 37,9%, das taten nur 29% der WS.

3.1.2 Angaben zur Kindheit und Jugendzeit der Studenten

Der Großteil der befragten Studenten wuchs in Deutschland auf, nur 3,1% hatten ihre Kindheit hauptsächlich im Ausland verbracht (s. Tabelle A7). Größere Unterschiede zwischen

den einzelnen Studiengängen fanden sich diesbezüglich nicht. Bei den Heimatbundesländern ergaben sich hingegen Unterschiede: Insgesamt betrachtet kamen die meisten Studenten aus Nordrhein-Westfalen (16,8%) und Mecklenburg-Vorpommern (12,2%). Im Einzelnen wuchsen die MS gehäuft in Niedersachsen (10,4%), Berlin (9,7%), Thüringen (9,4%) und Brandenburg (8,0%) auf; die WS hingegen in Schleswig-Holstein (11,2%), Bayern (10,9%) und Baden-Württemberg (10,1%). (s. Tabelle A7) Die meisten Studenten (39,7%) lebten während ihrer Kindheit in Orten mit 2.000-50.000 Einwohnern (s. Tabelle A8).

3.1.3 Tätigkeiten vor dem Studium

Bei allen drei Studentengruppen hatten im Vergleich zu den Frauen (56,5%) mehr Männer (78,2%, jeweils Prozente der w und m Gesamtstudenten) schon vor dem Studium eine Berufstätigkeit oder Ausbildung absolviert (s. Tabelle A10), der für Männer abzuleistende Zivildienst wurde mit einbezogen.

Eine Tätigkeit zwischen Schulabschluss und Studium übten mehr WS (71,5%) als MS (62%) aus (s. Tabelle A9). Davon hatten fast die Hälfte der WS (47,2%) eine Berufsausbildung erworben, dagegen nur 22,4% der MS (s. Tabelle A11). Von den WS waren 20% vor dem Studium in dem erworbenen Beruf tätig, dagegen nur 8,7% der MS. Zivildienst leisteten 27,5% der MS und 26,1% der WS. Die MS absolvierten mit 8,7% öfter ein Freiwilliges Soziales Jahr als die WS (1,6%).

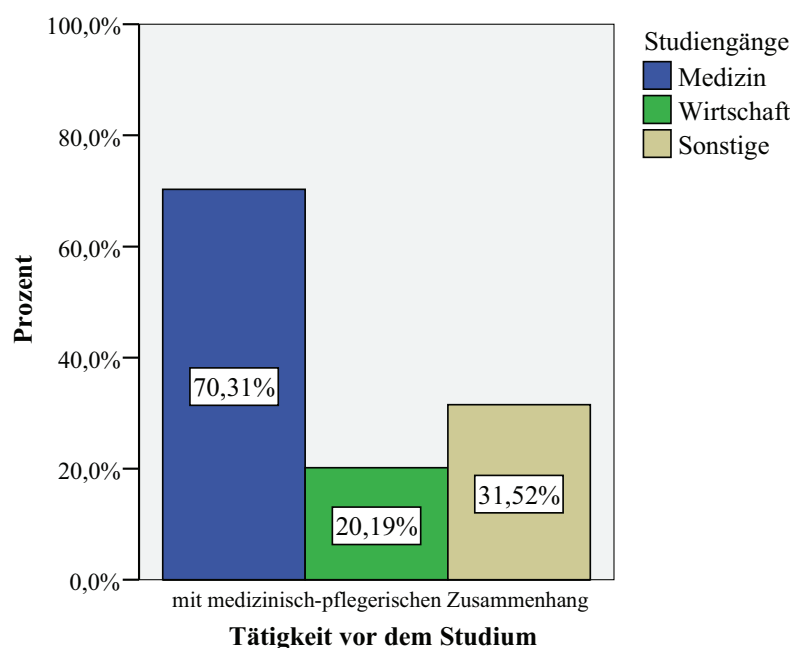


Abb. 3.3: Medizinisch-pflegerische Tätigkeiten vor dem Studium nach Studiengängen

Die Tätigkeit hatte nach eigener Einschätzung der Studenten bei 70,3% der MS einen Bezug zu medizinischen oder pflegerischen Tätigkeiten, jedoch nur bei 20,2% der WS ($p < 0,001$; s. Abb. 3.3; Tabelle A12).

In allen drei Studiengängen hatten die Männer schon mehr Kontakt zu medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten gehabt als die Frauen (s. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Tätigkeit vor dem Studium mit medizinisch-pflegerischen Zusammenhang nach Studiengängen und Geschlecht; der Prozentsatz bezieht sich auf die Männer und Frauen der jeweiligen Studiengänge, die eine Tätigkeit ausübten

Tätigkeit mit medizinisch-pflegerischen Zusammenhang		Studiengänge			Gesamt Studenten
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Männer	Anzahl	124	67	22	213
	Prozent	75,6%	26,1%	36,1%	44,2%
Frauen	Anzahl	127	19	7	153
	Prozent	65,8%	11,2%	22,6%	38,9%

3.1.4 Belastungssituationen und Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen

Die Mehrheit aller Studenten hatte schon eine stärkere Belastungssituation erlebt (56,8%), am häufigsten die MS (60,1%; s. Tabelle A13). Der Unterschied zur Referenzgruppe ist signifikant ($p < 0,05$). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern fand sich nicht.

Zu den häufigsten Belastungserlebnissen zählten größere Probleme durch die familiäre Situation in der Kindheit oder in der Jugend (38,7% der MS; 28,6% der WS), die Belastung durch Verlust einer Bezugsperson oder durch die Erfahrung einer schwierigen Trennung (jeweils 30,1% der Gesamtstudenten). Eine längere körperliche oder seelische Krankheit gaben etwas mehr WS (26,1%) als MS (21,7%) an. (s. Tabelle A14)

Regelmäßigen Kontakt zu pflegebedürftigen Personen hatten 18,9 % der MS, hingegen nur 10,2% der WS ($p < 0,001$; s. Tabelle A15). Von diesen Studenten pflegten 34,9% ($N = 38$) der MS und nur 8,2% ($N = 5$) der WS die hilfebedürftige/n Person/en. Dabei fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

3.1.5 Freizeit/Entspannungsverhalten der Vergleichsgruppen

Alle Studenten wurden zu Beginn des Fragebogens nach den von ihnen bevorzugten Methoden, sich zu entspannen, befragt (s. Tabelle A16). Davon ausgehend, dass die Studenten

unter Entspannung primär ihre Freizeitbeschäftigungen verstehen, wurde das Fragenspektrum breit angelegt.

Bei allen Entspannungsmöglichkeiten waren die MS, ausgenommen Fernsehen/Video/DVD, aktiver als die Referenzgruppe (s. Tabelle A16), bei den weiblichen MS und WS war der Unterschied signifikant ($p < 0,05$). Am häufigsten angegeben wurden in beiden Vergleichsgruppen das Hören von Musik (82,5% der MS; 79,9% der WS) und Fernsehen/Video/DVD (66,1% der MS; 71,3% der WS). Hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,001$) zwischen den beiden Studentengruppen ergaben sich beim Kaffee (m) und Tee trinken (m); ins Kino (w), Theater (m und w); Konzert (w) und in eine Ausstellung (m) gehen; Zeitung (m) und Buch (m) lesen; ein heißes Bad nehmen (m); Spazieren gehen (w); sexuelle Aktivität (m); Sport (w) und Singen/Musizieren (m und w).

In diesem Fragenkomplex wurde auch nach Entspannungsverfahren gefragt. MS praktizierten mit 10,4% häufiger als WS (5,7%) Entspannungsverfahren ($p < 0,01$), die Frauen (10,1%) häufiger als die Männer (5,6%; $p < 0,01$). Zwischen den einzelnen Untergruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (s. Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Entspannungsverfahren praktizieren je Studiengang und Geschlecht (Frage nicht beantwortet: N = 3)

Entspannungs- verfahren praktizieren		Studiengänge nach Geschlecht				Gesamt
		Medizin männlich	Medizin weiblich	Wirtschaft männlich	Wirtschaft weiblich	
nein	Anzahl	185	331	321	238	1075
	Prozent	92,5%	88,0%	95,5%	92,6%	92,0%
ja	Anzahl	15	45	15	19	94
	Prozent	7,5%	12,0%	4,5%	7,4%	8,0%
Gesamt	Anzahl	200	376	336	257	1169
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Untersuchung der beiden neu gebildeten Stichproben (s. Kap. 3.2) ergab, dass 9,6% der MS und 6,6% der WS Entspannungsverfahren praktizieren (n.s.).

3.2 Kenntnisstand der MS und WS zu den Entspannungsverfahren PR, AT und MT

Ab diesem Kapitel erfolgt die Auswertung auf der Grundlage der neu gebildeten Stichprobe für MS und WS (s. Kap 2.6.2). In der Originalstichprobe war bei den MS der Frauenanteil höher, bei den WS der Männeranteil (s. Kap. 3.1.1). Bei der neuen Stichprobe war das

Geschlechterverhältnis mit je 200 männlichen und je 258 weiblichen MS bzw. WS ausgeglichen (s. Tabelle 3.4). Damit wurden systematische Fehler infolge der unterschiedlichen Geschlechterverteilung vermieden.

Tabelle 3.4: Die neue Stichprobe mit Geschlechterverhältnis

	Medizin männlich	Medizin weiblich	Wirtschaft männlich	Wirtschaft weiblich	Gesamt
Fallzahlen	200	258	200	258	916
Prozent	21,8	28,2	21,8	28,2	100,0

Um den Bekanntheitsgrad der drei Entspannungsverfahren festzustellen, hatten die Studenten jeweils die Wahl zwischen vier Antwortmöglichkeiten:

1. Ich kenne das Verfahren nicht.
2. Ich habe davon schon etwas gehört.
3. Ich habe es einige Male ausprobiert (1-4 Sitzungen)
4. Ich habe es erlernt (mehr als vier Sitzungen).

In der Auswertung wurde die Antwortmöglichkeit eins als „nicht kennen“ des Verfahrens definiert und die Antwortmöglichkeiten zwei bis vier als „kennen“ des Verfahrens zusammengefasst.

3.2.1 Kenntnisstand von PR

PR kannten 71,4% der WS, jedoch nur 29,0% der MS nicht (s. Tabelle 3.5). Bei den Items „nicht kennen“, „schon etwas gehört haben“ und „ausprobiert haben“ waren hoch signifikante Unterschiede zu Gunsten des Wissenstandes der MS festzustellen ($p < 0,001$). Dagegen hatte eine vergleichbare Anzahl Studenten aus beiden Studiengruppen (MS: 5,7%; WS: 3,3%) PR erlernt.

Im Vergleich beider Geschlechter war PR bei Frauen bekannter ($p < 0,01$). Nur 45,9 % der Frauen kannten PR nicht, bei den Männern waren es dagegen 55,8% (s. Tabelle A17). Frauen hatten PR auch signifikant häufiger ausprobiert als Männer ($p < 0,05$).

Bei Betrachtung des Geschlechterverhältnisses in Abhängigkeit von der Studienrichtung fielen keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen MS auf. Bei den männlichen WS hingegen war PR viel seltener bekannt als bei den weiblichen WS ($p < 0,01$) und wurde seltener ausprobiert ($p < 0,01$; s. Tabelle A18).

Tabelle 3.5: Kenntnisstand PR der Studiengruppen; *** $p < 0,001$

Kenntnisstand PR		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
PR nicht bekannt	Anzahl	133	327	460
	% der Studiengänge	29,0%***	71,4%	50,2%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	197	79	276
	% der Studiengänge	43,0%***	17,2%	30,1%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	102	37	139
	% der Studiengänge	22,3%***	8,1%	15,2%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	26	15	41
	% der Studiengänge	5,7%	3,3%	4,5%
Gesamt	Anzahl	458	458	916
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

3.2.2 Kenntnisstand von AT

Auch beim AT zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen.

Die MS kannten AT häufiger ($p < 0,001$), hatten es häufiger ausprobiert ($p < 0,001$) und prozentual häufiger erlernt als die WS ($p = 0,067$; n.s.; s. Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6: Kenntnisstand AT der Studiengruppen; *** $p < 0,001$

Kenntnisstand AT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
AT nicht bekannt	Anzahl	23	96	119
	% der Studiengänge	5,0%***	21,0%	13,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	235	242	477
	% der Studiengänge	51,3%	52,8%	52,1%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	156	91	247
	% der Studiengänge	34,1%***	19,9%	26,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	44	29	73
	% der Studiengänge	9,6%	6,3%	8,0%
Gesamt	Anzahl	458	458	916
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Bei den Männern war AT signifikant ($p < 0,001$) weniger bekannt als bei Frauen. 18,8% der Männer gaben an, AT nicht zu kennen, dagegen nur 8,5% der Frauen (s. Tabelle A19). Bei den Angaben „nicht kennen“, „schon etwas gehört haben“ und „ausprobiert haben“ ergaben

sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei den MS hatten signifikant ($p < 0,05$) mehr Frauen AT erlernt als Männer (s. Tabelle A20). Bei den WS kannten 30,5% der Männer und 13,6% der Frauen AT nicht ($p < 0,001$). Außerdem hatten signifikant mehr weibliche WS AT schon einige Male ausprobiert ($p < 0,05$; s. Tabelle A20).

3.2.3 Kenntnisstand von MT

Auch die MT war wesentlich bekannter bei MS ($p < 0,001$): 15,1% der WS und lediglich 7,4% der MS kannten MT nicht (s. Tabelle 3.7). Mehr als 60% der Studenten der beiden Studiengruppen hatten schon etwas über MT gehört. Die Unterschiede bei den Rubriken „nicht kennen“, „schon etwas gehört haben“ und „ausprobiert haben“ waren nicht signifikant.

Tabelle 3.7: Kenntnisstand MT der Studiengruppen; *** $p < 0,001$

Kenntnisstand MT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
MT nicht bekannt	Anzahl	34	69	103
	% der Studiengänge	7,4%***	15,1%	11,2%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	287	276	563
	% der Studiengänge	62,7%	60,2%	61,5%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht.	Anzahl	118	103	221
	% der Studiengänge	25,8%	22,5%	24,1%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	19	10	29
	% der Studiengänge	4,1%	2,2%	3,2%
Gesamt	Anzahl	458	458	916
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Die MT war bei Frauen mit 91,3 % häufiger bekannt als bei Männern (85,5%; $p < 0,01$; s. Tabelle A21). Von der MT gehört, sie ausprobiert oder erlernt hatten hingegen vergleichbar viele Männer und Frauen. Bei den MS fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (s. Tabelle A22). Bei den WS kannten mehr Männer (19,5%) als Frauen (11,6%) die MT nicht ($p < 0,05$; s. Tabelle A22).

3.2.4 Häufigkeit des Erlernens der drei Entspannungsverfahren

Nur 13,5% der befragten Studenten hatten wenigstens eines der drei Entspannungsverfahren erlernt (s. Tabelle 3.8). Zwei der Entspannungsverfahren hatten nur noch 1,9% der Gesamtstudenten erlernt. Auch hier zeigte sich, dass die MS mehr Erfahrungen mit Entspannungsverfahren als die Referenzgruppe hatten: 16,2% der MS, aber nur 10,9% der WS hatten mindestens eines der Verfahren erlernt ($p < 0,05$; s. Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8: Häufigkeiten des Erlernen von Entspannungsverfahren nach Studiengängen, * $p < 0,05$

Entspannungsverfahren		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Mindestens eines erlernt	Anzahl	74	50	124
	% der Studiengänge	16,2%*	10,9%	13,5%
Mindestens zwei erlernt	Anzahl	13	4	17
	% der Studiengänge	2,8%*	0,9%	1,9%
Drei erlernt	Anzahl	2	0	2
	% der Studiengänge	0,4%	0,0%	0,2%

3.3 Bekanntheitsgrade der drei Entspannungsverfahren im Vergleich

Beim Vergleich des Wissenstandes über die drei abgefragten Verfahren bei den beiden Studiengruppen ergab sich, dass PR am wenigsten bekannt war: 50,2% der Studenten gaben an, PR nicht zu kennen, dagegen kannten nur 13% AT und 11,2% MT nicht (s. Tabelle 3.9). Von MT und AT hatten die meisten Studenten schon etwas gehört (MT: 61,5% und AT: 52,1%). AT wurde am häufigsten von den Studenten erprobt (26,9%) und erlernt (8%). MT wurde ähnlich häufig ausprobiert wie AT (s. Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9: Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren im Vergleich. Die Prozentangaben beziehen sich für jedes Entspannungsverfahren auf die Gesamtzahl der Studenten der modifizierten Stichprobe ($N = 916 = 100\%$)

Kenntnisstand		Entspannungsverfahren		
		PR	AT	MT
Nicht bekannt	Anzahl	460	119	103
	Prozent	50,2%	13,0%	11,2%
Schon etwas gehört	Anzahl	276	477	563
	Prozent	30,1%	52,1%	61,5%
Einige Male probiert	Anzahl	139	247	221
	Prozent	15,2%	26,9%	24,1%
Erlernt	Anzahl	41	73	29
	Prozent	4,5%	8,0%	3,2%

Bei den MS war das AT das bekannteste Verfahren, nur 5% kannten es nicht (s. Tabelle 3.10). Bei den WS hingegen war die MT am bekanntesten, nur 15,1% kannten sie nicht. AT war auch das am häufigsten ausprobierte Verfahren (34,1%) bei den MS, dann folgten die beiden anderen Verfahren mit 25,8% für MT und 22,3% für PR. Dagegen hatten die WS am häufigsten die MT ausprobiert (22,5%), gefolgt von dem AT (19,9%) und der PR (nur 8,1%). Beide Studentengruppen hatten am häufigsten das AT erlernt (s. Tabelle 3.10).

Tabelle 3.10: Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren nach Studiengängen; der Prozentsatz bezieht sich für jedes Entspannungsverfahren auf die Gesamtzahl der Studenten der modifizierten Stichprobe der jeweiligen Studienrichtung (N = 458 = 100%)

Kenntnisstand		Medizinstudenten			Wirtschaftsstudenten		
		PR	AT	MT	PR	AT	MT
Nicht bekannt	Anzahl	133	23	34	327	96	69
	Prozent	29%	5%	7,4%	71,4%	21%	15,1%
Schon etwas gehört	Anzahl	197	235	287	79	242	276
	Prozent	43%	51,3%	62,7%	17,2%	52,8%	60,2%
Einige Male probiert	Anzahl	102	156	118	37	91	103
	Prozent	22,3%	34,1%	25,8%	8,1%	19,9%	22,5%
Erlernt	Anzahl	26	44	19	15	29	10
	Prozent	5,7%	9,6%	4,1%	3,3%	6,3%	2,2%

3.4 Faktoren für den Kenntnisstand von den drei Entspannungsverfahren

Da die Kenntnisse der beiden Studienrichtungen so unterschiedlich waren (s. Kap. 3.2/3.5), erfolgte diese Analyse getrennt nach den einzelnen Studiengängen der neu modifizierten Stichprobe.

3.4.1 Abhängigkeit des Kenntnisstandes vom Alter

Es wurden drei Altersklassen gebildet, die jeweils drei Lebensjahre umfassten (s. Tabelle 3.11). In die Klasse 1 wurden aufgrund der geringen Anzahl zusätzlich die 18-jährigen aufgenommen (N = 6 = 0,7%). Zur Klasse 3 wurde die recht geringe Anzahl von Studenten über 27 Jahre hinzugenommen, basierend auf der Annahme, dass der Großteil der Studenten im Alter von 27 Jahren das Studium abgeschlossen hat. Tatsächlich waren nur 8,0% (N = 75) älter als 27 Jahre.

Tabelle 3.11: Altersklassen der Studiengänge für die Auswertung der Abhängigkeit des Wissenstandes von Entspannungsverfahren vom Alter, J. = Jahre

Alters- klassen			Studiengänge		Gesamt
			Medizin	Wirtschaft	
1	18-21 J.	Anzahl	90	102	192
		% der Studiengänge	19,7%	22,3%	21,0%
2	22-24 J.	Anzahl	216	202	418
		% der Studiengänge	47,1%	44,1%	45,6%
3	25-42 J.	Anzahl	152	154	306
		% der Studiengänge	33,2%	33,6%	33,4%
Gesamt		Anzahl	458	458	916
		% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Bei der PR ließ sich ein eindeutiger Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand feststellen. Bei den MS wurde die PR mit zunehmenden Alter bekannter: Bei den Altersklassen 2 und 3 war PR signifikant ($p < 0,01$; $p < 0,001$) bekannter als bei der Altersklasse 1 (s. Tabelle 3.12). Altersgruppe 2 und 3 hatten die PR signifikant häufiger ausprobiert als die Gruppe 1 (je $p < 0,05$). Mehr ältere MS als MS mittleren und jüngeren Alters hatten PR erlernt (je $p < 0,05$). Allerdings waren die Fallzahlen hier sehr niedrig (s. Tabelle 3.12).

Tabelle 3.12: Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand von PR der MS; *** $p < 0,001$ bezogen auf Altersklasse 3 und $p < 0,01$ bezogen auf Altersklasse 2; ** $p < 0,05$ bezogen auf Altersklasse 2 und 3; * $p < 0,05$ bezogen auf Altersklasse 3; J. = Jahre

Kenntnisstand PR		Altersklassen der Medizinstudenten			Gesamt
		1. Klasse (18-21 J.)	2. Klasse (22-24 J.)	3. Klasse (25-42 J.)	
PR nicht bekannt	Anzahl	41	56	36	133
	% der Altersklassen	45,6%***	25,9%	23,7%	29,0%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	36	101	60	197
	% der Altersklassen	40,0%	46,8%	39,5%	43,0%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	11	52	39	102
	% der Altersklassen	12,2%**	24,1%	25,6%	22,3%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	2	7	17	26
	% der Altersklassen	2,2%*	3,2%*	11,2%	5,7%
Gesamt	Anzahl	90	216	152	458
	% der Altersklassen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bei den WS zeigte sich in der Tendenz, dass mehr ältere als jüngere WS PR kannten und mit zunehmendem Alter auch häufiger PR ausprobiert hatten. Bei der Gruppe, die PR erlernt hatte, ergab sich eine Altersabhängigkeit ($p < 0,05$), auch hier waren die Fallzahlen ($N = 15$, PR erlernt) sehr gering. (s. Tabelle 3.13)

Tabelle 3.13: Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand von PR der WS; * $p < 0,05$ bezogen auf Altersklasse 3; J. = Jahre

Kenntnisstand PR		Altersklassen der Wirtschaftsstudenten			Gesamt
		1. Klasse (18-21 J.)	2. Klasse (22-24 J.)	3. Klasse (25-42 J.)	
PR nicht bekannt	Anzahl	73	149	105	327
	% der Alterklassen	71,6%	73,8%	68,2%	71,4%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	23	31	25	79
	% der Alterklassen	22,5%	15,3%	16,2%	17,2%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	5	17	15	37
	% der Alterklassen	4,9%	8,4%	9,7%	8,1%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	1	5	9	15
	% der Alterklassen	1,0%*	2,5%	5,9%	3,3%
Gesamt	Anzahl	102	202	154	458
	% der Alterklassen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 3.14: Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand von AT der MS; J. = Jahre

Kenntnisstand AT		Altersklassen der Medizinstudenten			Gesamt
		1. Klasse (18-21 J.)	2. Klasse (22-24 J.)	3. Klasse (25-42 J.)	
AT nicht bekannt	Anzahl	4	14	5	23
	% der Alterklassen	4,4%	6,5%	3,3%	5,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	54	104	77	235
	% der Alterklassen	60,0%	48,1%	50,7%	51,3%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	25	79	52	156
	% der Alterklassen	27,8%	36,6%	34,2%	34,1%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	7	19	18	44
	% der Alterklassen	7,8%	8,8%	11,8%	9,6%
Gesamt	Anzahl	90	216	152	458
	% der Alterklassen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Beim AT zeigte sich bei den MS im Trend, dass AT bei älteren Studenten bekannter war ($96,7\% > 95,6\%$; n.s.). Es hatten mehr MS in der Altersklasse 3 AT erlernt als in der Klasse 1 und 2. (n.s.; s. Tabelle 3.14)

Bei den WS kannten signifikant mehr ältere Studenten als jüngere AT ($p < 0,05$), und es hatten prozentual mehr ältere WS AT erlernt (s. Tabelle 3.15).

Tabelle 3.15: Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand von AT der WS; * $p < 0,05$ bezogen auf Altersklasse 3; J. = Jahre

Kenntnisstand AT		Altersklassen der Wirtschaftsstudenten			Gesamt
		1. Klasse (18-21 J.)	2. Klasse (22-24 J.)	3. Klasse (25-42 J.)	
AT nicht bekannt	Anzahl	27	44	25	96
	% der Altersklassen	26,5%*	21,8%	16,2%	21,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	55	103	84	242
	% der Altersklassen	53,9%	51,0%	54,6%	52,8%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	15	45	31	91
	% der Altersklassen	14,7%	22,3%	20,1%	19,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	5	10	14	29
	% der Altersklassen	4,9%	4,9%	9,1%	6,3%
Gesamt	Anzahl	102	202	154	458
	% der Altersklassen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Alter und Kenntnisstand bei MT ließ sich nicht erkennen (s. Tabellen A23/A24).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die deutlichste Beziehung zwischen dem Wissensstand über ein Verfahren und dem Alter bei der PR und den MS zu finden war: Den älteren MS war PR wesentlich besser bekannt. Bei den WS ergab sich nur ein positiver Trend. Beim AT zeigte sich nur bei den WS eine eindeutige Altersabhängigkeit. Bei der MT war bei beiden Studiengängen kein klarer Zusammenhang erkennbar.

3.4.2 Abhängigkeit des Kenntnisstandes von der Semesterzahl

Auch mit steigender Semesterzahl ergaben sich Unterschiede beim Bekanntheitsgrad der drei Entspannungsverfahren ähnlich wie beim Alter. Es wurden drei Semestergruppen gebildet (s. Tabelle 3.16).

Tabelle 3.16: Semestergruppen der Studiengänge für die Auswertung der Abhängigkeit des Wissenstandes von Entspannungsverfahren vom Semester; S. = Semester

Semester- gruppen			Studiengänge		Gesamt
			Medizin	Wirtschaft	
1	1.-4. S.	Anzahl	105	212	317
		% der Studiengänge	22,9%	46,3%	34,6%
2	5.-8. S.	Anzahl	225	189	414
		% der Studiengänge	49,1%	41,3%	45,2%
3	≥9. S.	Anzahl	128	57	185
		% der Studiengänge	28,0%	12,4%	20,2%
Gesamt		Anzahl	458	458	916
		% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Die PR war bei MS höherer Semester signifikant bekannter ($p < 0,001$; s. Tabelle 3.17). MS der mittleren und höheren Semester (Gruppe 2 und 3) hatten PR häufiger ausprobiert (jeweils $p < 0,01$) und prozentual häufiger erlernt als die niedrigeren Semester (Gruppe 1).

Tabelle 3.17: Einfluss des Semesters auf den Kenntnisstand von PR der MS; *** $p < 0,001$ bezogen auf Semestergruppe 2 und 3; ** $p < 0,01$ bezogen auf Semestergruppe 2 und 3; Gr. = Gruppe; S. = Semester

Kenntnisstand PR		Semestergruppen der Medizinstudenten			Gesamt
		1. Gr. (1.-4. S.)	2. Gr. (5.-8. S.)	3. Gr. (≥9. S.)	
PR nicht bekannt	Anzahl	50	58	25	133
	% der Semestergruppen	47,6%***	25,8%	19,5%	29,0%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	40	97	60	197
	% der Semestergruppen	38,1%	43,1%	46,9%	43,0%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	11	56	35	102
	% der Semestergruppen	10,5%**	24,9%	27,3%	22,3%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	4	14	8	26
	% der Semestergruppen	3,8%	6,2%	6,3%	5,7%
Gesamt	Anzahl	105	225	128	458
	% der Semestergruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die WS kannten PR tendenziell häufiger in den höheren als in den niedrigeren Semestern (n.s.; s. Tabelle 3.18). PR ausprobiert hatten signifikant mehr WS der Semestergruppe 3 als der Gruppen 1 und 2 (jeweils $p < 0,01$) bei allerdings geringen Fallzahlen ($N = 37$). Für das Item „erlernt“ ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3.18: Einfluss des Semesters auf den Kenntnisstand von PR der WS; ** $p < 0,01$ bezogen auf Semestergruppe 3; Gr. = Gruppe; S. = Semester

Kenntnisstand PR		Semestergruppen der Wirtschaftsstudenten			Gesamt
		1. Gr. (1.-4. S.)	2. Gr. (5.-8. S.)	3. Gr. (≥9. S.)	
PR nicht bekannt	Anzahl	150	139	38	327
	% der Semestergruppen	70,7%	73,5%	66,7%	71,4%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	40	32	7	79
	% der Semestergruppen	18,9%	16,9%	12,3%	17,2%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	14	12	11	37
	% der Semestergruppen	6,6%**	6,4%**	19,3%	8,1%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	8	6	1	15
	% der Semestergruppen	3,8%	3,2%	1,7%	3,3%
Gesamt	Anzahl	212	189	57	458
	% der Semestergruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Auch beim AT zeigte sich ein Einfluss der Semesterzahl. Das AT war bei MS in höheren Semestern bekannter als in niedrigeren ($p < 0,05$; s. Tabelle 3.19). Prozentual hatten mehr MS in höheren Semestern AT ausprobiert und erlernt als in niedrigeren.

Tabelle 3.19: Einfluss des Semesters auf den Kenntnisstand von AT der MS; $p < 0,05$ bezogen auf Semestergruppe 3; Gr. = Gruppe; S. = Semester

Kenntnisstand AT		Semestergruppen der Medizinstudenten			Gesamt
		1. Gr. (1.-4. S.)	2. Gr. (5.-8. S.)	3. Gr. (≥9. S.)	
AT nicht bekannt	Anzahl	9	12	2	23
	% der Semestergruppen	8,6%*	5,3%	1,5%	5,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	60	111	64	235
	% der Semestergruppen	57,1%	49,4%	50,0%	51,3%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	28	79	49	156
	% der Semestergruppen	26,7%	35,1%	38,3%	34,1%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	8	23	13	44
	% der Semestergruppen	7,6%	10,2%	10,2%	9,6%
Gesamt	Anzahl	105	225	128	458
	% der Semestergruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bei den WS war das AT in den höheren Semestern im Trend bekannter und wurde häufiger ausprobiert und erlernt (n.s.; s. Tabelle A25). Ein signifikanter Unterschied ergab sich hinsichtlich des Erlernens von AT zwischen Semestergruppe 1 und 3 ($p < 0,05$), bei allerdings niedrigen Fallzahlen ($N = 29$, AT erlernt).

In Bezug auf die MT ergab sich, dass bei den MS zwar die MT in höheren Semestern im Trend bekannter war (n.s.; s. Tabelle A26), jedoch hatten signifikant mehr MS der niedrigeren Semester (Gruppe 1) MT ausprobiert als in höheren (Gruppe 2; $p < 0,05$). Bei den WS zeigten sich keine Zusammenhänge (s. Tabelle A27).

Zusammenfassend ergab sich bei den MS in Bezug auf insbesondere PR, aber auch AT ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bekanntheitsgrad und höheren Semestern. Zudem ist PR signifikant häufiger von den MS in höheren Semestern ausprobiert worden. Bei den WS ergaben sich bei beiden Verfahren tendenziell ein höherer Bekanntheitsgrad mit zunehmender Semesterzahl. Bei der MT ergab sich bei beiden Studiengruppen kein Zusammenhang diesbezüglich.

3.4.3 Unterschiede der Kenntnisstände zwischen Ost- und Westdeutschland

Die jahrzehntelange Teilung Deutschlands mit ihren großen kulturellen wie auch politischen Unterschieden wirkt sich möglicherweise bis heute auch auf den Umgang mit Entspannungsverfahren aus. Deshalb wurden die Heimatbundesländer der Studenten der modifizierten Studiengruppe nach den früheren Grenzen zwischen der DDR und der BRD eingeteilt. Das Bundesland Berlin konnte nicht eingeordnet werden, da eine Befragung nicht getrennt nach Ost- und Westberlin erfolgte. Deshalb gingen sowohl die Angabe Berlin als auch die Angabe Ausland bei der Frage nach dem Land, wo hauptsächlich die Jugend und Kindheit verlebt wurde, nicht in die Bewertung dieses Kapitel mit ein.

Sowohl MS als auch WS kamen häufiger aus den westlichen Bundesländern (s. Abb. 3.4).

