

Aus der Universitätsmedizin Rostock
Stiftungsprofessur für Naturheilkunde
Direktorin: Prof. Dr. med. habil. K. Kraft

Naturheilverfahren und Komplementärmedizin
Vorkenntnisse, Interesse und Anwendungsbereitschaft
Medizinstudierender der Universität Rostock

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

vorgelegt von
Böttcher, Christiane
geb. in Elsterwerda

aus Leipzig

Rostock, 2019
Dekan: Prof. Dr. med. univ. E. C. Reisinger



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter
gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz.

Dekan: Prof. Dr. med. univ. E. C. Reisinger

1. Gutachter:

Prof. Dr. med. habil. Karin Kraft, Stiftungsprofessur für Naturheilkunde,
Zentrum für Innere Medizin der Universitätsmedizin Rostock

2. Gutachter:

Prof. Dr. med. habil. Oliver Hakenberg, Professur für Urologie,
Klinik und Poliklinik für Urologie der Universitätsmedizin Rostock

3. Gutachter:

Prof. Dr. med. habil. Udo Jeschke, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität München

Jahr der Einreichung: 2019

Jahr der Verteidigung: 2019

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei Prof. Dr. med. Kraft bedanken, für die Bereitstellung des Themas und die stetige Unterstützung bei der Ausarbeitung meiner Dissertation. Weiterhin danke ich Dr.-Ing. Janik für die Einarbeitung in die Fragebogenauswertung und das Einlesen der Daten.

Mein Dank gilt außerdem Dr. med. Joos von der Universität Heidelberg für die Bereitstellung des Fragebogens und Frau Neumann vom Controlling (HQE) der Universität Rostock für das Zusammenstellen und die Weitergabe der statistischen Daten.

Danken möchte ich weiterhin Martin Lehmann, Constanze Böttcher und Viktoria Lattke, die mich auf dem Weg zur Fertigstellung meiner Dissertation begleiteten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Terminologie.....	1
1.2	Inanspruchnahme von NHV & KM durch die Bevölkerung	3
1.3	Anwendung von NHV & KM durch Ärzte	4
1.4	Lehre von NHV & KM an Universitäten	6
1.5	Fragestellungen	8
2	Methoden und Material.....	9
2.1	Studiendesign.....	9
2.2	Teilnehmer	9
2.3	Durchführung der Befragung	9
2.4	Beschreibung des Fragebogens.....	9
2.4.1	Der Fragebogen bis 2014	9
2.4.2	Erweiterung des Fragebogens ab 2015	10
2.5	Datenauswertung	11
3	Ergebnisse.....	12
3.1	Allgemeine Daten	12
3.1.1	Teilnehmer	12
3.1.2	Geschlechterverteilung	12
3.1.3	Altersverteilung	14
3.1.4	Zusammenhang von Alter und Geschlecht	15
3.2	Interesse an NHV & KM	17
3.2.1	Häufigkeitsverteilung	17
3.2.2	Entwicklung von 2008-2015	18
3.2.3	Auswirkungen der Anwesenheitspflicht.....	19
3.2.4	Unterschiede nach Geschlecht	19
3.2.5	Unterschiede nach Altersklassen	20
3.3	Interesse an ausgewählten Methoden der NHV & KM.....	21
3.3.1	Häufigkeitsverteilung	21

3.3.2	Entwicklung von 2008 bis 2015	22
3.3.2.1	Akupunktur.....	22
3.3.2.2	Entspannungsverfahren	23
3.3.2.3	Pflanzenheilkunde	24
3.3.2.4	TCM (außer Akupunktur).....	25
3.3.2.5	Neuraltherapie	26
3.3.2.6	Physikalische Therapie	27
3.3.2.7	Homöopathie	28
3.3.2.8	Orthomolekulartherapie	29
3.3.2.9	Ayurveda.....	30
3.3.2.10	Eigenbluttherapie.....	31
3.3.2.11	Bioresonanztherapie	32
3.3.3	Interesse ausgewählter Methoden nach Geschlecht.....	33
3.3.3.1	Akupunktur.....	33
3.3.3.2	Entspannungsverfahren	34
3.3.3.3	Pflanzenheilkunde	35
3.3.3.4	TCM (außer Akupunktur).....	36
3.3.3.5	Neuraltherapie	37
3.3.3.6	Physikalische Therapie	38
3.3.3.7	Homöopathie	39
3.3.3.8	Orthomolekulartherapie	40
3.3.3.9	Ayurveda.....	41
3.3.3.10	Eigenbluttherapie.....	42
3.3.3.11	Bioresonanztherapie	43
3.3.4	Interesse ausgewählter Methoden nach Altersklassen	44
3.3.4.1	Akupunktur.....	44
3.3.4.2	Entspannungsverfahren	45
3.3.4.3	Pflanzenheilkunde	46
3.3.4.4	TCM (außer Akupunktur).....	47

3.3.4.5	Neuraltherapie	48
3.3.4.6	Physikalische Therapie	49
3.3.4.7	Homöopathie	50
3.3.4.8	Orthomolekulartherapie	51
3.3.4.9	Ayurveda.....	52
3.3.4.10	Eigenbluttherapie.....	53
3.3.4.11	Bioresonanztherapie	54
3.3.5	Interesse an sonstigen Methoden der NHV & KM	55
3.4	Kenntnisquellen von NHV & KM	56
3.4.1	Häufigkeitsverteilung	56
3.4.2	Entwicklung von 2008 bis 2015	57
3.4.3	Unterschiede nach Geschlecht	58
3.4.4	Unterschiede nach Altersklassen	59
3.4.5	Kenntnisquellen und Interesse an NHV & KM	60
3.4.6	Eigene Erfahrung als Patient mit Methoden der NHV & KM	61
3.4.7	Eigene Erfahrung und Interesse an ausgewählten Methoden.....	62
3.4.8	Sonstige Kenntnisquellen	63
3.5	Erweiterung des Fragebogens ab 2015	64
3.5.1	Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft	64
3.5.2	Unterschiede nach Geschlecht	65
3.5.3	Unterschiede nach Altersklassen	65
3.5.4	Methodenpräferenz und Interesse an ausgewählten Methoden	66
3.5.5	Anwendungsbereitschaft und Eigenerfahrung mit Methoden	66
4	Diskussion.....	67
4.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	67
4.2	Interpretation und Vergleich der Ergebnisse	69
4.2.1	Teilnahmequote	69
4.2.2	Demografische Daten	70
4.2.3	Allgemeines Interesse an NHV & KM.....	71

4.2.4	Einflussfaktoren auf das Interesse an NHV & KM	71
4.2.4.1	Anwesenheitspflicht.....	71
4.2.4.2	Alter.....	72
4.2.4.3	Geschlecht.....	72
4.2.5	Interesse an ausgewählten Methoden der NHV & KM	73
4.2.6	Einflussfaktoren auf das Interesse an ausgewählten Methoden	75
4.2.6.1	Kenntnis.....	75
4.2.6.2	Geschlecht.....	76
4.2.6.3	Alter.....	76
4.2.7	Kenntnisquellen von NHV & KM.....	77
4.2.7.1	Häufigkeitsverteilung der Kenntnisquellen.....	77
4.2.7.2	Kenntnisquellen und Interesse	78
4.2.7.3	Eigene Erfahrung und Interesse an ausgewählten Methoden	79
4.2.7.4	Kenntnisquellen nach Geschlecht und Altersklassen.....	80
4.2.8	Erweiterung des Fragebogens ab 2015	80
4.2.8.1	Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft	80
4.2.8.2	Unterschiede nach Geschlecht	82
4.2.8.3	Unterschiede nach Alter	83
4.2.8.4	Anwendungsbereitschaft im Detail.....	83
4.2.8.5	Anwendungsbereitschaft und Eigenerfahrung.....	84
4.3	Methodenkritik.....	85
	Ausblick	87
	Zusammenfassung	88
	Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
	Abbildungsverzeichnis	IX
	Tabellenverzeichnis	XII
	Literaturverzeichnis.....	XII
	Anhang 1 (Abbildungen und Tabellen).....	XVIII
	Anhang 2 (Selbstständigkeitserklärung, Thesenpapier, Lebenslauf).....	XXVIII

1 Einleitung

1.1 Terminologie

Naturheilverfahren bzw. Traditionelle Medizin und Komplementärmedizin werden in beinahe jedem Land auf der Welt genutzt, wie zahlreiche Studien belegen (1–7). Die unklare Terminologie erschwert jedoch Vergleiche von internationalen, aber auch nationalen epidemiologischen und klinischen Studien zur Bedeutung dieses Bereichs der Medizin. Im angloamerikanischen Sprachraum hat sich der Terminus „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) durchgesetzt. Entsprechend der Definition des „National Centre of Complementary and Alternative Medicine“ wird darunter eine Vielzahl unterschiedlicher Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin gerechnet werden (8). Im allgemeinen Sprachgebrauch werden oft beide Begriffe synonym verwendet. Sie repräsentieren jedoch ganz unterschiedliche Konzepte. Während die Komplementärmedizin die sogenannte konventionelle Medizin ergänzen will, möchte die Alternativmedizin die konventionelle Medizin ersetzen (8). Im Jahr 2013 etablierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Terminus „Traditional and Complementary Medicine“ (T&CM) (9). In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2002 definierte die WHO die Traditionelle Medizin als *„die Gesamtheit des Wissens, der Fertigkeiten und der Erlebnisse basierend auf Theorien, Glauben und Erfahrungen der indigenen Bevölkerung verschiedenster Kulturen, [...]“*. Komplementärmedizin definierte sie als *„Medizin, welche sich auf ein weites Feld von Gesundheitspraktiken bezieht, nicht Teil der landeseigenen Tradition oder der konventionellen Medizin ist und nicht vollständig in das dominante Gesundheitssystem integriert ist“* (1). Der Begriff „Komplementärmedizin“ ist in Deutschland vielen Menschen unbekannt. Sie verwenden stattdessen Begriffe wie Naturheilverfahren, Naturheilkunde und Alternativmedizin, ohne sie klar voneinander abzugrenzen. In deutschen Fachkreisen gibt es aktuell einen Trend zu dem Begriff „Integrative Medizin“ (10). Als Erklärungsansätze dafür werden Definitionen der Komplementärmedizin und Alternativmedizin genutzt. So beschreibt zum Beispiel die Definition nach Khorsan die Integrative Medizin als *„die Integration der komplementären und alternativen Medizin in die konventionelle Medizin mit dem Ziel einer gemeinsamen Behandlungsplanung, Patientenversorgung, gemeinsamer Leitlinien und gemeinsamer Werte und Ziele, um das Wohlbefinden der ganzen Person zu erreichen“* (11).

Die verwendeten Methoden differieren von Land zu Land in Abhängigkeit von der landeseigenen Kultur, vom jeweiligen Gesundheitswesen und dem Zugang zu konventio-

neller Medizin (9). Eine Systematisierung der vielen verschiedenen therapeutischen Verfahren unter einen gemeinsamen Oberbegriff gestaltete sich deshalb bisher schwierig (12, 13). Um zumindest auf nationaler Ebene die einzelnen Methoden besser zuordnen zu können, wurde mittels verschiedener Quellen (14–16) eine Übersichtstabelle erstellt (Tabelle 1). In dieser sind Beispiele für Verfahren der Komplementärmedizin und Naturheilverfahren dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht über Verfahren der Komplementärmedizin und Naturheilkunde

Verfahren der Komplementärmedizin	Naturheilverfahren
Akupunktur (Teil der TCM)	Bewegungs- und Ernährungstherapie
Ayurveda	Elektro- und Ultraschalltherapie
Bioresonanztherapie	Klima- und Lichttherapie
Eigenblutbehandlung	Manuelle Medizin
Homöopathie	Massage
Neuraltherapie	Ordnungstherapie einschließlich Entspannungstherapie
Orthomolekulare Therapie	Phytotherapie
Osteopathie	Physikalische Therapie

Die Komplementärmedizin umfasst u.a. ganze Medizinsysteme, wie z.B. die Traditionelle Chinesische Medizin, den Ayurveda, die Homöopathie und die Osteopathie. Die Naturheilverfahren hingegen gehören zu einem einzigen medizinischen System, der Naturheilkunde (76). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes definiert die Naturheilkunde als eine „auf der Lehre von der Überwindung der Krankheiten durch die dem Körper innewohnende Naturheilkraft beruhende Heilkunde“ (76). In diesem medizinischen System geht es also um die Lenkung und Anregung von Selbstheilungsmechanismen. Nach der Definition der WHO ist die Naturheilkunde die Traditionelle Medizin Deutschlands und Mitteleuropas (1). Um die Zuordnung der einzelnen Verfahren zu berücksichtigen und um den korrekten Gebrauch der Begriffe in der Bevölkerung zu festigen, werden die Begriffe Naturheilverfahren und Komplementärmedizin, als Terminus NHV & KM erstmalig von Joos et. al (17) vorgeschlagen, in der vorliegenden Untersuchung verwendet. Bei der Zitation internationaler Studien hingegen wird der von der WHO entwickelte Terminus T&CM (1, 9) übernommen.

1.2 Inanspruchnahme von NHV & KM durch die Bevölkerung

Traditionelle Medizin (TM) ist in vielen Ländern der Erde entweder das Standbein des Gesundheitswesens oder dient zumindest als wichtige Ergänzung. In fast allen afrikanischen Ländern nutzen nach Angaben der WHO bis zu 80% der Bevölkerung TM (1). Gründe dafür sind u.a. ihre leichte Zugänglichkeit, Bezahlbarkeit und kulturelle Akzeptanz (9). In der sogenannten westlichen Welt nehmen 40-50% der Menschen TM in Anspruch (1). Sie wird also eher ergänzend genutzt. In Deutschland haben NHV & KM im Vergleich zu den meisten anderen europäischen Ländern (2, 3) einen höheren Stellenwert. Eine im Jahr 2004 publizierte Studie zur Anwendung von NHV & KM in der deutschen Bevölkerung gab eine Häufigkeit von 62,3% an (7). Das Institut für Demoskopie Allensbach beschäftigt sich seit 1997 speziell mit dem Gebrauch von Naturheilmitteln in der deutschen Bevölkerung, welcher laut der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2010 bei 70% liegt (18). Vor dem Hintergrund, dass seit 2004 in Deutschland Arzneimittel der NHV & KM bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden (19), ist die Aussagekraft des positiven Trends zur Anwendung von NHV & KM innerhalb der Bevölkerung umso größer.

NHV & KM haben eine wichtige Stellung bei chronischen Erkrankungen (9). Eine Studie aus den Niederlanden ergab, dass 86% der chronisch Kranken NHV & KM in Anspruch nahmen (4). Bei Befragungen in Deutschland zeigte sich, dass Frauen, Menschen mit höherem Bildungsniveau und gesundheitsbewusster Lebensweise und chronisch Kranke deutlich häufiger als andere Gruppen NHV & KM nutzen (6). Neben der überdurchschnittlichen Verwendung von Naturheilmitteln unter Frauen bewies eine andere Studie, dass auch die geografische Lage in Deutschland (südliche Bundesländer) und ein hohes Einkommen die Anwendungshäufigkeit steigern (18).

In Deutschland werden am häufigsten klassische Naturheilverfahren wie die Bewegungstherapie, die Pflanzenheilkunde und die Physikalische Therapie (u.a. Hydro- und Thermo-therapie) in Anspruch genommen. Außerdem beliebt in der Bevölkerung sind Methoden wie manuelle Therapie und Homöopathie (7). Im Vergleich dazu wird in den Niederlanden neben der Manuellen Therapie und Homöopathie auch die Akupunktur sehr häufig genutzt (4). Einer der häufigsten Gründe, warum Patienten noch nie eine Methode der NHV & KM verwendet hatten, war das fehlende Angebot ihres Arztes (66%). Von den Patienten, welche NHV & KM in Anspruch nahmen, hatten 27% nicht mit ihrem Hausarzt über den Gebrauch gesprochen. Als einen Hauptgrund dafür gaben sie an, dass sie wussten, dass dieser den Einsatz nicht befürworten würde (4). Laut einer US-Studie aus dem Jahr 2000 hatten nur 26% der Patienten, die pflanzliche Nahrungsergänzungsmittel (Botanicals) oder Homöopathika einnahmen, ihren behandelnden Arzt

darüber informiert (20). Auch eine weitere US-Studie aus dem Jahr 1999 ergab, dass nur 20% derjenigen Patienten, die zusätzlich zur konventionellen ärztlichen Behandlung T&CM-praktizierende Therapeuten aufsuchten, ihrem Arzt davon berichtet hatten (21). In Deutschland herrscht entsprechend einer epidemiologischen Studie von 2002 eine vergleichbare Situation vor. Über 60% der Personen, die Phytopharmaka eingenommen hatten, taten dies nicht arztgestützt, d.h. ohne ärztliche Verordnung bzw. Empfehlung. Außerdem zeigte die Studie, dass nur 17% der Befragten mindestens einmal einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren oder Homöopathie aufgesucht hatten, obwohl 62% aller Befragten angaben, NHV & KM zu nutzen (7). Das spricht für eine starke Eigeninitiative und Selbstanwendung innerhalb der Bevölkerung. Einer der Gründe dafür ist, dass immer mehr Patienten der Ansicht sind, dass sie bei leichteren Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen keinen Arzt aufsuchen müssen, sondern sich eher selbst behandeln (5). Außerdem fühlen sich viele Patienten von ihren Ärzten hinsichtlich NHV & KM nicht ausreichend beraten. Das ergab auch die Umfrage aus den Niederlanden von 2010, bei der die große Mehrheit der Befragten (92%) von ihrem Arzt eine bessere Information über NHV & KM forderte (4). In einer anderen Umfrage vertraten 58% der Befragten die Meinung, dass ihre Ärzte häufiger NHV & KM verordnen sollten und 48% hätten sich mehr Informationen über den gesundheitlichen Nutzen dieser Heilmethoden von ihren Ärzten gewünscht (7).

Die Untersuchungen zeigen, dass das große Interesse und der hohe Informationsbedarf an NHV & KM in der Bevölkerung bisher ungenügend von den Ärzten gedeckt wurden.

1.3 Anwendung von NHV & KM durch Ärzte

Wie aus den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hervorgeht, ist korrelierend mit der steigenden Nachfrage an NHV & KM innerhalb der Bevölkerung auch die Zahl der Ärzte, die diese Untersuchungs- und Heilmethoden in ihrer Praxis einsetzen, in den letzten Jahren gestiegen. So stieg von 2005 bis 2015 die Anzahl der Ärzte, welche die Zusatzbezeichnungen Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Medizin/ Chirotherapie, Naturheilverfahren oder Physikalische Therapie/ Balneologie erworben hatten, von etwa 40.000 (ca. 12% der insgesamt praktizierenden Ärzte) auf etwa 56.000 (ca. 14%) an. Einen besonders großen Zuwachs gab es bei der Akupunktur. 2005 hatten 2055 Ärzte (ca. 0,6% der insgesamt praktizierenden Ärzte) diese Zusatzbezeichnung, 2015 waren es 13.116 Ärzte (ca. 3,2%) (22). Die WHO berichtete, dass die Akupunktur in vielen Ländern in den letzten Jahren große Fortschritte erreicht habe. Im Jahr 2013 wurde sie in 80% der WHO-Mitgliedsstaaten angewendet (9). In Deutschland kam den Anwendern

der Akupunktur zugute, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser im April 2006 beschlossen wurde, dass „Akupunktur-Behandlungen mit Nadeln gegen chronische Rückenschmerzen und auf Arthrose rückführbare Kniegelenksschmerzen“ als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden (23). Auch einige weitere Methoden der NHV & KM werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen partiell oder vollständig übernommen. Laut der Webseite der deutschen Krankenkassen gehören dazu u.a. (in absteigender Reihenfolge nach Anzahl der Kostenträger) Osteopathie, Homöopathie, Entspannungsverfahren wie Yoga, Meditation, Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation, Phytotherapie, TCM, Akupunktur, Physikalische Therapie, Ayurveda, Chirotherapie, Eigenbluttherapie und Neuraltherapie (24). Die Krankenkassen koppeln die Zuschüsse daran, dass die Leistungen von Vertragsärzten mit Zusatzqualifikationen oder - im Falle der Osteopathie - von Therapeuten erbracht werden, die Mitglied in entsprechenden Berufsverbänden sind.

Dass bei der Anwendung von NHV & KM bei den Ärzten nur selten finanzielle Gründe eine Rolle spielen, zeigte eine Untersuchung von 2008, bei der niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen befragt wurden. Ihre Motive waren vielmehr die Überzeugung von der Wirksamkeit, die vermutete Nebenwirkungsarmut oder die Möglichkeit, mittels NHV & KM Hoffnung für schulmedizinisch „austherapierte“ Patienten zu vermitteln (25). Die Verordnung von NHV & KM durch Ärzte verschiedenster Fachrichtungen geschieht in der Regel komplementär und nicht alternativ zu konventionellen Verfahren (14). Unter den Ärzten mit Zusatzbezeichnungen für NHV & KM stellen die niedergelassenen Ärzte mit etwa 72% die größte Gruppe dar (22). Eine Befragung zeigte, dass 63% der niedergelassenen Vertragsärzte NHV & KM im Rahmen ihrer Praxistätigkeit anwenden oder diese den Patienten zur Eigenanwendung empfehlen. Die Häufigkeit des Angebots differiert je nach ärztlichem Fachgebiet. So gaben 90% der befragten Orthopäden und 80% der Allgemeinmediziner, aber nur 50% der Chirurgen und 39% der Internisten an, NHV & KM anzubieten oder zu empfehlen (25). In einer weiteren Befragung niedergelassener Ärzte aus dem Jahr 2012 gaben 83% der befragten Allgemeinmediziner und 95% der Orthopäden an, mindestens ein Verfahren der NHV & KM öfter als einmal wöchentlich anzuwenden. Während bei den befragten Allgemeinmedizинern vor allem die Phytotherapie von Bedeutung war (77%), war es bei den Orthopäden die Manuelle Therapie/ Chirotherapie (90%) (26).

Eine Studie aus dem Jahr 2008 zeigte, dass Ärzte ihre Kenntnisse über NHV & KM vor allem durch Eigeninitiative und unabhängig von ihrer regulären Ausbildung erlangt hatten. 72% der dort befragten Ärzte, die NHV & KM anwendeten, hatten sich Kenntnisse und Fertigkeiten zu Verfahren erst nach der Niederlassung angeeignet. Nur 13% der

Ärzte hatten sich bereits im Rahmen des Medizinstudiums qualifiziert (25). Einer anderen Studie zufolge wünschten sich 61% der befragten Ärzte, dass NHV & KM stärker im Medizinstudium berücksichtigt werden (14).