Bei der PR ließen sich für die MS keine signifikanten Unterschiede zwischen Ost und West feststellen (s. Tabelle A28). Bei den WS zeigten sich leichte Unterschiede: Die PR war in Westdeutschland bekannter und signifikant häufiger erlernt worden ($p < 0,01$), allerdings waren die Fallzahlen sehr gering. Von den in Ostdeutschland aufgewachsenen WS hatte keiner PR erlernt. (s. Tabelle 3.20)

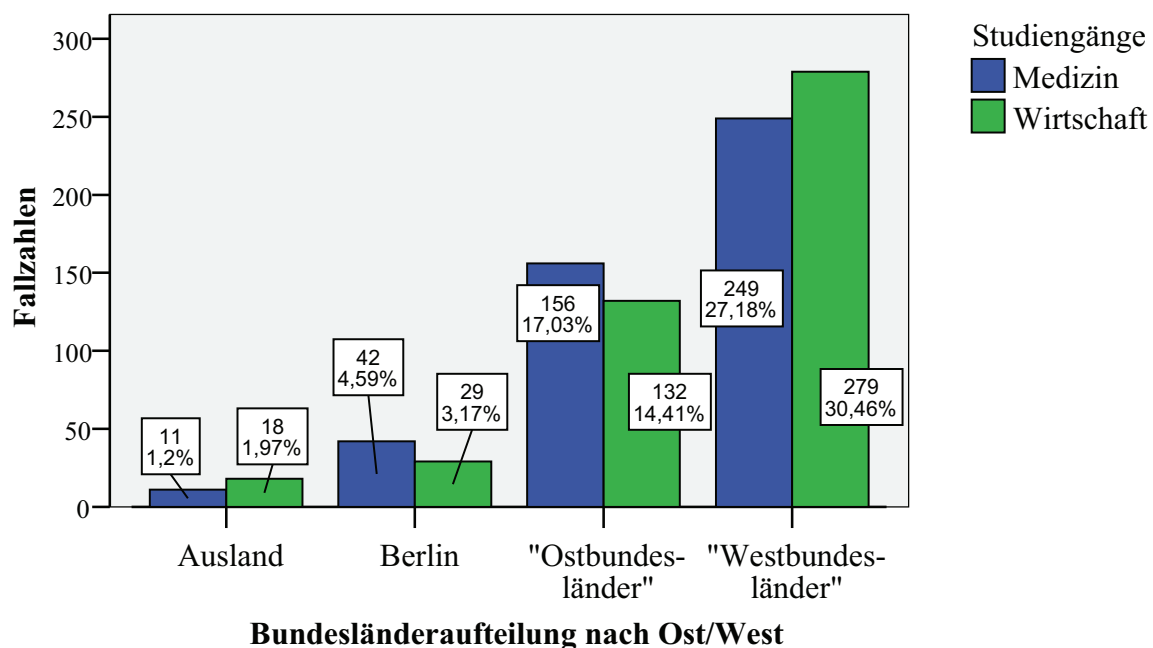


Abb. 3.4: Heimat- (Bundes-) Länder nach Ost/West der Studiengänge

Tabelle 3.20: Kenntnisstand der PR nach Ost/West der WS; ** $p < 0,01$

Kenntnisstand PR		Heimat- (Bundes-) Länder der WS		Gesamt
		Ostbundesländer	Westbundesländer	
PR nicht bekannt	Anzahl	98	197	295
	% der Bundesländer	74,2%	70,6%	71,8%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	27	42	69
	% der Bundesländer	20,5%	15,1%	16,8%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	7	26	33
	% der Bundesländer	5,3%	9,3%	8,0%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	0	14	14
	% der Bundesländer	0,0%**	5,0%	3,4%
Gesamt	Anzahl	132	279	411
	% der Bundesländer	100,0%	100,0%	100,0%

Für das AT ergaben sich für MS und WS aus dem Osten und Westen Deutschlands keine relevanten Unterschiede (s. Tabellen A29/A30). Die MT kannten zwar gleich viele MS aus Ost und West (Ost : West = 91,7% : 91,9%), es hatten jedoch signifikant weniger MS aus den

ostdeutschen Bundesländern MT ausprobiert (Ost : West = 16,7% : 30,9%; $p < 0,01$; s. Tabelle A31). Bei den WS fehlten diese Unterschiede (s. Tabelle A32).

Zusammenfassend war bei den MS nur ein Unterschied im Bezug auf die MT vorhanden: MS aus den westlichen Bundesländern hatten sie häufiger ausprobiert. Bei den WS ergab sich, dass die WS aus Westdeutschland PR häufiger erlernt hatten, sonst zeigten sich keine aussagekräftigen Unterschiede.

3.4.4 Abhängigkeit des Kenntnisstandes von Belastungssituationen im Leben

Um den möglichen Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren und der Erfahrung von Belastungssituationen zu prüfen, wurde der diesbezügliche Wissensstand zwischen den Studenten mit und ohne erlebte Belastungssituation verglichen. Zudem wurden einzelne häufig auftretende Belastungssituationen (s. Kap. 3.1.4) speziell untersucht, es werden hier nur die relevanten Ergebnisse dargestellt. Basis der Auswertung waren die modifizierten Studiengruppen (s. Kap. 3.2)

3.4.4.1 Allgemeine Belastungssituation

Der Vergleich des Kenntnisstandes von PR von MS mit und MS ohne Belastungssituationen im Leben ergab keine signifikanten Unterschiede. Tendenziell wussten MS mit Belastungssituation aber besser über PR Bescheid als MS ohne eine solche. (s. Tabelle A33) Bei den WS hatten signifikant mehr Studenten mit Belastungssituationen PR ausprobiert ($p < 0,01$) und erlernt ($p < 0,05$; s. Tabelle A34) bei allerdings geringen Fallzahlen ($N = 37$ PR ausprobiert; $N = 15$ PR erlernt).

MS mit Belastungssituationen hatten signifikant häufiger AT ausprobiert ($p < 0,05$; s. Tabelle A35). Bei den WS zeigte sich ein Trend, dass sie mit Belastungssituationen AT häufiger kannten, ausprobiert und erlernt hatten (n.s.; s. Tabelle A36).

Die MT wurde häufiger von MS mit Belastungssituationen ausprobiert ($p < 0,05$; s. Tabelle A37). Bei den WS ergab sich im Trend, dass sie mit Belastungssituationen mehr Erfahrungen mit MT hatten (n.s.; s. Tabelle A38).

3.4.4.2 Körperliche oder seelische Erkrankung

Eine Belastungssituation, die sowohl von MS als auch von WS häufig angegeben wurde, war eine längere körperliche oder seelische Krankheit. Die MS, die eine solche Krankheit erlebt hatten, kannten PR häufiger (n.s.) und hatten es häufiger ausprobiert (n.s.) und erlernt ($p < 0,01$; s. Tabelle 3.21). Jedoch hatten nur insgesamt 26 MS die PR erlernt.

Tabelle 3.21: Einfluss von Krankheiten auf den Kenntnisstand von PR der MS; ** p < 0,01

Kenntnisstand PR		Längere körperliche/ seelische Krankheit der MS		Gesamt
		nein	ja	
PR nicht bekannt	Anzahl	122	11	133
	% der MS ohne/mit Krankheit	30,5%	19,0%	29,0%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	175	22	197
	% der MS ohne/mit Krankheit	43,7%	37,9%	43,0%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	86	16	102
	% der MS ohne/mit Krankheit	21,5%	27,6%	22,3%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	17	9	26
	% der MS ohne/mit Krankheit	4,3%	15,5%**	5,7%
Gesamt	Anzahl	400	58	458
	% der MS ohne/mit Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%

Bei den WS war eine längere Krankheit noch deutlicher mit einem hohen Kenntnisstand von PR assoziiert als bei den MS. Die betroffenen WS kannten PR häufiger und hatten sie häufiger ausprobiert und erlernt (jeweils p < 0,01), wobei allerdings für die Items „ausprobiert“ und „erlernt haben“ nur sehr geringe Fallzahlen vorlagen (s. Tabelle 3.22).

Tabelle 3.22: Einfluss von Krankheiten auf den Kenntnisstand von PR der WS; ** p < 0,01

Kenntnisstand PR		Längere körperliche/ seelische Krankheit der WS		Gesamt
		nein	ja	
PR nicht bekannt	Anzahl	291	36	327
	% der WS ohne/mit Krankheit	74,0%	55,4%**	71,4%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	68	11	79
	% der WS ohne/mit Krankheit	17,3%	16,9%	17,2%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	25	12	37
	% der WS ohne/mit Krankheit	6,4%	18,5%**	8,1%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	9	6	15
	% der WS ohne/mit Krankheit	2,3%	9,2%**	3,3%
Gesamt	Anzahl	393	65	458
	% der WS ohne/mit Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%

Auch AT war bei beiden Gruppen mit einer durchlebten Krankheit häufiger bekannt (jeweils n.s.), sie hatten es häufiger ausprobiert (jeweils n.s.) und signifikant häufiger erlernt (jeweils $p < 0,001$; MS; AT erlernt: $N = 44$; WS, AT erlernt: $N = 29$; s. Tabellen 3.23/A39). Die MS mit einer längeren Krankheit kannten zu 100% das AT (s. Tabelle 3.23).

Tabelle 3.23: Einfluss von Krankheiten auf den Kenntnisstand von AT der MS; ** $p < 0,01$;

*** $p < 0,001$

Kenntnisstand AT		Längere körperliche/ seelische Krankheit der MS		Gesamt
		nein	ja	
AT nicht bekannt	Anzahl	23	0	23
	% der MS ohne/mit Krankheit	5,8%	0,0%	5,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	215	20	235
	% der MS ohne/mit Krankheit	53,7%	34,5%**	51,3%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	131	25	156
	% der MS ohne/mit Krankheit	32,7%	43,1%	34,1%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	31	13	44
	% der MS ohne/mit Krankheit	7,8%	22,4%***	9,6%
Gesamt	Anzahl	400	58	458
	% der MS ohne/mit Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%

Die MS mit einer durchlebten Krankheit kannten die MT ebenso oft wie die nicht erkrankten. Sie hatten die MT jedoch prozentual häufiger ausprobiert und erlernt (n.s.; s. Tabelle A40). Die WS, die eine Krankheit durchlebt hatten, kannten die MT tendenziell häufiger und hatten sie häufiger ausprobiert (n.s.; s. Tabelle A41).

Zusammenfassend sind somit vor allem die PR und das AT durch die Erfahrung einer längeren körperlichen oder seelischen Erkrankung bei beiden Studiengängen häufiger bekannt, ausprobiert und erlernt worden.

3.4.4.3 Probleme durch die familiäre Situation in der Kindheit oder Jugend

Zu den häufigsten Belastungssituationen in beiden Studiengängen zählten familiäre Probleme. Jedoch kannten nur WS, die eine Belastungssituation durch familiäre Probleme erfahren hatten, PR häufiger als WS ohne derartige Probleme ($p < 0,05$; s. Tabelle 3.24). Andere Zusammenhänge zwischen familiären Problemen und Kenntnisstand oder Anwendung von Entspannungsverfahren ergaben sich nicht.

Tabelle 3.24: Einfluss von familiären Belastungen auf den Kenntnisstand von PR der WS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand PR		Größere Probleme durch die familiäre Situation in Kindheit/Jugend bei WS		Gesamt
		nein	ja	
PR bekannt	Anzahl	102	29	131
	% der WS ohne/mit familiäre Belastungssituation	26,6%	38,7%*	28,6%
PR nicht bekannt	Anzahl	281	46	327
	% der WS ohne/mit familiäre Belastungssituation	73,4%	61,3%*	71,4%
Gesamt	Anzahl	383	75	458
	% der WS ohne/mit familiäre Belastungssituation	100,0%	100,0%	100,0%

3.4.4.4 Belastung durch den Verlust einer nahe stehenden Person

Auch die häufig angegebene Belastung durch den Verlust einer nahe stehenden Person hatte einen Einfluss auf den Kenntnisstand von Entspannungsverfahren. Die betroffenen MS kannten das AT zu 100% und damit häufiger als nicht betroffene MS ($p < 0,05$; s. Tabelle 3.25).

Tabelle 3.25: Einfluss von dem Verlust einer nahe stehenden Person auf den Kenntnisstand von AT der MS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand AT		Belastung durch Verlust einer Person der MS		Gesamt
		nein	ja	
AT bekannt	Anzahl	345	90	435
	% der MS ohne/mit Verlust einer Person	93,7%	100,0%*	95,0%
AT nicht bekannt	Anzahl	23	0	23
	% der MS ohne/mit Verlust einer Person	6,3%	0,0%*	5,0%
Gesamt	Anzahl	368	90	458
	% der MS ohne/mit Verlust einer Person	100,0%	100,0%	100,0%

WS mit Belastung durch den Verlust einer nahe stehenden Person kannten die MT tendenziell häufiger (n.s.), hatten sie öfter ausprobiert ($p < 0,05$) und tendenziell auch häufiger erlernt (n.s.; s. Tabelle A42). Weitere Assoziationen ergaben sich jedoch nicht.

3.4.5 Abhängigkeit des Kenntnisstandes von Tätigkeiten vor dem Studium

Das Merkmal „Es wurde vor dem Studium eine Tätigkeit ausgeübt“ stand nicht im Zusammenhang mit der Kenntnis der drei Entspannungsverfahren. Allerdings kannten WS, die eine Ausbildung gemacht hatten, das AT signifikant häufiger ($p < 0,05$; s. Tabelle 3.26).

Tabelle 3.26: Einfluss einer Berufsausbildung auf den Kenntnisstand von AT der WS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand AT		abgeschlossene Berufsausbildung der WS		Gesamt
		nein	ja	
AT bekannt	Anzahl	226	136	362
	% der WS ohne/mit Berufsausbildung	75,8%	85,0%*	79,0%
AT nicht bekannt	Anzahl	72	24	96
	% der WS ohne/mit Berufsausbildung	24,2%	15,0%*	21,0%
Gesamt	Anzahl	298	160	458
	% der WS ohne/mit Berufsausbildung	100,0%	100,0%	100,0%

WS, die den Bundeswehrdienst absolviert hatten, kannten dagegen alle drei Entspannungsverfahren signifikant seltener als WS ohne Bundeswehrrfahrung (jeweils $p < 0,05$; s. Tabellen A43-A45). Bei den MS fand sich dieser Zusammenhang nur für die MT, d.h. MS mit Bundeswehrrfahrung kannten MT seltener als MS ohne diese Erfahrung ($p < 0,05$; s. Tabelle A46). Allerdings waren nur 38 WS und 41 MS bei der Bundeswehr.

Eine weitere Beziehung bei den WS fand sich zwischen dem Kenntnisstand hinsichtlich PR und der Ausübung einer Tätigkeit mit medizinischem oder pflegerischem Bezug. WS mit einer solchen Tätigkeit kannten die PR häufiger bzw. hatten häufiger davon gehört ($p < 0,01$; s. Tabelle 3.27). Bei den MS ergaben sich für alle drei Verfahren dagegen keine Zusammenhänge.

Tabelle 3.27: Einfluss einer Tätigkeit mit medizinisch-pflegerischen Zusammenhang auf den Kenntnisstand von PR der WS; ** $p < 0,01$

Kenntnisstand PR		Tätigkeit mit medizinisch-pflegerischen Zusammenhang der WS		Gesamt
		nein	ja	
PR nicht bekannt	Anzahl	294	33	327
	Prozent	73,5%	56,9%**	71,4%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	62	17	79
	Prozent	15,5%	29,3%**	17,2%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	32	5	37
	Prozent	8,0%	8,6%	8,1%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	12	3	15
	Prozent	3,0%	5,2%	3,3%
Gesamt	Anzahl	400	58	458
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%

3.4.6 Abhängigkeit des Kenntnisstandes von weiteren soziodemographischen Angaben

Bei einigen weiteren soziodemographischen Angaben ergaben sich statistische Zusammenhänge mit dem Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren. MS mit regelmäßigen Kontakt zu pflegebedürftigen Personen hatten das AT signifikant häufiger ausprobiert ($p < 0,01$; s. Tabelle 3.28). Bei den anderen zwei Verfahren und den MS, sowie bei den WS und allen drei Verfahren ergab sich kein Zusammenhang.

Im Hinblick auf die Wohnsituation ergab sich, dass MS, die alleine lebten, MT im Trend häufiger kannten (n.s.) und signifikant häufiger ausprobiert hatten ($p < 0,05$; s. Tabelle A47). Auch ungebundene MS⁵ kannten MT signifikant häufiger als gebundene MS⁶ ($p < 0,05$; s. Tabelle A48). Bei den WS ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen Wohnsituation und Kenntnisstand der Entspannungsverfahren. Auch die Art des Familienstandes zeigte keine statistisch verifizierbaren Einflüsse.

⁵ Als ungebundene MS wurden Studenten die alleine, in einer Wohngemeinschaft, in einem Wohnheim oder bei Verwandten lebten definiert.

⁶ Als gebunden galten Studenten die in einer eigenen Wohnung mit Partner oder mit Partner und/oder Kinder lebten.

Tabelle 3.28: Einfluss von regelmäßigen Kontakt zu pflegebedürftigen Personen auf den Kenntnisstand von AT der MS; ** $p < 0,01$

Kenntnisstand AT		Regelmäßiger Kontakt zu pflegebedürftigen Personen der MS		Gesamt
		Kontakt	kein Kontakt	
AT nicht bekannt	Anzahl	4	19	23
	% der MS mit/ohne Kontakt	4,8%	5,1%	5,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	31	204	235
	% der MS mit/ohne Kontakt	36,9%**	54,5%	51,3%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	40	116	156
	% der MS mit/ohne Kontakt	47,6%**	31,0%	34,1%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	9	35	44
	% der MS mit/ohne Kontakt	10,7%	9,4%	9,6%
Gesamt	Anzahl	84	374	458
	% der MS mit/ohne Kontakt	100,0%	100,0%	100,0%

3.4.7 Freizeitverhalten und Entspannungsverfahren

Zur Prüfung möglicher Assoziationen zwischen dem Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren und dem Freizeitverhalten wurden zwei Freizeitgruppen gebildet. In der einen Gruppe, den „Couch Potatoes“ wurden die passiven Tätigkeiten Fernsehen/Video/DVD, Bier trinken und Gesellschafts- und Computerspiele zusammengefasst. In der anderen Gruppe, den „Aktiven“, wurden Tätigkeiten wie Sport, Konzert/Theater/Ausstellung besuchen, Tanzen, Singen und Musizieren vereinigt. Es zeigten sich bei keinem der beiden Studiengänge signifikante Assoziationen zwischen dem Kenntnisstand hinsichtlich der drei Entspannungsverfahren und aktivem oder passivem Freizeitverhalten.

3.4.8 Kenntnisstand der Rostocker Studenten

Die meisten Studenten, die den Fragebogen beantworteten, studierten in Rostock: 23,1% der MS, 13,5% der WS und 18,3% aller antwortenden Studenten, bezogen auf die Grundgesamtheit der modifizierten Stichprobe. Um den Einfluss der Rostocker Studenten auf die Grundgesamtheit der modifizierten Stichprobe zu überprüfen, wurde der Kenntnisstand der Rostocker Studenten mit dem Kenntnisstand der anderen Studenten hinsichtlich der drei Entspannungsverfahren verglichen. Dabei zeigten sich bei keinen der vier Items („nicht bekannt“, „gehört“, „ausprobiert“ und „erlernt“) der drei Entspannungsverfahren signifikante

Unterschiede zwischen den Rostocker MS oder WS Studenten und den Studenten anderer Studienorte (s. Tabellen 3.29/3.30).

Tabelle 3.29: Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren der Rostocker MS im Vergleich zu MS anderer Orte; der Prozentsatz bezieht sich auf die Gesamtzahl der Rostocker MS (N = 106 = 100%) bzw. auf die Gesamtzahl der MS anderer Orte (N = 352 = 100%)

Kenntnisstand		Medizinstudenten aus Rostock			Medizinstudenten anderer Orte		
		PR	AT	MT	PR	AT	MT
Nicht bekannt	Anzahl	30	3	9	103	20	25
	Prozent	28,3%	2,8%	8,5%	29,3%	5,7%	7,1%
Schon etwas gehört	Anzahl	46	53	68	151	182	219
	Prozent	43,4%	50,0%	64,1%	42,9%	51,7%	62,2%
Einige Male probiert	Anzahl	25	39	27	77	117	91
	Prozent	23,6%	36,8%	25,5%	21,9%	33,2%	25,9%
Erlernt	Anzahl	5	11	2	21	33	17
	Prozent	4,7%	10,4%	1,9%	5,9%	9,4%	4,8%
Gesamt	Anzahl	106	106	106	352	352	352
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100%

Bei den Rostocker MS ergaben sich demnach dieselben Verhältnisse bei den Bekanntheitsgraden der drei Entspannungsverfahren wie bei den MS anderer Studienorte und allen MS (s. Kap. 3.2/3.4). Auch differierten die Angaben der MS nach Eliminierung der Rostocker MS nicht von denen aller MS.

Bei den Rostocker WS zeigten sich ebenso keine aussagekräftigen Unterschiede zu den WS anderer Studienorte oder zu der Gesamtanzahl der WS. Auch das Verhältnis der Bekanntheitsgrade der drei Entspannungsverfahren zwischen den WS ohne die Rostocker WS und den gesamten WS unterschied sich nicht.

Damit hoben sich die Rostocker Studenten hinsichtlich des Kenntnisstandes der drei Entspannungsverfahren nicht von der Grundgesamtheit aller befragten Studenten ab.

Tabelle 3.30: Kenntnisstand der drei Entspannungsverfahren der Rostocker WS im Vergleich zu WS anderer Orte; der Prozentsatz bezieht sich auf die Gesamtzahl der Rostocker WS (N = 62 = 100%) bzw. auf die Gesamtzahl der WS anderer Orte (N = 396 = 100%)

Kenntnisstand		Wirtschaftsstudenten aus Rostock			Wirtschaftsstudenten anderer Orte		
		PR	AT	MT	PR	AT	MT
Nicht bekannt	Anzahl	45	12	7	282	84	62
	Prozent	72,6%	19,4%	11,3%	71,2%	21,2%	15,7%
Schon etwas gehört	Anzahl	11	39	42	68	203	234
	Prozent	17,7%	62,9%	67,7%	17,2%	51,3%	59,1%
Einige Male probiert	Anzahl	5	10	11	32	81	92
	Prozent	8,1%	16,1%	17,8%	8,1%	20,4%	23,2%
Erlernt	Anzahl	1	1	2	14	28	8
	Prozent	1,6%	1,6%	3,2%	3,5%	7,1%	2,0%
Gesamt	Anzahl	62	62	62	396	396	396
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	100%

3.5 Verhalten zu den drei Entspannungsverfahren im Einzelnen

3.5.1 Gründe Entspannungsverfahren auszuprobieren oder zu erlernen

Diese Frage wurde nur Studenten gestellt, die angaben, das jeweilige Verfahren ausprobiert oder erlernt zu haben.

Die Gründe, PR auszuprobieren oder zu erlernen, differierten sehr zwischen den beiden Studiengängen. Über die Hälfte der MS (60,2%) ist durch das Studium zur PR gekommen. Weitere häufige Motive bei den MS waren Stress (16,4%) und der Ratschlag des Arztes bzw. Psychologen (16,4%; s. Tabelle A49). Die WS gaben am häufigsten den Ratschlag des Arztes bzw. Psychologen (32,7%), gefolgt von Stress (30,8%) an, nur 15,4% kamen durch das Studium zur PR (s. Tabelle A49).

Beim AT gaben 39% der MS an, das Verfahren im Studium ausprobiert zu haben, bei WS waren es 19,2% (s. Tabelle A50). Andere häufige Anlässe waren Hinweise von Freunden, Familien oder Bekannten (MS: 37%; WS: 35%) und Stress (MS: 25%; WS: 25,7%). Es gaben 5,6% beider Studiengänge (N = 18) an, AT bereits in der Schule kennen gelernt zu haben.

Mit der MT wurden die meisten MS durch Freunde, Familie oder Bekannte vertraut gemacht (35%), bei den WS waren es 25,7%, gefolgt von Neugier (MS: 27,7%; WS: 27,4%) und

Stress (MS: 23,4%; WS: 7,4%; s. Tabelle A51). Nur 20,4% der MS erhielten ihre Anregung durch das Studium. Sehr wenige Studenten beider Fachrichtungen erhielten diesbezüglich einen Ratschlag des Arztes bzw. Psychologen (MS: 2,9%; WS: 4,4%).

Das Verfahren, auf das Ärzte bzw. Psychologen am häufigsten verwiesen, war die PR: 16,4% der MS und 32,7% der WS, die PR ausprobiert oder erlernt hatten, nannten den ärztlichen oder psychologischen Rat als Grund, PR näher kennen gelernt zu haben (s. Tabelle A49).

3.5.2 Schulungsort

Auch diese Frage wurde nur Befragten gestellt, die angaben, das jeweilige Verfahren ausprobiert oder erlernt zu haben.

Der Ort, an dem das jeweilige Verfahren gelernt wurde, stand im engen Zusammenhang mit der Ursache des Erlernens bzw. Ausprobierens: So haben 57,8% der MS die PR im Studium erlernt, hingegen nur 9,6% der WS (s. Tabelle A52). Weitere häufige Angaben in beiden Studiengängen waren das Selbststudium (MS: 15,6%; WS: 23,1%) und Freunde bzw. Familie (MS: 14,8%; WS: 23,1%). Die WS lernten die PR außerdem häufig in einem Kurs einer Krankenkasse (15,4%), diese Möglichkeit nutzten die MS nur selten (3,1%).

Anders beim AT: Hier lernten die meisten Studenten der beiden Studiengänge das Verfahren durch Freunde (MS: 33%; WS: 27,5%; s. Tabelle A53). Erst an zweiter Stelle (29,5%) gaben die MS das Studium an. Häufig wurde auch die Schule genannt (MS: 21,0%; WS: 25,8%).

Die MT wurde ebenso bevorzugt bei Freunden oder in der Familie (MS: 37,2%; WS: 25,7%) oder im Selbststudium (MS: 35,8%; WS: 38,1%) gelernt. Viele Studenten wurden schon in der Schule in MT unterwiesen (MS: 24,1%; WS: 18,6%), jedoch nur 11,7% der MS und 5,3% der WS während ihres Studiums (s. Tabelle A54).

3.5.3 Einschätzung des Nutzens der Entspannungsverfahren

Die Fragen für dieses Kapitel sowie für die folgenden Kapitel 3.5.4 und Kapitel 3.5.5 wurden nur Studenten gestellt, die das jeweilige Verfahren erlernt hatten. Dadurch ergaben sich sehr niedrige Fallzahlen (Erlernt: PR: N = 41, AT: N = 73, MT: N = 29), dies ist bei der Bewertung der Aussagen zu beachten.

Die Studenten sollten den Nutzen des Entspannungsverfahren mit einer Zahl von Null (kein Nutzen) bis Fünf (hoher Nutzen) bewerten. Sowohl der PR als auch dem AT wurde von beiden Studiengängen vorwiegend ein mittlerer bis hoher Nutzen eingeräumt (s. Tabellen A55/A56). Über 90% der Studenten bewerteten den Nutzen von MT mit vier oder fünf (s. Tabelle A57).

3.5.4 Häufigkeit der Anwendung der Entspannungsverfahren

Auch diese Frage wurde nur an die Studenten gerichtet, die das jeweilige Verfahren erlernt hatten (s. Kap. 3.5.3).

Alle drei Verfahren wurden zumeist gelegentlich praktiziert (51,2% der Studenten für PR; 38,3% für AT, 44,8% für MT; s. Tabellen A58-A60). PR wurde von 19,5% der Studenten regelmäßig, meist mehrmals in der Woche, betrieben. Für das AT und die MT gaben etwa ein Viertel der Studenten (26,0% für AT; 27,6% für MT) an, die Verfahren in besonderen Situationen anzuwenden; insbesondere wurden alle drei Verfahren bei Stress und Stress vor Prüfungen, sowie bei Schlafproblemen angewendet, AT auch bei Schmerzen.

3.5.5 Gründe, weshalb ein erlerntes Entspannungsverfahren nicht praktiziert wurde

Ein Teil der Studenten praktizierte die erlernten Verfahren nicht (19,5% für PR; 24,7% für AT; 6,9% für MT; s. Tabellen A61-A63). Als Hauptgründe wurden fehlende Zeit, eine höhere Wertschätzung anderer Entspannungsverfahren oder kein weiteres Interesse angegeben. Auf diese Fragestellung antworteten auch Studenten, die ein Verfahren nur in besonderen Situationen oder gelegentlich praktizierten.

3.5.6 Gründe, die Entspannungsverfahren nicht zu erlernen

Hierzu wurden die Studenten befragt, die angaben, ein Verfahren ausprobiert, aber nicht erlernt zu haben.

Bei allen drei Entspannungsverfahren war der häufigste Grund, dieses nicht zu Erlernen, ein Mangel an Zeit (s. Tabellen A64-A66). So gaben 37,8% der WS und 32,4% der MS an, keine Zeit für das Erlernen von der PR gehabt zu haben. Viele Studenten hatten PR und AT nicht erlernt, weil sie kein weiteres Interesse an dem Verfahren hatten (31,7% für PR; 32,4% für AT) oder weil ihnen andere Entspannungsverfahren besser gefielen (24,5% für PR; 19% für AT; s. Tabellen A64/A65). Bei der MT wurde ebenfalls ein fehlendes Interesse als zweithäufigster Grund für das nicht Erlernen angegeben (29,4% der Studenten). Die Überlegenheit anderer Entspannungsverfahren, wurde als Grund nicht so häufig angeführt (12,2% der Studenten; s. Tabelle A66).

3.5.7 Grundsätzliches Interesse, eines der Entspannungsverfahren zu erlernen

Zu dieser Thematik wurden alle Studenten befragt, die das jeweilige Verfahren nicht kannten oder etwas davon gehört hatten.

Die meisten Studenten beider Fachrichtungen waren nicht daran interessiert, eines der angegebenen Verfahren zu erlernen. Nur 28,8% der MS und 21,4% der WS gaben an, PR

erlernen zu wollen (s. Tabelle A67), beim AT waren es 27,9% der MS und 25,7% der WS, bei der MT 24,0% der MS und 22,6% der WS (s. Tabellen A68/69). Auffallend war, dass die WS sowohl bei der PR als auch beim AT signifikant häufiger als die MS angaben, ein zu geringes Wissen über das Entspannungsverfahren zu haben, um eine Einschätzung zu geben (für PR $p < 0,001$; für AT $p < 0,01$; s. Tabellen A67/68). Tendenziell zeigte sich dies auch für die MT (n.s.; s. Tabelle A69).

Hatten die Studenten Interesse, eines der genannten Verfahren zu erlernen, gaben sie als häufigste Begründung an, dass es eine gute Methode zum Entspannen sei (47,2% für PR; 76,7% für AT; 81,3% für MT; s. Tabellen A70-A72). Bei der PR führten die Studenten zudem häufig an, dass der Fragebogen ihre Neugier geweckt hätte (37,9% der MS; 65,5% der WS).

Als Hauptgründe, kein Entspannungsverfahren zu erlernen, wurden fehlendes Interesse (38,5% für PR; 45,1% für AT; 50,0% für MT) und Zeitmangel (33,7% für PR; 24% für AT; 22,4% für MT) genannt (s. Tabellen A73-A75). Hinsichtlich der PR glaubten 28,3% der MS und 20,9% der WS, dass andere Entspannungsverfahren besser seien, bei dem AT waren es 20,2% der MS und 23,5% der WS und bei der MT 22,8% der MS sowie 13,0% der WS. Auch die WS, die kein Interesse hatten, eines der Entspannungsverfahren zu erlernen, schätzten ihr Wissensdefizit für PR und AT größer als die MS ein: 18,0% gaben an, über die PR zu wenig zu wissen (MS: 11,2%) und 12,9% über das AT (MS: 8,8%; s. Tabellen A73/74). Für die MT zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied zwischen den beiden Studiengängen über (MS: 10,8%; WS: 10,4%; s. Tabelle A75).

Alle Studenten wurde am Ende des Fragebogens in einer offenen Frage befragt, ob ihnen noch andere Entspannungsverfahren außer der PR, dem AT und der MT bekannt seien, welches sie bevorzugen würden und warum. Die Beantwortung dieser Frage war nicht obligat. Von den 916 Studenten der modifizierten Stichprobe beantworteten 276 (30,1%) die offene Frage, davon waren 48,6% MS; 51,4% WS; 33,0% Männer und 67,0% Frauen. Von diesen 276 Studenten interessierten sich die meisten ($N=117$; 12,8% der 916 Studenten, 42,4% der 276 Studenten) für Yoga, hatten es schon ausprobiert oder regelmäßig praktiziert (dies wurde in der offenen Frage nicht differenziert). Häufig genannte Gründe für das große Interesse an Yoga waren: die Kombination aus konzentrierter Bewegung, meditativen Elementen und Entspannung, die Kräftigung der Muskulatur und die damit zusammenhängende Hilfe bei Rückenschmerzen, sowie Yoga als Lebensphilosophie. Als Gründe für das nicht weitere regelmäßige Praktizieren wurden häufig Zeitmangel und fehlende Disziplin angegeben. Weitere Verfahren, die angeführt wurden, waren Tai Chi ($N = 31$), Qi Gong ($N = 7$), Atemtechniken ($N = 5$), Pilates ($N = 5$), die Fünf Tibeter ($N = 5$) und das Gebet ($N = 5$). Auch

beim Tai Chi und Qi Gong wurde die Kombination aus Bewegung und Entspannung sehr positiv empfunden.

3.6 Befragung der Krankenkassen

Unabhängig von der internetgestützten Befragung der Studenten, wurden, um Daten zur Erlernung und Anwendung von Entspannungsverfahren zu gewinnen, die Krankenkassen schriftlich befragt (s. Kap. 2.8). Von den 13 befragten Krankenkassen (bei der AOK, der BKK und IKK wurden jeweils nur die Spitzenverbände angeschrieben) antworteten neun Krankenkassen (s. Tabelle A76). Davon konnten fünf keine Angaben zu den Häufigkeiten von der Anwendung von Entspannungsverfahren machen. Drei Krankenkassen konnten die Teilnehmerzahlen für das Handlungsfeld Stressreduktion und Entspannung, welches Kurse für AT, PR, Tai Chi und Stressbewältigungsmaßnahmen zusammenfasst, für das Jahr 2004 nennen (s. Tabelle A76). Lediglich bei der Techniker Krankenkasse waren die Teilnehmerzahlen für PR und AT erhältlich: im Jahr 2004 nahmen ca. 2600 Personen an AT-Kursen und ca. 1700 Personen an PR-Kursen teil (s. Tabelle A76), d.h. 0,05% bzw. 0,03% aller Versicherten der Techniker Krankenkasse. Kurse zur MT bot die Techniker Krankenkasse nicht an. Hinweise auf weiterführende Evaluationsmaßnahmen ergaben sich bei keiner Krankenkasse.