1.4 Lehre von NHV & KM an Universitäten

Die Frage, ob NHV & KM ein fester Bestandteil des Medizinstudiums sind, wurde in einigen internationalen Untersuchungen bearbeitet. In einer Studie von 2012 wurden die Webseiten von 130 medizinischen Fakultäten der USA nach entsprechenden Kursangeboten durchsucht. 51% boten den Studierenden einen T&CM-Kurs oder ein Praktikum an. Fünf Universitäten hatten obligatorische T&CM-Kurse im Lehrplan, nur eine einzige Universität bot ein obligatorisches T&CM-Praktikum zusätzlich zum Wahlfach an. An etwa der Hälfte der medizinischen Fakultäten fand sich kein Hinweis auf irgendeine Einführung in T&CM (27). In Europa war die Situation entsprechend einer Studie aus dem Jahr 2005 ähnlich. Hier wurden 265 medizinische Fakultäten in verschiedenen EU-Ländern per E-Mail bzw. postalisch kontaktiert und gebeten, einen Fragebogen mit sieben Fragen zum Stand der T&CM-Ausbildung an ihren Ausbildungsstätten auszufüllen. Der Rücklauf betrug 42% der angeschriebenen Universitäten. An ca. 40% der Universitäten war T&CM Bestandteil der medizinischen Ausbildung in Form separater Kurse. An nur 12% der Fakultäten waren T&CM-Kurse obligatorisch (28). In Deutschland trat am 1. Oktober 2003 die neunte Revision der Approbationsordnung für Ärzte in Kraft. Sie bildete die Grundlage zur Einführung des obligatorischen Querschnittsbereiches "Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren" (QB 12) als Pflicht- und Prüfungsfach in den klinischen Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums mit der Möglichkeit, Wahlfächer anzubieten (29). Damit wurden die Voraussetzungen für eine Integration von NHV & KM in das bislang fast durchweg schulmedizinisch geprägte Studium in Deutschland geschaffen. Forschungsvorhaben und Professuren müssen jedoch nahezu vollständig aus Drittmitteln finanziert werden. Im Gegensatz zu Ländern wie der Schweiz, den USA, China oder Indien gibt es in Deutschland kaum staatliche Förderungen für NHV & KM (10). Universitäre Einrichtungen für Naturheilkunde und Komplementärmedizin mit Hochschulambulanzen gibt es aktuell an acht deutschen Universitäten: in Berlin, Rostock, Duisburg-Essen, Witten/Herdecke, München, Freiburg, Heidelberg und seit 2019 auch in Tübingen (30). In Rostock, dem Ort der vorliegenden Umfrage, haben Studierende seit 2002 die Möglichkeit Naturheilverfahren schon während des Studiums in Vorlesungen, Wahlpflichtfächern, Praktika und Seminaren kennenzulernen. Auch die in Weiterbildung befindlichen Ärzte der Universitätsmedizin können sich in regelmäßigen

Veranstaltungen der Professur über Therapiemöglichkeiten und die zugehörige wissenschaftliche Beleglage informieren. Seit dem Sommersemester 2004 wird in Rostock der QB 12 (Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren) als Pflicht- und Prüfungsfach in einer Vorlesung gelehrt. Zusätzlich werden verschiedene Wahlfächer angeboten. Das sind ausgehend vom Lehrstuhl für Naturheilkunde das Wahlpflichtfach „Naturheilkunde“ mit einer Vorlesung und Lehrvisite mit praktischen Übungen in der Ambulanz des Zentrums für Innere Medizin, das Wahlpflichtfach „naturheilkundliche Geräte in der Arztpraxis“ in Form eines Praktikums und weiterhin eine fakultative Lehrvisite in der Rehabilitationsklinik "Moorbad" Bad Doberan (31). Von der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin der Universitätsmedizin Rostock werden die Wahlpflichtfächer „Einführung in die Chinesische Medizin (Pharmakotherapie, Akupunktur, Qi Gong mit Praktikumsmöglichkeit)“ und „Westliche und Chinesische Medizin für Fortgeschrittene“ angeboten (32). Weiterhin besteht an der Universität Rostock die Möglichkeit, ein Tertial des Praktischen Jahres in einem Lehrkrankenhaus für Naturheilkunde zu absolvieren. Die Voraussetzungen für eine intensive Auseinandersetzung mit NHV & KM wurden in der Universitätsmedizin Rostock geschaffen.

Ziel der vorliegenden Studie ist, die Einstellung Rostocker Medizinstudierender bezüglich NHV & KM zu untersuchen.

Seit der Einführung des QB 12 in das Medizinstudium in Deutschland befassten sich zwei Arbeitsgruppen an der Berliner Charité und an der Universität Heidelberg mit der Einstellung und den Vorkenntnissen Medizinstudierender zu NHV & KM (17, 33). Diese Untersuchungen liegen mittlerweile einige Jahre zurück und waren als Querschnittsstudien angelegt. Um ein aktuelles und richtungsweisendes Bild über die Einstellung Medizinstudierender bezüglich NHV & KM zu erhalten, wurde die vorliegende Untersuchung in Form einer Längsschnittstudie von 2008 bis 2015 durchgeführt.

1.5 Fragestellungen

- Sind Medizinstudierende daran interessiert, im Studium etwas über NHV & KM zu lernen?
- Wie groß ist das Interesse von Medizinstudierenden an einzelnen Methoden der NHV & KM?
- Haben Medizinstudierende Vorkenntnisse zu NHV & KM? Wenn ja, woher und zu welchen Methoden?
- Wie haben sich die Antworten zu diesen drei Fragen über einen Zeitraum von acht Jahren (2008 bis 2015) entwickelt?
- Planen Medizinstudierende, Methoden der NHV & KM später als Ärzte anzuwenden? Wenn ja, welche?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Vorkenntnissen, Interesse und Anwendungsbereitschaft?
- Haben Geschlecht und Alter einen Einfluss auf die Antworten?

2 Methoden und Material

2.1 Studiendesign

Die vorliegende Untersuchung ist eine retrospektive anonyme Längsschnittstudie mit deskriptiv-explorativer Fragestellung. Diese wurde hypothesengenerierend mithilfe eines teilstandardisierten Fragebogens in den Jahren 2008 bis 2015 an der Universitätsmedizin Rostock durchgeführt.

2.2 Teilnehmer

An der Untersuchung nahmen Humanmedizinstudierende im 10. Semester ihres Studiums teil. Sie besuchten im jeweiligen Sommersemester die obligatorische Vorlesung zum Querschnittsbereich 12: Rehabilitationsmedizin, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren.

2.3 Durchführung der Befragung

Zu Beginn der ersten Vorlesung wurde der Fragebogen im Hörsaal von einem Mitarbeiter der Professur für Naturheilkunde kurz erläutert. Es wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und darauf, dass die Angaben statistisch ausgewertet werden, um die Lehre zu verbessern und die Implementierung von Naturheilverfahren & Komplementärmedizin an der Universitätsmedizin Rostock zu fördern. Alle anwesenden Studierenden erhielten dann einen Fragebogen mit der Bitte, ihn umgehend und anonym während der 90-minütigen Vorlesung auszufüllen und am Ende der Vorlesung wieder abzugeben.

2.4 Beschreibung des Fragebogens

2.4.1 Der Fragebogen bis 2014

Der einseitige, nicht validierte Fragebogen wurde von Joos et al. mit der Fragestellung der „Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines ‘Curriculums Naturheilverfahrens’ an der Universität Heidelberg“ konzipiert (17). Er beinhaltet die folgenden drei Fragen zum Thema Interesse und Vorerfahrung mit Naturheilverfahren & Komplementärmedizin.

Frage 1: „Haben Sie Interesse etwas über Naturheilverfahren & Komplementärmedizin zu lernen?“ Diese konnte mittels Ankreuzen auf einer 5-Likert-Skala von *überhaupt nicht* bis *ja, sehr* beantwortet werden.

Frage 2: „Wie sehr sind Sie an folgenden Methoden interessiert?“ mit der Zusatzinformation: „Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!“

Zur Auswahl standen: Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin (außer Akupunktur), Homöopathie, Neuraltherapie (incl. "Quaddeln"), Pflanzenheilkunde, Entspannungsverfahren (Yoga, Autogenes Training etc.), Physikalische Therapie (Wasser/Wärme/Kälte - Anwendungen), Orthomolekulartherapie (Vitamin-/Mineral-/Spurenelementtherapie), Bioresonanztherapie, Ayurveda und Eigenbluttherapie. Das Interesse konnte auf einer 6-Punkte-Likert-Skala (von *überhaupt nicht interessiert* bis *sehr interessiert* oder *kenne ich nicht*) angegeben werden. Unter *Sonstiges* konnten weitere Methoden händisch notiert und mit der Likert-Skala bewertet werden.

Frage 3: „Wo bzw. bei welcher Gelegenheit haben Sie schon einmal etwas über Komplementärmedizin gehört?“

Folgende Antworten konnten angekreuzt werden: eigene Erfahrung als Patient, über Erzählungen von Freunden/ Familie, durch den Besuch eines Seminars/ Kurses an der Universität, über Zeitungen/ Zeitschriften, über das Fernsehen, über das Internet, Sonstiges. Bei der Antwort *eigene Erfahrung als Patient* sollten zusätzlich die entsprechende(n) Methode(n) notiert werden. Unter *Sonstiges* konnten händisch weitere Kenntnisquellen eingetragen werden.

Am Ende sollten unter Frage 4 „Angaben zur Person“ das Geschlecht, männlich oder weiblich, angekreuzt und das Alter in Jahren eingetragen werden.

2.4.2 Erweiterung des Fragebogens ab 2015

Ab dem Untersuchungsjahr 2015 wurde der Fragebogen mithilfe des Lehrstuhles für Naturheilkunde der Universität Rostock um zwei offene Fragen auf der Rückseite erweitert. Es wurden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Die erste Frage bezog sich auf die Methodenprävalenz der NHV & KM: „Welche Methode gefällt Ihnen am besten?“

Die zweite Frage bezog sich auf die Anwendungsbereitschaft der NHV & KM: „Welche Methode würden Sie später als Arzt anwenden?“

2.5 Datenauswertung

Die ausgefüllten Fragebögen von 2008 bis 2010 wurden manuell in das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22 übertragen. Ab 2011 bis 2015 wurden die Fragebögen mit dem Designer des Programms Cardiff TeleForm® (Fa. Electric Paper Informationssysteme GmbH) formal bearbeitet, um eine elektronische Auswertung zu ermöglichen. Die eingescannten Fragebögen konnten mit dem Programm auf Plausibilität und Fehlerhaftigkeit (Verifier) geprüft und die Daten somit direkt in SPSS exportiert werden. Das bezog sich auf alle Kreuzantwortmöglichkeiten. Die händisch eingetragenen Antworten der offenen Fragepunkte wurden manuell in das Statistikprogramm SPSS übertragen. Die Fragebögen aus dem Jahr 2014 gingen nach dem elektronischen Einlesen verloren. Deshalb liegen zu diesem Jahr nur angekreuzte Antworten vor, die händischen Eintragungen konnten nicht mehr erfasst werden. Im Auswertungsteil betrifft dies die Kapitel 3.3.5, 3.4.6 und 3.4.8.

Die Auswertung aller Daten erfolgte mit SPSS Statistics 22. Es wurden alle vollständig oder partiell ausgefüllten Fragebögen eingeschlossen. Die Antworthäufigkeiten wurden berechnet und grafisch dargestellt. Bei den jeweiligen Fragestellungen wurden nur die Fälle berücksichtigt, die innerhalb der Variablen gültige Werte aufwiesen. Dadurch ergaben sich bei den verschiedenen Fragestellungen unterschiedlich hohe Fallzahlen. Die numerischen Variablen wurden mittels Kolmogorow-Smirnow-Test und Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft. Die Analyse möglicher Unterschiede zwischen Subgruppen wurde mit dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeits-Test nach Pearson (Asymptomatische Signifikanz: 2-seitig) durchgeführt. Bei geringen Zellenhäufigkeiten, wenn also Erwartungswerte kleiner als fünf auftraten, wurde der exakte Test nach Fisher (Exakte Signifikanz: 2-seitig) durchgeführt, da dieser im Gegensatz zum Chi-Quadrat-Test nach Pearson keine Voraussetzungen an den Stichprobenumfang stellt. Für die durch diese beiden Tests ermittelten Signifikanzen wurde ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ gewählt. Zur Erleichterung des Vergleichs der numerischen Variable „Alter“ wurden drei Klassen gebildet, die 22-24-Jährigen, die 25-27-Jährigen und die 28-40-Jährigen. Weiterhin wurden die Angaben zum Interesse bei der Betrachtung nach dem Entwicklungstrend aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit zusammengefasst: nicht/ wenig interessiert, neutral und (sehr) interessiert (Kap. 3.2.2 und 3.3.2).