4 Diskussion

Entspannung ist neben Bewegung/Sport, gezielter Ernährung und Suchtprävention eine der vier Säulen der Prävention, die gegenwärtig gesundheitspolitisch forciert wird. Wissenschaftliche Daten liegen aber insbesondere zu Entspannungsverfahren für diesen Indikationsbereich bisher kaum vor. Deswegen sollten aktuelle demographische Daten über die Anwendung von Entspannungsverfahren gewonnen werden.

Entspannungsverfahren haben z.B. bei der Stressbewältigung eine große präventive Bedeutung. Gerade angehende Ärzte sollten deshalb sowohl wegen der sehr breiten Anwendbarkeit bei Patienten als auch im eigenen Interesse, z.B. als Copingstrategie, einen hohen Kenntnisstand bei diesen Verfahren haben. Primäres Ziel der internetgestützten Umfrage war deshalb die Erhebung des Kenntnisstandes und des Grades der Anwendung der drei weit verbreiteten Entspannungsverfahren PR, AT und MT bei MS. Die Referenzgruppe der WS wurde gewählt, weil hier zu vermuten war, dass diese bei einem weitgehend vergleichbaren soziodemografischen Hintergrund in ihrem Leben bisher weniger mit Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung konfrontiert worden sind. Darüber hinaus sollten Daten zum generellen Interesse an Entspannungsverfahren bei beiden Studienrichtungen sowie Hinweise erhoben werden, welche demographischen Daten oder Lebenssituationen bei den Studenten zur Anwendung von Entspannungsverfahren führten bzw. wie sie ihnen näher gebracht werden könnten.

4.1 Methodenkritik

4.1.1 Die internetgestützte Umfrage

Befragungen über das Internet haben aufgrund ihrer Vorteile in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen (BATINIC 2001; s. Kap 1.8). In der vorliegenden Arbeit wurde davon ausgegangen, dass alle MS und WS in Deutschland prinzipiell Zugriff auf das Internet haben. Deshalb wurde der Fragebogen ins World Wide Web gestellt, er ließ sich ausschließlich dort beantworten. Die Vor- und Nachteile dieses Vorgehens sollen im Folgenden diskutiert werden.

Mit der internetgestützten Datenerhebung konnten relativ schnell, unkompliziert und kostengünstig viele Studenten erreicht werden. Eine postalische oder telefonische Kontaktaufnahme wäre nicht nur sehr viel zeitaufwändiger und kostenintensiver gewesen, es hätten auch datenschutzrechtliche Aspekte berücksichtigt werden müssen. Über die

Fachschaften (s. Kap. 4.1.2) und die jeweiligen Internetverteiler konnten die Studenten hingegen anonym kontaktiert werden, ein Zugriff auf die E-Mail-Adressen der Antwortenden war nicht möglich. Zudem waren die Studenten unabhängig von ihrem Wohnsitz und aktuellen Aufenthaltsort erreichbar. Damit entfielen Probleme wie Nebenwohnsitze, fehlende eigene Adresse oder verspätet eingehende Fragebögen infolge vorübergehender Abwesenheit. Die automatische Zuordnung der zu beantwortenden Fragen und die Plausibilitätsprüfung durch das PHP Script (s. Kap. 2.5.2) schloss fehlerhafte Antworten weitgehend aus. Das PHP Script erleichterte auch die Auswertung der Daten, da diese elektronisch gespeichert und direkt, d.h. ohne Übertragungsfehler direkt in eine Exceltabelle übertragen wurden (s. Kap. 2.6.1).

Ein weiterer Vorteil der internetgestützten Datenerhebung war die standardisierte Kommunikation auf einer weitgehend informellen Ebene. Sie ermöglichte eine Verständigung auf gleichem Niveau und in der gleichen Alterskohorte, d.h. von Student zu Student, über die Kommunikationsebene der Fachschaften (s. Kap. 4.1.2). Positive Motivationsaspekte wie Gruppensolidarität, Hilfsbereitschaft, Neugierde und Informationsbedürfnis wurden bewusst eingesetzt (s. Kap. 4.1.6).

Für die Befragten selbst ergaben sich folgende Vorteile: Der komplexe Fragebogen war mit wenigen Arbeitsschritten im Internet zu beantworten, da sie durch das PHP Script nur Zugriff auf die Fragen in logischer Abfolge erhielten. Die Motivation des Einzelnen, den Fragebogen vollständig und direkt nach dem Aufrufen zu beantworten, war durch das einfache Anklicken und sukzessive Voranschreiten höher als bei einem herkömmlichen Fragebogen (BATINIC 2001; s. Kap. 1.8). Zudem konnte durch die Nutzung moderner Medientechnik die Oberfläche sehr benutzerfreundlich und ansprechend gestaltet werden. Ein möglicher Vorteil für die Befragten war der Lerneffekt durch die kurzen Erläuterungen zu den einzelnen Entspannungsverfahren. Gerade bei jungen Menschen ist ein virtueller Fragebogen eine effiziente und infolge des E-Learning auch gut bekannte Möglichkeit der Befragung (BATINIC 2001).

Als Nachteil dieser Methode erwies sich, dass Studenten, die das Internet nicht regelmäßig oder überhaupt nicht nutzen, nicht erreicht wurden. Die Studenten konnten lediglich dann direkt angesprochen werden, wenn ein Semesterverteiler bei der jeweiligen Fachschaft vorhanden war. Wenn er fehlte, wurde der Link zum Fragebogen auf die Homepage oder einem Forum der Homepage der jeweiligen Fakultäten gestellt (s. Kap. 2.2). Hier war die Wahrscheinlichkeit, dass die Studierenden an der Umfrage teilnahmen, geringer als bei den Direktmails, da sie selbstständig die Internetseite der Fachschaft aufrufen und zudem den

Hinweis für den Link zum Fragebogen finden mussten. Diese Problematik hat sicherlich zu dem relativ geringen Rücklauf beigetragen (s. Kap. 4.1.4), der aufgrund der Vermittlerfunktion der Fachschaften (s. Kap. 4.1.2) nicht genau bestimmt werden und ebenso das Ausmaß nicht abgeschätzt werden kann.

Ein weiterer Nachteil war, dass sich jeder, der den Link zum Fragebogen oder den Fragebogen selbst im Internet entdeckte, an der Umfrage beteiligen konnte. Diese Personen wurden in der Regel problemlos herausgefiltert, Falscheingaben, die nicht durch die Plausibilitätsprüfung des PHP Scripts (s. Kap. 2.5.2) oder durch die Ausschlusskriterien (s. Kap. 2.2) herausgefiltert wurden, konnten allerdings nicht entdeckt werden.

Studierende, die Papierfragebögen oder Telefonumfragen bevorzugen, dürften sich eher nicht beteiligt haben. Es ist zwar zu vermuten, dass die meisten Studenten eher elektronische Befragungen bevorzugen, derartige Untersuchungen fehlen jedoch.

Die internetgestützte Erhebung der Daten hat sich somit bei dieser Untersuchung gut bewährt, die Vorteile überwiegen deutlich (s. GROSS, LANGER&SEISING 1997).

4.1.2 Hilfe der Fachschaften

Die Erhebung der Daten mit Hilfe der Fachschaften der Medizin- und Wirtschaftsfakultäten stellt eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Umfragen dar. Die Fachschaften hatten eine Vermittlerfunktion zwischen den Fragenden und den Befragten mit dem Zweck, die Zielgruppe besser zu erreichen. Sinnvolle Alternativen wären die Datenerhebung über die Studiendekanate sowie ein direktes Anschreiben der Studenten gewesen. Die Kooperation mit den Fachschaften bot jedoch gegenüber diesen Alternativen verschiedene Vorteile:

Während Studiendekanate hierarchisch strukturiert sind, haben Fachschaften eine offene Struktur und dadurch wesentlich größere formale Freiräume. Trotzdem konnten sich die Studenten sicher sein, dass es sich bei der Umfrage um eine seriöse Aktion handelte und ihre Anonymität bewahrt blieb (s. Kap. 4.1.1).

Die Fachschaften ermöglichten eine informelle, persönliche Kommunikationsebene, wie sie unter Kommilitonen und Freunden üblich ist. Bei der studentischen Altersgruppe, die mit der Umfrage angesprochen werden sollte, ist eine persönliche Ebene als Vorzug zu bewerten, bei der Zusammenarbeit mit den Studiendekanaten wäre der Bezug eher unpersönlich gewesen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Beziehungsebene der Studenten zu ihren Fachschaften. In ihrer Funktion als Vertreter der Studenten, die direkt von ihnen gewählt wurden, besteht häufig ein freundschaftsähnliches Verhältnis im Sinne einer Peergroup zu den Fachschaftsmitgliedern. Hier spielen das Vertrauen der Studenten zu ihren Fachschaften sowie die Erwartung, Hilfe und Information zu erhalten, eine wichtige Rolle. Vertrauen und

positive Erwartungshaltung waren somit supportive Komponenten, die bei den Studiendekanaten nicht in dieser Form und in deutlich geringerem Ausmaß zur Verfügung gestanden hätten. Auch bei einem direkten Anschreiben der Befragten durch Mitarbeiter des Lehrstuhls für Naturheilverfahren oder durch mich als Einzelperson wären diese Vorteile nicht gewährleistet und eine geringere Teilnahme wäre zu erwarten gewesen. Dieser eher informelle, aber effiziente Rahmen schien für diese Umfrage am besten geeignet.

Nachteile ergaben sich dadurch, dass die Mitwirkung der Fachschaften Voraussetzung für die Teilnahme der jeweiligen Fakultät war. Wenn die Fachschaften als Vermittler nicht zur Verfügung standen, konnten die Studenten der betreffenden Fakultät nur zufällig erreicht werden. Tatsächlich nahmen nur 27,8% der Fachschaften für Medizin und 13,5% der Fachschaften für Wirtschaft an der Umfrage teil. Gründe für die fehlende Partizipation waren bei beiden Studiengängen vor allem fehlende Rückantworten, 66,7% der Fachschaften für Medizin und 80,4% der wirtschaftswissenschaftlichen Fachschaften antworteten nicht. Dies ist wegen der formalen Freiräume einer Fachschaft und der ehrenamtlichen Arbeit ihrer Vertreter sicher häufiger aufgetreten, als es z.B. bei den Studiendekanaten der Fall gewesen wäre. Nur eine Fachschaft lehnte die Zusammenarbeit mit der Begründung ab, dass sie ihren Semesterverteiler grundsätzlich nicht für Fremdzwecke zur Verfügung stellen würde, da sie befürchtete, dass die Studenten durch derartige Aktionen das Interesse an fakultätsinternen Rundmails verlieren könnten. Wenn Fachschaften keine Semesterverteiler besaßen⁷, wurde der Link zum Fragebogen auf die Homepage oder in ein Forum der Homepage der jeweiligen Fakultät gestellt (s. Kap.2.2). Damit wurden aber alle Studenten, die nicht regelmäßig die Homepage ihrer Fachschaft aufsuchen, nicht angesprochen. Auch über Fachschaften ohne Semesterverteiler, Homepage oder E-Mailadresse¹ ließen sich die Studenten der jeweiligen Fakultät nicht erreichen.

Die verfügbaren Fachschaftslisten waren auf dem neuesten Stand der Fachschaftsvereinigungen der MS und WS auf Bundesebene (s. Kap. 2.3). Dennoch wurden einige Wirtschaftsfachschaften aufgrund veralteter E-Mailadressen nicht erreicht. Folgende Gründe können dazu beigetragen haben: Das Wirtschaftsstudium ist ein interdisziplinärer Studiengang und wird auch an Fachhochschulen unterrichtet. Es existieren somit viele einzelne Lehrstühle. Einige Fachschaften arbeiten am Studienort nur teilweise über das Internet oder kooperieren nicht oder nur sporadisch mit der Bundesfachschaftskonferenz der Wirtschaftswissenschaftlichen und Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fachbereiche und Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland. Die Gesamtorganisation der 148

⁷ die genaue Anzahl ließ sich aufgrund der informellen Struktur der Fachschaften nicht erheben

Wirtschaftsfachschaften ist damit deutlich komplexer als bei den 36 medizinischen Fachschaften.

Zu diskutieren sind noch die möglichen Konsequenzen, die sich daraus ergaben, dass die Adressenliste der Wirtschaftsfachschaften etwas eher zur Verfügung stand (s. Kap. 2.3). Dadurch erhielten die WS die E-Mail schon im Dezember 2005; die MS erst im Januar 2006. Mann hätte vermuten können, dass mehr WS als MS antworten, da in der Weihnachtszeit mehr Zeit zur Verfügung stand und deshalb die Hilfsbereitschaft größer gewesen sein könnte, als im Prüfungsmonat Januar. Es antworteten jedoch ungefähr gleich viele Studenten aus beiden Studiengängen (MS: N = 576; WS N = 596), und das, obwohl in Deutschland wesentlich mehr WS als MS studieren (233.403 WS; 79.847 MS). Dieses unerwartete Ergebnis könnte in der ungleichen Grundeinstellung beider Studiengruppen zur Fragestellerin begründet sein: die Gruppensolidarität ist unter Kommilitonen des gleichen Studiengangs erfahrungsgemäß höher als zwischen unterschiedlichen Fachbereichen. Möglicherweise sind MS auch von ihrer Grundeinstellung her hilfsbereiter. Zudem wurden vielleicht prozentual mehr MS als WS von dem eher medizinischen Thema angesprochen. Es sind somit erhebliche Möglichkeiten für einen Bias vorhanden, da nicht zwingend von einer zufälligen Verteilung der Teilnehmer an der Umfrage ausgegangen werden kann, d.h. die Repräsentativität der Stichprobe ist möglicherweise nicht gewährleistet (s. Kap. 4.1.4). Dies könnte sich dahingehend auswirken, dass der Kenntnisstand hinsichtlich der Entspannungsverfahren insbesondere bei den WS noch niedriger anzusetzen wäre, als er sich jetzt in der Untersuchung darstellt.

Da die Vorteile in der Kooperation mit den Fachschaften größer waren als die Nachteile, eignet sich eine Kooperation mit den jeweiligen Fachschaften gut zur Erhebung von Daten bei Studenten in Deutschland.

4.1.3 Wahl der Referenzgruppe

Primäres Ziel der Untersuchung war es, festzustellen, wie gut Medizinstudenten bei der großen Bedeutung von Entspannungsverfahren, z.B. bei der Stressbewältigung, über die drei Entspannungsverfahren PR, AT und MT informiert sind. Dies ist sowohl für die späteren Patienten bedeutsam, als auch für den Arzt selbst. Bei der heutigen psychischen Belastung der Ärzte (STÜWE 2007; BERGNER 2004; s. Kap. 1.7) sollten schon möglichst früh in der akademischen Ausbildung Strategien zur Eigenfürsorge erlernt werden. Eine soziodemographisch vergleichbare Kohorte diene als Referenzgruppe. Diese sollte folgende Merkmale mit den MS gemeinsam haben: gleiche Alters- und Geschlechtsverteilung, gleicher Bildungsstand und ökonomische Situation, ähnliche Belastung durch das Studium. Zudem

sollte den Studenten bekannt sein, dass das zukünftige Berufsleben mit starken Belastungen verbunden ist. Medizinische, pflegerische oder altruistische Aspekte hingegen sollten nicht Inhalte des Studiums der Referenzgruppe sein. Diese Merkmale waren am besten mit dem Studium der Wirtschaftswissenschaft vereinbar.

So ist in der heutigen Wirtschaft das Burnout-Syndrom mit folgender Arbeitseinschränkung ebenfalls eine aktuelle und schwerwiegende Problematik (STOCK-HOMBURG&BAUER 2007; s. Kap. 1.7). Da WS über die spätere hohe Belastung im Berufsleben informiert sein dürften, sollten sie wie die MS schon während des Studiums Bewältigungsstrategien erlernen bzw. eine entsprechende Eigeninitiative ergreifen.

4.1.4 Stichprobenrepräsentativität

Im folgenden soll diskutiert werden, ob die Stichprobe die Gesamtheit der deutschen MS und WS abbilden kann und in diesem Sinne „repräsentativ“ ist. Zu dem häufig verwandten Begriff Repräsentativität gibt es keine einheitliche wissenschaftliche Definition. Es handelt sich um kein exakt definiertes Gütekriterium (SCHNELL et al. 1999, S. 284).

Von den per E-Mail kontaktierten Fachschaften nahmen nur 27,8% der Fachschaften für Medizin und 13,5% der Fachschaften für Wirtschaft an der Umfrage teil. Dies war sicher einer der Hauptgründe, weshalb von den 79.847 MS und 233.403 WS Deutschlands nur 576 MS und 596 WS den Fragebogen beantworteten, d.h. weniger als ein Prozent der Grundgesamtheit beider Studiengänge. Damit ist die Repräsentativität der Stichprobe fragwürdig. Weitere Gründe für die geringe Rücklaufquote lieferte das Verhalten der angesprochenen Studenten. Diese dürften vor allem persönlicher Natur sein, z.B. allgemeine Abneigung gegenüber Umfragen, Zeitmangel und Desinteresse an der Thematik (s. Kap. 4.1.2). Zeitmangel und Desinteresse gaben übrigens sowohl die MS als auch die WS als Hauptgründe dafür an, keines der Entspannungsverfahren erlernen zu wollen (s. Kap. 3.5.7).

Eine für die statistische Analyse ausreichende Anzahl von Fragebögen von Studenten beider Studienrichtungen zur Erfassung des Wissensstandes hinsichtlich der drei Entspannungsverfahren konnte dagegen gewonnen werden.

Zumindest eine inhaltliche Repräsentativität der Stichprobe dürfte jedoch gegeben sein: Die Fragebögen der Universität mit der höchsten Beteiligungsrate (der Universität Rostock) erbrachten nahezu identische Ergebnisse bezüglich des Wissensstandes über die drei Entspannungsverfahren wie die Gesamtheit der Fragebögen oder die Fragebögen unter Ausschluss des Rostocker Anteils (s. Kap. 3.4.8). Dass die Stichprobe repräsentativ sein dürfte, zeigt auch das Geschlechterverhältnis der einzelnen Studiengänge, das die Situation des Gesamtkollektivs der WS und MS in Deutschland exakt abbildet (s. Kap. 3.1.1).

Obwohl im Fragebogen darauf hingewiesen wurde, dass die Umfrage sich nur auf MS und WS bezog, antworteten 139 Studenten anderer Fachbereiche (s. Kap. 3.1.1). Hauptursache dürfte die Interdisziplinarität des Wirtschaftstudienganges gewesen sein. Möglicherweise hatte sich der Fragebogen aber auch über persönliche Kontakte verbreitet und wurde aus Interesse und Hilfsbereitschaft von Studenten anderer Studienfächer beantwortet. Da diese relativ kleine Gruppe nicht der Zielgruppe entsprach und durch Inhomogenität der Studienfächer gekennzeichnet war (s. Tabelle A2), wurde sie nicht zur Auswertung herangezogen. Ihre Existenz zeigt jedoch, dass auch bei anderen Studienfächern Interesse an derartigen Aktionen und an der Thematik bestehen dürfte.

4.1.5 Die modifizierte Stichprobe

Durch Ziehen einer Zufallsstichprobe aus der Originalstichprobe der MS und WS wurde eine modifizierte Stichprobe gebildet (BORTZ 2005; HÜSLER&ZIMMERMANN 2001; s. Kap. 2.6.2), die aus insgesamt 458 MS und 458 WS mit je 200 Männern und je 258 Frauen bestand. Die ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Geschlechterverhältnis bei den MS und WS hätte sonst zu einer Fehlinterpretation der Daten geführt (s. Kap. 3.1.1).

Aktuelle Studien zeigen, dass sich Männer weniger um ihre Gesundheit kümmern als Frauen, sie gehen seltener zu Vorsorguntersuchungen und sind auch weniger am Thema Prävention interessiert (STIEHLER&DINGES 2003; STOCK et al. 2001). Aufgrund dieser geschlechtsspezifischer Interessen und Unterschiede wurde vermutet, dass sich auch in der Umfrage mehr Frauen als Männer mehr für Entspannungsverfahren interessieren würden. Diese Annahme wurde durch die Ergebnisse bestätigt: Alle drei Entspannungsverfahren waren bei den Frauen signifikant häufiger bekannt als bei den Männern (s. Kap. 3.2.1 – 3.2.3). Um die Repräsentativität der modifizierten Stichprobe zu der Originalstichprobe zu überprüfen, wurden einige Kernaussagen der beiden Stichproben verglichen. Dabei zeigten sich bei beiden Stichproben übereinstimmende Ergebnisse. So kannten bei der Originalstichprobe 28,5% der MS und 73,0% der WS und bei der modifizierten Stichprobe 29% der MS und 71,4% der WS PR nicht (s. Kap. 3.2.1). Ähnlich verhielt es sich beim AT und MT: 4,7% der MS und 21,6% der WS der Originalstichprobe und 5,0% der MS und 21,0% der WS der modifizierten Stichprobe kannten AT nicht (s. Kap. 3.2.2); 7,1% der MS und 14,8% der WS der Originalstichprobe und 7,4% der MS und 15,1% der WS der modifizierten Stichprobe kannten MT nicht (s. Kap. 3.2.3.). Aufgrund dieser Übereinstimmung der beiden Stichproben wurde die modifizierte Stichprobe für repräsentativ befunden und für die gesamte Auswertung der Dissertation genutzt.

4.1.6 Aufbau des Fragebogens und Motivation

Aufgrund der Besonderheiten der schriftlichen Befragung (s. Kap. 1.8) sind Design, Format, Layout und Motivation des Fragebogen sowie der Fragebogaufbau von großer Bedeutung (s. SCHNELL et al. 1999; s. Kap. 1.8/2.4.1).

Durch das medienspezifische Element der Flexibilität (s. BATINIC 2001; s. Kap. 1.8) konnten Layout und Design mit Hilfe von Fotografien und farblichen Elementen ansprechend gestaltet werden.

Für die Motivation der Befragten sind Titelblatt und Einstiegsfrage sehr bedeutsam (Schnell et al. 1999). Das Titelblatt erfüllte die wesentlichen Kriterien, nämlich den Inhalt der Untersuchung zu nennen, Interesse zu wecken und Seriosität zu vermitteln (s. SCHNELL et al. 1999, S. 338/339): Auf der Startseite befanden sich das Siegel der Universität Rostock, die Namen der Promovendin, der betreuenden Professorin und deren Lehrstuhl sowie die Internetadresse des Lehrstuhls und die E-Mailadresse der Promovendin für eventuelle Rückfragen. Es wurde ausdrücklich auf die Anonymität sowie die Thematik der Untersuchung hingewiesen (s. beiliegende CD bzw. Fragebogen im Anhang).

Die Einstiegsfrage („Was machen Sie, um sich zu entspannen?“) wurde bewusst motivierend formuliert. Sie wirkte einladend durch den persönlichen und Freizeit orientierten Bezug, war einfach zu beantworten, neutral formuliert und leitete gleichzeitig zur Thematik der Entspannungsverfahren hin. Somit erfüllte sie wichtige Funktionen, auch wenn die Daten dieser Frage für die Dissertation eher Nebenfunde lieferten (s. Kap. 4.2.1). Kritisch anzumerken sind die zahlreichen Antwortmöglichkeiten und somit die Länge der Einstiegsfrage, sie könnten einige Studenten abgeschreckt haben.

Der Aufbau des Fragebogens wurde so benutzerfreundlich wie möglich gestaltet. Er war in sich logisch aufgebaut und trotz der Komplexität mit wenigen Arbeitsschritten zu beantworten (s. Kap. 4.1.1). Die Motivation wurde durch eine einfache selbsterklärende Handhabung und durch sich wiederholende Elemente sowie durch Erläuterungen zur Thematik und Ermunterungen zwischen den Fragen unterstützt (s. Kap. 2.4.2). Die eher als uninteressant empfundenen, demographischen Daten wurden mit einer erneuten Ermunterung kurz und knapp zum Schluss abgefragt (Schnell et al. 1999; s. Kap. 2.4.1). Dabei hatten die Studenten keinen Einblick in die Gesamtstruktur des Fragebogens wie es bei herkömmlichen schriftlichen Befragungen in Papierversion der Fall ist. Die Studenten konnten sich somit vor der Beantwortung keinen Gesamtüberblick über den Fragebogen verschaffen, dadurch wurde die Wahrscheinlichkeit von verzerrten Antworten geringer. (s. SCHNELL 1999, S. 337) Es ist zwar möglich, dass einige Studenten durch die Unübersichtbarkeit des Fragebogens

abgeschreckt wurden, eine Abbruchquote lässt sich jedoch aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht ermitteln.

Insgesamt scheinen der Aufbau und die Motivation des Fragebogens gelungen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Soziodemographische Daten

In diesem Kapitel werden einige Befunde diskutiert, die für die Bedeutung und Hintergründe der Kernaussagen durchaus wichtig sein dürften wie gewisse Lebenssituationen und Persönlichkeitsmerkmale. Zudem ermöglichen sie Hinweise, wie Entspannungsverfahren den Studenten beider Studiengänge zukünftig näher gebracht werden können.

Auffallend war, dass durchschnittlich häufiger MS aus den höheren Semestern (MS: Mittelwert: $6,6 \pm 3,1$; WS: Mittelwert: $5,1 \pm 3,0$) den Fragebogen beantworteten (s. Kap. 3.1.1; Abb. 3.2). Das mag zum einem durch die längere Regelstudienzeit der MS bedingt sein. Möglicherweise organisieren sich die MS aber auch erst später als die WS über die Fachschaften, entdecken erst in höheren Semestern den Nutzen des Internets für ihr Studium oder haben aufgrund der hohen Studienanforderungen in den ersten Semestern für Umfragen keine Zeit. Die Daten weisen daraufhin, dass sowohl die Struktur und Organisation der Studiengänge, als auch der Umgang mit dem Studium zwischen beiden Studiengängen zu differieren scheint.

Die Untersuchung ergab weiterhin, dass WS vor ihrem Studium häufiger einen Beruf erlernt oder einer anderen Beschäftigung nachgegangen waren als MS (s. Kap 3.1.3). Möglicherweise haben sich die WS aufgrund ihres Berufes bzw. der Tätigkeit vor dem Studium deshalb bewusster für diesen Studiengang entschieden.

Bei den MS fiel dagegen auf, dass sie vor dem Studium häufiger eine medizinisch-pflegerische Tätigkeit ausübten und dass häufiger Kontakt zu pflegebedürftigen Personen bestand als bei den WS (s. Kap 3.1.3/3.1.4). In einigen Fällen mag auch ein Praktikum in einer medizinisch-pflegerischen Einrichtung, z.B. im Rahmen des Zivildienstes, zu der Entscheidung, Medizin zu studieren, geführt haben (s. Kap. 3.1.3). Damit wurde bei beiden Studiengängen die Entscheidung für das jeweilige Studium deutlich durch Erfahrungen vor dem Studium beeinflusst.

Mit 56,8% (N = 744) hatten auffällig viele Studenten aller Studienrichtungen (der Originaldaten, N = 1311) schon eine Belastungssituation erfahren (s. Kap. 3.1.4). Dies könnte einen Bias darstellen, da Studenten mit Belastungssituationen den Fragebogen

häufiger beantwortet haben könnten als diejenigen ohne eine solche Belastung. MS hatten signifikant mehr Belastungssituationen erfahren als WS, am häufigsten waren familiäre Probleme in der Kindheit oder Jugend sowie der Verlust einer Bezugsperson (s. Kap. 3.1.4). Möglicherweise ist die Erfahrung einer Belastungssituation eine bedeutsame auslösende Ursache, ein Medizinstudium zu beginnen. Das eine Belastungssituation begleitende Gefühl von Hilflosigkeit dürfte über eine verstärkte Motivation zum Helfen überkompensiert werden, eine erfahrungsgemäß häufige Motivation zur Aufnahme eines Medizinstudiums (RENZ-POLSTER et al. 2004).

Man hätte annehmen können, dass MS ihr Studium aufgrund persönlicher Erfahrung mit dem medizinischen System wählen. Eine längere körperliche oder seelische Krankheit hatten jedoch etwas mehr WS als MS erlebt (26,1% vs. 21,7% von den Studenten mit einer Belastungssituation, s. Kap. 3.1.4). Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die Motivation, den Fragebogen zu beantworten, bei WS mit Vorerkrankungen höher war als bei primär gesunden WS. Insgesamt mag der hohe Prozentsatz von Vorerkrankungen überraschen (13,7% der Gesamtstudenten), er stimmt jedoch mit Daten anderer Untersuchungen überein: So zeigte z.B. eine Untersuchung der zehnten Schulklassen in Brandenburg, dass 13% der Schüler Allergien und 12% orthopädische Befunde aufweisen (BÖHM et al. 2003). Eine entsprechende Untersuchung bei deutschen Studenten konnte trotz intensiver Recherchen nicht aufgefunden werden.

Auch beim Freizeitverhalten ergaben sich interessante Befunde. Fast alle im Fragebogen angegebenen Entspannungs- bzw. Freizeitmöglichkeiten praktizierten die MS häufiger als die WS (s. Kap. 3.1.5; Tabelle A16). Nur Fernsehen, Video und DVD nutzten die WS häufiger als die MS. Bei allen anderen Freizeitaktivitäten, d.h. sozialen, kulturellen, bildenden, musikalischen, kreativen, sportlichen und entspannenden Verfahren waren die MS aktiver. MS scheinen damit andere Persönlichkeitsstrukturen aufzuweisen als WS. Man könnte einerseits vermuten, dass MS vielseitig begabt sind und viele verschiedene Aktivitäten parallel betreiben. Möglicherweise sind sie aber auch weniger in der Lage, gezielt auszuwählen, was für sie wirklich bedeutsam ist. Diese Annahme spiegelt sich auch in den Überlastungsproblemen im späteren Berufsleben wieder. Ärzte bekommen sehr häufig ein Burnout-Syndrom (s. Kap. 1.7) (STÜWE 2007; BERGNER 2004). Wesentliche auslösende Ursachen sind zu viele Aktivitäten, übermäßige Stresssituationen und die Unfähigkeit „Nein“ zu sagen, über eine längere Zeitperiode. Bei den WS hingegen könnte man annehmen, dass die Angabe hinsichtlich ihrer Freizeitaktivitäten die Folge einer gezielten Beschränkung bei bewusster Setzung von Prioritäten ist. Betrachtet man jedoch das spätere Arbeitsleben, so

zeigt sich, dass auch Manager zunehmend an einem Burnout leiden (s. Kap. 1.7) (STOCK-HOMBURG&BAUER 2007). Offenbar sind die angegebenen Freizeitaktivitäten daher nicht unbedingt geeignet, hohe Belastungen im Berufsleben zu kompensieren. Die Forderung erscheint daher berechtigt, dass die Studenten schon früh den Umgang mit Stresssituationen erlernen sollten. Für gezielte Angebote kann es bedeutsam sein, dass MS offenbar eher aktiv und vielseitig interessiert sind. WS dagegen scheinen etwas bequemer und mehr an Fernsehen und Filmen interessiert zu sein.

Im Kontext „Freizeitverhalten“ wurden die Studenten auch gefragt, ob sie Entspannungsverfahren praktizieren. Da diese Frage ganz allgemein formuliert wurde, ohne zuvor den Begriff „Entspannungsverfahren“ zu erläutern, sind die Antworten als spontan und unvoreingenommen zu betrachten. Schon hier zeigte sich jedoch, dass MS signifikant häufiger als WS Entspannungsverfahren praktizieren ($p < 0,01$; s. Kap 3.1.5).

4.2.2 Die Stichprobe

Hinsichtlich Repräsentativität der Gesamtstichprobe und zur Begründung, weshalb zur Gewinnung der Kernaussagen die modifizierte Stichprobe verwendet wurde, wird auf die Diskussion in Kapitel 4.1.4 und 4.1.5 verwiesen.

4.2.3 Kenntnisstand von PR

Bei der PR sind die Unterschiede zwischen den beiden Studienrichtungen am größten. MS kannten die PR häufiger als WS und hatten auch häufiger von dem Verfahren gehört oder es ausprobiert (jeweils $p < 0,001$). Nur 29% der MS kannten die PR nicht, bei den WS traf dies dagegen für 71,4% zu (s. Kap. 3.2.1; Tabelle 3.5).

MS wissen mehr über die PR, da sie im Studium etwas darüber lernen: Die Mehrheit der MS waren aufgrund des Studiums auf die PR aufmerksam geworden (60,2%, der MS, die PR ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.1) und hatten sie im Studium ausprobiert oder erlernt (57,8% der MS, die PR ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.2). Bei den WS kamen nur 15,4% durch das Studium zur PR, nur 9,6% hatten sie im Studium ausprobiert oder erlernt (Prozent derjenigen WS, die PR ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.1/3.5.2). Zudem kannten MS mit zunehmenden Alter und Semesterzahl die PR häufiger ($p < 0,001$) und hatten sie auch häufiger ausprobiert ($p < 0,01$). Bei den WS ergab sich dieser Zusammenhang nicht (s. Kap. 3.4.1/3.4.2). Ein weiterer Beleg, der für diese Annahme spricht, war die fehlende geschlechtsspezifische Differenz bei den MS hinsichtlich des Kenntnisstandes der PR, die dagegen bei den WS stark ausgeprägt war. Durch das Lehrangebot an den medizinischen Fakultäten von PR, wurde die Differenz zwischen den

Geschlechtern bei den MS aufgehoben. Im Gesamtkollektiv und bei den WS kannten Frauen viel häufiger als Männer PR (jeweils $p < 0,01$) und hatten das Verfahren auch häufiger ausprobiert (Gesamtkollektiv: $p < 0,05$; WS: $p < 0,01$). Bei den MS war dagegen dieser Unterschied nicht vorhanden (s. Kap. 3.2.1).

Aus dem Befund, dass nur 22,3% der MS PR ausprobiert und nur 5,7% PR erlernt haben (s. Kap. 3.2.1), lässt sich schließen, dass entweder nicht alle MS die Gelegenheit hatten, PR auszuprobieren oder zu erlernen, oder aber, dass sie das Angebot der Universitäten nicht nutzten. Nur 19,2% der MS, die PR erlernt hatten, praktizierten sie regelmäßig (s. Tabelle A58). Daraus könnte man schlussfolgern, dass die PR MS wenig anspricht, aber auch, dass die MS die Bedeutung von PR für ihr eigenes Wohlbefinden nicht realisiert haben und nur als eine Therapiemöglichkeit für Patienten ansehen.

Der Kenntnisstand über PR wurde nicht nur durch das Studium beeinflusst. So scheinen Studenten mit früheren Belastungssituationen PR tendenziell besser zu kennen als Studenten, die diese nicht erfahren hatten (s. Kap. 3.4.4.1). Auch Studenten, die eine längere körperliche oder seelische Erkrankung durchlebt hatten, kannten PR häufiger, hatten sie häufiger ausprobiert und erlernt. Die Unterschiede zwischen Studenten mit und ohne frühere Krankheit waren bei den WS ausgeprägter als bei den MS (Unterschiede für die WS $p < 0,01$; s. Kap. 3.4.4.2). Eine längere körperliche oder seelische Krankheit führt bei beiden Studienrichtungen dazu, sich mit der PR häufiger zu beschäftigen. Erfahrungsgemäß empfehlen Ärzte und Psychologen bei längeren Krankheiten häufiger dieses Entspannungsverfahren und zwar häufiger als AT und MT. Auch in dieser Untersuchung war die PR dasjenige Verfahren, auf das Ärzte bzw. Psychologen offenbar am häufigsten verwiesen hatten (s. Kap. 3.5.1).

Außerdem zeigte sich, dass WS, die schon eine medizinisch oder pflegerische Tätigkeit ausgeübt, d.h. intensiveren Kontakt mit dem Gesundheitssystem gehabt hatten, PR häufiger kannten und häufiger etwas davon gehört hatten als WS ohne eine solche Tätigkeit (jeweils $p < 0,01$; s. Kap. 3.4.5). Bei den MS blieb dieser Faktor ohne Einfluss auf den Kenntnisstand, da er Teil ihres Studiums ist. Die Gründe für die Beliebtheit der PR bei Ärzten und Psychologen könnten in der leichten und schnellen Erlernbarkeit, den zuverlässigen Wirksamkeitsnachweisen und dem breiten Indikationsspektrum liegen (HAMM 2004; V STEINAECKER 2008; s. Kap. 1.4).

WS mit familiären Problemen in der Kindheit oder Jugend kannten PR häufiger als WS ohne derartige Belastungssituationen ($p < 0,05$; s. Kap. 3.4.4.3). Möglicherweise waren die familiären Problemsituationen der WS der Anlass, sich mit PR zu befassen. Da dies jedoch der einzige ersichtliche Zusammenhang zwischen familiäre Problemsituationen in Kindheit

oder Jugend und PR war, und auch bei den MS dieser Zusammenhang nicht nachgewiesen werden konnte, scheint diese Annahme wenig plausibel.

Ungeachtet des offensichtlich vorhandenen Angebotes von PR im Medizinstudium und des höheren Bekanntheitsgrades der PR bei den MS haben nur 5,1% der MS PR erlernt (s. Kap. 3.2.1). Dies weist auf hohe Defizite bei der Einsicht in die Notwendigkeit, eine Stressbewältigungsmethode zu beherrschen, hin. Bei den WS ist das Verfahren wenig bekannt, denn 71,4% der WS kannten es nicht und nur 3,3% hatten es erlernt (s. Kap. 3.2.1). Dies dürfte sehr wahrscheinlich durch ein geringes Angebot von PR im Studium bedingt sein.

4.2.4 Kenntnisstand von AT

Beim AT sind die Unterschiede zwischen den beiden Studiengängen geringer ausgeprägt als bei der PR. Es kannten mehr MS als WS AT, und mehr MS hatten das Verfahren ausprobiert (jeweils $p < 0,001$; s. Kap. 3.2.2).

Die weiteren Angaben der Umfrage zum AT könnten erklären, warum der Unterschied zwischen den beiden Studiengängen geringer ist als bei der PR. Neben dem Studium (39,0%) waren bei den MS auch Freunde, Familie und Bekannte (37,0%) maßgeblich am Prozess des Kennenlernens beteiligt. Auch ausprobiert oder erlernt hatten sie das Verfahren recht häufig bei Freunden, Familie (33,0%) oder im Studium (29,5%; Prozente jeweils von allen MS, die AT ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.1/3.5.2). Das Studium scheint für die MS zwar eine wichtige Möglichkeit zu sein, AT kennen zu lernen, aber nicht die hauptsächliche, wie bei der PR. Der Schluss, dass AT weniger im Medizinstudium angeboten wird als PR, lässt sich auch aus dem Geschlechtervergleich ziehen. Die bestehende Geschlechterdifferenz war in der Tendenz beim AT bei den MS ersichtlich, jedoch bei den WS größer (s. Kap. 3.2.2). Hier scheint demzufolge das Medizinstudium den Kenntnisstandsunterschied zwischen Frauen und Männern nicht vollständig aufzuheben.

Bei den WS spielten Freunde, Familie und Bekannte für das Ausprobieren oder Erlernen von AT ebenfalls eine wichtige Rolle (s. Kap. 3.5.1/3.5.2). Das AT scheint demnach in Deutschland ein sehr bekanntes Verfahren zu sein. Diese Feststellung stimmt mit den Daten von Grawe et al. (1995) überein und ist vermutlich durch den historischen Ursprung des AT in Deutschland zu erklären (VAITL B 2004; s. Kap. 1.5). Sie ist auch im Gesamtvergleich der Entspannungsverfahren ersichtlich (s. Kap. 4.2.6). Weiterhin spricht für diese Annahme, dass bei beiden Studiengängen eine größere Anzahl der Studenten das Verfahren bereits in der Schule ausprobiert oder erlernt hatte (21,0% der MS und 25,8% der WS von den Studenten, die AT ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.2). Aufgrund des hohen Bekanntheitsgrades des AT in der deutschen Bevölkerung und dem offenbar geringeren Lehrangebot von AT an

den medizinischen Fakultäten sind die Unterschiede zwischen den beiden Studiengängen dagegen nicht so ausgeprägt wie bei der PR. Diese Annahme wird durch folgende Untersuchungsergebnisse bekräftigt:

MS in höheren Semestern kannten das AT häufiger ($p < 0,05$) und hatten es tendenziell auch häufiger ausprobiert und erlernt, die Beziehung war jedoch nicht so eindeutig wie bei der PR. Bei den WS zeigte sich ein geringerer Zusammenhang zur Semesterzahl (s. Kap. 3.4.2). Mit zunehmenden Alter kannten vor allem WS das AT häufiger, ältere MS und WS hatten es auch häufiger erlernt (s. Kap. 3.4.1). Die Kenntnisstandentwicklung mit zunehmendem Alter lässt vermuten, dass WS mit wachsender Lebenserfahrung über Quellen außerhalb des Studiums etwas über das AT erfahren. Diese These wird durch das Ergebnis, dass WS mit einer Ausbildung AT häufiger kannten, gestützt ($p < 0,05$; s. Kap. 3.4.5). Zudem zeigt sie das Interesse der WS an Stressbewältigungsmethoden und die Wahrnehmung von diesbezüglichen Schulungsangeboten auf: Die Suche nach einer Stressabbaumethode wurde als der zweithäufigste Grund von WS angegeben, AT kennen zu lernen (s. Kap. 3.5.1).

Der Faktor „Belastungssituation“ führte bei beiden Studiengängen zu einem tendenziell höheren Kenntnisstand (s. Kap. 3.4.4.1): Studenten mit einer längeren körperlichen oder seelischen Erkrankung kannten AT prozentual häufiger (MS: 100% vs. 94,2%; WS: 84,6% vs. 78,1%) und hatten es häufiger ausprobiert (MS: 43,1% vs. 32,7%; WS: 23,1% vs. 19,3%) und häufiger erlernt als stets Gesunde ($p < 0,001$; s. Kap. 3.4.4.2). Demnach kann eine längere Erkrankung zu einer Auseinandersetzung mit AT führen. Entgegen den Erwartungen jedoch gaben MS wie WS Ärzte und Psychologen eher selten als Initiatoren, AT kennen zu lernen an (MS: 11,5%; WS: 18,3%; Prozente jeweils von den Studenten, die AT ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.1; Tabelle A50). Hier wäre denkbar, dass Studenten mit längeren Erkrankungen Ressourcen aktivieren, die sie in der Schule schon gelernt haben (s. oben) oder dass sie eben über Freunde und Familie in solchen Belastungssituationen AT kennen lernen. Auch, dass 100% der MS, die eine längere Krankheit hatten, AT kannten, spricht für den hohen Bekanntheitsgrad von AT.

Die bereits formulierte Hypothese (s. oben), dass AT als Stressbewältigungsmethode in Deutschland weit verbreitet ist, aber unabhängiger als die PR vom Gesundheitssystem verwendet wird, bestätigt sich auch durch folgende Befunde:

Der Verlust einer Bezugsperson führte ebenfalls zu einem höheren Kenntnisstand der AT: MS mit dieser Erfahrung kannten AT zu 100%, die WS hatten AT gehäuft ausprobiert ($p < 0,05$; s. Kap. 3.4.4.4). Eine Beziehung zwischen medizinischer oder pflegerischen Tätigkeit und dem Kenntnisstand von AT ließ sich bei beiden Studienrichtungen nicht erheben (s. Kap.

3.4.5). Allerdings hatten MS, die Kontakt zu pflegebedürftigen Personen hatten, AT viel häufiger ausprobiert als die anderen ($p < 0,01$; s. Kap. 3.4.6). Im Gesamtzusammenhang ist jedoch eher wahrscheinlich, dass MS mit Kontakt zu pflegebedürftigen Personen ihre Belastung mit AT kompensieren und, dass sie es außerhalb des Pflegebereichs kennen gelernt haben.

Trotz seines hohen Bekanntheitsgrades in Deutschland (s. auch Kap. 4.2.6) haben jedoch nur 9,6% der MS und 6,3% der WS AT erlernt (s. Kap. 3.2.2). Damit sind wie bei PR auch hier hohe Defizite bei beiden Studienrichtungen erkennbar. Bei den MS könnte eine Ursache ein geringeres Angebot von AT im Medizinstudium sein. Da jedoch immerhin mehr als ein Drittel der MS AT ausprobiert haben (34,1%), scheint es eher wahrscheinlich, dass MS entweder andere Entspannungsverfahren als AT bevorzugen oder die Bedeutung von Entspannungsverfahren im Allgemeinen für sich noch nicht erkannt haben. Was die WS anbelangt, so ist trotz des festgestellten Interesses der WS an Stressbewältigungsmethoden (s. oben) der Kenntnisstand der AT bei ihnen noch deutlich geringer und die Defizite an den Wirtschaftsfakultäten damit noch höher.

4.2.5 Kenntnisstand von MT

Auch bei diesem Verfahren sind deutliche Differenzen zwischen beiden Studienrichtungen erkennbar, sie sind jedoch geringer als bei AT oder PR. Wesentlich mehr MS als WS kannten die MT ($p < 0,001$; s. Kap. 3.2.3).

Die häufigsten Gründe für die MS und WS, MT kennen zu lernen, waren Freunde, Familie, Bekannte (MS: 35,0%; WS: 25,7%), Neugier (MS: 27,7%; WS: 27,4%) und Stress (MS: 23,4%; WS: 27,4%). Bei beiden Studiengängen spielte das Studium als Quelle für die MT eine eher untergeordnete Rolle, nur 20,4% der MS und 15,9% der WS lernten MT im Studium kennen (Prozente jeweils von den MS und WS, die MT ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.1). Noch deutlicher wird dies bei den Angaben zum Schulungsort: Nur 11,7% der MS und 5,3% der WS probierten oder erlernten MT im Studium (Prozente jeweils von den MS und WS, die MT ausprobiert oder erlernt hatten; s. Kap. 3.5.2). Das Medizinstudium scheint für den Wissensstand der MT weniger ausschlaggebend zu sein, folglich sind die Unterschiede zwischen den beiden Studienrichtungen nicht so deutlich wie bei der PR oder dem AT. Der offensichtlich hohe Bekanntheitsgrad bei beiden Studienrichtungen (92,6% der MS und 84,9 der WS kannten MT, s. Kap. 3.2.3) lässt eher vermuten, dass MT in der deutschen Bevölkerung generell sehr bekannt ist. Das geringe Lehrangebot von MT an den medizinischen Fakultäten könnte folgende Ursachen haben: Die MT zählt in der europäischen Tradition nicht zu den klassischen Entspannungsverfahren. Ihr Ursprung liegt vor allem in

den fernöstlichen Religionen und Lebensphilosophien (OTT A 2004; V STEINAECKER 2008; s. Kap. 1.6). Zudem gibt es viele kommerzielle Varianten der MT, die die Akzeptanz der klinischen Varianten erschwert (OTT 2001; OTT A 2004; s. Kap. 1.6.1/1.6.2.5). Diese Gründe könnten auch die wesentlich geringere Verbreitung der MT in der medizinischen Versorgung erklären: Es gelangten nur 2,9% der MS und 4,4% der WS durch den Ratschlag eines Arztes oder Psychologen zur MT (s. Kap. 3.5.1). Auch andere Untersuchungen bestätigen, dass die MT als Therapiemethode im deutschen Kulturkreis gering verbreitet ist (GRAWÉ et al. 1995; s. Kap. 1.6.3).

Stress und Neugier waren häufige Motive, MT kennen zu lernen. Hierbei spielen sicherlich der hohe Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung sowie die Assoziation mit konfessionsunabhängiger Religiosität, Spiritualität und Selbsterkenntnis eine wichtige Rolle. Das eigene Interesse an der MT und ihre allgemeine Verbreitung belegen auch die Schulungsorte: am häufigsten haben beide Studiengänge die MT im Selbststudium oder bei Freunden/Familie ausprobiert oder gelernt (s. Kap. 3.5.2).

Trotz der oft kommerziellen Hintergründe der MT gaben nur wenige Studenten an, direkt durch die Medien auf die MT aufmerksam geworden zu sein (MS: 10,2%; WS: 15,0%; s. Tabelle A51). Es ist jedoch anzunehmen, dass Freunde, Familienangehörige und Bekannte durch die Medien beeinflusst wurden.

Immerhin haben 24,1% der MS und 18,6% der WS MT bereits in der Schule ausprobiert oder erlernt (s. Kap. 3.5.2), möglicherweise unter kulturellen oder religiösen Aspekten. Insgesamt ergaben sich bei den Schulungsorten der MT zwischen Studiengängen vergleichbare Ergebnisse (s. Kap. 3.5.2).

Der bereits mehrfach dargestellte Geschlechterunterschied der Gesamtstudie konnte nur bei den WS nachgewiesen werden (s. Kap. 3.2.3). Sein Fehlen bei den MS kann nicht auf eine bessere Kenntnis der MT zurückgeführt werden, da die MT nach den Angaben der Befragten im Medizinstudium selten Lehrinhalt ist.

Auch bei der Betrachtung der Beziehung zwischen Alter bzw. Semesterzahl und dem Wissensstand der MT zeigte sich, dass während des Studiums weder bei den MS noch bei WS Veränderungen im Kenntnisstand eintraten, denn ein eindeutiger Einfluss von Alter oder Semesterzahl war nicht festzustellen (s. Kap. 3.4.1/3.4.2). Über die Ursachen kann nur spekuliert werden. Möglicherweise fehlt den älteren Studenten die Zeit, außeruniversitäre Lehrveranstaltungen wahrzunehmen. Zudem könnte wegen der oft kommerziellen Hintergründe der MT, der damit verbundenen Kosten und der Ablehnung von esoterischen Methoden, als die MT vielfach gilt, das Interesse eher abnehmen.

Weitere Hinweise darauf, dass die MT in unserem westlichen Medizinsystem wenig anerkannt ist, lassen sich aus der fehlenden oder nur geringen Beziehung zwischen Kenntnisstand der MT und einer längeren körperlichen oder seelischen Krankheit, einer medizinisch-pflegerischen Tätigkeit oder dem Kontakt zu pflegebedürftigen Personen erkennen (s. Kap. 3.4.4.2/3.4.5/3.4.6). Dies gilt für beide Studiengänge, die Gründe wurden bereits zu Beginn des Kapitels diskutiert.

Begründungen, MT kennen zu lernen, waren aus den individuellen Biographien und Lebensumständen abzuleiten. Bei beiden Studiengängen hatten mehr Studenten mit einer allgemeinen Belastungssituation mit der MT Erfahrungen gemacht als Studenten ohne eine solche (s. Kap. 3.4.4.1). Auch führte der Verlust einer Person bei den WS zum häufigeren Ausprobieren der MT ($p < 0,05$; s. Kap. 3.4.4.4). Möglicherweise erinnern sich die Studenten bei bestimmten Belastungssituationen an das Verfahren, von dem sie am meisten gehört haben, oder sie vertrauen auf den Rat ihres persönlichen Umfeldes. So war die MT das bekannteste Verfahren bei den WS (s. Kap. 3.3).

Zudem ergaben sich bei den MS Zusammenhänge zwischen dem Kenntnisstand von MT und der Wohnsituation. Alleinlebende MS kannten die MT prozentual häufiger und hatten sie häufiger ausprobiert als alle anderen MS ($p < 0,05$; s. Tabelle A47). Auch ungebundene MS kannten das Verfahren häufiger ($p < 0,05$) und hatten es häufiger ausprobiert (s. Kap. 3.4.6; Tabelle A48). Möglicherweise wird die MT eher von Individualisten und auf sich selbst bezogene Personen geschätzt, ist doch ein Ziel der MT der Zugang zum Selbst (HARTMANN 2008, V STEINAECKER 2008; s. Kap. 1.6). Anzunehmen wäre auch, dass ungebundene und allein lebende Studenten Anerkennung und ein Zugehörigkeitsgefühl in der MT finden.

Der leichte höhere Kenntnisstand der MS bei MT könnte dadurch erklärt werden, dass die MS die MT immer noch häufiger im Studium ausprobierten oder erlernten als die WS (11,7% > 5,3%; s. Kap. 3.5.2). Außerdem ist durch die neueren klinischen Varianten ein Bezug zum medizinischen Versorgungssystem gegeben, dies erleichtert den Zugang für die MS (s. Kap. 1.6.1). Man könnte auch ein allgemein höheres Interesse der MS an der MT vermuten, denn viele Patienten kennen infolge der hohen Medienpräsenz der MT das Verfahren im Zusammenhang mit medizinischen Begriffen und mit Gesundheitsförderung (s. Kap. 1.6).

Trotz des hohen Kenntnisstandes (92,6% der MS und 84,9% der WS kennen das Verfahren), haben es nur 4,1% der MS und 2,2% der WS erlernt (s. Tabelle 3.7). Ob MT die Studenten nun infolge ihrer Persönlichkeitsstruktur oder wegen des selektiven Informationsstandes nicht anspricht, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht erkennen. Wie schon bei den

anderen Verfahren ist aber auch hier anzunehmen, dass die Vorteile, es zu beherrschen, zu wenig bekannt sind.

4.2.6 Die drei Entspannungsverfahren im Vergleich

Beim Vergleich der drei Entspannungsverfahren (s. Kap. 4.2.3 - 4.2.5) sind folgende Ergebnisse besonders hervorzuheben: Insgesamt war die PR am wenigsten bekannt: über die Hälfte aller Studenten kannten sie nicht (s. Kap. 3.3; Tabelle 3.9).

Verbindungen zu diesem Ergebnis finden sich in den Daten zur PR im Einzelnen: Die PR wurde zwar am häufigsten an den medizinischen Fakultäten unterrichtet und zeigte den deutlichsten Bezug zu medizinischen Einflussfaktoren, wurde aber am wenigsten durch Freunde, Familie oder Bekannte kennen gelernt und schien somit am unbekanntesten in der Allgemeinbevölkerung zu sein. Dies erklärt den geringen Kenntnisstand der WS (s. Kap. 4.2.3).

Dagegen kannten 87,0% aller Studenten das AT und 88,8% die MT (s. Tabelle 3.9). Auch hier spiegeln sich die Angaben zu den Verfahren im einzelnen wieder. Sowohl das AT als auch die MT wurden häufig durch Freunde, Familie oder Bekannte kennen gelernt und scheinen somit in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands sehr bekannt zu sein (s. Kap. 4.2.4/4.2.5).

Am häufigsten wurde das AT von den Studenten ausprobiert und erlernt (s. Tab. 3.9). Die Ergebnisse lassen sich mit den Daten zum AT im einzelnen begründen (s. Kap. 4.2.4):

Das AT ist dasjenige Verfahren, das sowohl einen hohen Bekanntheitsgrad in Deutschland als auch einen starken Bezug zur medizinischen Versorgung hat (VAITL B 2004).

Bei den MS war AT das bekannteste, am häufigsten ausprobierte und erlernte Verfahren (s. Kap. 3.3 und Tabelle 3.10). Unter dem Einfluss von Faktoren wie dem Vorliegen einer Krankheit oder dem Verlust einer Bezugsperson, kannten 100% der MS das Verfahren (s. Kap. 4.2.4). Gründe für den hohen Kenntnisstand der AT bei den MS sind somit, wie in Kap. 4.2.4 diskutiert, folgende: Das Verfahren wird an vielen medizinischen Fakultäten Deutschlands gelehrt und hat einen Bezug zu medizinischen Einflussfaktoren. Zudem zählt es zu den klassischen, auch in der konventionellen Medizin akzeptierten Entspannungsverfahren, und es wurde in Deutschland entwickelt (VAITL B 2004). Dies dürfte wesentlich den hohen Bekanntheitsgrad in der deutschen Bevölkerung und speziell bei den MS erklären.

Die MT war bei den MS bekannter als die PR (s. Tab. 3.10), obwohl die PR sehr viel häufiger im Medizinstudium gelehrt wurde als die MT (s. Kap. 4.2.3/4.2.5). Möglicherweise haben der allgemeine Kenntnisstand der Bevölkerung und die Medienpräsenz einen größeren Einfluss

auf den Kenntnisstand als das Studium, wobei zu berücksichtigen ist, dass die PR nicht obligater Bestandteil des Lehrplans an den medizinischen Fakultäten Deutschlands ist.

Bei den WS war die MT am bekanntesten und die PR am unbekanntesten (s. Tabelle 3.10). Da alle drei Entspannungsverfahren selten an den Wirtschaftsfakultäten gelehrt werden (s. Kap. 4.2.3-4.2.5) ist bei den WS davon auszugehen, dass der hohe Bekanntheitsgrad der MT durch den hohen Kenntnisstand der Allgemeinbevölkerung, den Schulunterricht und die hohe Medienpräsenz bedingt ist.

Häufiger erlernt hatten die WS hingegen PR und AT (s. Tab. 3.10). Für das Erlernen eines Verfahrens scheint der Einfluss der medizinischen Versorgung von größerer Bedeutung zu sein als der allgemeine Kenntnisstand in der Bevölkerung. Diese These wird durch den Befund, dass WS, die eine längere körperliche oder seelische Krankheit hatten oder haben, häufiger PR oder AT erlernt hatten, gestützt (s. Kap. 3.4.4.2).

Alle drei Verfahren waren bei den MS bekannter als bei den WS (4.2.3- 4.2.5), wobei alle drei Verfahren bei den Frauen wiederum bekannter als bei den Männern waren (s. Kap 3.2.1-3.2.3). Die Daten unterstreichen die immer wieder beschriebenen Tatsache, dass Frauen gesundheitsbewusster sind als Männer und eher Hilfe bei Problemen und Krankheiten suchen, während Männer oft zu lange damit warten (STIEHLER&DINGES 2003; STOCK et al. 2001). Außerdem bekräftigen sie, dass Männer sich eher durch aktive Methoden wie Sport entstressen und Frauen zudem auch ruhige, entspannende Methoden zum Stressabbau anwenden (Stiftung Männergesundheit 2008). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede wurden aufgrund der begrenzten Repräsentativität der Stichprobe von MS und WS für Männer und Frauen im einzelnen nicht weiter ausgewertet (s. Kap. 4.1.4).

Beim Vergleich des Wissenstandes der Entspannungsverfahren zwischen den Studenten die Ost- bzw. Westdeutschland aufgewachsen waren, zeigten sich kaum Unterschiede (s. Kap. 3.4.3). Bei den WS ergab sich nur ein signifikanter Unterschied: Es hatte keiner der WS aus den neuen Bundesländer die PR erlernt (s. Tabelle 3.20). Allerdings waren die Fallzahlen mit $n = 14$ so niedrig, dass die Aussagekräftigkeit dieses Ergebnisses zu bezweifeln ist. Für die MS zeigte sich nur eine Differenz bei der MT: MS aus den westlichen Bundesländern hatten die MT signifikant häufiger ausprobiert (Ost : West = 16,7% : 30,9%, $N = 103$). Als einzelner Befund scheint daraus aber kein größerer Zusammenhang ableitbar. Dass die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern so gering waren, dürfte das Ergebnis der Angleichung von Lehrinhalten an Schulen und Universitäten sowie des Lebensstils sein. Hier kommt die junge Altersstruktur der beiden Studiengänge zum Tragen (s. Kap. 3.1.1).

Zwar treten im Gesamtvergleich auch Unterschiede zwischen Studenten beider Studiengänge auf, jedoch sind diese nicht so ausgeprägt wie beim Vergleich der einzelnen Verfahren. So war bei beiden Studienrichtungen die PR das unbekannteste Verfahren und war auch am wenigsten ausprobiert worden. Das bekannteste und am häufigste ausprobierte Verfahren bei den MS war das AT, bei den WS hingegen war es die MT. Diese Ergebnisse machen erneut deutlich, dass der Kenntnisstand der Allgemeinbevölkerung zu den drei Entspannungsverfahren die Studenten beeinflusst und dass das Medizinstudium für den Wissensvorsprung der MS verantwortlich ist. Am häufigsten erlernt wurde von beiden Studienrichtungen das AT, gefolgt von der PR und dann der MT. Obwohl die MS alle drei Verfahren häufiger als die WS erlernt haben, scheinen für das Erlernen der Entspannungsverfahren, neben dem Studium noch andere Faktoren, insbesondere wie Belastungssituationen z.B. Krankheiten eine entscheidende Rolle zu spielen.

4.2.7 Mögliche Folgen des geringen Ausbildungsstandes bei Entspannungsverfahren

Die Auswertung bestätigte das Ergebnis der Einstiegsfrage zum Entspannungsverhalten (s. Kap. 4.2.1/ 3.1.5): Die MS hatten häufiger als WS mindestens eines der drei Entspannungsverfahren erlernt (16,2% vs. 10,9%; $p < 0,05$; s. Kap. 3.2.4). Dennoch hatten nur relativ wenige Studenten beider Studienrichtungen überhaupt eines der drei Verfahren erlernt (13,5%, s. Kap 3.2.4).

Dies ist ein Ergebnis, das Konsequenzen nach sich ziehen sollte. Da Entspannungsverfahren wichtige Methoden der Stressbewältigung sind (s. Kap. 1.3), weist dieses Ergebnis auf große Defizite bei Selbstschutz- und Stressbewältigungsmechanismen und in der Gesundheitsvorsorge bei Studenten beider Studienrichtungen hin. Hier bestätigen sich die Ergebnisse anderer Studien zum Gesundheitsverhalten von Studenten (KELLER et al. 2008; STEPTOE et al. 2002; s. Kap. 1.7). Das ist alarmierend, wenn man die ausgeprägten Belastungssituationen bedenkt, die die Absolventen beider Studiengänge in den Abschlussexamina und im späteren Berufsleben zu bewältigen haben. Ein defizitärer Umgang mit Belastungssituationen hat gehäuft Fehlentscheidungen und -handlungen zur Folge. Für beide Berufsgruppen ergeben sich daraus bedeutende gesundheitliche, soziale, gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Folgen. Deshalb sollten MS und WS Entspannungsverfahren schon zu Beginn des Studiums erlernen, um über ein wichtiges Instrument für die Bewältigung von Belastungs- und Stresssituationen des späteren Arbeitslebens zu verfügen. An der Rostocker Universität wurde als Konsequenz aus den vorgestellten Ergebnissen bereits die fakultative Veranstaltung „Entspannungsverfahren mit

praktischen Übungen“ in das Lehrangebot für die MS aller Semester aufgenommen. Es ist zu wünschen, dass viele Universitäten und Fachhochschulen diesem Beispiel folgen.

4.2.8 Das grundsätzliche Interesse an Entspannungsverfahren

Nachdem feststeht, dass das Erlernen von Entspannungsverfahren für die beiden Studiengänge von hoher Relevanz ist und die entsprechenden Defizite aufgezeigt wurden, soll aufgrund der vorliegenden Ergebnisse diskutiert werden (Kapitel 4.2.7), welche Entspannungsverfahren für die Studenten am besten geeignet sind. Hierzu werden die Angaben der Studenten über ihr grundsätzliches Interesse an den drei Entspannungsverfahren und die Antworten auf die Frage nach dem Kenntnisstand weiterer Entspannungsverfahren herangezogen (s. Kap. 3.5.7).

Bei allen drei Verfahren gaben nur wenige Studenten beider Studienrichtungen an, grundsätzlich Interesse an der Erlernung des jeweiligen Verfahrens zu haben (s. Kap. 3.5.7). Die MS hatten häufiger Interesse an der PR (28,8%) und dem AT (27,9%) (s. Tabelle A67-69). Die WS interessierten sich am häufigsten für das AT (25,7%). Aus diesem relativ geringen Interesse ist abzuleiten, dass weder den MS noch den WS bewusst ist, wie groß die Bedeutung von Entspannungsverfahren und Stressbewältigungsmechanismen für sie sein können. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass diese Frage nur von denjenigen Studenten beantwortet wurde, die das jeweilige Verfahren kannten oder davon gehört hatten. Demnach könnte das ausgeprägte Desinteresse an dem jeweiligen Entspannungsverfahren unmittelbar mit der Unkenntnis der Studenten zusammenhängen.

Diese These lässt sich mit den Daten aus der Untersuchung belegen. Die WS gaben bei allen drei Verfahren, insbesondere bei PR und AT, häufiger als die MS an, dass sie nicht einschätzen könnten, ob sie Interesse an einem Verfahren hätten, da sie zu wenig darüber wüssten (PR: $p < 0,001$; AT: $p < 0,01$; MT: n.s.; s. Tabelle A67-69). Diese Daten zeigen, dass die WS aufgrund ihres geringen Kenntnisstandes nicht rational entscheiden können, ob sie ein Verfahren erlernen wollen oder nicht. Es wird am deutlichsten bei der PR: Sie war am wenigsten bei beiden Studienrichtungen bekannt und bei ihr war der Unterschied zwischen den MS und WS am meisten ausgeprägt. Weil die MS in ihrem Studium von der PR Kenntnis erhalten, können sie sich bewusster als die WS dafür ($p < 0,05$) oder dagegen ($p < 0,01$) entscheiden, PR zu erlernen (s. Tabelle A67). Ein Lehrangebot zu PR beeinflusst damit die Entscheidungsfähigkeit deutlich.

Bei der MT entschieden sich beide Studiengänge vergleichbar klar (s. Tabelle A69). Sowohl MS als WS glaubten offenbar, dass ihr Wissensstand ausreichte, um eine Entscheidung für oder gegen das Erlernen treffen zu können. Da die MT ein Verfahren mit hohen

Bekanntheitsgrad in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands ist, einen kommerziellen Hintergrund besitzt (OTT A 2004; s. Kap 4.2.5) und zudem häufig Gegenstand in den Medien ist, finden die Studenten einen leichten Zugang zu diesem Verfahren, was ihre Entscheidungsfindung erleichtert. Dass dieses Erkenntnismaterial fehlerhaft oder manipuliert sein kann, unterstreicht die Forderung, Entspannungsverfahren in die Lehrpläne beider Studienrichtungen aufzunehmen.

Wenn die Studenten angaben, ein Verfahren erlernen zu wollen, waren sie zumeist der Ansicht, dass es eine gute Methode zum Entspannen sei (47,2% für PR; 76,7% für AT und 81,3% für MT; s. Kap. 3.5.7; Tabelle A70-72). Nur bei der PR gaben sie zudem häufig an, dass der Fragebogen ihre Neugier geweckt hätte. Allerdings zeigten sich große Unterschiede zwischen den Studiengängen: durch den Fragebogen waren 65,5% der WS, aber nur 37,9% der MS neugierig auf die PR geworden (s. Tabelle A70). Auch an diesen Ergebnissen wird sichtbar, dass bei der PR bei beiden Studiengängen ein Wissensdefizit vorhanden ist und dieses Wissensdefizit bei den WS stärker ausgeprägt ist als bei den MS. Wenn die Studenten jedoch schon durch einen einfachen Fragebogen für ein Entspannungsverfahren zu begeistern sind, könnte man annehmen, dass sie auch einem Lehrangebot von Entspannungsverfahren sehr zugänglich wären.