Vorerfahrung und Interesse an Komplementärmedizin

1. Haben Sie Interesse etwas über Naturheilverfahren/Komplementärmedizin zu lernen?

überhaupt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ja, sehr

2. Wie sehr sind Sie an folgenden Methoden interessiert?

<i>Bitte machen Sie in jede Zeile <u>ein</u> Kreuz!</i>	überhaupt <u>nicht</u> interessiert	<----->	<u>sehr</u> interessiert	kenne ich nicht
Akupunktur	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin (außer Akupunktur)	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐
Neuraltherapie (incl. "Quaddeln")	☐	☐	☐	☐
Pflanzenheilkunde	☐	☐	☐	☐
Entspannungsverfahren (Yoga, Autogenes Training etc.)	☐	☐	☐	☐
Physikalische Therapie (Wasser/Wärme/Kälte - Anwendungen)	☐	☐	☐	☐
Orthomolekulartherapie (Vitamin-/Mineral-/Spurenelementtherapie)	☐	☐	☐	☐
Bioresonanztherapie	☐	☐	☐	☐
Ayurveda	☐	☐	☐	☐
Eigenbluttherapie	☐	☐	☐	☐

Sonstiges:

3. Wo bzw. bei welcher Gelegenheit haben Sie schon einmal etwas über Komplementärmedizin gehört?

- ☐ eigene Erfahrung als Patient Wenn ja, welche Methode(n)?
- ☐ über Erzählungen von Freunden/Familie
- ☐ durch den Besuch eines Seminars / Kurses an der Universität
- ☐ über Zeitungen / Zeitschriften
- ☐ über das Fernsehen
- ☐ über das Internet
- ☐ sonstiges:

4. Angaben zur Person

☐ weiblich ☐ männlich

Alter (Jahre)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Platz für Kommentare auf der Rückseite...

Welche der genannten Methoden gefallen Ihnen am besten? (Mehrere Antworten sind möglich)

1.

2.

3.

4.

5.

Bei welchen der genannten Methoden können Sie sich vorstellen, sie später in der Arztpraxis anzuwenden? (Mehrere Antworten sind möglich)

1.

2.

3.

4.

5.

Platz für Ihre Kommentare:

3 Ergebnisse

3.1 Allgemeine Daten

3.1.1 Teilnehmer

Insgesamt gaben 808 Medizinstudierende im Befragungszeitraum von 2008 bis 2015 einen ausgefüllten Fragebogen zurück. 94,9% (767/808) dieser Fragebögen waren vollständig ausgefüllt, der Rest nur teilweise. Alle Fragebögen gingen in die Auswertung mit ein. Von 2008 bis 2011 gab es deutlich mehr Teilnehmer (62,1%, 502/808) als von 2012 bis 2015 (37,9%, 306/808; Tabelle 2).

Tabelle 2: Teilnehmerzahlen von 2008-2015, n=808

	Anzahl	Prozent
2008	110	13,6
2009	113	14,0
2010	137	17,0
2011	142	17,6
Zwischensumme	502	62,1
2012	85	10,5
2013	72	8,9
2014	87	10,8
2015	62	7,7
Zwischensumme	306	37,9
Gesamtsumme	808	100,0

3.1.2 Geschlechterverteilung

99,1% der Befragten (801/808) gaben Auskunft über ihr Geschlecht: 72,5% (581/801) waren weiblich und 27,5% (220/801) männlich (Tabelle 3).

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung des Geschlechts, n=801

	Anzahl	Prozent
weiblich	581	72,5
männlich	220	27,5
Gesamtsumme	801	100,0

Die Geschlechterverteilung in der Befragung blieb von 2008 bis 2015 mit geringen Abweichungen (+/-5%) konstant, wobei der Anteil der männlichen Befragten eine wachsende Tendenz aufwies (Abbildung 1). Besonders im Vergleich vom ersten und letzten Befragungsjahr zeigte sich der Anstieg (Männeranteil 2008: 23,9% vgl. 2015: 32,3%). Der Zusammenhang war jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p=0,233$).

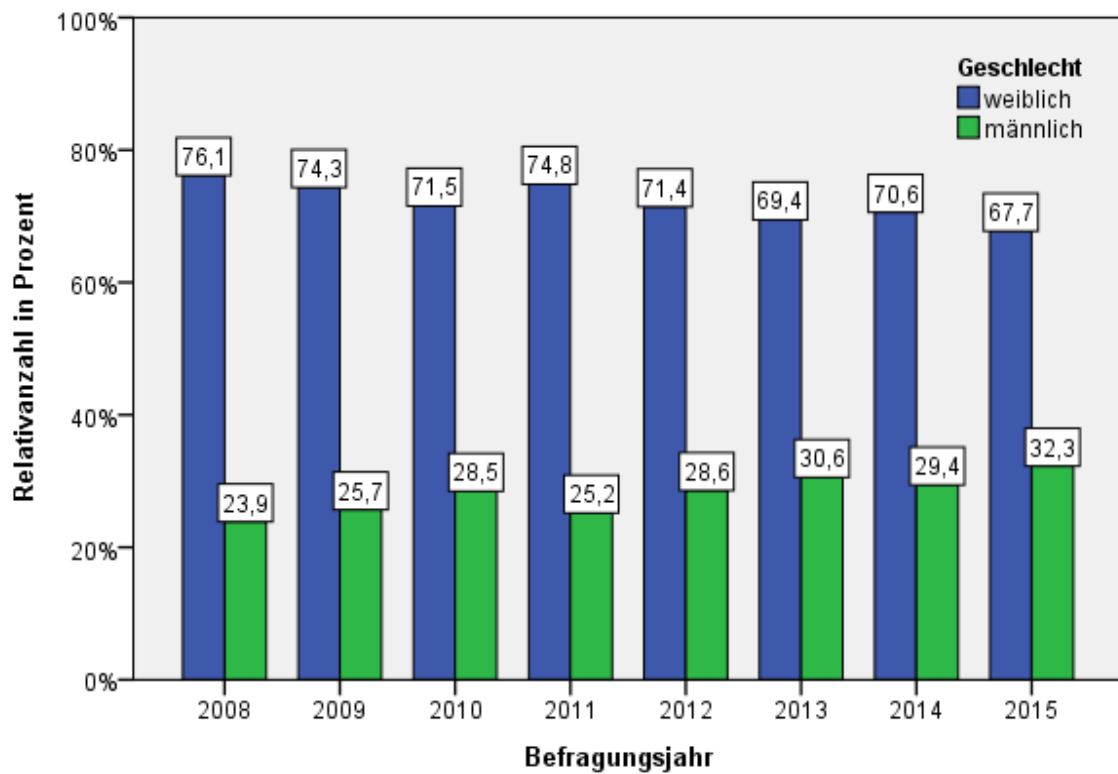


Abbildung 1: Entwicklung der Geschlechterverteilung in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=801$

3.1.3 Altersverteilung

Auskunft über ihr Alter gaben 98,9% der Studierenden (799/808). Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug $25,28 \pm 2,36$ Jahre (Abbildung 2). Das Minimum lag bei 22 Jahren und das Maximum bei 40 Jahren. Die meisten Studierenden befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Altersgruppe der 23-26-Jährigen (76,5%). Nur wenige der Befragten waren über 30 Jahre alt (3,6%). Die Werte wurden mittels Kolmogorow-Smirnow-Test und Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft. Es zeigte sich keine Normalverteilung ($p < 0,05$).

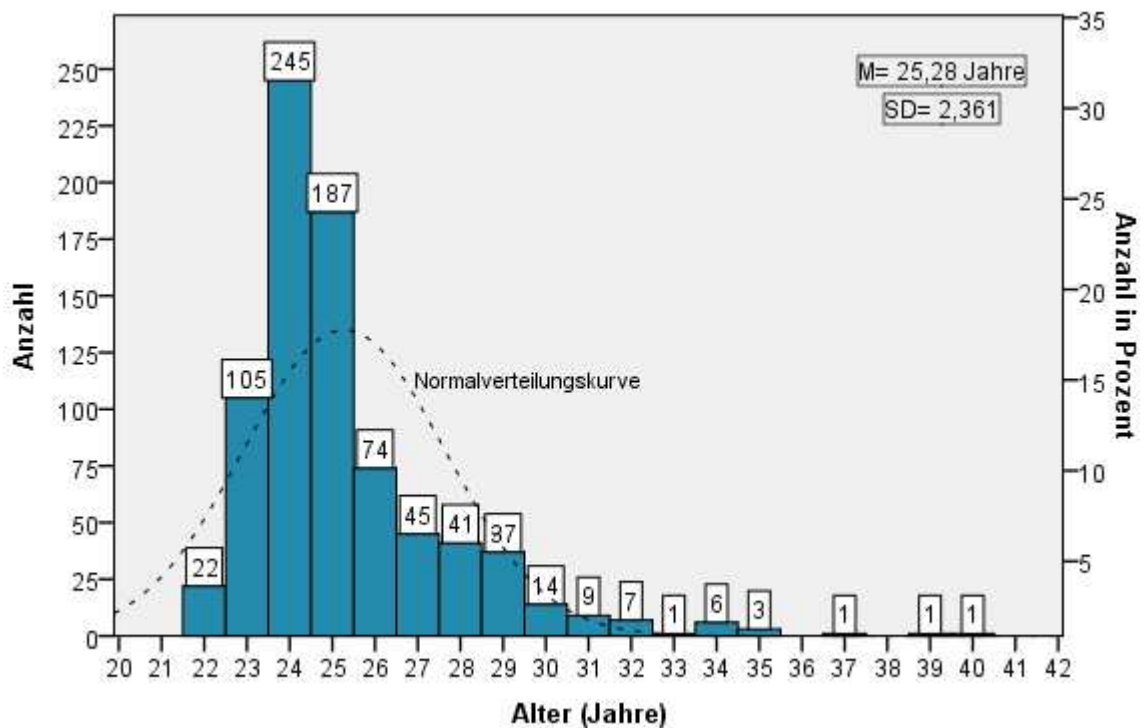


Abbildung 2: Altersverteilung, $n=799$ (M =Mittelwert, SD =Standardabweichung)

Nach Aufteilung des Alters in die unter Kapitel 2.5 definierten drei Klassen zeigte sich, dass 46,6% der Befragten zwischen 22-24 Jahre alt waren, 38,1% zwischen 25-27 Jahre und 15,1% zwischen 28-40 Jahre (Tabelle 4).

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Altersklassen, $n=799$

	Anzahl	Prozent
22-24 Jahre	372	46,6
25-27 Jahre	306	38,3
28-40 Jahre	121	15,1
Gesamtsumme	799	100,0

Die Altersverteilung unter den Studierenden blieb über den Befragungszeitraum annähernd konstant (Abbildung 3). Einzig im Jahr 2012 gab es signifikante Unterschiede im Vergleich zu den anderen Jahren. Hier waren die 22-24-Jährigen deutlich häufiger vertreten (2012: 63,1% vgl. restliche Jahre: 44,5%). Der Zusammenhang war signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p=0,006$).