Bei allen drei Entspannungsverfahren in beiden Studienrichtungen wurden stereotyp als Hauptgründe, das Verfahren nicht erlernen zu wollen, fehlendes Interesse und Zeitmangel angegeben (s. Kap. 3.5.7). „Zu wenig Stress“ gaben beide Studiengänge sehr selten als Ursache an (10,3% für PR; 7,7% für AT und 6,1% für MT; jeweils Prozente der Studenten beider Studiengänge; s. Tabelle A73-75). Obwohl die Studenten beider Studiengänge erfahrungsgemäß Stress haben, zeigen sie kein Interesse für Entspannungsverfahren und nehmen sich keine Zeit für deren Durchführung. Hier offenbart sich ebenso, wie an dem allgemein geringen Interesse der beiden Studienrichtungen an den drei Entspannungsverfahren, dass die Studenten noch nicht erkannt haben, dass ihnen Entspannungsverfahren bei der Bewältigung von Stress helfen könnten. Es ist ein wichtiger Ansatzpunkt und sollte unbedingt in den Lehrplan beider Studiengänge mit aufgenommen werden, dass etwas gegen Stress getan werden kann und sollte und, dass Entspannungsverfahren wertvolle Methoden der Stressbewältigung sind.

Ein kleiner Teil gab bei beiden Studienrichtungen an, ein Verfahren nicht erlernen zu wollen, weil ihr Wissen über das jeweilige Verfahren zu gering sei (s. Kap. 3.5.7). Auch hier zeigte sich das größere Wissensdefizit bei den WS (s. oben).

Von einigen Studenten beider Studienrichtungen, die ein Verfahren nicht erlernen wollten, wurden andere Entspannungsverfahren als geeigneter empfunden. Am häufigsten gaben die MS bei der PR an, dass andere Entspannungsverfahren besser seien (28,3%; s. Tabelle A73). Damit ist PR möglicherweise für die MS nicht sehr gut geeignet. Tatsächlich interessierten sich 42,4% der Studenten, die die offene Frage beantworteten, und zwar sowohl MS als auch WS für Yoga, hatten es schon ausprobiert oder sogar regelmäßig praktiziert (s. Kap 3.5.7). Des Weiteren war ein deutliches Interesse für Tai Chi zu verzeichnen (11,23% der Studenten, die die offene Frage beantworteten). Die Bewertung dieser Daten ist schwierig, da diese Frage fakultativ war und nur von 30,1% beantwortet wurde. Yoga scheint nach diesen Ergebnissen ein Entspannungsverfahren zu sein, das die Studenten sehr interessiert. Viele Studenten beider Studienrichtungen scheinen das Verfahren auch zu kennen. Dieser hohe Bekanntheitsgrad erscheint plausibel, da das Verfahren in den Medien häufig erscheint, oft im Universitätsport angeboten wird und von den Präventionsprogrammen der Krankenkassen neben PR und AT gefördert und unterstützt wird (s. Kap. 1.7).

Vielfach genannte Gründe für das große Interesse an Yoga waren: die Kombination aus konzentrierter Bewegung, meditativen Elementen und Entspannung, die Kräftigung der Muskeln und die damit zusammenhängende Hilfe bei Rückenschmerzen, aber auch Yoga als Lebensphilosophie. Die Studenten sind also vor allem von der Kombination aus Bewegung und Entspannung begeistert, die gleichen Gründe führten sie auch beim Tai Chi an. Weder die PR noch die AT bieten ein derartig umfangreiches Spektrum aus verschiedenen Elementen.

Die Beweggründe der Studenten sind durchaus nachvollziehbar, da sie den Großteil ihrer Zeit in Vorlesungssälen oder am Schreibtisch verbringen.

Somit sollten die Vorlieben der Studenten beim Lehrangebot zu Entspannungsverfahren berücksichtigt werden und auch solche mit ausgeprägt körperlich aktiven Bestandteilen wie Yoga oder Tai Chi angeboten werden. Für diese Verfahren spricht auch, dass Yoga und Tai Chi als Teil des Präventionsprogramms von den Krankenkassen gefördert und unterstützt werden und, dass die Studenten schon deshalb darüber Grundkenntnisse erworben haben könnten.

Zwar haben beide Studiengänge ein geringes Interesse an Entspannungsverfahren, wohl weil sie die Bedeutung der Stressbewältigung und die diesbezügliche Rolle der Entspannungsverfahren noch nicht verstanden haben. Es ist aber auch ersichtlich, dass das geringe Interesse unmittelbar mit dem geringen Kenntnisstand bei den Verfahren zusammenhängt und dass das Interesse bei Wissensvermittlung steigt. Hier sind die Universitäten und Fachhochschulen gefordert. Je früher die Studenten beider Studiengänge es

lernen, Stress und Belastungssituationen zu bewältigen, umso professioneller können sie später auf derartige Situationen im Berufs- und Privatleben reagieren. Bei der hohen Verantwortung der beiden Berufsgruppen ist dies von großer Bedeutung (s. Kap. 4.2.7). Die Vorlieben der Studenten sollte zusätzlich berücksichtigt werden. Hier liegen wichtige Ansatzpunkte für die Veränderung der Lehrpläne beider Studiengänge (s. Kap 4.5).

4.2.9 Befragung der Krankenkassen

Nur eine der befragten Krankenkasse konnte differenzierte Angaben zur Anwendungshäufigkeit von Entspannungsverfahren machen, 23,1% konnten lediglich Teilnehmerzahlen zum Handlungsfeld Stressreduktion und Entspannung nennen, 38,5% konnten keine Angaben diesbezüglich machen, und 30,8% antworteten erst gar nicht (s. Kap 3.6; Tabelle A76). Somit konnten die meisten Krankenkassen keine differenzierten Angaben zu den Teilnehmerzahlen der drei verschiedenen Entspannungsverfahren machen (s. Kap 3.6). Auch Hinweise für weiterführende Evaluationsmaßnahmen haben sich bei keiner Krankenkasse ergeben. Dies erstaunt, sollten doch Krankenkassen schon aus eigennützigem ökonomischem Interesse daran interessiert sein, die Effektivität und Akzeptanz ihrer eigenen Präventionsangebote zu prüfen. Warum es ihnen gegenwärtig zu genügen scheint, die Teilnehmerzahlen der unterschiedlichen Handlungsfelder zu dokumentieren, ist spekulativ. Möglicherweise erfüllen sie nur ihre von der Gesundheitspolitik eingeforderten Vorgaben, ohne am eigentlichen Erfolg interessiert zu sein, oder aber die Dokumentation der nach Entspannungsverfahren aufgegliederten Teilnehmerzahlen ist schlichtweg zu teuer. Dabei wären die Krankenkassen eine gute Quelle, um Daten für die Anwendungshäufigkeit von Entspannungsverfahren zu erheben, besonders wenn man betrachtet, dass nach aktuellen Recherchen keine Erkenntnisse zur Nutzung von Entspannungsverfahren vorliegen (s. Kap 1.7/1.9). Die Annahme, dass bei den Krankenkassen selbst der Wert der Entspannungsverfahren noch nicht bekannt ist, scheint bei ihrer aufwendigen Werbung für Entspannungsverfahren nicht plausibel (s. Kap. 1.7). Hinsichtlich der Krankenkassen, die nicht geantwortet haben, ist anzunehmen, dass sie die Anfrage nicht ernst genug nahmen oder die Thematik nicht für wichtig genug hielten. Insgesamt scheint das Bild, das die Krankenkassen nach außen abgeben, und die Antworten auf die Umfrage nicht ganz konsistent zu sein.

Die Daten der Techniker Krankenkasse und die angegebenen Teilnehmerzahlen der drei Krankenkassen im Handlungsfeld Stressreduktion und Entspannung (s. Tabelle A76) sind schwierig zu bewerten. Von der Gesamtheit der Versicherten der Techniker Krankenkasse ausgehend, hätten im Jahr 2004 nur 0,05% der Versicherten an Kursen zu AT und 0,03% an Kursen zur PR teilgenommen. Das wäre ein sehr geringer Anteil. Diese Daten scheinen

insofern nur bedingt aussagekräftig, da nur Kurse, die direkt von der Krankenkasse angeboten, erfasst wurden. Wenn ein Versicherter der Techniker Krankenkasse einen Kurs eines anderen Anbieter belegt hatte, die Teilnahme an einen solchen Kurs seiner Krankenkasse nicht berichtete oder selbstständig zu Hause PR oder AT praktizierte, ging er in die Daten nicht mit ein. Auch lassen sich über den Gesundheitszustand der Teilnehmer keine Aussagen machen. Valide Daten zur Anwendung von Entspannungsverfahren insbesondere bei Gesunden scheinen auch nach der Auskunft der Krankenkassen kaum zu existieren. Bei der Bedeutung von Entspannungsverfahren wäre es jedoch wünschenswert, wenn qualitativ hochwertige Studien und Untersuchungen dazu folgten.

4.3 Vergleiche mit anderen Arbeiten

Nach meinem gegenwärtigen Wissensstand ist eine Umfrage mit dieser Fragestellung ein Novum: Es war nach intensiven Internetrecherchen keine Untersuchung auffindbar, die eine ähnliche Umfrage mit dieser Fragestellung zum Thema gehabt hätte.

4.4 Zusammenfassung der Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigte einen Wissensvorsprung der MS für die drei Entspannungsverfahren PR, AT und MT, der durch das Medizinstudium zu erklären ist. Die Ergebnisse machten aber auch deutlich, dass der Kenntnisstand zu den drei Entspannungsverfahren von beiden Studienrichtungen durch den Kenntnisstand der Allgemeinbevölkerung beeinflusst wurde. Daneben scheinen auch noch andere Faktoren, insbesondere Belastungssituationen wie z.B. Krankheiten, eine wichtige Rolle für das Erlernen von Entspannungsverfahren zu spielen. Dennoch hatten nur relativ wenige Studenten beider Studienrichtungen überhaupt eines der drei Verfahren erlernt. Das schien hauptsächlich an der Unkenntnis und der geringen Wertschätzung und Wahrnehmung von Stressbewältigungsmethoden zu liegen.

Zudem ist anzunehmen, dass aus beiden Studienrichtungen mehr Studenten antworteten, die schon Erfahrungen mit Entspannungsverfahren hatten, da wohl häufiger Fragebögen zu einem bekannten oder sympathischen Thema beantwortet werden (SCHNELL et al. 1999, S. 336). In jedem Fall weist die vorliegende Arbeit hohe Defizite hinsichtlich des Kenntnisstands zu den drei Entspannungsverfahren bei beiden Studienrichtungen auf, die bei der späteren beruflichen Belastung und der Vorbildfunktion sehr bedenklich erscheinen. Es wurde aber auch ersichtlich, dass das geringe Interesse unmittelbar mit dem geringen Kenntnisstand bei

den Verfahren zusammenhängt und dass das Interesse bei Wissensvermittlung steigt. Hier liegen Chancen und Ansatzpunkte für die Lehre von Entspannungsverfahren.

4.5 Ausblicke

Die vorliegende Arbeit ist nach meinem Wissensstand die einzige wissenschaftliche Untersuchung zur Anwendung von Entspannungsverfahren bei Gesunden. Bei der großen Bedeutung von Entspannungsverfahren in der Prävention und der Stressbewältigung und auch wegen der Kosteneffektivität sollten anhand von weiteren umfangreichen Studien Daten zur Akzeptanz und Anwendung von Entspannungsverfahren sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei den MS gewonnen werden. Auch sollten nach Möglichkeit Studien getrennt nach soziodemographischen Merkmalen durchgeführt werden, um individuelle Entspannungs- bzw. Stressbewältigungsverfahren zu finden und anbieten zu können.

Wegen der bedeutenden Vorbildrolle der MS als zukünftige Ärzte und ihrer hohen Arbeitsbelastung ist der Kenntnisstand von Entspannungsverfahren von MS von besonderer Bedeutung. Deswegen sollten vergleichende Untersuchungen durchgeführt werden, um die Ergebnisse dieser Arbeit zu unterstreichen oder zu widerlegen, wobei eine höhere Repräsentativität wünschenswert wäre. Bei den fortführenden Studien sollte das Spektrum der Entspannungsverfahren erweitert und spezielle Vorlieben der MS ermittelt werden, um ein passendes Lehrangebot erstellen zu können. Diese Arbeit gab Hinweise darauf, dass Yoga, aufgrund der körperlich aktiven Bestandteile bei den MS sehr beliebt ist, dies sollte in Folgestudien weiter nachgegangen werden.

Jedoch sollte schon diese Arbeit aufgrund der festgestellten Defizite bei beiden Fakultäten den Anstoß geben, Entspannungsverfahren als Stressbewältigungsmethoden in das Lehrangebot von Universitäten und Fachhochschulen aufzunehmen. Die Untersuchung zeigte auch, dass mit Wissensvermittlung das Interesse an den Entspannungsverfahren steigt. Gerade wegen der enormen Belastung im späteren Berufsleben und deren gesundheitlichen, sozialen, gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Folgen sollten Stressbewältigungsmethoden und Copingstrategien als fester Bestandteil im Lehrplan von beiden Studienrichtungen von Beginn an verankert sein, um sie später im Arbeitsleben professionell einsetzen zu können. Dies könnte im Rahmen einem Studium generale, in welchen die Studenten sowohl praktisch als auch theoretisch Lebensstilmaßnahmen erlernen, oder aber als ein eigenständiger fester immer wiederkehrender Bestandteil, welcher sich durch das gesamte Studium zieht und sowohl Copingstrategien als auch Persönlichkeitsentwicklung beinhaltet, verwirklicht werden. Wichtig scheinen dabei folgende Inhalte: Die Studenten

sollten lernen, dass es Stressbewältigungsstrategien und –methoden wie insbesondere Entspannungsverfahren gibt und dass die Entspannungsverfahren zu wertvollen Copingstrategien zählen. Sie sollten die Möglichkeit haben, sie zu erlernen und zu praktizieren. Darüber hinaus sollten die Vorlieben der Studenten berücksichtigt und eventuell mehr Verfahren mit aktiven Bestandteilen, wie z.B. Yoga und Tai Chi angeboten werden. Auf eine Annahme der Vorschläge durch die Universitäten und Fachhochschulen bleibt auch aufgrund der Kosteneffektivität und der einfachen Erlernbarkeit der Entspannungsverfahren zu hoffen.

5 Zusammenfassung

Entspannungsverfahren gehören zu den Methoden der psychosomatischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Anwendungsformen. Sie werden zur Therapie, Rehabilitation und Prävention verschiedener psychischer und somatischer Störungen und Erkrankungen angewandt. Ihre klinische Wirksamkeit ist in zahlreichen Studien belegt. Entspannung ist neben Bewegung/Sport, gezielter Ernährung und Suchtprävention eine der vier Säulen der Prävention, die gegenwärtig gesundheitspolitisch forciert wird. Wissenschaftliche Daten liegen jedoch insbesondere zu Entspannungsverfahren für diesen Bereich bisher kaum vor. Für Medizinstudenten ist ein hoher Kenntnisstand bei medizinischen Entspannungsverfahren als Copingstrategie und zur Stressbewältigung unter individuellen Aspekten, aber ebenso im Hinblick auf ihre Beratungsfunktion bei Patienten sinnvoll. Ziel der Untersuchung war deshalb die Erfassung des Kenntnisstandes und des Anwendungsgrades bei Medizinstudenten im Vergleich zu einer gewählten Referenzgruppe, den Wirtschaftsstudenten bei drei weit verbreiteten Entspannungsverfahren: Progressive Relaxation, Autogenes Training und Meditation. Die Daten sollten im soziodemografischen Kontext erhoben und interpretiert werden.

Zur Erfassung der Daten wurde ein Fragebogen mit 41 Fragen ins World Wide Web gestellt. Mit Hilfe der jeweiligen Fachschaften wurden die Medizin- und Wirtschaftsstudenten aus ganz Deutschland in Rundmails, auf der Homepage oder in einem Forum der Fachschaften gebeten, an der Umfrage teilzunehmen. Der Fragebogen wurde direkt auf der Internetseite beantwortet, die Antworten in einer Excel Datei gespeichert und mit SPSS ausgewertet.

An der Umfrage beteiligten sich 576 Medizinstudenten und 596 Studenten der Wirtschaftswissenschaften. Aufgrund der bestehenden Geschlechterdifferenz in der Beantwortung, die zu einem Bias geführt hätte, wurde eine modifizierte Stichprobe mit ausgeglichenem Geschlechterverhältnis durch Ziehen einer Zufallsstichprobe mit dem SPSS-Programm aus der Originalstichprobe gebildet.

Die Medizinstudenten zeigten bei allen drei Entspannungsverfahren einen Wissensvorsprung gegenüber den Studenten der Wirtschaftswissenschaften, der durch die Behandlung der Thematik im Medizinstudium zu erklären ist. Bei der Progressiven Relaxation war der Unterschied am deutlichsten: Medizinstudenten kannten das Verfahren häufiger, hatten es häufiger ausprobiert und erlernt (jeweils $p < 0,001$). Sie kannten auch das Autogene Training häufiger und hatten es häufiger ausprobiert (jeweils $p < 0,001$). Bei der Meditation war der Unterschied zwischen den beiden Studiengängen am geringsten: Lediglich der Kenntnisstand

war bei Medizinstudenten signifikant häufiger ($p < 0,001$). Frauen kannten alle drei Entspannungsverfahren häufiger als Männer (Progressive Relaxation: $p < 0,01$; Autogene Training: $p < 0,001$; Meditation: $p < 0,01$). Es bestätigte sich somit der in anderen Studien gezeigte Befund, dass Männer an präventiven Maßnahmen weniger interessiert sind.

Der Wissensstand der Studenten zu den Entspannungsverfahren wurde durch den Kenntnisstand der Allgemeinbevölkerung beeinflusst. So war die Progressive Relaxation bei den Studenten beider Studiengänge mit 49,8% am wenigsten bekannt. Bei den Medizinstudenten war das Autogene Training mit 95,0% das bekannteste Verfahren, bei den Studenten der Wirtschaftswissenschaften dagegen die Meditation mit 84,9%. Die Studenten beider Fachrichtungen hatten am häufigsten das Autogene Training erlernt (Medizinstudenten: 9,6%; Wirtschaftsstudenten: 6,3%).

Auch andere Faktoren, insbesondere Belastungssituationen wie z.B. Krankheiten schienen eine wichtige Rolle für das Erlernen von Entspannungsverfahren zu spielen: Studenten der Wirtschaftswissenschaften, die eine längere körperliche oder seelische Krankheit durchlebt hatten, kannten die Progressive Relaxation häufiger, hatten sie häufiger ausprobiert und erlernt (jeweils $p < 0,01$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für das Autogene Training bei beiden Studiengängen. Der Kenntnisstand des Autogenen Trainings betrug bei Medizinstudenten mit einer längeren Krankheit in ihrer Lebensgeschichte 100%.

Nur relativ wenige Studenten beider Studienrichtungen hatten jedoch wenigstens eines der drei Entspannungsverfahren erlernt (16,2% der Medizinstudenten; 10,9% der Studenten der Wirtschaftswissenschaften; $p < 0,05$), d.h. bei beiden Studiengängen zeigten sich hohe Defizite bei der Anwendung dieser drei Verfahren, die zur Stressbewältigung sehr gut geeignet sind. Die Ursachen dafür scheinen hauptsächlich Unkenntnis und infolgedessen geringe Wertschätzung und Wahrnehmung von Stressbewältigungsmethoden zu sein. Bei entsprechender Wissensvermittlung stieg aber das Interesse nachweislich an, so hatte bei 65,5% der interessierten Wirtschaftsstudenten der Fragebogen ihr Interesse für die Progressive Relaxation geweckt.

Die erhobenen Daten sollten als deutlicher Hinweis auf die Sinnhaftigkeit der Lehre zu Entspannungsverfahren aufgefasst werden. Aufgrund der bekannten späteren hohen beruflichen Belastung und der zunehmenden Burnout-Problematik sollten deshalb sowohl bei Medizinstudenten als auch den Studenten der Wirtschaftswissenschaften Stressbewältigungsmethoden und Copingstrategien in den Lehrplan von beiden Studienrichtungen integriert werden.

Literaturverzeichnis

- (BATINIC et al. 1999)** Batinic, B., Werner, A., Gräf, L., Bandilla, W. (Hrsg.): Online Research (Göttingen 1999, Hogrefe-Verlag GmbH)
- (BATINIC 2001)** Batinic, B.: Fragebogenuntersuchungen im Internet (Aachen 2001, Shaker Verlag)
- (BEARY& BENSON 1974)** Beary, J. F.& Benson, H.: A simple psychophysiologic technique which elicits the hypometabolic changes of the relaxation response (Psychosomatic Medicine, Vol. 36(2), 1974, S.115-120)
- (BERGNER 2004)** Bergner, T.: Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe (Deutsches Ärzteblatt, PP 3, September 2004, S.410-412)
- (BÖHM et al. 2003)** Böhm, A., Ellsäßer, G., Kuhn, J., Ranft, M., Rojas, G.: Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg (Gesundheitswesen 2003, 65, S.219-225)
- (BORKOVEC& SIDES 1979)** Borkovec, T. D., Sides, J. K.: Critical procedural variables to the physiological effects of progressive relaxation: A review. (Behaviour Research and Therapy, Vol.17, 1979, S.119-125) In Hamm, A.: Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S.189-210)
- (BORTZ 2005)** Bortz, J.: Statistik für Sozialwissenschaftler (6. Aufl., Heidelberg 2005, Springer Verlag, S.86-87)
- (BRENNER 2002)** Brenner, H.: Autogenes Training für Kursleiter/innen (Rehatagung Bad Eilsen 2002)

- (BRENNER 2006)** Brenner, H.: Stellungnahme der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsarbeiten, Betreff: Neuer Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB bkk-praeventionskurse.de (Brief an den BKK-Bundesverband, Abs.: Vorstand der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren in der Sektion Klinische Psychologie des BDP, DP PPT Helmut Brenner, Paulinenstraße 20, 32108 Bad Salzuflen, 22. 2. 2006)
- (BZgA 2004)** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung: Gut Drauf Flyer (Wermelskirchen 2004)
- (CONRAD& ROTH 2007)** Conrad, A., Roth, W.T.: Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? (Journal of Anxiety Disorders; 21(3), 2007; S. 243-264)
- (DAK 2007)** Deutsche Angestellten Krankenkasse: Gesund Aktiv Bonus (Informationsbroschüre der DAK, 2007, S.1-16)
- (DAVIDSON& SCHWARTZ 1976)** Davidson, R., Schwartz, G.: The psychobiology of relaxation and related states: A multiprocess theory (1976). In Mostofsky, D. I. (Hrsg.): Behavior control and the modification of physiological activity (New York: The Free Press.) In Gnocheh, S., Smith, J. C.: Progressive Muscle Relaxation, Yoga Stretching, and ABC Relaxation Theory (Journal of Clinical Psychology, Vol. 60(1), 2004, S. 131-136)
- (DE GRUYTER 2004)** Walter de Gruyter GmbH & Co. KG (Hrsg.): Psychrembel[®] online und CD-Rom (260.Aufl., Berlin 2004, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG)

- (DECKERT 1964)** Deckert, G. H.: Pursuit eye movements in the absence of moving visual stimulus (Science 1964, Vol. 143, S. 1192-1193)
In Hamm, A.: Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S.189-210)
- (DELNEVO et al. 1996)** Delnevo, C.D., Abatemarco, D.J., Gotsch, A.R.: Health Behaviors and Health Promotion/Disease Prevention Perceptions of Medical Students (American Journal of Preventive Medicine, 12(1), 1996, S. 38-43)
- (DENG et al. 2004)** Deng, G., Cassileth, B.R., Yeung., K.S.: Complementary therapies for cancer-related symptoms (The Journal of Supportive Oncology, 2(5), 2004, S. 419-29)
- (Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training 2007)** Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training: Clausen, G. R.: Sinn und Ziel der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training; Zugriff am 09.02.07 unter <http://www.dgaehat.de/>
- (DIECKHÖFER 1990)** Dieckhöfer, K.: Grundzüge der Geschichte der Naturheilkunde und Naturheilverfahren. In: Schimmel, K-C. (Hrsg.): Lehrbuch der Naturheilverfahren, Band 1 (2. Aufl. Stuttgart 1990, Hippokrates Verlag GmbH, S.48-50)
- (ENGEL 1995)** Engel, K.: Meditation: Geschichte, Systematik, Forschung, Theorie (Frankfurt am Main 1995, Peter Lang GmbH)
- (Fachgruppe Entspannungsverfahren 2007)** Die Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren in der Sektion Klinische Psychologie im (BDP): Was ist Progressive Relaxation?; Zugriff am 12.02.07 unter <http://www.entspannungsverfahren.com/>

- (GRAWÉ et al. 1995)** Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (4. Aufl., Göttingen 1995, Hogrefe)
- (GROSS, LANGER & SEISING 1997)** Gross, G.; Langer, U.; Seising, R. (Hrsg.): Studieren und Forschen im Internet (Frankfurt am Main 1997, Peter Lang GmbH)
- (HAMM 2004)** Hamm, A.: Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3. Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S.189-210)
- (HARTMANN 2008)** Hartmann, M.: Merkblatt Nr. 9 Meditation (Merkblätter der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren in der Sektion Klinische Psychologie des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)); Zugriff am 28.04.08 unter http://www.entspannungsverfahren.com/pdf/mb_9.pdf
- (HÖLZEL 2006)** Hölzel, B.: Entspannungsverfahren: Yoga und Meditation (Vortrag an der Universität Gießen WS 2006/2007)
- (HÜSLER & ZIMMERMANN 2001)** Hüsler, J., Zimmermann, H.: Statistische Prinzipien für medizinische Projekte (3. Aufl., Göttingen, Toronto, Seattle 2001, Verlag Hans Huber-Bern, S.50)
- (JACOBSON 1938)** Jacobson, E.: Progressive relaxation. (Chicago 1938, University of Chicago Press) in Hamm, A.: Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3. Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S.189-210)

- (JUHASZ et al. 2007)** Juhasz, G., Zsombok, T., Gonda, X., Nagyne, N., Modosne, N., Bagdy, G.: Effects of autogenic training on nitroglycerin-induced headaches (Headache, 47(3), 2007, S.371-383)
- (KABAT-ZINN 1994)** Kabat-Zinn, J.: Gesund durch Meditation (2.Aufl., München 1994, O.W. Barth Verlag)
- (KANJI et al. 2006)** Kanji, N., White, A., Ernst, E.: Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial (Journal of Advanced Nursing; 53(6), 2006, S.729-735)
- (KELLER et al. 2008)** Keller, S., Jason, E., Maddock, J.E., Hannover, W., Thyrian, J.R., Basler, H.-D.: Multiple health risk behaviors in German first year university students (Preventive Medicine, 46(3), 2008, S.189-195)
- (KIRCHHOFF et al. 2006)** Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S.: Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung (3. Aufl., Wiesbaden 2006, VS Verlag für Sozialwissenschaften)
- (KRAFT 1989)** Kraft, H.: Autogenes Training (2.Aufl., Stuttgart 1989, Hippokrates) in Krampen, G.: Einführungskurse zum Autogenen Training (2. Aufl., Göttingen 1998, Hogrefe)
- (KRAFT 2006)** Kraft, H.: Autogenes Training (Grundstufe). In Müller-Braunschweig, H., Stiller, N.: Sektion 09, Körperorientierte Psychotherapie u.a.. In Bühring, M. (Hrsg.): Naturheilverfahren und Unkonventionelle Medizinische Richtungen, Lose Blattsammlung (Heidelberg 2006, Springer Medizin Verlag)
- (KRAMPEN 1998)** Krampen, G.: Einführungskurse zum Autogenen Training (2. Aufl., Göttingen 1998, Hogrefe)

- (KRENTZ 2005)** Krentz, H.: Statistische Analysen mit SPSS in der Medizin
Band 1 und 2 (Aachen 2005, Shaker Verlag)
- (KUNDT&
KRENTZ 2003)** Kundt, G., Krentz, H.: Medizinische Biometrie (Aachen 2003,
Shaker Verlag)
- (KWEKKEBOOM&
GRETARSDOTTIR
2006)** Kwekkeboom, K.L., Gretarsdottir, E.: Systematic review of
relaxation interventions for pain (Journal of Nursing Scholarship,
38(3), 2006, S.269-277)
- (MAJUMDAR 2000)** Majumdar, M.: Meditation und Gesundheit: Eine
Beobachtungsstudie (Essen 2000, Karl und Veronica Carstens-
Stiftung Verlag)
- (MITANI et al. 2006)** Mitani, S., Fujita, M., Sakamoto, S., Shirakawa, T.: Effect of
autogenic training on cardiac autonomic nervous activity in
high-risk fire service workers for posttraumatic stress disorder
(Journal of Psychosomatic Research, 60(5), 2006, S. 439-444)
- (OHM 2004)** Ohm, D.: Progressive Relaxation: Ergebnisse der
Konsensuskonferenzen zur PR (Entspannungsverfahren, 21,
2004, S. 83-89)
- (OSPINA et al. 2007)** Ospina, M.B. et al.: Meditation practices for health: state of the
research (Evidence Report/TechnologyAssessment, Nr.155,
2007, S.1-263)
- (OTT 2001)** Ott, U.: Vortrag zum Thema Meditation in Vorlesung
„Entspannungsverfahren“ von Prof. Dr. Dieter Vaitl
11.+18.12.2001, Universität Gießen
- (OTT A 2004)** Ott, U.: Meditation. In: Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.):
Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel
2004, Beltz Verlag, S.177-188)

- (OTT B 2004)** Ott, U.: Meditation, Vortrag im Rahmen des Seminars „Veränderte Bewusstseinszustände: Grundlagen und klinische Aspekte“, 02.02.2004 Universität Gießen
- (PETERMANN& VAITL 2004)** Petermann, F., Vaitl, D.: Entspannungsverfahren – eine Einführung. In Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S. 1-17)
- (PARTL 2007)** Partl, H: Kleines Lexikon zu WWW und HTML; Universität für Bodenkultur Wien, Zugriff am 17.04.07 unter <http://www.boku.ac.at/htmlleinf/heinwas.html#html>
- (PRONK et al. 2004)** Pronk, N.P., Anderson, L.H., Crain, A.L., Martinson, B.C., O'Connor, P.J., Sherwood, N.E., Whitebird, R.R.: Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members (American Journal of Preventive Medicine, 27(2), 2004, S. 25–33)
- (RENZ-POLSTER et al. 2004)** Renz-Polster, H., Krautzig, S., Braun, J. (Hrsg.): Basislehrbuch Innere Medizin (3. Aufl., München 2004, Urban und Fischer Verlag, S. 4-25)
- (ROSSA 2001)** Rossa, B.: Autogenes Training Hausarztpraxis niedersächsisches Ärzteblatt, 7, 2001
- (SANCHEZ et al. 2007)** Sanchez, A., Norman, G.J., Sallis, J.F., Calfas, K.J., Cella, J., Patrick, K.: Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in Adolescents (American Journal of Preventive Medicine, 32(2), 2007, S. 124–130)

- (SCHNELL et al. 1999)** Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung (6. Aufl., München 1999, Oldenbourg Verlag, S. 297-340)
- (SCHULTZ 1966)** Schultz, J.H.: Wie entstand das autogene Training? (Medizinische Klinik, 61, 1996, S. 29-31) in Krampen, G.: Einführungskurse zum Autogenen Training (2. Aufl., Göttingen 1998, Hogrefe)
- (SCHULTZ& LUTHE 1969)** Schultz, J.H., Luthe, W.: Autogenic Therapy Vol.I: Autogenic Methods (New York 1969, Grune&Stratton) in Krampen, G.: Einführungskurse zum Autogenen Training (2. Aufl., Göttingen 1998, Hogrefe)
- (SCHULTZ 1973)** Schultz, J.H.: Das Autogenen Training. Konzentrative Selbstentspannung (14. Aufl., Stuttgart 1973, Thieme). In Vaitl, D.: Autogenes Training. In: Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S. 87-106)
- (Society for Meditation and Meditation Research 2007)** Society for Meditation and Meditation Research: Ott, U. : FAQ Meditation; Zugriff am 22.01.07 unter <http://www.smmr.de/de/faq.html>
- (STEPTOE et al. 2002)** Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R.: Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise, and Attitudes toward Health in European University Students from 13 Countries, 1990-2000 (Preventive Medicine, 35(2), 2002, S. 97-104)
- (STETTER& KUPPER 1998)** Stetter, F., Kupper, S.: Autogenes Training – Qualitative Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien und Beziehungen zur Naturheilkunde (Forschende Komplementärmedizin, 5(5), 1998, S. 211-223)

- (STETTER 1998)** Stetter, F.: Was geschieht, ist gut: Entspannungsverfahren in der Psychotherapie (Psychotherapeut, 43, Nr. 4, 1998, S.209-220)
- (STETTER& KUPPER 2002)** Stetter, F., Kupper, S.: Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies (Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27(1), 2002, S.45-98)
- (STETTER 2004)** Stetter, F.: Entspannungsverfahren – Wirksame Komponenten psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung (Psychotherapeut, 49, Nr. 4, 2004, S.281-291)
- (STIEHLER& DINGES 2003)** Stiehler, M., Dinges, M.: Männergesundheitsbericht: Ablehnende Haltung (Deutsches Ärzteblatt, 100(12), 2003, S.A-749/B-637/C-597)
- (Stiftung Männergesundheit 2008)** Stiftung Männergesundheit, Mitglied im Bundesverband Deutscher Stiftungen: Zahlen und Fakten: Männer sind früher krank; Zugriff am 19.04.08 unter http://www.stiftung-maennergesundheit.de/stiftung_fakten.php
- (STOCK-HOMBURG &BAUER 2007)** Stock-Homburg, R., Bauer, E.-M.: Work-Life-Balance im Topmanagement (Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 34, 2007, S. 25-32)
- (STOCK et al. 2001)** Stock, C., Wille, L., Krämer, A.: Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion (Health Promotion International, 16(2), 2001, S.145-154)
- (STÜWE 2007)** Stüwe, H.: Berufsperspektiven: Viele Ärzte sind schon in jungen Jahren ausgebrannt (Deutsches Ärzteblatt, 104(40), 2007: S.A-2698/B-2388/C-2315)

- (UNI ROSTOCK 2008)** Hochschulsport der Universität Rostock: Sportangebot Sommersemester 2008 PDF-Datei 13. März 2008; Zugriff am 19.04.2008 unter http://www.uni-rostock.de/hochschulsport/doc/sites/sites_basics/sportprogramm_ss08.pdf
- (VAITL A 2004)** Vaitl, D.: Psychophysiologie der Entspannungsverfahren. In: Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S. 21-33)
- (VAITL B 2004)** Vaitl, D.: Autogenes Training. In: Vaitl, D., Petermann, F.(Hrsg.): Entspannungsverfahren Das Praxishandbuch (3.Aufl., Basel 2004, Beltz Verlag, S. 87-106)
- (V ALLMEN 1990)** Allmen, F. v.: Die Freiheit entdecken. Vipassana Meditation im Westen (Zürich 1990, Theseus- Verlag, S. 25f) in Majumdar, M.: Meditation und Gesundheit: Eine Beobachtungsstudie (Essen 2000, KVC Verlag, S.16)
- (V STEINAECKER 2008)** Steinaecker, K. v.: Einführung in die Atem- und Entspannungstherapie. In: Kraft, K. Lehrbuch der Naturheilverfahren (wird erscheinen im Hippokrates Verlag befindet sich momentan im Druck)
- (YUNG 2001)** Yung, P., French, P., Leung, B.: Relaxation training as complementary therapy for mild hypertension control and the implications of evidence-based medicine (Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, 7, 2001, S. 59-65)

Danksagung

Frau Prof. Dr. K. Kraft, Lehrstuhlinhaberin für Naturheilkunde an der Universität Rostock, danke ich für die Vergabe des Themas dieser Arbeit, für die Einführung in die Thematik zu Entspannungsverfahren, für die Mithilfe bei der Erstellung des Fragebogens, sowie für ihre Anregungen und intensive Unterstützung und Betreuung während der gesamten Arbeit.