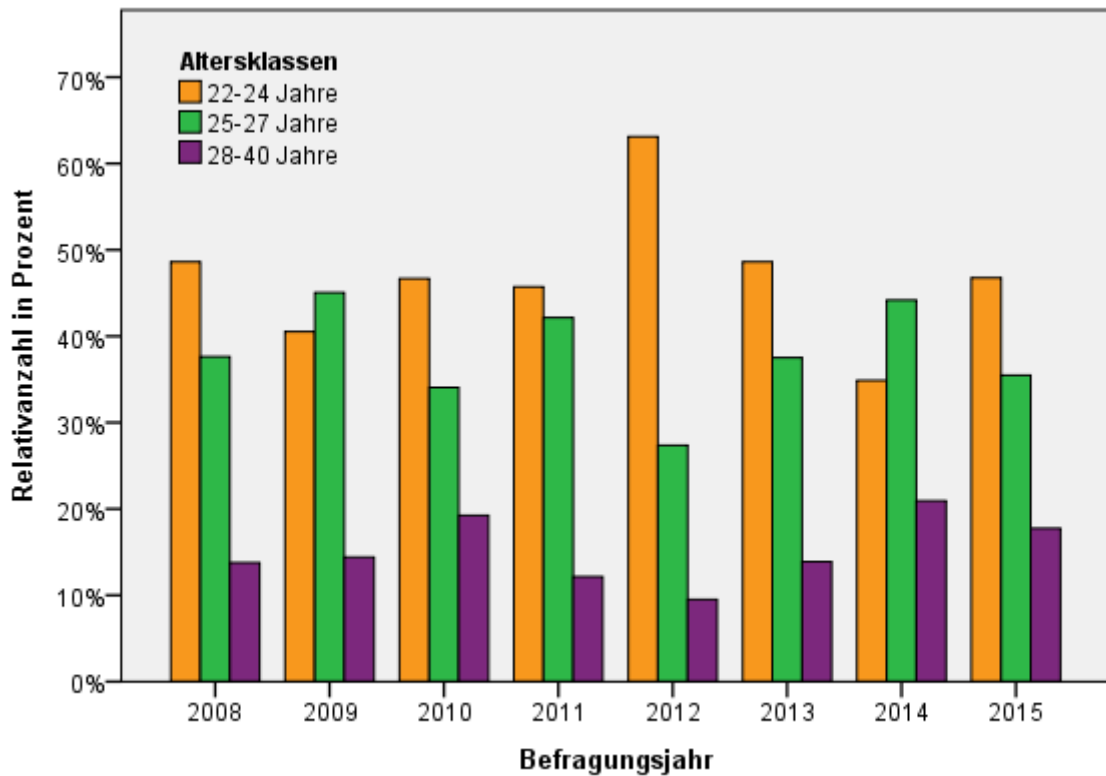


Abbildung 3: Altersklassen in Prozent (%) nach Jahren, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=799$

3.1.4 Zusammenhang von Alter und Geschlecht

Angaben über Geschlecht und Alter machten 98,0% der Studierenden (792/808). Die Männer überwogen in der Altersgruppe von 25-40 Jahren (74,3%), während die Frauen in der Altersgruppe von 22-25 Jahren dominierten (75,6%). Bei den Frauen betrug das mittlere Alter $24,95 \pm 2,19$ Jahre, bei den Männern $26,12 \pm 2,58$ Jahre (Abbildung 4, Tabelle 13/ Anhang).

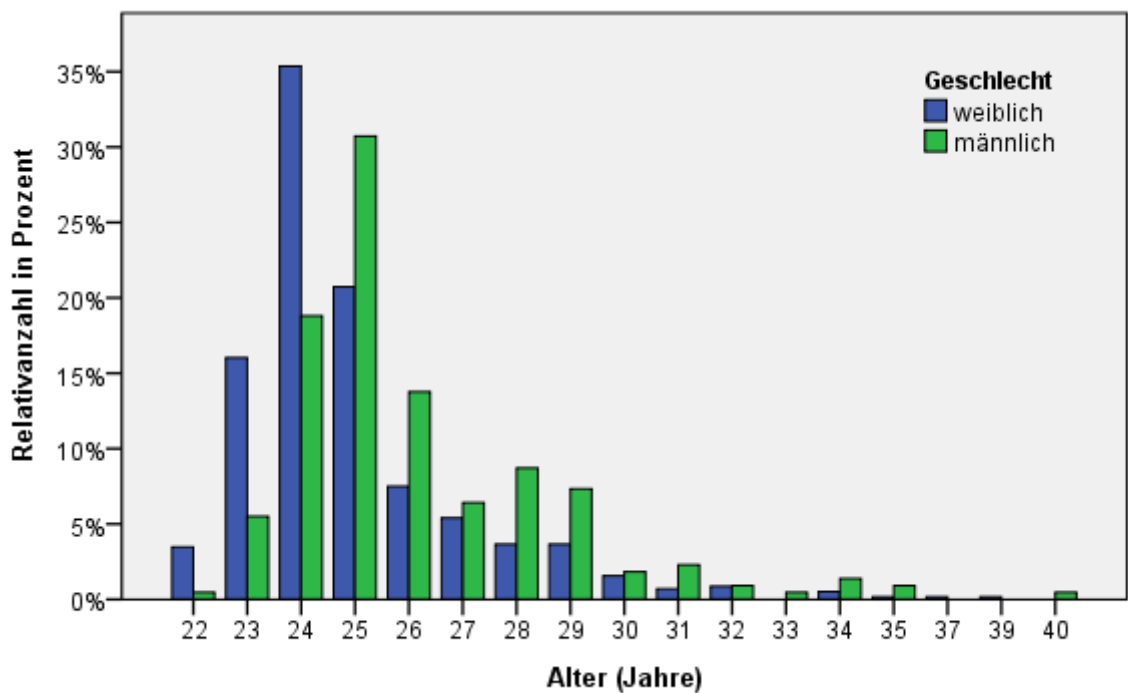


Abbildung 4: Altersverteilung in Prozent (%) nach Geschlecht, $n=792$ (w: $n=575$, m: $n=219$)

Der Vergleich der drei definierten Altersklassen hinsichtlich des Geschlechts verdeutlicht ebenfalls den unterschiedlichen Altersdurchschnitt der weiblichen und männlichen Befragten (Tabelle 5). Zum Zeitpunkt der Befragung waren 54,9% der Frauen zwischen 22-24 Jahre alt und 50,9% der Männer zwischen 25-27 Jahre alt. Unter den männlichen Befragten war der Anteil der 28-40-Jährigen (24,3%) größer als unter den weiblichen Befragten (11,5%). Der Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht war signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p<0,001$).

Tabelle 5: Verteilung der Altersklassen nach Geschlecht in Spaltenprozent (%), $n=792$

	weiblich	männlich
22-24 Jahre	54,9	24,8
25-27 Jahre	33,6	50,9
28-40 Jahre	11,5	24,3
Gesamtsumme	100,0	100,0

3.2 Interesse an NHV & KM

3.2.1 Häufigkeitsverteilung

Die erste Frage „Haben Sie Interesse etwas über Naturheilverfahren & Komplementärmedizin zu lernen?“ beantworteten insgesamt 98,0% (792/808) der Studierenden. Am häufigsten gaben die Befragten an, interessiert daran zu sein (42,8%). Am zweithäufigsten (25,4%) waren die Studierenden neutral dazu eingestellt. Sehr interessiert waren 18,7% der Befragten, wenig interessiert waren 11,0% und überhaupt nicht interessiert waren 2,1% der Studierenden (Abbildung 5). Insgesamt waren 61,5% der befragten Studierenden (sehr) interessiert daran, etwas über NHV & KM zu lernen.

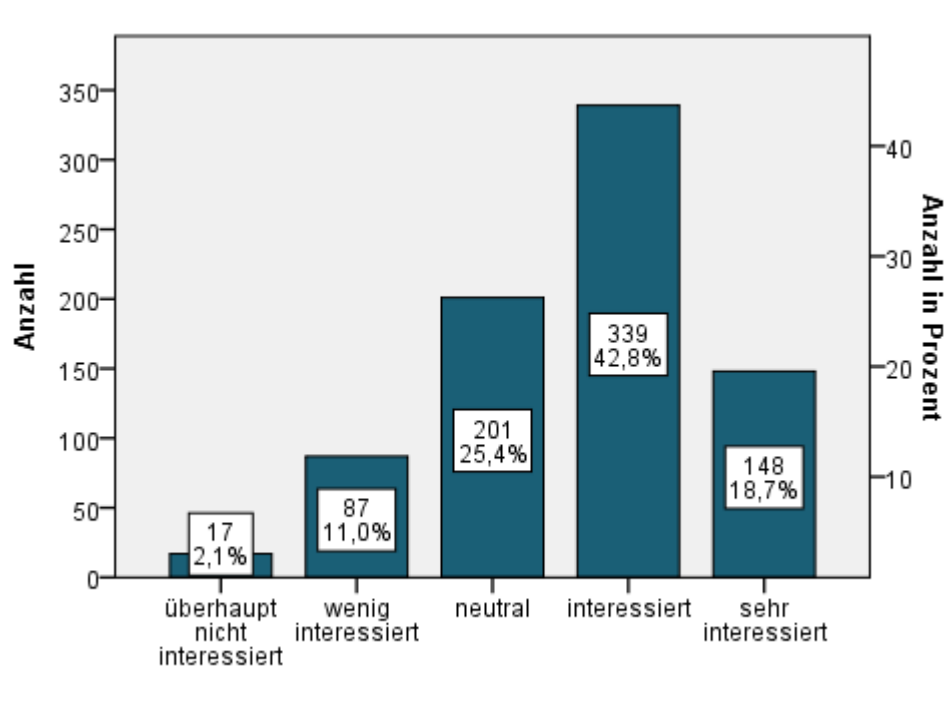


Abbildung 5: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen, Häufigkeitsverteilung, Befragungszeitraum: 2008-2015, n=792

3.2.2 Entwicklung von 2008-2015

Das Interesse daran, etwas über NHV & KM zu lernen, variierte kaum über den Zeitraum der Befragung (Abbildung 6, Tabelle 14/ Anhang). Einzig die Jahre 2008 und 2012 stachen hervor. Im Jahr 2008 war der Anteil der (sehr) Interessierten (69,2%) größer als in den anderen Jahren (60,5%). Konträr dazu gab es im Jahr 2012 weniger (sehr) Interessierte (54,2%) als in den anderen Jahren (62,6%) und mehr nicht/ wenig Interessierte (22,9%) als in den anderen Jahren (11,8%). Beim Vergleich aller Befragungsjahre nach ihrem Interesse zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied (exakter Test nach Fisher: $p=0,170$).