Herrn P. Eipert vom Institut für Mathematik der Universität Rostock danke ich für seine Unterstützung und die Verwirklichung der virtuellen Version des Fragebogens.

Herrn Prof. Dr. K.-P. Eichler vormals am Institut für Schulpädagogik der Universität Rostock, jetzt am Institut für Mathematik und Informatik der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd danke ich für den kostenlosen Speicher auf dem Server von www.mathematikus.de.

Frau Dipl. Math. H. Krentz vom Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der Universität Rostock danke ich für die Beratung und Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Des weiteren möchte ich mich bei dem Rechenzentrum der Universität Rostock, dem Allgemeinen Studierendenausschuss der Universität Rostock (AStA) und der Fachschaft für Medizin der Universität Rostock sowie bei allen Fachschaften und Studentenvertretern der medizinischen und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten, die sich an der Umfrage beteiligten, bedanken für die Hilfe beim Versenden der E-Mails bzw. der Bereitstellung des Links zum Fragebogen auf ihrer Homepage oder in ihrem Forum.

Den Mitarbeitern des Lehrstuhls für Naturheilkunde danke ich für die Unterstützung bei den kleinen organisatorischen Dingen.

Meiner Familie und Freunden, besonders Herrn I. Balushev danke ich für die moralische Unterstützung und für die unendliche Geduld.

Thesen zur Dissertation

1. Entspannung ist neben Bewegung/Sport, gezielter Ernährung und Suchtprävention eine der vier Säulen der Prävention, die gegenwärtig gesundheitspolitisch forciert wird. Wissenschaftliche Daten liegen aber insbesondere zu Entspannungsverfahren für diesen Indikationsbereich bisher kaum vor.
2. Für Medizinstudenten ist ein hoher Kenntnisstand bei medizinischen Entspannungsverfahren in zweierlei Hinsicht von großer Bedeutung: einerseits als Copingstrategie und Stressbewältigungsmechanismus unter individuellen Aspekten und andererseits als sozialpolitisches Vorbild und Ratgeber für Patienten in der zukünftigen Rolle als Arzt. Untersuchungen zum Kenntnisstand von standardisierten Entspannungsverfahren bei Medizinstudenten liegen jedoch nicht vor.
3. Mit Hilfe eines Fragebogens im World Wide Web wurde der Kenntnisstand und Grad der Anwendung von Medizinstudenten im Vergleich zu einer gewählten Referenzgruppe, den Wirtschaftsstudenten zu drei weit verbreiteten Entspannungsverfahren: Progressive Relaxation, Autogenes Training und Meditation im soziodemografischen Kontext erhoben.
4. Der Fragebogen wurde direkt auf der Internetseite von 576 Medizin- und 596 Wirtschaftsstudenten aus ganz Deutschland beantwortet. Mit Hilfe der jeweiligen Fachschaften wurden die Studenten in Rundmails, auf der Homepage oder in einem Forum der Fachschaften gebeten an der Umfrage teilzunehmen.
5. Eine internetgestützte Umfrage, auf die von den Fachschaften hingewiesen wird, ist eine geeignete Methode, um Daten über Studenten der verschiedenen Fachrichtungen zu erheben.

6. Die Medizinstudenten zeigten bei allen drei Entspannungsverfahren einen Wissensvorsprung gegenüber den Studenten der Wirtschaftswissenschaften. Bei der Progressiven Relaxation war der Unterschied am deutlichsten, gefolgt vom Autogenen Training. Bei der Meditation war der Unterschied zwischen den beiden Studiengängen am geringsten. Der Wissensvorsprung der Medizinstudenten ist durch das Medizinstudium zu erklären.

7. Frauen kannten alle drei Entspannungsverfahren häufiger als Männer (Progressive Relaxation: $p < 0,01$; Autogenes Training: $p < 0,001$; Meditation: $p < 0,01$). Die Befunde bestätigen das auch in anderen Studien gezeigte geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern.

8. Bei allen drei Entspannungsverfahren wurde der Wissensstand der Studenten von beiden Studienrichtungen durch den Kenntnisstand der Allgemeinbevölkerung zu den Verfahren stark beeinflusst. Dementsprechend war die Progressive Relaxation bei den Studenten beider Studiengänge mit 49,8% am wenigsten bekannt. Bei den Medizinstudenten war das Autogene Training mit 95,0% das bekannteste Verfahren, bei den Studenten der Wirtschaftswissenschaften war es die Meditation mit 84,9%.

9. Belastungssituationen wie z.B. längere Krankheiten scheinen eine wichtige Rolle für das Erlernen von Entspannungsverfahren zu spielen. Studenten der Wirtschaftswissenschaften, die eine längere körperliche oder seelische Krankheit durchlebt hatten, kannten die Progressive Relaxation häufiger, hatten sie häufiger ausprobiert und erlernt als Nichtbetroffene (jeweils $p < 0,01$). Medizinstudenten mit einer längeren Krankheit kannten zu 100% das Autogene Training.

10. Nur relativ wenige Studenten beider Studienrichtungen hatten wenigstens eines der drei Entspannungsverfahren erlernt (16,2% der Medizinstudenten; 10,9% der Studenten der Wirtschaftswissenschaften; $p < 0,05$). Damit sind bei beiden Studiengängen hohe Defizite hinsichtlich der Anwendung von den drei Entspannungsverfahren und somit auch von Copingstrategien und Stressbewältigungsmethoden nachweisbar.

11. Die Ursachen der Defizite schienen hauptsächlich an der Unkenntnis und der geringen Wertschätzung und Wahrnehmung von Stressbewältigungsmethoden zu liegen. Bei Wissensvermittlung stieg aber das Interesse zu den drei Entspannungsverfahren bei beiden Studiengängen - hier liegen Chancen und Ansatzpunkte für die Lehre von Entspannungsverfahren.

12. Die vorliegende Arbeit ist nach meinem Wissensstand die einzige wissenschaftliche Untersuchung zur Anwendung von Entspannungsverfahren bei Gesunden, deshalb sind weitere umfangreiche Studien, die Daten zur Akzeptanz und Anwendung von Entspannungsverfahren sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei den Medizinstudenten erheben, erforderlich.

13. Aufgrund der bekannten späteren hohen beruflichen Belastung sowie der Burnout-Problematik bei Ärzten und Managern sind nach den aufgezeigten Defiziten die Universitäten und Fachhochschulen beider Studiengänge dringend dazu aufgefordert Stressbewältigungsmethoden und Copingstrategien als festen Bestandteil im Lehrplan beider Studienrichtungen aufzunehmen.

Aus der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Lehrstuhl für Naturheilkunde an der Universität Rostock
Lehrstuhlinhaberin: Prof. Dr. med. habil. K. Kraft

Anhang zur Dissertation

Internetgestützte Umfrage zum Kenntnisstand von medizinischen Entspannungsverfahren bei Medizinstudenten im Vergleich zu Studenten der Betriebswirtschaft

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von
Bianca Lovis Balushev
aus Potsdam

Rostock 2008

Fragebogen zu Entspannungsverfahren

Lehrstuhl für Naturheilkunde, Universität Rostock:

www.naturheilkunde.uni-rostock.de

Promotionsarbeit: Bianca Kabott

Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. med. Karin Kraft



Liebe KommilitonInnen,

Dieser Fragebogen befasst sich mit einem wichtigen Thema in unserem Leben: die Entspannung zwischendurch.

Bitte helfen Sie mir bei meiner medizinischen Doktorarbeit und beantworten Sie die folgenden Fragen.

Der Fragebogen ist anonym und alle Antworten werden nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Dies ist keine Werbung oder mit einem Werbehintergrund verbunden.

1. Was machen Sie, um sich zu entspannen? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Musik hören
- ☐ Kaffee trinken
- ☐ Tee trinken
- ☐ Wein trinken
- ☐ Bier trinken
- ☐ etwas Anderes trinken
- ☐ Essen
- ☐ Freunde treffen
- ☐ telefonieren
- ☐ Fernsehen / Video / DVD
- ☐ ins Kino gehen
- ☐ ins Theater gehen
- ☐ ins Konzert gehen
- ☐ eine Ausstellung besuchen
- ☐ Zeitung lesen
- ☐ ein Buch lesen
- ☐ Tagebuch schreiben
- ☐ Tagträumen
- ☐ ein heisses Bad / Dusche nehmen
- ☐ Massage geniessen
- ☐ Duftöl anwenden
- ☐ Kerzen anzünden
- ☐ bewusst atmen



- ☐ kurze Zeit hinlegen / dösen / in die Sonne legen
- ☐ Spazieren gehen
- ☐ sexuelle Aktivität
- ☐ Sport treiben
- ☐ Spiele (Gesellschafts- oder Computerspiele)
- ☐ Basteln
- ☐ Handarbeit
- ☐ Gartenarbeit
- ☐ Tanzen
- ☐ Singen / musizieren
- ☐ Fotografieren
- ☐ Entspannungsverfahren praktizieren
- ☐ Anderes, bitte ergänzen:

Was sind Entspannungsverfahren?

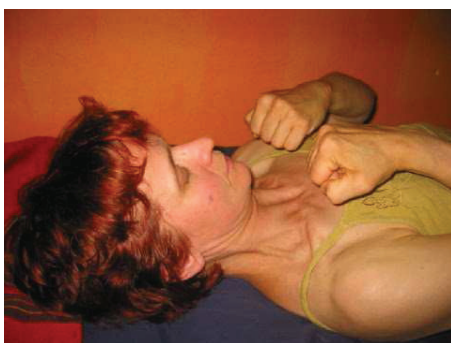
Entspannungsverfahren sind genau definierte, erlernbare Methoden, die einen Entspannungszustand herbeiführen. Sie sind von gesundheitlicher Bedeutung, da sie sich z.B. zum Stressabbau eignen. Zu ihnen gehören Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Meditation, Yoga, Tai Chi, Gigong, Atemtherapie nach Middendorf, Die fünf Tibeter u.a. Einige Verfahren sind besonders verbreitet, dazu folgen jetzt einige Fragen:

Verfahren Nr. 1

Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (im weiteren PMR)

Was ist PMR?

PMR ist eine Entspannungstechnik, bei der eine fortschreitende Entspannung des gesamten Körpers durch willkürliche An- und Entspannung der Muskulatur erreicht wird. Wichtig ist die bewusste Wahrnehmung des Unterschieds von Spannungs- und Entspannungsempfinden.



2. In wie weit sind Sie mit PMR vertraut?
(bitte wählen Sie die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft)

Ich

- | | |
|---|--|
| a) ☐ kenne das Verfahren nicht | } bitte weiter mit
Frage 10 (click)
→ bitte Frage 3-5 beantworten, dann
weiter mit Frage 11
→ bitte Frage 3-4 und 6-9
beantworten, dann weiter mit Frage 11 |
| b) ☐ habe davon schon etwas gehört | |
| c) ☐ habe es einige Male ausprobiert
(1-4 Sitzungen) | |
| d) ☐ habe es erlernt (mehr als 4
Sitzungen) | |

3. Aus welchen Gründen sind Sie zu PMR gekommen?

- ☐ Ich suchte nach einer Methode, Stress abzubauen
- ☐ Ich habe im Rahmen meiner Ausbildung / Studium davon erfahren
- ☐ Ich wurde von Freunden / Familie / Bekannten darauf hingewiesen
- ☐ Ich wurde von einem Arzt / Psychologen darauf hingewiesen
- ☐ Ich habe zufällig einen Hinweis darauf in den Medien gefunden
- ☐ Ich wollte erfahren, wie PMR funktioniert
- ☐ Ich..... (andere Nennungen
möglich)

4. Wo haben Sie PMR kennen gelernt? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Selbststudium (Bücher und andere Medien)
- ☐ Hochschulsport
- ☐ Sportverein
- ☐ Volkshochschule
- ☐ Schule
- ☐ Studium / Ausbildung
- ☐ Kurs der Krankenkasse
- ☐ Rehabilitation
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Freunde / Familie
- ☐ Anderes, und zwar:

5. Wenn Sie PMR ausprobiert, aber nicht erlernt haben, welche Gründe hatten Sie?

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser

☐ andere Gründe und zwar:

→ wenn Sie PMR nicht erlernt haben, bitte weiter zu Frage 11 (click)

6. Wie schätzen Sie den persönlichen Nutzen von PMR ein?

Keinen = 0	1	2	3	4	5 = hoch
☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Wie oft praktizieren Sie es?

- a) ☐ regelmässig, wie oft?
- ☐ mehrmals täglich
 - ☐ 1 mal täglich
 - ☐ 3 - 6 mal in der Woche
 - ☐ 1 - 2 mal in der Woche

b) ☐ gelegentlich

c) ☐ in besonderen Situationen, in welchen?

.....
.....
.....

d) ☐ gar nicht

8. Warum praktizieren Sie PMR, welche Gründe haben Sie dafür?

.....
.....
.....

9. Wenn Sie PMR erlernt haben, aber nicht praktizieren, welche Gründe haben Sie dafür?

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
- ☐ andere Gründe und zwar:

→ bitte weiter mit Frage 11

10. Wenn Sie PMR nicht erlernt haben, haben Sie grundsätzlich Interesse, PMR zu erlernen?

10a) ☐ ja, weil:

- ☐ ich glaube es ist eine gute Methode zum Entspannen

- ☐ der Fragebogen mich neugierig gemacht hat
- ☐ andere Gründe und zwar

10b) ☐ nein, weil:

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ ich müsste mehr darüber wissen
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Gründe und zwar:

10c) ☐ möglicherweise

10d) ☐ ich weiss zu wenig darüber und kann es deshalb nicht einschätzen

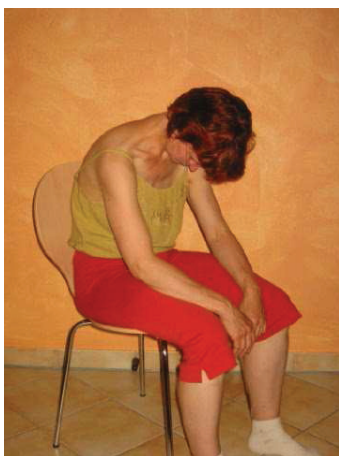
Bitte bleiben Sie dran! Sie erfahren etwas über Entspannungsverfahren, die eine positive Wirkung z. B. auf die Gesundheit, die Stimmung und das Wohlbefinden haben und die überall anwendbar sind und nichts kosten.

Verfahren Nr.2

Autogenes Training (im weiteren AT)

Was ist AT?

AT ist ein Verfahren, das durch ständig wiederholte Vorstellungen (z.B. „Mein Arm wird schwer“) zur Selbstentspannung führt. Es erfordert regelmässiges Üben. Durch die mentale Konzentration werden Schwere, Wärme und Kühle wahrgenommen, sowie Atmung, Herztätigkeit und andere Körperfunktionen beeinflusst.



11. In wie weit sind Sie mit AT vertraut?

(bitte wählen Sie die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft)

Ich

- a) ☐ kenne das Verfahren nicht
- b) ☐ habe davon schon etwas gehört

} bitte weiter mit
Frage 19 (click)

- c) ☐ habe es einige Male ausprobiert (1-4 Sitzungen) → bitte Frage 12-14 beantworten, dann weiter mit Frage 20
- d) ☐ habe es erlernt (mehr als 4 Sitzungen) → bitte Frage 12-13 und 15-18 beantworten, dann weiter mit Frage 20

12. Aus welchen Gründen sind Sie zu AT gekommen?

- ☐ Ich suchte nach einer Methode, Stress abzubauen
- ☐ Ich habe im Rahmen meiner Ausbildung / Studium davon erfahren
- ☐ Ich wurde von Freunden / Familie / Bekannten darauf hingewiesen
- ☐ Ich wurde von einem Arzt / Psychologen darauf hingewiesen
- ☐ Ich habe zufällig einen Hinweis darauf in den Medien gefunden
- ☐ Ich wollte erfahren, wie AT funktioniert
- ☐ Ich..... (andere Nennungen möglich)

13. Wo haben Sie AT kennen gelernt? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Selbststudium (Bücher und andere Medien)
- ☐ Hochschulsport
- ☐ Sportverein
- ☐ Volkshochschule
- ☐ Schule
- ☐ Studium / Ausbildung
- ☐ Kurs der Krankenkasse
- ☐ Rehabilitation
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Freunde / Familie
- ☐ Anderes, und zwar:

14. Wenn Sie AT ausprobiert, aber nicht erlernt haben, welche Gründe hatten Sie?

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
- ☐ andere Gründe und zwar:

→ wenn Sie AT nicht erlernt haben, bitte weiter zu Frage 20 (click)

15. Wie schätzen Sie den persönlichen Nutzen von AT ein?

Keinen = 0 1 2 3 4 5 = hoch
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Wie oft praktizieren Sie es?

- a) ☐ regelmässig, wie oft?
☐ mehrmals täglich
☐ 1 mal täglich
☐ 3 - 6 mal in der Woche
☐ 1 - 2 mal in der Woche

b) ☐ gelegentlich

c) ☐ in besonderen Situationen, in welchen?

.....

d) ☐ gar nicht

17. Warum praktizieren Sie AT, welche Gründe haben Sie dafür?

.....

18. Wenn Sie AT erlernt haben, aber nicht praktizieren, welche Gründe haben Sie dafür?

- ☐ kein weiteres Interesse
☐ keine Zeit
☐ sehe darin keinen Nutzen
☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
☐ andere Gründe und zwar:

→ bitte weiter mit Frage 20

19. Wenn Sie AT nicht erlernt haben, haben Sie grundsätzlich Interesse, AT zu erlernen?

19a) ☐ ja, weil:

- ☐ ich glaube es ist eine gute Methode zum Entspannen
☐ der Fragebogen mich neugierig gemacht hat
☐ andere Gründe und zwar

19b) ☐ nein, weil:

- ☐ kein weiteres Interesse
☐ keine Zeit
☐ sehe darin keinen Nutzen
☐ ich müsste mehr darüber wissen
☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
☐ andere Gründe und zwar:

19c) ☐ möglicherweise

19d) ☐ ich weiss zu wenig darüber und kann es deshalb nicht einschätzen

Verfahren Nr.3

Meditation (im weiteren MT)

Was ist MT?

MT ist eine allgemeine Bezeichnung für den Vorgang der „inneren Sammlung“ und „Betrachtung“. Durch bestimmte Körperhaltungen, Atemformen und Konzentrationsaufgaben werden meditative Zustände erreicht. Dafür typisch ist die Änderung der Bewusstseinslage von einem aktiven zu einem rezeptiven Modus (Konzentration nach innen). MT kann alleine, in Gruppen, in Ruhe oder in Bewegung durchgeführt werden.

Dabei treten verschiedene körperliche Veränderungen auf z.B. biochemisch-hormonelle, atem- und kreislaufbezogene.



20. In wie weit sind Sie mit MT vertraut?

(bitte wählen Sie die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft)

Ich

- a) ☐ kenne das Verfahren nicht
- b) ☐ habe davon schon etwas gehört
- c) ☐ habe es einige Male ausprobiert, glaube aber nicht, dass ich es beherrsche
- d) ☐ habe es erlernt und habe das Gefühl, ich beherrsche es

} bitte weiter mit
Frage 28 (click)

→ bitte Frage 21-23 beantworten,
dann weiter mit Frage 29

→ bitte Frage 21-22 und 24-27
beantworten, dann weiter mit Frage 29

21. Aus welchen Gründen sind Sie zu MT gekommen?

- ☐ Ich suchte nach einer Methode, Stress abzubauen
- ☐ Ich habe im Rahmen meiner Ausbildung / Studium davon erfahren
- ☐ Ich wurde von Freunden / Familie / Bekannten darauf hingewiesen
- ☐ Ich wurde von einem Arzt / Psychologen darauf hingewiesen
- ☐ Ich habe zufällig einen Hinweis darauf in den Medien gefunden

- ☐ Ich wollte erfahren, wie MT funktioniert
- ☐ Ich..... (andere Nennungen möglich)

22. Wo haben Sie MT kennen gelernt? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Selbststudium (Bücher und andere Medien)
- ☐ Hochschulsport
- ☐ Sportverein
- ☐ Volkshochschule
- ☐ Schule
- ☐ Studium / Ausbildung
- ☐ Kurs der Krankenkasse
- ☐ Rehabilitation
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Freunde / Familie
- ☐ Anderes, und zwar:

23. Wenn Sie MT ausprobiert, aber nicht erlernt haben, welche Gründe hatten Sie?

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
- ☐ andere Gründe und zwar:

→ wenn Sie MT nicht erlernt haben, bitte weiter zu Frage 29 (click)

24. Wie schätzen Sie den persönlichen Nutzen von MT ein?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keinen = 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 = hoch |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

25. Wie oft praktizieren Sie es?

- a) ☐ regelmässig, wie oft?
 - ☐ mehrmals täglich
 - ☐ 1 mal täglich
 - ☐ 3 - 6 mal in der Woche
 - ☐ 1 - 2 mal in der Woche

b) ☐ gelegentlich

c) ☐ in besonderen Situationen, in welchen?

.....

.....

.....

e) ☐ gar nicht

26. Warum praktizieren Sie MT, welche Gründe haben Sie dafür?

.....
.....
.....

27. Wenn Sie MT erlernt haben, aber nicht praktizieren, welche Gründe haben Sie dafür?

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
- ☐ andere Gründe und zwar:

→ bitte weiter mit Frage 29

28. Wenn Sie MT nicht erlernt haben, haben Sie grundsätzlich Interesse, MT zu erlernen?

28a) ☐ ja, weil:

- ☐ ich glaube es ist eine gute Methode zum Entspannen
- ☐ der Fragebogen mich neugierig gemacht hat
- ☐ andere Gründe und zwar

28b) ☐ nein, weil:

- ☐ kein weiteres Interesse
- ☐ keine Zeit
- ☐ sehe darin keinen Nutzen
- ☐ ich müsste mehr darüber wissen
- ☐ andere Entspannungsverfahren gefallen mir besser
- ☐ bis jetzt hatte ich zu wenig Stress
- ☐ andere Gründe und zwar:

28c) ☐ möglicherweise

28d) ☐ ich weiss zu wenig darüber und kann es deshalb nicht einschätzen

29. Es gibt ausser diesen drei genannten noch andere Entspannungsverfahren, wie z.B. Yoga, Tai Chi und Gigong. Sollten Sie ein weiteres Verfahren kennen: mit welchem/welchen kommen Sie am besten zurecht und warum?

.....
.....
.....
.....

.....

Gleich sind Sie fertig!

Bitte beantworten Sie noch einige persönliche Fragen. Durch die Fragen ist Ihre Identifizierung nicht möglich. Die Daten werden nur zu Forschungszwecken verwendet.

30. Wie alt sind Sie? Jahre

31. Geschlecht? ☐ m ☐ w

32. Wo haben Sie hauptsächlich Ihre Jugend und Kindheit verlebt?

a) ☐ in Deutschland ☐ im Ausland → *bitte weiter mit Frage 32c*

b) In welchem Bundesland haben Sie vorwiegend Ihre Jugend und Kindheit verlebt?

.....

c) Wie gross ist der Ort, in dem Sie vorwiegend aufgewachsen sind?

- ☐ bis 2000 Einwohner
- ☐ 2000 – 50.000 Einwohner
- ☐ 50.000 – 100.000 Einwohner
- ☐ 100.000 – 500.000 Einwohner
- ☐ > 500.000 Einwohner

33. Ihr gegenwärtiger Studienort?

34. Ihr (Haupt)-Studienfach? ☐ Medizin ☐ BWL ☐ Anderes, bitte angeben:

.....

35. In welchem Semester Ihres Hauptstudienfaches befinden Sie sich?

36. Haben Sie zwischen Schulabschluss und jetzigem Studium eine andere Tätigkeit ausgeübt?

a) ☐ ja ☐ nein → *bitte weiter mit Frage 36*

b) wenn ja, welche?

- ☐ abgeschlossene Berufsausbildung
- ☐ abgebrochene Berufsausbildung
- ☐ Ausübung des erlernten Berufes
- ☐ anderes Studium abgebrochen
- ☐ anderes Studium abgeschlossen
- ☐ Zivildienst
- ☐ Bundeswehr
- ☐ Freiwilliges Soziales Jahr
- ☐ Freiwilliges Ökologisches Jahr
- ☐ Praktika jeglicher Art

- ☐ Reisen (länger als 2 Monate)
- ☐ Nebenjobs
- ☐ Anderes, bitte ausführen:

c) Welchen Beruf bzw. welches Studium haben Sie gelernt / abgeschlossen bzw. ausgeübt?

Gelernt:

Abgeschlossen:

Ausgeübt:

d) Hatte eine Ihrer Tätigkeiten einen Zusammenhang mit medizinischen/pflegerischen Aufgaben?

- ☐ ja ☐ nein

37. Haben Sie in Ihrem Leben stärkere Belastungssituationen erfahren?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?
 - ☐ Längere körperliche oder seelische Krankheit
 - ☐ Größere Probleme durch die familiäre Situation in der Kindheit oder in der Jugend
 - ☐ Größere Probleme in der Schule
 - ☐ Größere Probleme in der Phase nach der Schule
 - ☐ Belastung durch Verlust einer Person
 - ☐ Belastung durch Erfahrung einer schwierigen Trennung
 - ☐ Anderes und zwar:

38. Gegenwärtiger Familienstand:

- ☐ ohne Partner (Single)
- ☐ in fester Partnerschaft
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

39. Wohnsituation:

- ☐ Alleinlebend
- ☐ Wohngemeinschaft
- ☐ Wohnheim
- ☐ bei Eltern / Grosseltern oder sonstigen Verwandten
- ☐ eigene Wohnung mit Partner
- ☐ eigene Wohnung mit Partner und Kindern
- ☐ eigene Wohnung mit Kindern

40. Wie viele Kinder haben Sie?

☐ keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 und mehr

41. Haben Sie regelmäßig Kontakt zu einem pflegebedürftigen Menschen?

a) ☐ ja ☐ nein

b) wenn ja, wie viele Stunden in der Woche?

.....

c) pflegen Sie diesen Menschen?

☐ ja ☐ nein



Vielen Dank!!!!

Sie haben mir sehr geholfen!!!

*Vielen Dank auch an Dr. Eichler und www.mathematikus.de fuer den Platz
auf dem Server.*

Darstellungshinweise

Die Signifikanzniveaus wurden in den Tabellen durch Sternchen (*) gekennzeichnet, die Signifikanzangaben beziehen sich jeweils auf die in einer Zeile stehenden Werte. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Grundgesamtheit einer Spalte, wenn in der Legende nicht anders angegeben. Zudem wird die Anzahl (N) der jeweiligen Häufigkeiten in den Tabellen angegeben.