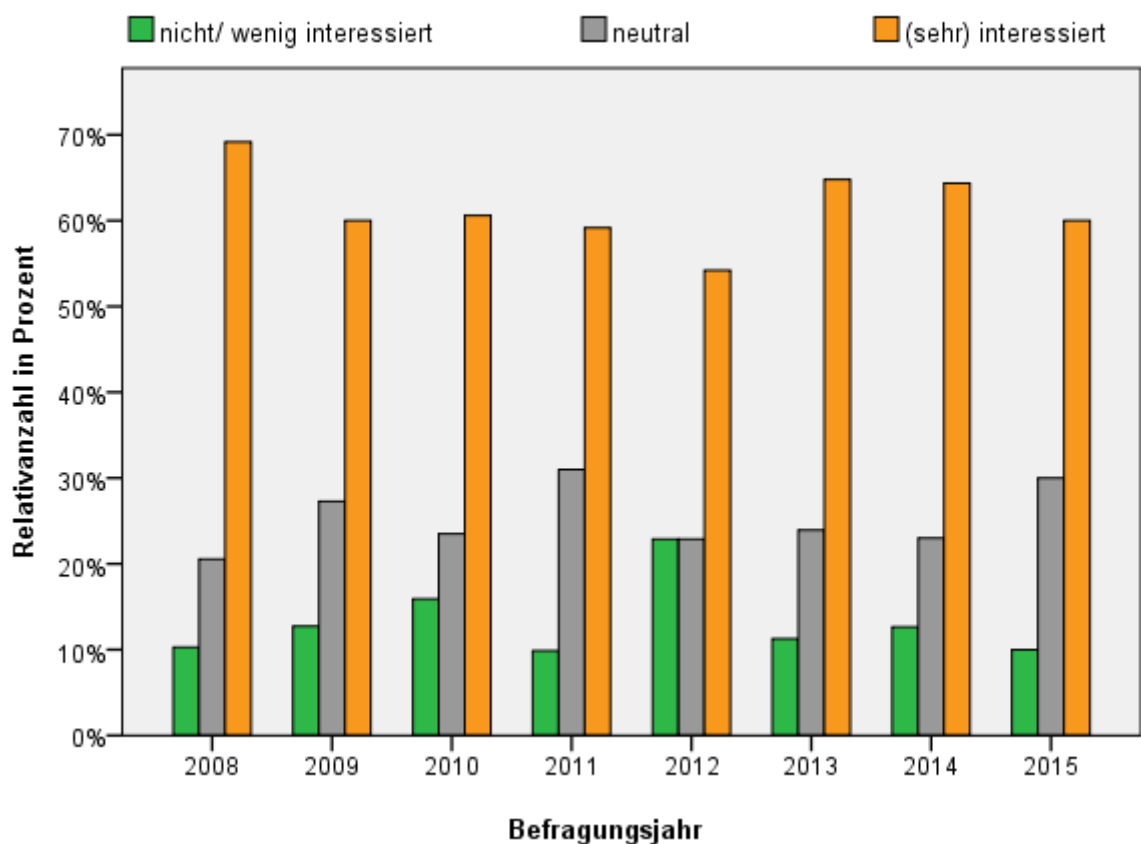


Abbildung 6: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=792$

3.2.3 Auswirkungen der Anwesenheitspflicht

Bei der Vorlesung wurden von 2008 bis 2011 Anwesenheitskontrollen durchgeführt. Die Anwesenheitspflicht (AWP) wurde ab 2012 aufgehoben. Angaben darüber wie stark sie daran interessiert sind, etwas über NHV & KM zu lernen, machten von 2008 bis 2011 97,8% der Studierenden und von 2012 bis 2015 98,4% der Studierenden. Beim Vergleich des Interesses in den beiden Befragungszeiträumen zeigten sich nur marginale Unterschiede (Abbildung 48/ Anhang). Von 2008 bis 2011 waren 62,0% der Befragten (sehr) interessiert daran, etwas über NHV & KM zu lernen, von 2012 bis 2015 waren es 60,8%.

3.2.4 Unterschiede nach Geschlecht

Angaben darüber wie stark sie daran interessiert sind, etwas über NHV & KM zu lernen, machten 98,5% der befragten Frauen und 97,3% der befragten Männer. Die weiblichen Studierenden waren häufiger (sehr) interessiert daran, etwas über NHV & KM zu lernen als die männlichen (w: 66,1% vgl. m: 49,5%; Abbildung 7). Die männlichen Befragten gaben um 10,2 Prozentpunkte häufiger als die weiblichen Befragten an, wenig interessiert zu sein. Nachgewiesen wurde dieser Geschlechterunterschied mittels Chi-Quadrat-Test: $p < 0,001$).

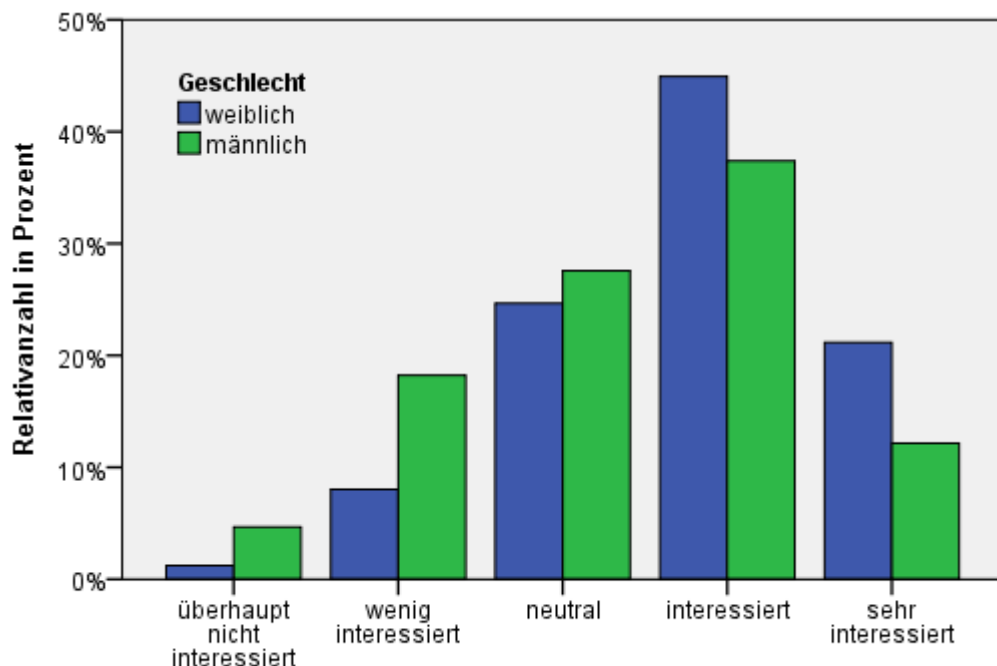


Abbildung 7: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=786$

3.2.5 Unterschiede nach Altersklassen

Angaben darüber wie stark sie daran interessiert sind, etwas über NHV & KM zu lernen, machten 98,7% der 22-24-Jährigen, 98,0% der 25-27-Jährigen und 95,9% der 28-40-Jährigen. Unterschiede im Lerninteresse an NHV & KM zwischen den Altersklassen gab es nur wenige (Abbildung 8). Es waren annähernd gleich viele Befragte innerhalb der drei Altersklassen (sehr) interessiert (22-24-Jährige: 62,4%, 25-27-Jährige: 59,3%, 28-40-Jährige: 61,2%). Hingegen hatten die 28-40-Jährigen häufiger kein oder nur wenig Interesse (28-40-Jährige: 19,8% vgl. 25-27-Jährige: 14,0% & 22-24-Jährige: 10,6%). Zwischen den drei Altersklassen und den fünf verschiedenen Ausprägungen des Interesses an NHV & KM ergab sich kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: $p=0,172$).

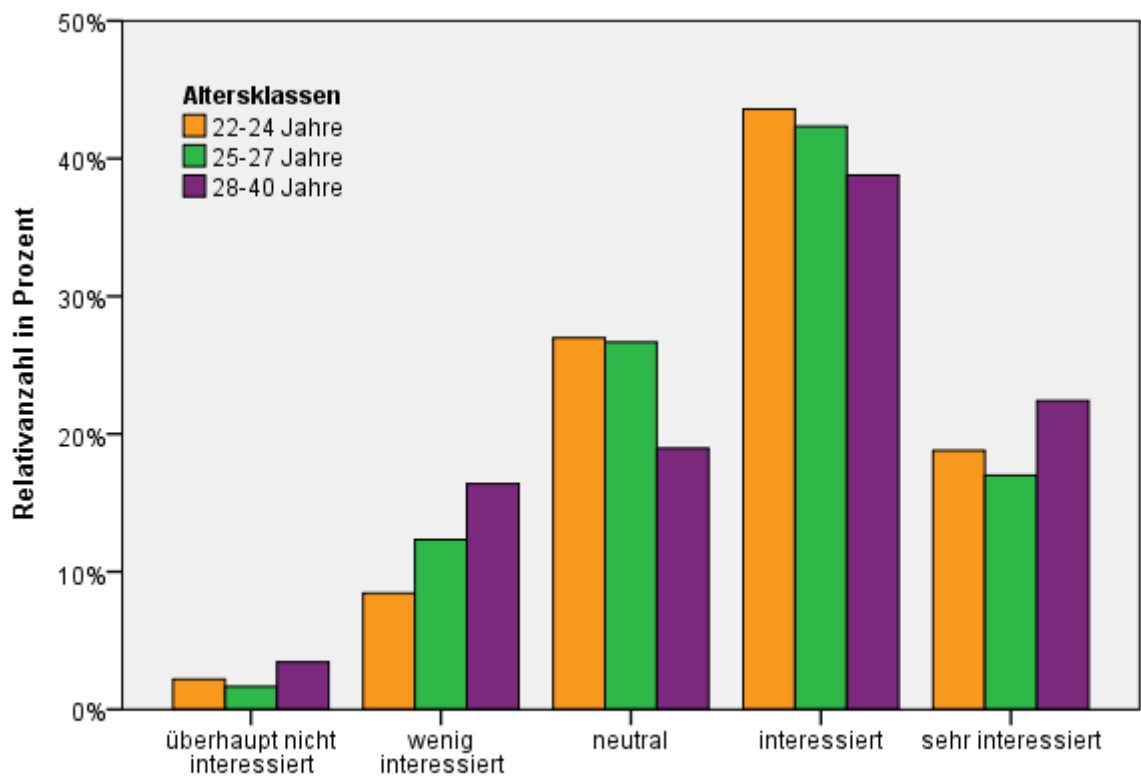


Abbildung 8: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=783$

3.3 Interesse an ausgewählten Methoden der NHV & KM

3.3.1 Häufigkeitsverteilung

Die nächste Frage bezog sich auf das Interesse der Befragten an elf im Fragebogen vorgegebenen Methoden der NHV & KM. Es konnten 99,7% (805/808) der Angaben ausgewertet werden. Wie in Abbildung 9 und Tabelle 15/ Anhang dargestellt ist, waren die Studierenden am häufigsten an der Akupunktur (sehr) interessiert (76,5%), gefolgt von den Entspannungsverfahren (64,6%), der Pflanzenheilkunde (56,6%) und der Traditionell Chinesischen Medizin, kurz TCM (56,6%). Weniger Interesse bestand bei der Physikalischen Therapie (54,6%), der Neuraltherapie (47,9%) und der Homöopathie (39,6%). Insgesamt am wenigsten interessiert waren die Befragten an der Bioresonanztherapie (24,0%). Überhaupt kein Interesse gaben die Studierenden am häufigsten bei der Homöopathie an (16,9%) und der Eigenbluttherapie (14,4%) an. Am wenigsten bekannt unter den Befragten war die Bioresonanztherapie (26,4%), gefolgt von dem Ayurveda (16,9%), der Orthomolekulartherapie (14,3%) und der Eigenbluttherapie (11,8%).

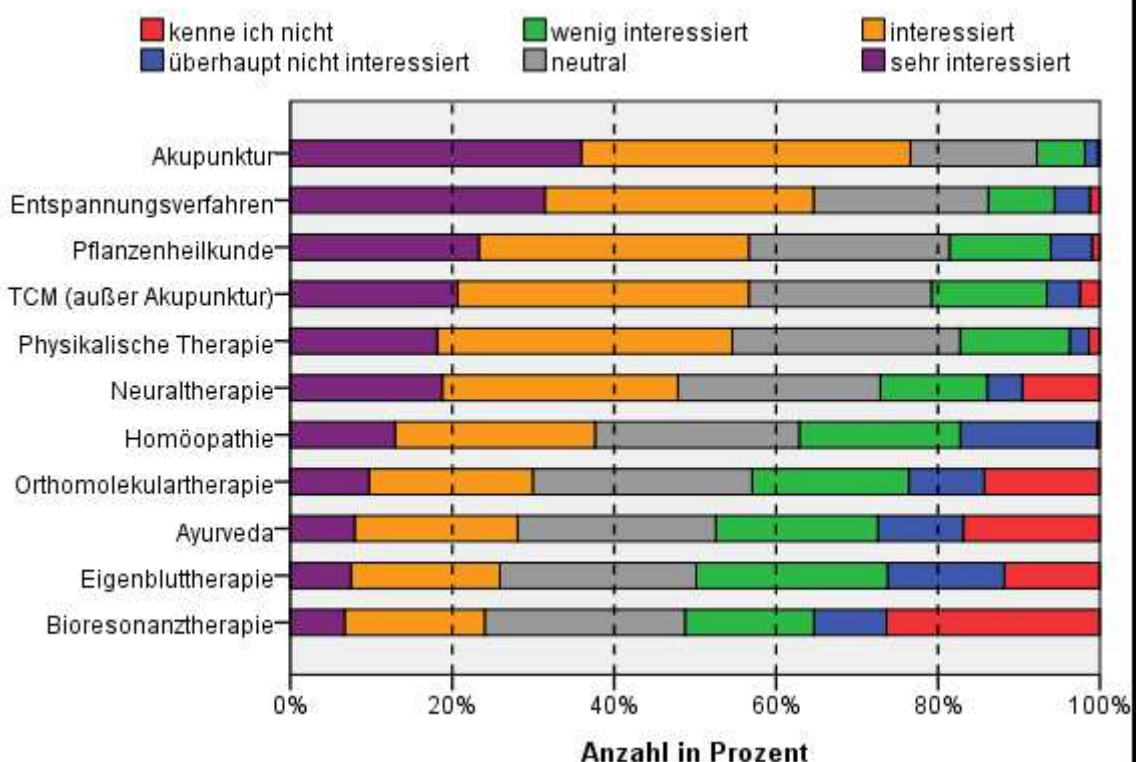


Abbildung 9: Interesse an ausgewählten Methoden der NHV & KM, absteigend sortiert nach „(sehr) interessiert“, Befragungszeitraum: 2008-2015, n=805

3.3.2 Entwicklung von 2008 bis 2015

3.3.2.1 Akupunktur

Die Frage nach dem Interesse an Akupunktur beantworteten 807 Studierende. Fast allen (98,8%) war die Methode bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Über die Befragungsjahre hinweg bestand ein stetiges großes Interesse der Teilnehmer. Gleichbleibend gering waren sowohl der Anteil der nicht/ wenig Interessierten, als auch der Anteil der neutral Eingestellten (Abbildung 10, Tabelle 16/ Anhang). Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Interesse an Akupunktur und den Befragungsjahren (Chi-Quadrat-Test: $p=0,813$).

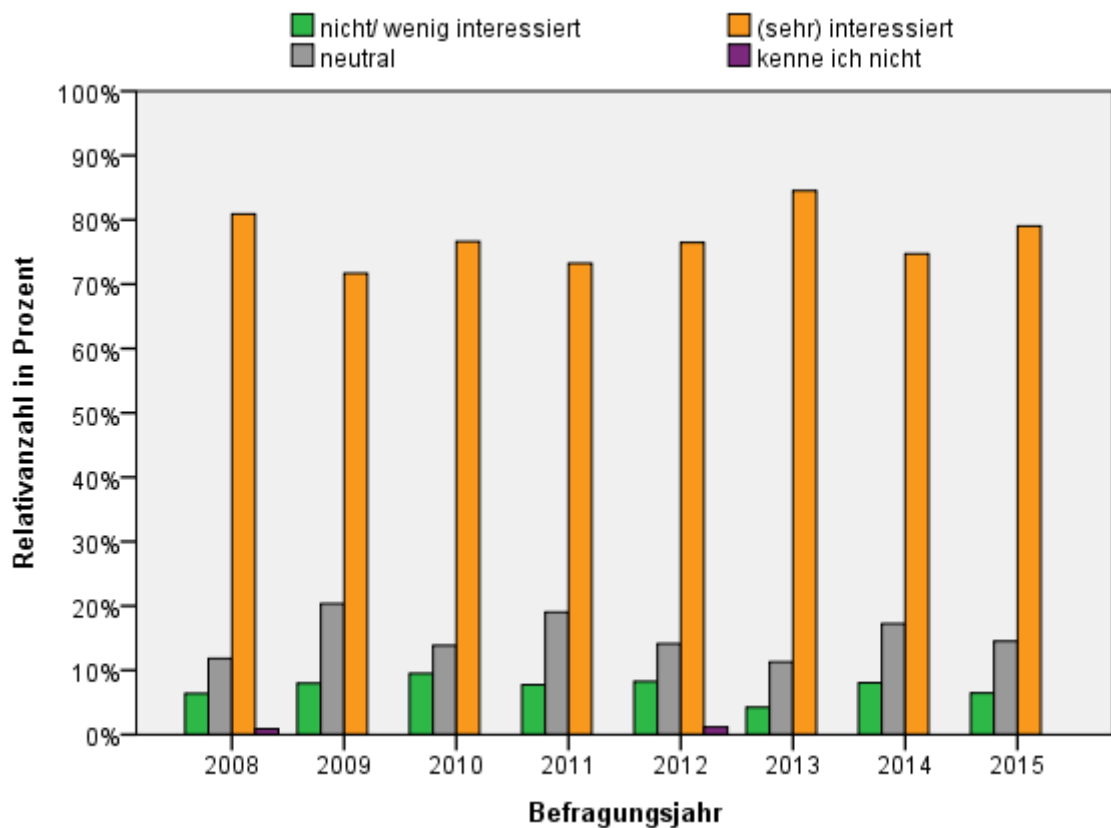


Abbildung 10: Interesse an Akupunktur in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=807$

3.3.2.2 Entspannungsverfahren

Die Frage nach dem Interesse an Entspannungsverfahren beantworteten 805 Studierende. Sehr vielen (98,8%) war die Methode bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Die befragten Studierenden waren über alle Jahre hinweg (sehr) interessiert (Abbildung 11, Tabelle 17/ Anhang). Durchgängig waren nur wenige Befragte nicht/ wenig interessiert oder neutral eingestellt. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Interesse an Entspannungsverfahren und einzelnen Befragungsjahren konnte nicht nachgewiesen werden (Chi-Quadrat-Test: $p=0,554$).

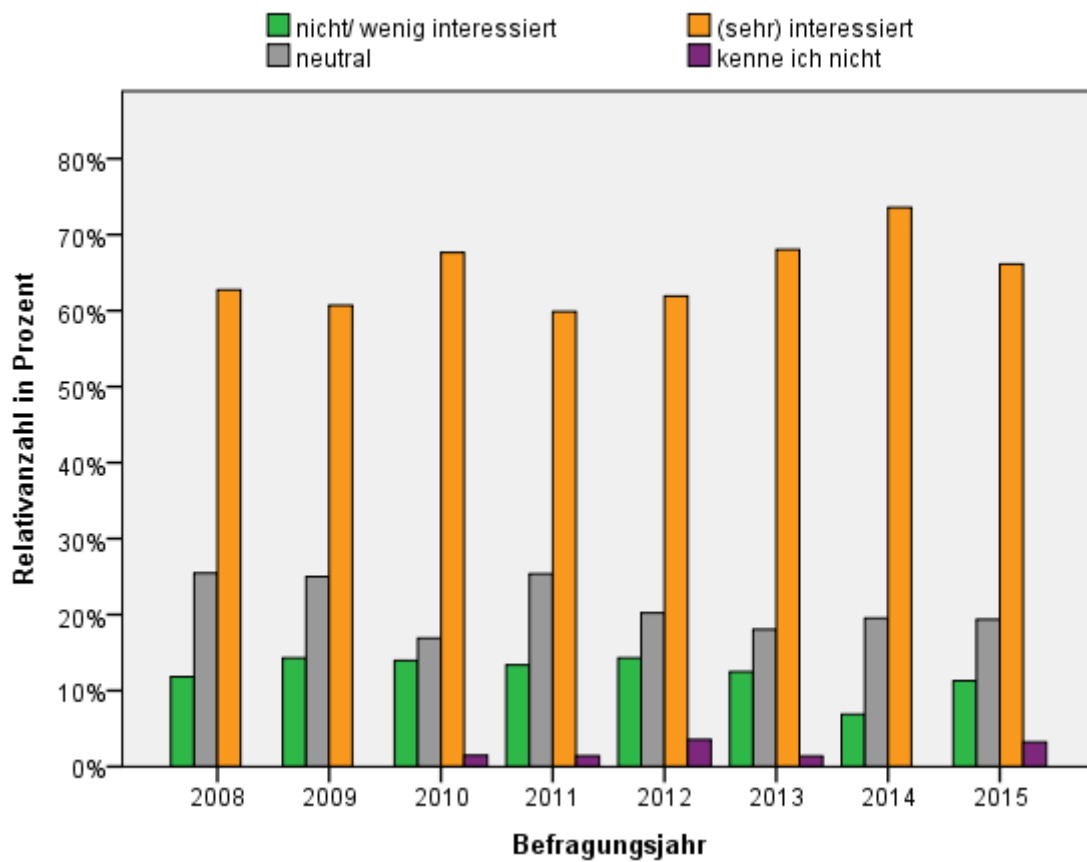


Abbildung 11: Interesse an Entspannungsverfahren in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=805$

3.3.2.3 Pflanzenheilkunde

Die Frage nach dem Interesse an der Pflanzenheilkunde (Phytotherapie) beantworteten 807 Studierende. Fast allen (99,0%) war die Methode bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Über den gesamten Befragungszeitraum waren die (sehr) Interessierten am häufigsten vertreten (Abbildung 12, Tabelle 18/ Anhang). Kein/ wenig Interesse oder eine neutrale Einstellung zeigten in allen Jahren nur wenige Befragte. Im Jahr 2014 war der Anteil der (sehr) Interessierten im Vergleich zu den anderen Jahren besonders groß (2014: 70,1% vgl. restliche Jahre: 55,0%). Es bestand jedoch kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: $p=0,259$).

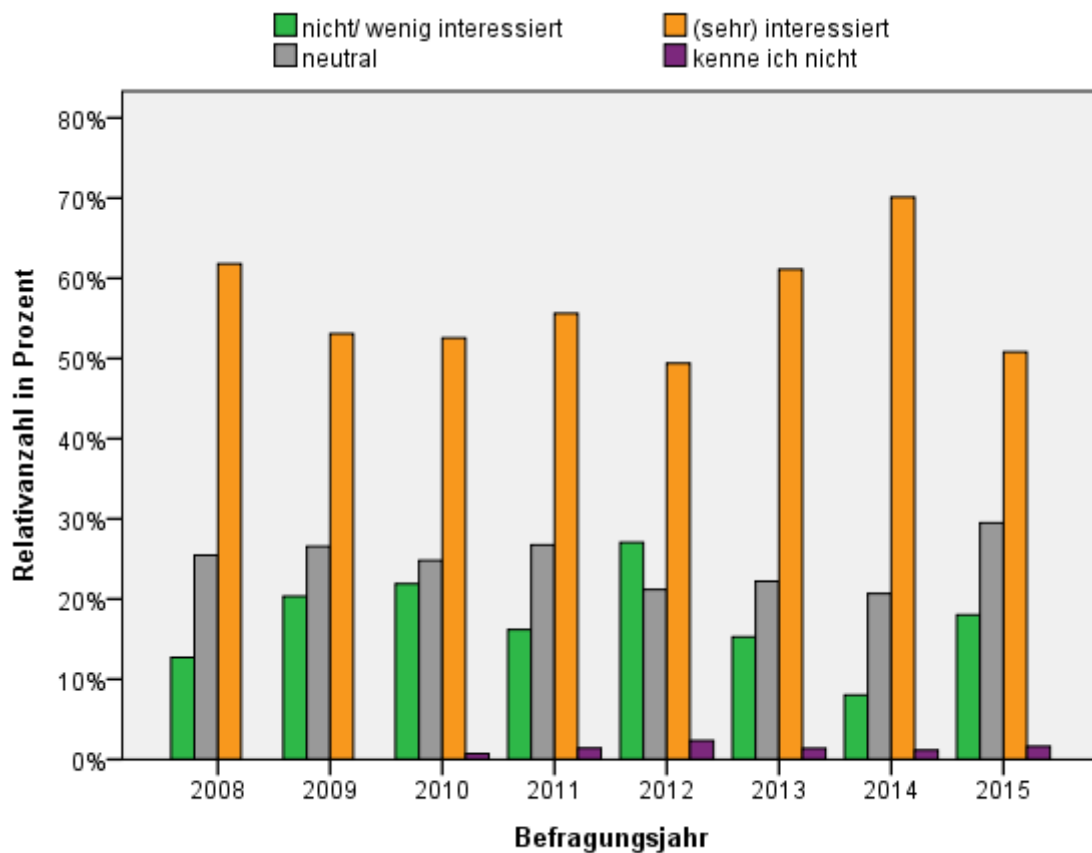


Abbildung 12: Interesse an Pflanzenheilkunde in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=807$

3.3.2.4 TCM (außer Akupunktur)

Die Frage nach dem Interesse an TCM (außer Akupunktur) beantworteten 807 Studierende. Sehr vielen (97,5%) war die Methode bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Über die Befragungsjahre hinweg bestand ein stetiges großes Interesse der Teilnehmer. Nicht/ wenig interessiert waren durchgängig wenige Studierende, neutral eingestellt nur einige Studierende (Abbildung 13, Tabelle 19/ Anhang). Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Befragungsjahren und dem Interesse an TCM (Chi-Quadrat-Test: $p=0,855$).