Tabelle A1: Fachschaften, die sich an der Umfrage beteiligten

Tabelle A1a

Fachschaften der Medizin
• Fachschaftsinitiative Medizin der Charité (Berlin) • Fachschaft Medizin Vor/Klinik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn • Fachschaft Medizin der Universität Freiburg • Fachschaft Medizin der Georg-August-Universität Göttingen • Fachschaft Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg • Fachschaft Medizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena • Fachschaft Medizin der Universität zu Köln • AStA der Medizinischen Universität zu Lübeck • Fachschaft Medizin Philipps-Universität Marburg

Tabelle A1b

Fachschaften der Wirtschaft
• AStA der Hochschule Aalen • Fachschaft Bernburg der Fachhochschule Anhalt • FSR Fachschaft FB 4 - WiWi II der FHTW Berlin • StugA-WiWi der Universität Bremen • Studierendenvertretung der Fachhochschule Erfurt • AStA der Fachhochschule Flensburg • FSR WiWi der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg • Studierendenvertretung der Hochschule Hof • Fachschaftsrat WiWi der Johannes Gutenberg-Universität Mainz • Fachschaft BWL der Universität Mannheim • Fachschaft VWL der Universität Mannheim • FS WiWi der Philipps-Universität Marburg • Studierendenvertretung der European Business School (Oestrich-Winkel) • Studierendenvertretung der Hochschule Offenburg • Fachschaft Ökonomie der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg • Fachschaft WiWi der Universität Osnabrück • FSR WiWi der Universität Paderborn • Fachschaftsrat WiWi der Universität Potsdam • Fachschaft Wirtschaft der Universität Regensburg • AStA/Rechenzentrum der Universität Rostock

Tabelle A2: Sonstige Studiengänge; N = 139

Studiengänge	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Medienwissenschaften	35	25,2	25,2
Elektrotechnik	17	12,2	37,4
Informatik	10	7,2	44,6
Jura	10	7,2	51,8
Biologie	10	7,2	59,0
Maschinenbau	8	5,8	64,7
Verfahrenstechnik	3	2,2	66,9
Versorgungstechnik	3	2,2	69,1
Automatisierungstechnik	1	,7	69,8
Automotive Engineering	1	,7	70,5
Mechatronik	1	,7	71,2
Medizinische Biotechnik	2	1,4	72,7
Bioinformatik	1	,7	73,4
Physik	2	1,4	74,8
Chemie	1	,7	75,5
Molekulare Medizin	1	,7	76,3
Zahnmedizin	3	2,2	78,4
Agrarökologie	2	1,4	79,9
Soziologie	1	,7	80,6
Anglistik	1	,7	81,3
Germanistik	3	2,2	83,5
Lehramt	7	5,0	88,5
Sozialwissenschaft	3	2,2	90,6
Erziehungswissenschaft	5	3,6	94,2
Musik	1	,7	95,0
Diplomarbeit	1	,7	95,7
keine Angabe	6	4,3	100,0
Gesamt	139	100,0	

Tabelle A3: Studienorte nach Studiengängen

Studienorte		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Aachen	Anzahl	10	0	0	10
	% von den Studiengängen	1,7%	,0%	,0%	,7%
Berlin	Anzahl	101	46	2	149
	% von den Studiengängen	17,6%	7,7%	1,5%	11,3%
Bernburg	Anzahl	0	6	0	6
	% von den Studiengängen	,0%	1,0%	,0%	,4%
Bochum	Anzahl	5	0	0	5
	% von den Studiengängen	,9%	,0%	,0%	,4%
Bonn	Anzahl	63	1	0	64
	% von den Studiengängen	10,9%	,2%	,0%	4,9%
Bremen	Anzahl	0	9	0	9

	% von den Studiengängen	,0%	1,5%	,0%	,7%
Carlisle, England	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Dresden	Anzahl	2	1	0	3
	% von den Studiengängen	,3%	,2%	,0%	,2%
Duisburg - Essen	Anzahl	4	0	0	4
	% von den Studiengängen	,7%	,0%	,0%	,3%
Düsseldorf	Anzahl	1	0	0	1
	% von den Studiengängen	,2%	,0%	,0%	,1%
Erfurt	Anzahl	0	0	1	1
	% von den Studiengängen	,0%	,0%	,7%	,1%
Erlangen	Anzahl	1	0	0	1
	% von den Studiengängen	,2%	,0%	,0%	,1%
Frankfurt a. M.	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Flensburg	Anzahl	0	91	0	91
	% von den Studiengängen	,0%	15,3%	,0%	6,9%
Frankfurt a. O.	Anzahl	0	2	0	2
	% von den Studiengängen	,0%	,3%	,0%	,2%
Freiburg	Anzahl	8	2	0	10
	% von den Studiengängen	1,4%	,3%	,0%	,7%
Göttingen	Anzahl	73	4	4	81
	% von den Studiengängen	12,7%	,6%	2,9%	6,2%
Greifswald	Anzahl	3	0	0	3
	% von den Studiengängen	,5%	,0%	,0%	,2%
Grenoble, Frankreich	Anzahl	0	0	1	1
	% von den Studiengängen	,0%	,0%	,7%	,1%
Halle	Anzahl	32	53	1	86
	% von den Studiengängen	5,6%	8,9%	,7%	6,5%
Hamburg	Anzahl	0	2	0	2
	% von den Studiengängen	,0%	,3%	,0%	,2%
Hannover	Anzahl	2	0	0	2
	% von den Studiengängen	,3%	,0%	,0%	,2%
Heidelberg	Anzahl	2	0	0	2
	% von den Studiengängen	,3%	,0%	,0%	,2%
Fachhochschule Hof	Anzahl	0	59	0	59
	% von den Studiengängen	,0%	9,9%	,0%	4,5%
Hohenheim	Anzahl	0	2	0	2
	% von den Studiengängen	,0%	,3%	,0%	,2%
Homburg	Anzahl	2	0	0	2
	% von den Studiengängen	,3%	,0%	,0%	,2%
Jena	Anzahl	53	0	1	54
	% von den Studiengängen	9,2%	,0%	,7%	4,1%

Karlsruhe	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Kiel	Anzahl	6	0	0	6
	% von den Studiengängen	1,1%	,0%	,0%	,4%
Köln	Anzahl	31	1	0	32
	% von den Studiengängen	5,4%	,2%	,0%	2,4%
Konstanz	Anzahl	0	11	0	11
	% von den Studiengängen	,0%	1,8%	,0%	,8%
Kopenhagen	Anzahl	0	0	1	1
	% von den Studiengängen	,0%	,0%	,7%	,1%
Leipzig	Anzahl	7	1	0	8
	% von den Studiengängen	1,2%	,2%	,0%	,6%
Lübeck	Anzahl	20	0	0	20
	% von den Studiengängen	3,5%	,0%	,0%	1,5%
Lüneburg	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Maastricht, Niederlande	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Madrid, Spanien	Anzahl	1	0	0	1
	% von den Studiengängen	,2%	,0%	,0%	,1%
Mainz	Anzahl	1	1	0	2
	% von den Studiengängen	,2%	,2%	,0%	,2%
Mannheim	Anzahl	2	17	0	19
	% von den Studiengängen	,3%	2,8%	,0%	1,4%
Marburg	Anzahl	3	21	1	25
	% von den Studiengängen	,5%	3,5%	,7%	1,9%
Melbourne, Australien	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
München	Anzahl	3	0	0	3
	% von den Studiengängen	,5%	,0%	,0%	,2%
Münster	Anzahl	2	0	1	3
	% von den Studiengängen	,3%	,0%	,7%	,2%
New York, USA	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Nürnberg	Anzahl	0	3	1	4
	% von den Studiengängen	,0%	,5%	,7%	,3%
Oestrich - Winkel	Anzahl	0	42	0	42
	% von den Studiengängen	,0%	7,0%	,0%	3,2%
Offenburg	Anzahl	0	31	63	94
	% von den Studiengängen	,0%	5,2%	45,3%	7,2%
Oldenburg	Anzahl	0	8	0	8
	% von den Studiengängen	,0%	1,3%	,0%	,6%
Osnabrück	Anzahl	0	1	2	3

	% von den Studiengängen	,0%	,2%	1,5%	,2%
Paderborn	Anzahl	0	65	4	69
	% von den Studiengängen	,0%	10,9%	2,9%	5,2%
Paris, Frankreich	Anzahl	0	2	0	2
	% von den Studiengängen	,0%	,3%	,0%	,2%
Pittsburgh, USA	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Potsdam	Anzahl	0	13	0	13
	% von den Studiengängen	,0%	2,1%	,0%	1,0%
Regensburg	Anzahl	0	6	0	6
	% von den Studiengängen	,0%	1,0%	,0%	,4%
Rostock	Anzahl	136	74	53	263
	% von den Studiengängen	23,6%	12,4%	38,2%	20,0%
Stuttgart	Anzahl	0	2	1	3
	% von den Studiengängen	,0%	,3%	,7%	,2%
Tokyo, Japan	Anzahl	0	0	1	1
	% von den Studiengängen	,0%	,0%	,7%	,1%
Toronto-Ontario, Kanada	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Trier	Anzahl	0	0	1	1
	% von den Studiengängen	,0%	,0%	,7%	,1%
Tübingen	Anzahl	1	0	0	1
	% von den Studiengängen	,2%	,0%	,0%	,1%
Växjö, Schweden	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Wernigerode	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
Würzburg	Anzahl	1	1	0	2
	% von den Studiengängen	,2%	,2%	,0%	,2%
Fachhochschule Nordhessen	Anzahl	0	1	0	1
	% von den Studiengängen	,0%	,2%	,0%	,1%
keine Angabe	Anzahl	0	6	0	6
	% von den Studiengängen	,0%	1,0%	,0%	,4%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% von den Studiengängen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A4: Familienstand der Studiengänge

Familienstand		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
ohne Partner (Single)	Anzahl	263	300	58	621
	% der Studiengänge	45,6%	50,3%	41,7%	47,4%
feste Partnerschaft	Anzahl	292	282	77	651
	% der Studiengänge	50,7%	47,3%	55,4%	49,7%
verheiratet	Anzahl	17	13	4	34
	% der Studiengänge	3,0%	2,2%	2,9%	2,5%
geschieden	Anzahl	4	1	0	5
	% der Studiengänge	,7%	,2%	,0%	,4%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A5: Kinderverteilung der Studiengänge

Kinder		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
keine Kinder	Anzahl	561	582	134	1277
	% der Studiengänge	97,4%	97,7%	96,4%	97,4%
1 Kind	Anzahl	12	11	5	28
	% der Studiengänge	2,1%	1,8%	3,6%	2,1%
2 Kinder	Anzahl	3	2	0	5
	% der Studiengänge	,5%	,3%	,0%	,4%
mehr als 2 Kinder	Anzahl	0	1	0	1
	% der Studiengänge	,0%	,2%	,0%	,1%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A6: Wohnsituation der Studiengänge

Wohnsituation		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Alleinlebend	Anzahl	151	166	26	343
	% je Studiengang	26,2%	27,9%	18,7%	26,2%
WG	Anzahl	218	173	39	430
	% je Studiengang	37,9%	29,0%	28,1%	32,8%
Wohnheim	Anzahl	37	43	14	94
	% je Studiengang	6,4%	7,2%	10,1%	7,2%
Bei Verwandten	Anzahl	62	96	32	190
	% je Studiengang	10,8%	16,1%	23,0%	14,5%
Eigene Wohnung mit Partner	Anzahl	98	106	25	229
	% je Studiengang	17,0%	17,8%	18,0%	17,5%
Eigene Wohnung mit Partner und Kindern	Anzahl	10	11	2	23
	% je Studiengang	1,7%	1,8%	1,4%	1,7%
Eigene Wohnung mit Kindern	Anzahl	0	1	1	2
	% je Studiengang	,0%	,2%	,7%	,1%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% je Studiengang	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A7: Heimat- (Bundes-) Land nach Studiengängen

Bundesland/Land		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Ausland	Anzahl	12	22	7	41
	% der Studiengänge	2,1%	3,7%	5,0%	3,1%
Baden-Württemberg	Anzahl	21	60	57	138
	% der Studiengänge	3,6%	10,1%	41,0%	10,5%
Bayern	Anzahl	24	65	3	92
	% der Studiengänge	4,2%	10,9%	2,2%	7,0%
Berlin	Anzahl	56	38	3	97
	% der Studiengänge	9,7%	6,4%	2,2%	7,4%
Brandenburg	Anzahl	46	22	3	71
	% der Studiengänge	8,0%	3,7%	2,2%	5,4%
Bremen	Anzahl	8	7	0	15
	% der Studiengänge	1,4%	1,2%	,0%	1,2%
Hamburg	Anzahl	6	6	1	13
	% der Studiengänge	1,0%	1,0%	,7%	1,0%
Hessen	Anzahl	19	27	2	48
	% der Studiengänge	3,3%	4,5%	1,4%	3,7%
Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl	59	65	36	160
	% der Studiengänge	10,2%	10,9%	25,9%	12,2%
Niedersachsen	Anzahl	60	44	7	111
	% der Studiengänge	10,4%	7,4%	5,0%	8,5%
Nordrhein-Westfalen	Anzahl	123	87	10	220
	% der Studiengänge	21,4%	14,6%	7,2%	16,8%
Rheinland-Pfalz	Anzahl	22	12	0	34
	% der Studiengänge	3,8%	2,0%	,0%	2,6%
Saarland	Anzahl	4	0	1	5
	% der Studiengänge	,7%	,0%	,7%	,4%
Sachsen	Anzahl	22	25	3	50
	% der Studiengänge	3,8%	4,2%	2,2%	3,8%
Sachsen-Anhalt	Anzahl	28	40	2	70
	% der Studiengänge	4,9%	6,7%	1,4%	5,3%
Schleswig-Holstein	Anzahl	12	67	1	80
	% der Studiengänge	2,1%	11,2%	,7%	6,1%
Thüringen	Anzahl	54	9	3	66
	% der Studiengänge	9,4%	1,5%	2,2%	5,0%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A8: Einwohnerzahl des Heimatortes nach Studiengängen

Einwohnerzahl des Heimatortes		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
bis 2000	Anzahl	81	113	29	223
	% der Studiengänge	14,1%	19,0%	20,9%	17,0%
2000 - 50.000	Anzahl	212	243	65	520
	% der Studiengänge	36,8%	40,8%	46,8%	39,7%
50.000 - 100.000	Anzahl	74	79	16	169
	% der Studiengänge	12,8%	13,2%	11,5%	12,9%
100.000 - 500.000	Anzahl	105	93	22	220
	% der Studiengänge	18,2%	15,6%	15,8%	16,8%
> 500.000	Anzahl	104	68	7	179
	% der Studiengänge	18,1%	11,4%	5,0%	13,6%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A9: Andere Tätigkeit vor dem jetzigen Studium nach Studiengängen

Tätigkeit vor dem Studium		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
keine Tätigkeit ausgeübt	Anzahl	219	170	47	436
	% der Studiengänge	38,0%	28,5%	33,8%	33,3%
Tätigkeit ausgeübt	Anzahl	357	426	92	875
	% der Studiengänge	62,0%	71,5%	66,2%	66,7%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A10: Andere Tätigkeit vor dem jetzigen Studium nach Studiengängen und Geschlecht, m = männlich, w = weiblich

			Studiengänge			Gesamt
			Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
m	keine Tätigkeit vor dem Studium ausgeübt	Anzahl	36	81	17	134
		% der Studiengänge	18,0%	24,0%	21,8%	21,8%
	Tätigkeit vor dem Studium ausgeübt	Anzahl	164	257	61	482
		% der Studiengänge	82,0%	76,0%	78,2%	78,2%
	Gesamt	Anzahl	200	338	78	616
		% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
w	keine Tätigkeit vor dem Studium ausgeübt	Anzahl	183	89	30	302
		% der Studiengänge	48,7%	34,5%	49,2%	43,5%
	Tätigkeit vor dem Studium ausgeübt	Anzahl	193	169	31	393
		% der Studiengänge	51,3%	65,5%	50,8%	56,5%
	Gesamt	Anzahl	376	258	61	695
		% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A11: Art der Tätigkeit vor dem Studium nach Studiengängen

Art der Tätigkeit		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
abgeschlossene Berufsausbildung	Anzahl	80	201	31	312
	% der Studiengänge	22,4%	47,2%	33,7%	35,7%
abgebrochene Berufsausbildung	Anzahl	17	5	1	23
	% der Studiengänge	4,8%	1,2%	1,1%	2,6%
Ausübung des erlernten Berufes	Anzahl	31	85	12	128
	% der Studiengänge	8,7%	20,0%	13,0%	14,6%
anderes Studium abgebrochen	Anzahl	46	28	14	88
	% der Studiengänge	12,9%	6,6%	15,2%	10,1%
anderes Studium abgeschlossen	Anzahl	11	17	5	33
	% der Studiengänge	3,1%	4,0%	5,4%	3,8%
Zivildienst	Anzahl	98	111	28	237
	% der Studiengänge	27,5%	26,1%	30,4%	27,1%
Bundeswehr	Anzahl	42	64	18	124
	% der Studiengänge	11,8%	15,0%	19,6%	14,2%
Freiwilliges Soziales Jahr	Anzahl	31	7	1	39
	% der Studiengänge	8,7%	1,6%	1,1%	4,5%
Freiwilliges Ökologisches Jahr	Anzahl	3	0	1	4
	% der Studiengänge	,8%	,0%	1,1%	0,5%
Praktika jeglicher Art	Anzahl	89	95	26	210
	% der Studiengänge	24,9%	22,3%	28,3%	24%
Reisen (länger als 2 Monate)	Anzahl	42	28	2	72
	% der Studiengänge	11,8%	6,6%	2,2%	8,2%
Nebenjobs	Anzahl	102	135	34	271
	% der Studiengänge	28,6%	31,7%	37,0%	31,0%
Anderes	Anzahl	32	28	5	65
	% der Studiengänge	9,0%	6,6%	5,4%	7,4%
Gesamt	Anzahl	357	426	92	875

Tabelle A12: Tätigkeiten vor dem Studium; ** p < 0,001 bezogen auf die Studiengänge Wirtschaft und Sonstige, * p < 0,05 bezogen auf Sonstige Studenten

Tätigkeit vor dem Studium		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
keine Tätigkeit vor dem Studium	Anzahl	219	170	47	436
	% der Studiengänge	38,0%	28,5%	33,8%	33,3%
mit medizinisch-pflegerischen Zusammenhang	Anzahl	251	86	29	366
	% der Studiengänge	43,6%**	14,4%*	20,9%	27,9%
ohne medizinisch-pflegerischen Zusammenhang	Anzahl	106	340	63	509
	% der Studiengänge	18,4%	57,1%	45,3%	38,8%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A13: Belastungssituationen nach Studiengängen; * p < 0,05 bezogen auf die Wirtschaftsstudenten

Belastungssituation		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
keine stärkere Belastungssituation erfahren	Anzahl	230	274	63	567
	% der Studiengänge	39,9%	46,0%	45,3%	43,2%
stärkere Belastungssituation/en erfahren	Anzahl	346	322	76	744
	% der Studiengänge	60,1%*	54,0%	54,7%	56,8%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A14: Art der Belastungssituationen nach Studiengängen

Art der Belastungssituation		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Längere körperliche oder seelische Krankheit	Anzahl	75	84	20	179
	% der Studiengänge	21,7%	26,1%	26,3%	24,1%
Größere Probleme durch die familiäre Situation in der Kindheit oder in der Jugend	Anzahl	134	92	22	248
	% der Studiengänge	38,7%	28,6%	28,9%	33,3%
Größere Probleme in der Schule	Anzahl	29	67	10	106
	% der Studiengänge	8,4%	20,8%	13,2%	14,2%
Größere Probleme in der Phase nach der Schule	Anzahl	34	30	4	68
	% der Studiengänge	9,8%	9,3%	5,3%	9,1%
Belastung durch Verlust einer Bezugsperson	Anzahl	115	88	21	224
	% der Studiengänge	33,2%	27,3%	27,6%	30,1%
Belastung durch Erfahrung einer schwierigen Trennung	Anzahl	102	92	30	224
	% der Studiengänge	29,5%	28,6%	39,5%	30,1%
Belastung durch Anderes	Anzahl	79	72	20	171
	% der Studiengänge	22,8%	22,4%	26,3%	23,0%
Gesamt		346	322	76	744

Tabelle A15: Kontakt zu pflegebedürftigen Personen nach Studiengängen; *** p < 0,001 bezogen auf die Studiengänge Wirtschaft und Sonstige

Regelmäßiger Kontakt zu pflegebedürftigen Personen		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Kontakt	Anzahl	109	61	14	184
	% der Studiengänge	18,9%***	10,2%	10,1%	14,0%
kein Kontakt	Anzahl	467	535	125	1127
	% der Studiengänge	81,1%	89,8%	89,9%	86,0%
Gesamt	Anzahl	576	596	139	1311
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A16: Freizeit/Entspannungsaktivitäten nach Studiengängen, Frage nicht beantwortet N = 3

Freizeit – bzw. Entspannungsaktivität		Studiengänge			Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	Sonstige	
Musikhören	Anzahl	475	474	111	1060
	% der Studiengänge	82,5%	79,9%	79,9%	
Kaffee trinken	Anzahl	179	119	30	328
	% der Studiengänge	31,1%	20,1%	21,6%	
Tee trinken	Anzahl	323	226	57	606
	% der Studiengänge	56,1%	38,1%	41,0%	
Wein trinken	Anzahl	140	121	27	288
	% der Studiengänge	24,3%	20,4%	19,4%	
Bier trinken	Anzahl	104	110	21	235
	% der Studiengänge	18,1%	18,5%	15,1%	
Etwas Anderes trinken	Anzahl	62	49	9	120
	% der Studiengänge	10,8%	8,3%	6,5%	
Essen	Anzahl	194	148	29	371
	% der Studiengänge	33,7%	25,0%	20,9%	
Freunde treffen	Anzahl	302	256	49	607
	% der Studiengänge	52,4%	43,2%	35,3%	
Telefonieren	Anzahl	255	173	32	460
	% der Studiengänge	44,3%	29,2%	23,0%	
Fernsehen/Video/DVD	Anzahl	381	423	86	890
	% der Studiengänge	66,1%	71,3%	61,9%	
Ins Kino gehen	Anzahl	229	159	41	429
	% der Studiengänge	39,8%	26,8%	29,5%	
Ins Theater gehen	Anzahl	90	33	6	129
	% der Studiengänge	15,6%	5,6%	4,3%	
Ins Konzert gehen	Anzahl	89	32	9	130
	% der Studiengänge	15,5%	5,4%	6,5%	
Eine Ausstellung besuchen	Anzahl	46	13	4	63
	% der Studiengänge				

	% der Studiengänge	8,0%	2,2%	2,9%	
Zeitung lesen	Anzahl	173	121	21	315
	% der Studiengänge	30,0%	20,4%	15,1%	
Ein Buch lesen	Anzahl	372	282	69	723
	% der Studiengänge	64,6%	47,6%	49,6%	
Tagebuch schreiben	Anzahl	50	26	9	85
	% der Studiengänge	8,7%	4,4%	6,5%	
Tagträumen	Anzahl	262	211	62	535
	% der Studiengänge	45,5%	35,6%	44,6%	
Ein heißes Bad/Dusche nehmen	Anzahl	368	297	77	742
	% der Studiengänge	63,9%	50,1%	55,4%	
Massage genießen	Anzahl	160	145	33	338
	% der Studiengänge	27,8%	24,5%	23,7%	
Duftöl anwenden	Anzahl	43	46	9	98
	% der Studiengänge	7,5%	7,8%	6,5%	
Kerzen anzünden	Anzahl	210	147	37	394
	% der Studiengänge	36,5%	24,8%	26,6%	
Bewusst atmen	Anzahl	80	79	20	179
	% der Studiengänge	13,9%	13,3%	14,4%	
Kurze Zeit hinlegen/dösen/in die Sonne legen	Anzahl	372	344	77	793
	% der Studiengänge	64,6%	58,0%	55,4%	
Spazieren gehen	Anzahl	262	173	44	479
	% der Studiengänge	45,5%	29,2%	31,7%	
Sexuelle Aktivität	Anzahl	171	133	27	331
	% der Studiengänge	29,7%	22,4%	19,4%	
Sport treiben	Anzahl	284	238	43	565
	% der Studiengänge	49,3%	40,1%	30,9%	
Spiele (Gesellschafts- und Computerspiele)	Anzahl	120	120	26	266
	% der Studiengänge	20,8%	20,2%	18,7%	
Basteln	Anzahl	53	27	13	93
	% der Studiengänge	9,2%	4,6%	9,4%	
Handarbeit	Anzahl	50	18	6	74
	% der Studiengänge	8,7%	3,0%	4,3%	
Gartenarbeit	Anzahl	34	20	3	57
	% der Studiengänge	5,9%	3,4%	2,2%	
Tanzen	Anzahl	117	62	19	198
	% der Studiengänge	20,3%	10,5%	13,7%	
Singen/Musizieren	Anzahl	163	60	24	247
	% der Studiengänge	28,3%	10,1%	17,3%	
Fotografieren	Anzahl	42	26	8	76
	% der Studiengänge	7,3%	4,4%	5,8%	

Entspannungsverfahren praktizieren	Anzahl	60	34	7	101
	% der Studiengänge	10,4%	5,7%	5,0%	
Anderes	Anzahl	48	40	18	106
	% der Studiengänge	8,3%	6,7%	12,9%	
Gesamt	Anzahl	576	593	139	1308

Tabelle A17: Kenntnisstand PR nach Geschlecht; ** p < 0,01; * p < 0,05 jeweils bezogen auf das andere Geschlecht

Kenntnisstand PR		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
PR nicht bekannt	Anzahl	223	237	460
	% der Geschlechter	55,8%**	45,9%	50,2%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	115	161	276
	% der Geschlechter	28,7%	31,2%	30,1%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	49	90	139
	% der Geschlechter	12,2%*	17,5%	15,2%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	13	28	41
	% der Geschlechter	3,3%	5,4%	4,5%
Gesamt	Anzahl	400	516	916
	% der Geschlechter	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A18: Kenntnisstand PR der Studiengänge nach Geschlecht; ** p < 0,01 bezogen auf Wirtschaft weiblich

Kenntnisstand PR		Studiengänge nach Geschlecht				Gesamt
		Medizin männlich	Medizin weiblich	Wirtschaft männlich	Wirtschaft weiblich	
PR nicht bekannt	Anzahl	65	68	158	169	460
	% der Studiengänge nach Geschlecht	32,5%	26,4%	79,0%**	65,5%	50,2%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	86	111	29	50	276
	% der Studiengänge nach Geschlecht	43,0%	43,0%	14,5%	19,4%	30,1%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	41	61	8	29	139
	% der Studiengänge nach Geschlecht	20,5%	23,6%	4,0%**	11,2%	15,2%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	8	18	5	10	41
	% der Studiengänge nach Geschlecht	4,0%	7,0%	2,5%	3,9%	4,5%
Gesamt	Anzahl	200	258	200	258	916
	% der Studiengänge nach Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A19: Kenntnisstand AT nach Geschlecht; *** $p < 0,001$ bezogen auf das andere Geschlecht

Kenntnisstand AT		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
AT nicht bekannt	Anzahl	75	44	119
	% der Geschlechter	18,8%***	8,5%	13,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	203	274	477
	% der Geschlechter	50,7%	53,1%	52,1%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	97	150	247
	% der Geschlechter	24,2%	29,1%	26,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	25	48	73
	% der Geschlechter	6,3%	9,3%	8,0%
Gesamt	Anzahl	400	516	916
	% der Geschlechter	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A20: Kenntnisstand AT der Studiengänge nach Geschlecht; *** $p < 0,001$; * $p < 0,05$ jeweils bezogen auf das andere Geschlecht des Studienganges

Kenntnisstand AT		Studiengänge nach Geschlecht				Gesamt
		Medizin männlich	Medizin weiblich	Wirtschaft männlich	Wirtschaft weiblich	
AT nicht bekannt	Anzahl	14	9	61	35	119
	% der Studiengänge nach Geschlecht	7,0%	3,5%	30,5%***	13,6%	13,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	106	129	97	145	477
	% der Studiengänge nach Geschlecht	53,0%	50,0%	48,5%	56,2%	52,1%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	67	89	30	61	247
	% der Studiengänge nach Geschlecht	33,5%	34,5%	15,0%*	23,6%	26,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	13	31	12	17	73
	% der Studiengänge nach Geschlecht	6,5%*	12,0%	6,0%	6,6%	8,0%
Gesamt	Anzahl	200	258	200	258	916
	% der Studiengänge nach Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A21: Kenntnisstand MT nach Geschlecht; ** p < 0,01 bezogen auf das andere Geschlecht

Kenntnisstand MT		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
MT nicht bekannt	Anzahl	58	45	103
	% der Geschlechter	14,5%**	8,7%	11,2%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	240	323	563
	% der Geschlechter	60,0%	62,6%	61,5%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	92	129	221
	% der Geschlechter	23,0%	25,0%	24,1%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	10	19	29
	% der Geschlechter	2,5%	3,7%	3,2%
Gesamt	Anzahl	400	516	916
	% der Geschlechter	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A22: Kenntnisstand MT der Studiengänge nach Geschlecht; * p < 0,05 bezogen auf Wirtschaft weiblich

Kenntnisstand MT		Studiengänge nach Geschlecht				Gesamt
		Medizin männlich	Medizin weiblich	Wirtschaft männlich	Wirtschaft weiblich	
MT nicht bekannt	Anzahl	19	15	39	30	103
	% der Studiengänge nach Geschlecht	9,5%	5,8%	19,5%*	11,6%	11,2%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	126	161	114	162	563
	% der Studiengänge nach Geschlecht	63,0%	62,4%	57,0%	62,8%	61,5%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	49	69	43	60	221
	% der Studiengänge nach Geschlecht	24,5%	26,8%	21,5%	23,3%	24,1%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	6	13	4	6	29
	% der Studiengänge nach Geschlecht	3,0%	5,0%	2,0%	2,3%	3,2%
Gesamt	Anzahl	200	258	200	258	916
	% der Studiengänge nach Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A23: Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand von MT der MS; J. = Jahre

Kenntnisstand MT		Altersklassen der MS			Gesamt
		1. Klasse (18-21 J.)	2. Klasse (22-24 J.)	3. Klasse (25-42 J.)	
MT nicht bekannt	Anzahl	3	19	12	34
	% der Altersklassen	3,3%	8,8%	7,9%	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	54	137	96	287
	% der Altersklassen	60,0%	63,4%	63,2%	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	30	53	35	118
	% der Altersklassen	33,3%	24,5%	23,0%	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	3	7	9	19
	% der Altersklassen	3,3%	3,3%	5,9%	4,1%
Gesamt	Anzahl	90	216	152	458
	% der Altersklassen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A24: Einfluss des Alters auf den Kenntnisstand von MT der WS; J. = Jahre

Kenntnisstand MT		Altersklassen der WS			Gesamt
		1. Klasse (18-21 J.)	2. Klasse (22-24 J.)	3. Klasse (25-42 J.)	
MT nicht bekannt	Anzahl	13	35	21	69
	% der Altersklassen	12,7%	17,3%	13,6%	15,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	64	113	99	276
	% der Altersklassen	62,8%	55,9%	64,3%	60,2%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	25	47	31	103
	% der Altersklassen	24,5%	23,3%	20,1%	22,5%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	0	7	3	10
	% der Altersklassen	,0%	3,5%	2,0%	2,2%
Gesamt	Anzahl	102	202	154	458
	% der Altersklassen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A25: Einfluss des Semesters auf den Kenntnisstand von AT der WS; * p < 0,05 bezogen auf Semestergruppe 3; Gr. = Gruppe; S. = Semester

Kenntnisstand AT		Semestergruppen der WS			Gesamt
		1. Gr. (1.-4. S.)	2. Gr. (5.-8. S.)	3. Gr. (≥9. S.)	
AT nicht bekannt	Anzahl	50	39	7	96
	% der Semestergruppen	23,6%	20,6%	12,3%	21,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	113	99	30	242
	% der Semestergruppen	53,3%	52,4%	52,6%	52,8%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	39	39	13	91
	% der Semestergruppen	18,4%	20,6%	22,8%	19,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	10	12	7	29
	% der Semestergruppen	4,7%*	6,4%	12,3%	6,3%
Gesamt	Anzahl	212	189	57	458
	% der Semestergruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A26: Einfluss des Semesters auf den Kenntnisstand von MT der MS; $p < 0,05$ bezogen auf Semestergruppe 2; Gr. = Gruppe; S. = Semester

Kenntnisstand MT		Semestergruppen der MS			Gesamt
		1. Gr. (1.-4. S.)	2. Gr. (5.-8. S.)	3. Gr. (≥9. S.)	
MT nicht bekannt	Anzahl	9	17	8	34
	% der Semestergruppen	8,6%	7,5%	6,3%	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	60	148	79	287
	% der Semestergruppen	57,1%	65,8%	61,7%	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	34	49	35	118
	% der Semestergruppen	32,4%*	21,8%	27,3%	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	2	11	6	19
	% der Semestergruppen	1,9%	4,9%	4,7%	4,1%
Gesamt	Anzahl	105	225	128	458
	% der Semestergruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A27: Einfluss des Semesters auf den Kenntnisstand von MT der WS; Gr. = Gruppe; S. = Semester

Kenntnisstand MT		Semestergruppen der WS			Gesamt
		1. Gr. (1.-4. S.)	2. Gr. (5.-8. S.)	3. Gr. (≥9. S.)	
MT nicht bekannt	Anzahl	31	32	6	69
	% der Semestergruppen	14,6%	16,9%	10,5%	15,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	122	119	35	276
	% der Semestergruppen	57,6%	63,0%	61,4%	60,2%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	55	34	14	103
	% der Semestergruppen	25,9%	18,0%	24,6%	22,5%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	4	4	2	10
	% der Semestergruppen	1,9%	2,1%	3,5%	2,2%
Gesamt	Anzahl	212	189	57	458
	% der Semestergruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A28: Kenntnisstand der PR nach Ost/West der MS

Kenntnisstand PR		Heimat- (Bundes-) Länder der MS		Gesamt
		Ostbundesländer	Westbundesländer	
PR nicht bekannt	Anzahl	36	80	116
	% der Bundesländer	23,1%	32,1%	28,6%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	73	104	177
	% der Bundesländer	46,8%	41,8%	43,7%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	39	51	90
	% der Bundesländer	25,0%	20,5%	22,2%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	8	14	22
	% der Bundesländer	5,1%	5,6%	5,5%
Gesamt	Anzahl	156	249	405
	% der Bundesländer	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A29: Kenntnisstand der AT nach Ost/West der MS

Kenntnisstand AT		Heimat- (Bundes-) Länder der MS		Gesamt
		Ostbundesländer	Westbundesländer	
AT nicht bekannt	Anzahl	6	15	21
	% der Bundesländer	3,8%	6,0%	5,2%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	76	126	202
	% der Bundesländer	48,7%	50,6%	49,9%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	58	83	141
	% der Bundesländer	37,2%	33,3%	34,8%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	16	25	41
	% der Bundesländer	10,3%	10,1%	10,1%
Gesamt	Anzahl	156	249	405
	% der Bundesländer	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A30: Kenntnisstand der AT nach Ost/West der WS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand AT		Heimat- (Bundes-) Länder der WS		Gesamt
		Ostbundesländer	Westbundesländer	
AT nicht bekannt	Anzahl	24	55	79
	% der Bundesländer	18,2%	19,7%	19,2%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	82	140	222
	% der Bundesländer	62,1%*	50,2%	54,0%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	21	64	85
	% der Bundesländer	15,9%	22,9%	20,7%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	5	20	25
	% der Bundesländer	3,8%	7,2%	6,1%
Gesamt	Anzahl	132	279	411
	% der Bundesländer	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A31: Kenntnisstand der MT nach Ost/West der MS; ** $p < 0,01$

Kenntnisstand MT		Heimat- (Bundes-) Länder der MS		Gesamt
		Ostbundesländer	Westbundesländer	
MT nicht bekannt	Anzahl	13	20	33
	% der Bundesländer	8,3%	8,1%	8,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	111	142	253
	% der Bundesländer	71,2%**	57,0%	62,5%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	26	77	103
	% der Bundesländer	16,7%**	30,9%	25,4%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	6	10	16
	% der Bundesländer	3,8%	4,0%	4,0%
Gesamt	Anzahl	156	249	405
	% der Bundesländer	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A32: Kenntnisstand der MT nach Ost/West der WS;

Kenntnisstand MT		Heimat- (Bundes-) Länder der WS		Gesamt
		Ostbundesländer	Westbundesländer	
MT nicht bekannt	Anzahl	21	43	64
	% der Bundesländer	15,9%	15,4%	15,6%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	82	164	246
	% der Bundesländer	62,1%	58,8%	59,8%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	26	68	94
	% der Bundesländer	19,7%	24,4%	22,9%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	3	4	7
	% der Bundesländer	2,3%	1,4%	1,7%
Gesamt	Anzahl	132	279	411
	% der Bundesländer	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A33: Einfluss von Belastungssituationen auf den Kenntnisstand von PR der MS

Kenntnisstand PR		Belastungssituationen der MS		Gesamt
		keine stärkeren Belastungs-situationen	stärkere Belastungs-situation/en	
PR nicht bekannt	Anzahl	54	79	133
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	30,2%	28,3%	29,0%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	82	115	197
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	45,8%	41,2%	43,0%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	34	68	102
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	19,0%	24,4%	22,3%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	9	17	26
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	5,0%	6,1%	5,7%
Gesamt	Anzahl	179	279	458
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A34: Einfluss von Belastungssituationen auf den Kenntnisstand von PR der WS; * p < 0,05; ** p < 0,01

Kenntnisstand PR		Belastungssituationen der WS		Gesamt
		keine stärkeren Belastungs-situationen	stärkere Belastungs-situation/en	
PR nicht bekannt	Anzahl	156	171	327
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	75,7%	67,8%	71,4%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl	39	40	79
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	18,9%	15,9%	17,2%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	9	28	37
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	4,4%	11,1%**	8,1%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	2	13	15
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	1,0%	5,2%*	3,3%
Gesamt	Anzahl	206	252	458
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A35: Einfluss von Belastungssituationen auf den Kenntnisstand von AT der MS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand AT		Belastungssituationen der MS		Gesamt
		keine stärkeren Belastungs-situationen	stärkere Belastungs-situation/en	
AT nicht bekannt	Anzahl	9	14	23
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	5,0%	5,0%	5,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	102	133	235
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	57,0%	47,7%	51,3%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	50	106	156
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	27,9%	38,0%*	34,1%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	18	26	44
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	10,1%	9,3%	9,6%
Gesamt	Anzahl	179	279	458
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A36: Einfluss von Belastungssituationen auf den Kenntnisstand von AT der WS

Kenntnisstand AT		Belastungssituationen der WS		Gesamt
		keine stärkeren Belastungs-situationen	stärkere Belastungs-situation/en	
AT nicht bekannt	Anzahl	50	46	96
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	24,3%	18,3%	21,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	110	132	242
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	53,4%	52,4%	52,8%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	37	54	91
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	17,9%	21,4%	19,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	9	20	29
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	4,4%	7,9%	6,3%
Gesamt	Anzahl	206	252	458
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A37: Einfluss von Belastungssituationen auf den Kenntnisstand von MT der MS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand MT		Belastungssituationen der MS		Gesamt
		keine stärkeren Belastungs-situationen	stärkere Belastungs-situation/en	
MT nicht bekannt	Anzahl	13	21	34
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	7,3%	7,5%	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	125	162	287
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	69,8%	58,1%*	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	36	82	118
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	20,1%	29,4%*	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	5	14	19
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	2,8%	5,0%	4,1%
Gesamt	Anzahl	179	279	458
	% der MS ohne/mit Belastungssituation/en	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A38: Einfluss von Belastungssituationen auf den Kenntnisstand von MT der WS

Kenntnisstand MT		Belastungssituationen der WS		Gesamt
		keine stärkeren Belastungs-situationen	stärkere Belastungs-situation/en	
MT nicht bekannt	Anzahl	36	33	69
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	17,5%	13,1%	15,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	126	150	276
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	61,2%	59,5%	60,2%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	40	63	103
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	19,4%	25,0%	22,5%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	4	6	10
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	1,9%	2,4%	2,2%
Gesamt	Anzahl	206	252	458
	% der WS ohne/mit Belastungssituation/en	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A39: Einfluss von Krankheiten auf den Kenntnisstand von AT der WS; *** p < 0,001

Kenntnisstand AT		Längere körperliche/ seelische Krankheit der WS		Gesamt
		nein	ja	
AT nicht bekannt	Anzahl	86	10	96
	% der WS ohne/mit Krankheit	21,9%	15,4%	21,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl	213	29	242
	% der WS ohne/mit Krankheit	54,2%	44,6%	52,8%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl	76	15	91
	% der WS ohne/mit Krankheit	19,3%	23,1%	19,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl	18	11	29
	% der WS ohne/mit Krankheit	4,6%	16,9%***	6,3%
Gesamt	Anzahl	393	65	458
	% der WS ohne/mit Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A40: Einfluss von Krankheiten auf den Kenntnisstand von MT der MS; * p < 0,05

Kenntnisstand MT		Längere körperliche/ seelische Krankheit der MS		Gesamt
		nein	ja	
MT nicht bekannt	Anzahl	30	4	34
	% der MS ohne/mit Krankheit	7,5%	6,9%	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	259	28	287
	% der MS ohne/mit Krankheit	64,7%	48,3%*	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	97	21	118
	% der MS ohne/mit Krankheit	24,3%	36,2%	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	14	5	19
	% der MS ohne/mit Krankheit	3,5%	8,6%	4,1%
Gesamt	Anzahl	400	58	458
	% der MS ohne/mit Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A41: Einfluss von Krankheiten auf den Kenntnisstand von MT der WS

Kenntnisstand MT		Längere körperliche/ seelische Krankheit der WS		Gesamt
		nein	ja	
MT nicht bekannt	Anzahl	62	7	69
	% der WS ohne/mit Krankheit	15,8%	10,8%	15,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	239	37	276
	% der WS ohne/mit Krankheit	60,8%	56,9%	60,2%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	84	19	103
	% der WS ohne/mit Krankheit	21,4%	29,2%	22,5%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	8	2	10
	% der WS ohne/mit Krankheit	2,0%	3,1%	2,2%
Gesamt	Anzahl	393	65	458
	% der WS ohne/mit Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A42: Einfluss von dem Verlust einer nahe stehenden Person auf den Kenntnisstand von MT der WS; * p < 0,05

Kenntnisstand MT		Belastung durch Verlust einer Person bei WS		Gesamt
		nein	ja	
MT nicht bekannt	Anzahl % der WS ohne/mit Verlust einer Person	62 15,9%	7 10,2%	69 15,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl % der WS ohne/mit Verlust einer Person	240 61,7%	36 52,2%	276 60,2%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl % der WS ohne/mit Verlust einer Person	80 20,6%	23 33,3%*	103 22,5%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl % der WS ohne/mit Verlust einer Person	7 1,8%	3 4,3%	10 2,2%
Gesamt	Anzahl % der WS ohne/mit Verlust einer Person	389 100,0%	69 100,0%	458 100,0%

Tabelle A43: Einfluss des Bundeswehrdienstes auf den Kenntnisstand von PR der WS; * p < 0,05

Kenntnisstand PR		Bundeswehr der WS		Gesamt
		nein	ja	
PR nicht bekannt	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	293 69,8%	34 89,5%*	327 71,4%
Schon etwas von PR gehört	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	75 17,8%	4 10,5%	79 17,2%
PR einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	37 8,8%	0 0,0%	37 8,1%
PR erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	15 3,6%	0 0,0%	15 3,3%
Gesamt	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	420 100,0%	38 100,0%	458 100,0%

Tabelle A44: Einfluss des Bundeswehrdienstes auf den Kenntnisstand von AT der WS; * p < 0,05

Kenntnisstand AT		Bundeswehr der WS		Gesamt
		nein	ja	
AT nicht bekannt	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	83 19,7%	13 34,2%*	96 21,0%
Schon etwas von AT gehört	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	220 52,4%	22 57,9%	242 52,8%
AT einige Male ausprobiert (1 - 4 Sitzungen)	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	89 21,2%	2 5,3%*	91 19,9%
AT erlernt (mehr als 4 Sitzungen)	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	28 6,7%	1 2,6%	29 6,3%
Gesamt	Anzahl % der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	420 100,0%	38 100,0%	458 100,0%

Tabelle A45: Einfluss des Bundeswehrdienstes auf den Kenntnisstand von MT der WS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand MT		Bundeswehr der WS		Gesamt
		nein	ja	
MT nicht bekannt	Anzahl	58	11	69
	% der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	13,8%	29,0%*	15,1%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	254	22	276
	% der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	60,5%	57,9%	60,2%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	99	4	103
	% der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	23,6%	10,5%	22,5%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	9	1	10
	% der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	2,1%	2,6%	2,2%
Gesamt	Anzahl	420	38	458
	% der WS ohne/mit Bundeswehrdienst	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A46: Einfluss des Bundeswehrdienstes auf den Kenntnisstand von MT der MS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand MT		Bundeswehr der MS		Gesamt
		nein	ja	
MT nicht bekannt	Anzahl	27	7	34
	% der MS ohne/mit Bundeswehrdienst	6,5%	17,1%*	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	261	26	287
	% der MS ohne/mit Bundeswehrdienst	62,6%	63,4%	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	112	6	118
	% der MS ohne/mit Bundeswehrdienst	26,8%	14,6%	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	17	2	19
	% der MS ohne/mit Bundeswehrdienst	4,1%	4,9%	4,1%
Gesamt	Anzahl	417	41	458
	% der MS ohne/mit Bundeswehrdienst	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A47: Einfluss der Wohnsituation auf den Kenntnisstand von MT der MS; * $p < 0,05$

Kenntnisstand MT		Wohnsituation der MS		Gesamt
		Nicht Alleinlebend	Alleinlebend	
MT nicht bekannt	Anzahl	28	6	34
	% der MS nicht alleinlebend/alleinlebend	8,2%	5,2%	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	222	65	287
	% der MS nicht alleinlebend/alleinlebend	64,9%	56,0%	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	80	38	118
	% der MS nicht alleinlebend/alleinlebend	23,4%	32,8%*	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	12	7	19
	% der MS nicht alleinlebend/alleinlebend	3,5%	6,0%	4,1%
Gesamt	Anzahl	342	116	458
	% der MS nicht alleinlebend/alleinlebend	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A48: Einfluss der Wohnsituation auf den Kenntnisstand von MT der MS; * $p < 0,05$; ungebundene Wohnsituation: alleinlebend, WG, Wohnheim, bei Verwandten; gebundene Wohnsituation: eigene Wohnung mit Partner oder mit Partner und/oder Kinder

Kenntnisstand MT		Wohnsituation der MS		Gesamt
		ungebunden	gebunden	
MT nicht bekannt	Anzahl	23	11	34
	% der MS ungebunden/ gebunden	6,1%*	13,2%	7,4%
Schon etwas von MT gehört	Anzahl	232	55	287
	% der MS ungebunden/ gebunden	61,9%	66,3%	62,7%
MT einige Male ausprobiert, aber nicht beherrscht	Anzahl	103	15	118
	% der MS ungebunden/ gebunden	27,5%	18,1%	25,8%
MT erlernt und beherrscht	Anzahl	17	2	19
	% der MS ungebunden/ gebunden	4,5%	2,4%	4,1%
Gesamt	Anzahl	375	83	458
	% der MS ungebunden/ gebunden	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A49: Gründe PR auszuprobieren oder zu erlernen nach Studiengängen

Gründe für PR		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Eine Stressabbaumethode gesucht	Anzahl	21	16	37
	% der Studiengänge	16,4%	30,8%	
Erfahrungen mit PR im Rahmen der Ausbildung/des Studiums	Anzahl	77	8	85
	% der Studiengänge	60,2%	15,4%	
Von Freunden/Familie/ Bekannten auf PR hingewiesen	Anzahl	19	11	30
	% der Studiengänge	14,8%	21,2%	
Vom Arzt/Psychologen auf PR hingewiesen	Anzahl	21	17	38
	% der Studiengänge	16,4%	32,7%	
Medien	Anzahl	5	3	8
	% der Studiengänge	3,9%	5,8%	
Interesse zu Erfahren wie PR funktioniert	Anzahl	10	4	14
	% der Studiengänge	7,8%	7,7%	
Andere Gründe	Anzahl	23	16	39
	% der Studiengänge	18,0%	30,8%	
Gesamt	Anzahl	128	52	180

Tabelle A50: Gründe AT auszuprobieren oder zu erlernen nach Studiengängen

Gründe für AT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Eine Stressabbaumethode gesucht	Anzahl	50	32	82
	% der Studiengänge	25,0%	26,7%	
Erfahrungen mit AT im Rahmen der Ausbildung/ des Studiums	Anzahl	78	23	101
	% der Studiengänge	39,0%	19,2%	
Von Freunden/Familie/ Bekannten auf AT hingewiesen	Anzahl	74	42	116
	% der Studiengänge	37,0%	35,0%	
Vom Arzt/Psychologen auf AT hingewiesen	Anzahl	23	22	45
	% der Studiengänge	11,5%	18,3%	
Medien	Anzahl	8	5	13
	% der Studiengänge	4,0%	4,2%	
Interesse zu Erfahren wie AT funktioniert	Anzahl	33	7	40
	% der Studiengänge	16,5%	5,8%	
Andere Gründe	Anzahl	29	25	54
	% der Studiengänge	14,5%	20,8%	
Gesamt	Anzahl	200	120	320

Tabelle A51: Gründe MT auszuprobieren oder zu erlernen nach Studiengängen

Gründe für MT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Eine Stressabbaumethode gesucht	Anzahl	32	31	63
	% der Studiengänge	23,4%	27,4%	
Erfahrungen mit MT im Rahmen der Ausbildung/des Studiums	Anzahl	28	18	46
	% der Studiengänge	20,4%	15,9%	
Von Freunden/Familie/ Bekannten auf MT hingewiesen	Anzahl	48	29	77
	% der Studiengänge	35,0%	25,7%	
Vom Arzt/Psychologen auf MT hingewiesen	Anzahl	4	5	9
	% der Studiengänge	2,9%	4,4%	
Medien	Anzahl	14	17	31
	% der Studiengänge	10,2%	15,0%	
Interesse zu Erfahren wie MT funktioniert	Anzahl	38	31	69
	% der Studiengänge	27,7%	27,4%	
Andere Gründe	Anzahl	26	23	49
	% der Studiengänge	19,0%	20,4%	
Gesamt	Anzahl	137	113	250

Tabelle A52: Ort bzw. Art des Kennen Lernens von PR nach Studiengängen

Ort bzw. Art		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Selbststudium	Anzahl	20	12	32
	% der Studiengänge	15,6%	23,1%	
Hochschulsport	Anzahl	6	1	7
	% der Studiengänge	4,7%	1,9%	
Sportverein	Anzahl	7	5	12
	% der Studiengänge	5,5%	9,6%	
Volkshochschule	Anzahl	1	4	5
	% der Studiengänge	,8%	7,7%	
Schule	Anzahl	10	6	16
	% der Studiengänge	7,8%	11,5%	
Studium/ Ausbildung	Anzahl	74	5	79
	% der Studiengänge	57,8%	9,6%	
Kurs der Krankenkasse	Anzahl	4	8	12
	% der Studiengänge	3,1%	15,4%	
Rehabilitation	Anzahl	10	2	12
	% der Studiengänge	7,8%	3,8%	
Psychotherapie	Anzahl	5	6	11
	% der Studiengänge	3,9%	11,5%	
Freunde/Familie	Anzahl	19	12	31
	% der Studiengänge	14,8%	23,1%	
Anderes	Anzahl	16	6	22
	% der Studiengänge	12,5%	11,5%	
Gesamt		128	52	180

Tabelle A53: Ort bzw. Art des Kennen Lernens von AT nach Studiengängen

Ort bzw. Art		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Selbststudium	Anzahl	43	23	66
	% der Studiengänge	21,5%	19,2%	
Hochschulsport	Anzahl	17	8	25
	% der Studiengänge	8,5%	6,7%	
Sportverein	Anzahl	14	12	26
	% der Studiengänge	7,0%	10,0%	
Volkshochschule	Anzahl	7	10	17
	% der Studiengänge	3,5%	8,3%	
Schule	Anzahl	42	31	73
	% der Studiengänge	21,0%	25,8%	
Studium/ Ausbildung	Anzahl	59	4	63
	% der Studiengänge	29,5%	3,3%	
Kurs der Krankenkasse	Anzahl	5	5	10
	% der Studiengänge	2,5%	4,2%	
Rehabilitation	Anzahl	7	4	11
	% der Studiengänge	3,5%	3,3%	
Psychotherapie	Anzahl	11	11	22
	% der Studiengänge	5,5%	9,2%	
Freunde/Familie	Anzahl	66	33	99
	% der Studiengänge	33,0%	27,5%	
Anderes	Anzahl	14	10	24
	% der Studiengänge	7,0%	8,3%	
Gesamt		200	120	320

Tabelle A54: Ort bzw. Art des Kennen Lernens von MT nach Studiengängen

Ort bzw. Art		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Selbststudium	Anzahl	49	43	92
	% der Studiengänge	35,8%	38,1%	
Hochschulsport	Anzahl	4	6	10
	% der Studiengänge	2,9%	5,3%	
Sportverein	Anzahl	10	13	23
	% der Studiengänge	7,3%	11,5%	
Volkshochschule	Anzahl	1	2	3
	% der Studiengänge	,7%	1,8%	
Schule	Anzahl	33	21	54
	% der Studiengänge	24,1%	18,6%	
Studium/ Ausbildung	Anzahl	16	6	22
	% der Studiengänge	11,7%	5,3%	
Kurs der Krankenkasse	Anzahl	1	2	3
	% der Studiengänge	,7%	1,8%	
Rehabilitation	Anzahl	2	0	2
	% der Studiengänge	1,5%	,0%	
Psychotherapie	Anzahl	5	4	9
	% der Studiengänge	3,6%	3,5%	
Freunde/Familie	Anzahl	51	29	80
	% der Studiengänge	37,2%	25,7%	
Anderes	Anzahl	20	10	30
	% der Studiengänge	14,6%	8,8%	
Gesamt		137	113	250

Tabelle A55: Einschätzung der Nutzens von PR nach Studiengängen; 0 = kein Nutzen, 5 = hoher Nutzen

Nutzen PR		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
0	Anzahl	0	1	1
	% von Studiengänge	,0%	6,7%	2,4%
1	Anzahl	1	0	1
	% von Studiengänge	3,9%	,0%	2,4%
2	Anzahl	7	2	9
	% von Studiengänge	26,9%	13,3%	22,0%
3	Anzahl	7	5	12
	% von Studiengänge	26,9%	33,3%	29,3%
4	Anzahl	8	5	13
	% von Studiengänge	30,8%	33,3%	31,7%
5	Anzahl	3	2	5
	% von Studiengänge	11,5%	13,3%	12,2%
Gesamt	Anzahl	26	15	41
	% von Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A56: Einschätzung der Nutzens von AT nach Studiengängen; 0 = kein Nutzen, 5 = hoher Nutzen

Nutzen AT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
0	Anzahl	0	1	1
	% von Studiengänge	,0%	3,5%	1,4%
1	Anzahl	0	1	1
	% von Studiengänge	,0%	3,5%	1,4%
2	Anzahl	7	4	11
	% von Studiengänge	15,9%	13,8%	15,0%
3	Anzahl	15	9	24
	% von Studiengänge	34,1%	31,0%	32,9%
4	Anzahl	17	9	26
	% von Studiengänge	38,6%	31,0%	35,6%
5	Anzahl	5	5	10
	% von Studiengänge	11,4%	17,2%	13,7%
Gesamt	Anzahl	44	29	73
	% von Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A57: Einschätzung der Nutzens von MT nach Studiengängen; 0 = kein Nutzen, 5 = hoher Nutzen

Nutzen MT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
0	Anzahl	0	0	0
	% von Studiengänge	,0%	,0%	,0%
1	Anzahl	0	0	0
	% von Studiengänge	,0%	,0%	,0%
2	Anzahl	0	2	2
	% von Studiengänge	,0%	20,0%	6,9%
3	Anzahl	0	0	0
	% von Studiengänge	,0%	,0%	,0%
4	Anzahl	11	7	18
	% von Studiengänge	57,9%	70,0%	62,1%
5	Anzahl	8	1	9
	% von Studiengänge	42,1%	10,0%	31,0%
Gesamt	Anzahl	19	10	29
	% von Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A58: Häufigkeit der Anwendung von PR nach Studiengängen

Häufigkeit		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
regelmäßig	Anzahl	5	3	8
	% der Studiengänge	19,2%	20,0%	19,5%
gelegentlich	Anzahl	13	8	21
	% der Studiengänge	50,0%	53,4%	51,2%
nur in besonderen Situationen	Anzahl	2	2	4
	% der Studiengänge	7,7%	13,3%	9,8%
gar nicht	Anzahl	6	2	8
	% der Studiengänge	23,1%	13,3%	19,5%
Gesamt	Anzahl	26	15	41
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A59: Häufigkeit der Anwendung von AT nach Studiengängen

Häufigkeit		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
regelmäßig	Anzahl	8	0	8
	% der Studiengänge	18,2%	,0%	11,0%
gelegentlich	Anzahl	17	11	28
	% der Studiengänge	38,6%	37,9%	38,3%
nur in besonderen Situationen	Anzahl	9	10	19
	% der Studiengänge	20,5%	34,5%	26,0%
gar nicht	Anzahl	10	8	18
	% der Studiengänge	22,7%	27,6%	24,7%
Gesamt	Anzahl	44	29	73
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A60: Häufigkeit der Anwendung von MT nach Studiengängen

Häufigkeit		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
regelmäßig	Anzahl	4	2	6
	% der Studiengänge	21,1%	20,0%	20,7%
gelegentlich	Anzahl	10	3	13
	% der Studiengänge	52,6%	30,0%	44,8%
nur in besonderen Situationen	Anzahl	5	3	8
	% der Studiengänge	26,3%	30,0%	27,6%
gar nicht	Anzahl	0	2	2
	% der Studiengänge	,0%	20,0%	6,9%
Gesamt	Anzahl	19	10	29
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A61: Gründe für das nicht Praktizieren von PR nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein weiteres Interesse	Anzahl	2	1	3
	%der Studiengänge	18,2%	16,7%	17,6%
Keine Zeit	Anzahl	3	2	5
	%der Studiengänge	27,3%	33,3%	29,4%
Kein Nutzen spürbar	Anzahl	0	1	1
	%der Studiengänge	,0%	16,7%	5,9%
Andere Entspannungsverfahren besser	Anzahl	6	0	6
	%der Studiengänge	54,5%	,0%	35,3%
Andere Gründe	Anzahl	2	2	4
	%der Studiengänge	18,2%	33,3%	23,5%
Gesamt	Anzahl	11	6	17
	%der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A62: Gründe für das nicht Praktizieren von AT nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein weiteres Interesse	Anzahl	5	4	9
	% der Studiengänge	23,8%	28,6%	25,7%
Keine Zeit	Anzahl	4	8	12
	% der Studiengänge	19,0%	57,1%	34,3%
Kein Nutzen spürbar	Anzahl	1	2	3
	% der Studiengänge	4,8%	14,3%	8,6%
Zu wenig Stress	Anzahl	1	1	2
	% der Studiengänge	4,8%	7,1%	5,7%
Andere Entspannungsverfahren besser	Anzahl	4	4	8
	% der Studiengänge	19,0%	28,6%	22,9%
Andere Gründe	Anzahl	6	1	7
	% der Studiengänge	28,6%	7,1%	20%
Gesamt	Anzahl	21	14	35
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A63: Gründe für das nicht Praktizieren von MT nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein weiteres Interesse	Anzahl	1	1	2
	% der Studiengänge	16,7%	25,0%	20,0%
Keine Zeit	Anzahl	4	2	6
	% der Studiengänge	66,7%	50,0%	60,0%
Kein Nutzen spürbar	Anzahl	0	2	2
	% der Studiengänge	,0%	50,0%	20,0%
Andere Entspannungsverfahren besser	Anzahl	1	1	2
	% der Studiengänge	16,7%	25,0%	20,0%
Andere Gründe	Anzahl	2	1	3
	% der Studiengänge	33,3%	25,0%	30,0%
Gesamt	Anzahl	6	4	10
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A64: Gründe für das nicht Erlernen von PR nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein weiteres Interesse	Anzahl	38	6	44
	% der Studiengänge	37,3%	16,2%	31,7%
Keine Zeit	Anzahl	33	14	47
	% der Studiengänge	32,4%	37,8%	33,8%
Kein Nutzen spürbar	Anzahl	10	2	12
	% der Studiengänge	9,8%	5,4%	8,6%
Zu wenig Stress	Anzahl	9	3	12
	% der Studiengänge	8,8%	8,1%	8,6%
Andere Entspannungsverfahren besser	Anzahl	23	11	34
	% der Studiengänge	22,5%	29,7%	24,5%
Andere Gründe	Anzahl	11	11	22
	% der Studiengänge	10,8%	29,7%	15,8%
Gesamt	Anzahl	102	37	139
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A65: Gründe für das nicht Erlernen von AT nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein weiteres Interesse	Anzahl	48	32	80
	% der Studiengänge	30,8%	35,2%	32,4%
Keine Zeit	Anzahl	55	37	92
	% der Studiengänge	35,3%	40,7%	37,2%
Kein Nutzen spürbar	Anzahl	16	11	27
	% der Studiengänge	10,3%	12,1%	10,9%
Zu wenig Stress	Anzahl	17	8	25
	% der Studiengänge	10,9%	8,8%	10,1%
Andere Entspannungsverfahren besser	Anzahl	31	16	47
	% der Studiengänge	19,9%	17,6%	19,0%
Andere Gründe	Anzahl	22	10	32
	% der Studiengänge	14,1%	11,0%	13,0%
Gesamt	Anzahl	156	91	247
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A66: Gründe für das nicht Erlernen von MT nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein weiteres Interesse	Anzahl	38	27	65
	% der Studiengänge	32,2%	26,2%	29,4%
Keine Zeit	Anzahl	48	52	100
	% der Studiengänge	40,7%	50,5%	45,2%
Kein Nutzen spürbar	Anzahl	14	8	22
	% der Studiengänge	11,9%	7,8%	10,0%
Zu wenig Stress	Anzahl	8	7	15
	% der Studiengänge	6,8%	6,8%	6,8%
Andere Entspannungsverfahren besser	Anzahl	18	9	27
	% der Studiengänge	15,3%	8,7%	12,2%
Andere Gründe	Anzahl	20	16	36
	% der Studiengänge	16,9%	15,5%	16,3%
Gesamt	Anzahl	118	103	221
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A67: Interesse PR zu erlernen nach Studiengängen; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Interesse PR zu erlernen		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Ja	Anzahl	95	87	182
	% der Studiengänge	28,8%*	21,4%	24,7%
Nein	Anzahl	152	139	291
	% der Studiengänge	46,1%**	34,3%	39,5%
Möglicherweise	Anzahl	42	54	96
	% der Studiengänge	12,7%	13,3%	13,1%
Zu geringes Wissen von PR, um eine Einschätzung zu geben.	Anzahl	41	126	167
	% der Studiengänge	12,4%***	31,0%	22,7%
Gesamt	Anzahl	330	406	736
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A68: Interesse AT zu erlernen nach Studiengängen; ** p < 0,01

Interesse AT zu erlernen		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Ja	Anzahl	72	87	159
	% der Studiengänge	27,9%	25,7%	26,7%
Nein	Anzahl	114	132	246
	% der Studiengänge	44,2%	39,1%	41,3%
Möglicherweise	Anzahl	52	64	116
	% der Studiengänge	20,2%	18,9%	19,4%
Zu geringes Wissen von AT, um eine Einschätzung zu geben.	Anzahl	20	55	75
	% der Studiengänge	7,7%**	16,3%	12,6%
Gesamt	Anzahl	258	338	596
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A69: Interesse MT zu erlernen nach Studiengängen

Interesse MT zu erlernen		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Ja	Anzahl	77	78	155
	% der Studiengänge	24,0%	22,6%	23,3%
Nein	Anzahl	158	154	312
	% der Studiengänge	49,2%	44,6%	46,8%
Möglicherweise	Anzahl	54	64	118
	% der Studiengänge	16,8%	18,6%	17,7%
Zu geringes Wissen von MT, um eine Einschätzung zu geben.	Anzahl	32	49	81
	% der Studiengänge	10,0%	14,2%	12,2%
Gesamt	Anzahl	321	345	666
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A70: Gründe für Interesse an PR nach Studiengängen

Gründe für das Interesse an PR		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Es ist eine gute Methode zum Entspannen.	Anzahl (n)	58	34	92
	% der Studiengänge	61,1%	39,1%	47,2%
Der Fragebogen hat Neugier geweckt.	Anzahl (n)	36	57	93
	% der Studiengänge	37,9%	65,5%	47,7%
Andere Gründe	Anzahl (n)	7	3	10
	% der Studiengänge	7,4%	3,4%	5,1%
Gesamt	Anzahl (n)	95	87	182
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A71: Gründe für Interesse an AT nach Studiengängen

Gründe für das Interesse an AT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Es ist eine gute Methode zum Entspannen.	Anzahl (n)	59	63	122
	% der Studiengänge	81,9%	72,4%	76,7%
Der Fragebogen hat Neugier geweckt.	Anzahl (n)	13	24	37
	% der Studiengänge	18,1%	27,6%	23,3%
Andere Gründe	Anzahl (n)	5	5	10
	% der Studiengänge	6,9%	5,7%	6,3%
Gesamt	Anzahl (n)	72	87	159
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A72: Gründe für Interesse an MT nach Studiengängen

Gründe für das Interesse an MT		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Es ist eine gute Methode zum Entspannen.	Anzahl (n)	62	64	126
	% der Studiengänge	80,5%	82,1%	81,3%
Der Fragebogen hat Neugier geweckt.	Anzahl (n)	16	13	29
	% der Studiengänge	20,8%	16,7%	18,7%
Andere Gründe	Anzahl (n)	4	4	8
	% der Studiengänge	5,2%	5,1%	5,2%
Gesamt	Anzahl (n)	77	78	155
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A73: Gründe für kein Interesse an PR nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein Interesse PR zu erlernen, weil kein weiteres Interesse vorhanden.	Anzahl	59	53	112
	% der Studiengänge	38,8%	38,1%	38,5%
Kein Interesse PR zu erlernen, wegen Zeitmangel.	Anzahl	51	47	98
	% der Studiengänge	33,6%	33,8%	33,7%
Kein Interesse PR zu erlernen, weil es nutzlos erscheint.	Anzahl	27	28	55
	% der Studiengänge	17,8%	20,1%	18,9%
Kein Interesse PR zu erlernen, weil mehr Wissen darüber notwendig wäre.	Anzahl	17	25	42
	% der Studiengänge	11,2%	18,0%	14,4%
Kein Interesse PR zu erlernen, weil andere Entspannungsverfahren besser sind.	Anzahl	43	29	72
	% der Studiengänge	28,3%	20,9%	24,7%
Kein Interesse PR zu erlernen, wegen zu wenig Stress.	Anzahl	10	20	30
	% der Studiengänge	6,6%	14,4%	10,3%
Kein Interesse PR zu erlernen, wegen anderen Gründen.	Anzahl	8	4	12
	% der Studiengänge	5,3%	2,9%	4,1%
Gesamt	Anzahl	152	139	291
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A74: Gründe für kein Interesse an AT nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein Interesse AT zu erlernen, weil kein weiteres Interesse vorhanden.	Anzahl	55	56	111
	% der Studiengänge	48,2%	42,4%	45,1%
Kein Interesse AT zu erlernen, wegen Zeitmangel.	Anzahl	32	27	59
	% der Studiengänge	28,1%	20,5%	24,0%
Kein Interesse AT zu erlernen, weil es nutzlos erscheint.	Anzahl	17	29	46
	% der Studiengänge	14,9%	22,0%	18,7%
Kein Interesse AT zu erlernen, weil mehr Wissen darüber notwendig wäre.	Anzahl	10	17	27
	% der Studiengänge	8,8%	12,9%	11,0%
Kein Interesse AT zu erlernen, weil andere Entspannungsverfahren besser sind.	Anzahl	23	31	54
	% der Studiengänge	20,2%	23,5%	22,0%
Kein Interesse AT zu erlernen, wegen zu wenig Stress.	Anzahl	8	11	19
	% der Studiengänge	7,0%	8,3%	7,7%
Kein Interesse AT zu erlernen, wegen anderen Gründen.	Anzahl	4	6	10
	% der Studiengänge	3,5%	4,5%	4,1%
Gesamt	Anzahl	114	132	246
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A75: Gründe für kein Interesse an MT nach Studiengängen

Gründe		Studiengänge		Gesamt
		Medizin	Wirtschaft	
Kein Interesse MT zu erlernen, weil kein weiteres Interesse vorhanden.	Anzahl	81	75	156
	% der Studiengänge	51,3%	48,7%	50,0%
Kein Interesse MT zu erlernen, wegen Zeitmangel.	Anzahl	29	41	70
	% der Studiengänge	18,4%	26,6%	22,4%
Kein Interesse MT zu erlernen, weil es nutzlos erscheint.	Anzahl	17	33	50
	% der Studiengänge	10,8%	21,4%	16,0%
Kein Interesse MT zu erlernen, weil mehr Wissen darüber notwendig wäre.	Anzahl	17	16	33
	% der Studiengänge	10,8%	10,4%	10,6%
Kein Interesse MT zu erlernen, weil andere Entspannungsverfahren besser sind.	Anzahl	36	20	56
	% der Studiengänge	22,8%	13,0%	17,9%
Kein Interesse MT zu erlernen, wegen zu wenig Stress.	Anzahl	9	10	19
	% der Studiengänge	5,7%	6,5%	6,1%
Kein Interesse MT zu erlernen, wegen anderen Gründen.	Anzahl	10	14	24
	% der Studiengänge	6,3%	9,1%	7,7%
Gesamt	Anzahl	158	154	312
	% der Studiengänge	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A76: Antworten der Krankenkassen

Krankenkasse	Keine Antwort	Antwort positiv
AOK		125 181 Teilnehmer im Handlungsfeld Stressreduktion/Entspannung für das Jahr 2004.
IKK		Entsprechende Daten liegen nicht vor.
BKK		Entsprechende Daten liegen nicht vor.
Barmer	x	
DAK		Entsprechende Daten liegen nicht vor.
GEK	x	
Hamburg Münchener Krankenkasse		646 Teilnehmer im Handlungsfeld Stressreduktion/Entspannung für das Jahr 2004
HEK		Entsprechende Daten liegen nicht vor.
HZK	x	
KEH	x	
KKH		Entsprechende Daten liegen nicht vor.
TK		Daten für das Jahr 2004: - 260 AT-Kurse mit ca. 2600 Teilnehmern - 170 PR-Kurse mit ca. 1700 Teilnehmern - TK bietet keine Kurse zum Thema MT an
Knappschaft		1244 Teilnehmer im Handlungsfeld Stressreduktion/Entspannung für das Jahr 2004.