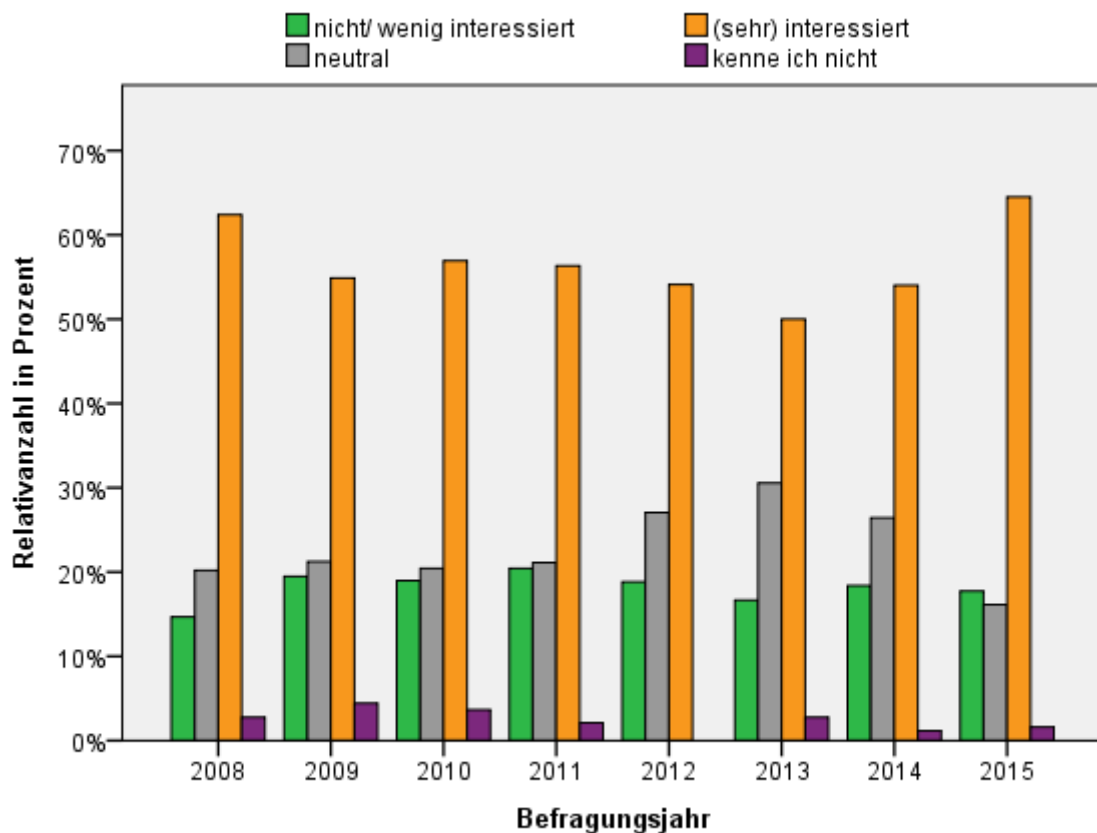


Abbildung 13: Interesse an TCM in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=807$

3.3.2.5 Neuraltherapie

Die Frage nach dem Interesse an der Neuraltherapie beantworteten 804 Studierende. Vielen Teilnehmern (90,4%) war sie bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Wie in Abbildung 14 und Tabelle 20/ Anhang) zu erkennen ist, nahm von 2008 bis 2011 der Anteil der (sehr) Interessierten kontinuierlich ab und der Anteil der neutral Eingestellten kontinuierlich zu. Während von 2012 bis 2015 der Anteil der Neutralen relativ konstant blieb, fluktuierte der Anteil der (sehr) Interessierten stärker. Nachdem die (sehr) Interessierten 2012 und 2013 wieder häufiger vertreten waren, nahmen sie bis 2015 wieder ab. Gleichzeitig stieg von 2013 bis 2015 der Anteil der nicht/ wenig Interessierten an. Auch die Zahl derjenigen, welche die Neuraltherapie kannten, fluktuierte im Zeitverlauf mit größter Bekanntheit im Jahr 2008 und 2011. Am häufigsten (sehr) interessiert waren die Studierenden im Jahr 2008 (2008: 64,5% vgl. Rest: 45,7%). Der Chi-Quadrat-Test ($p=0,004$) bestätigte die Vermutung, dass sich das Interesse an Neuraltherapie signifikant nach einzelnen Befragungsjahren unterschied.

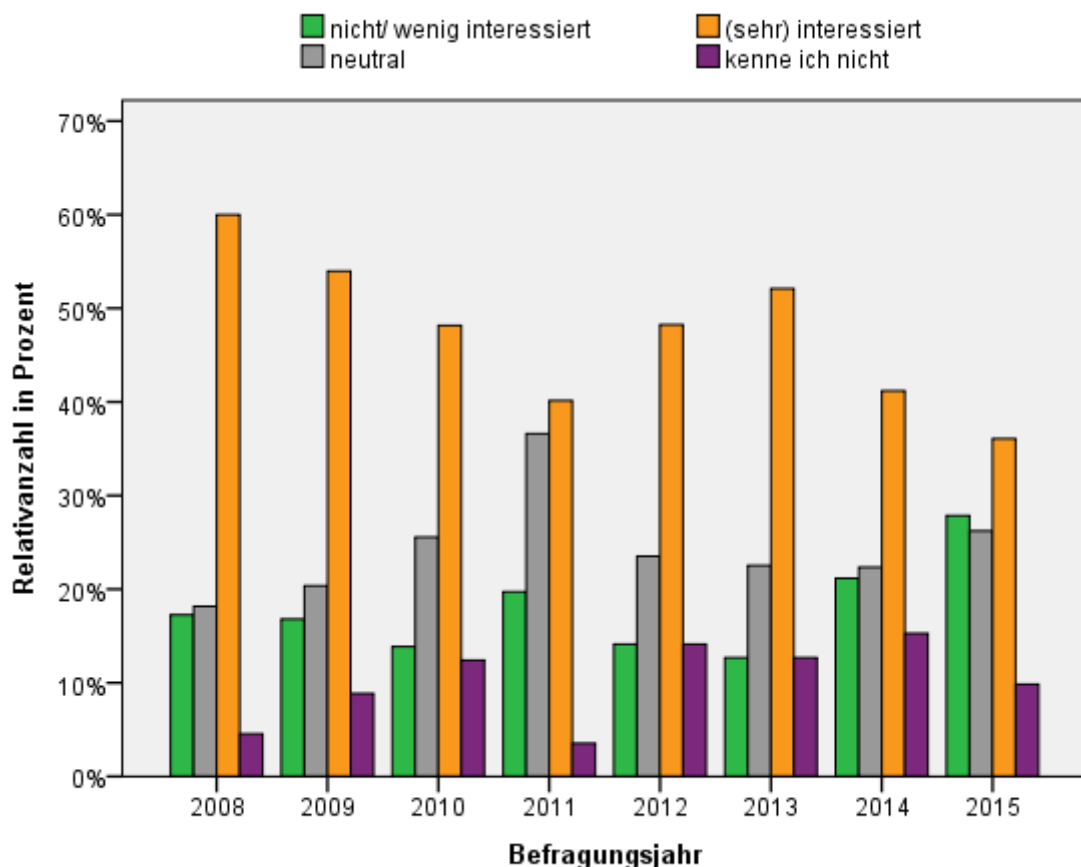


Abbildung 14: Interesse an Neuraltherapie in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=804$

3.3.2.6 Physikalische Therapie

Die Frage nach dem Interesse an der Physikalischen Medizin beantworteten 804 Studierende. Sehr vielen Teilnehmern (98,6%) war sie bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Über die Befragungsjahre hinweg bestand ein stetiges großes Interesse der Teilnehmer mit besonders großer Ausprägung im Jahr 2014 (70,1% vgl. 53,9% in den restlichen Jahren). Kein/ wenig Interesse oder eine neutrale Einstellung zeigten in allen Jahren nur wenige Befragte (Abbildung 15, Tabelle 21/ Anhang). Es bestand insgesamt jedoch kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: $p=0,078$).

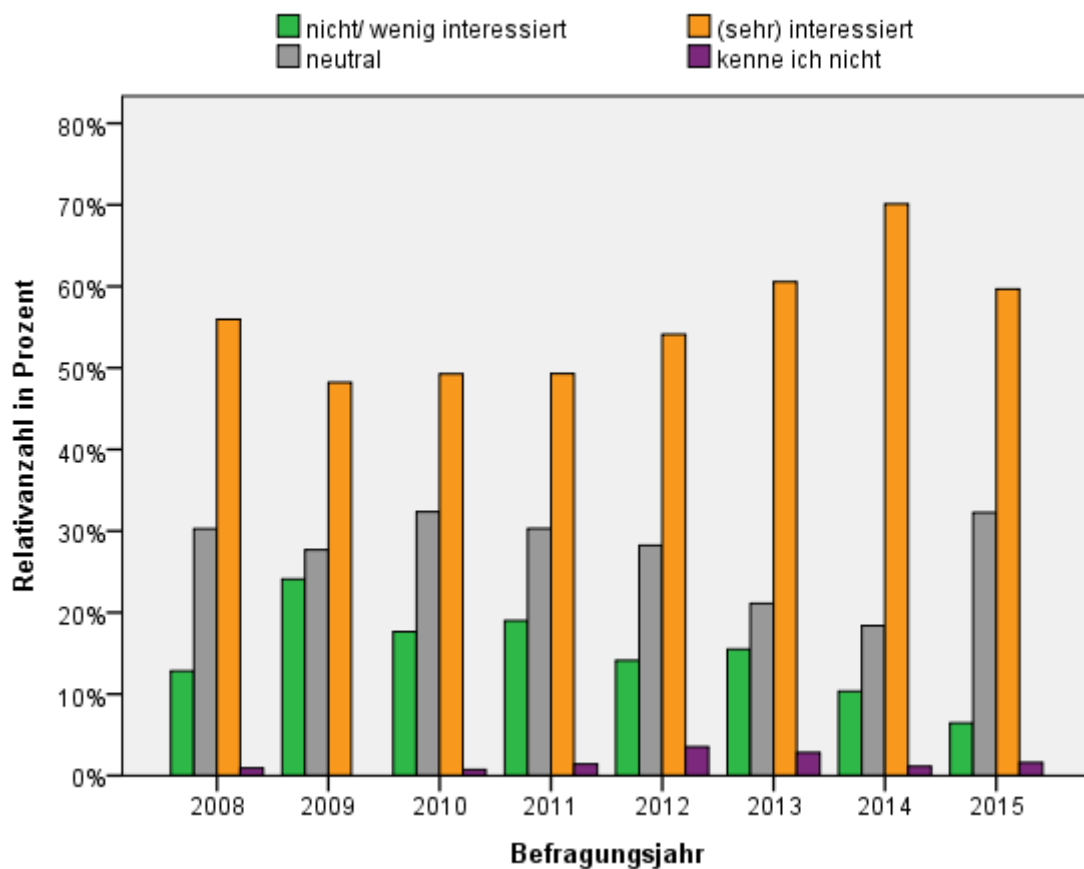


Abbildung 15: Interesse an Physikalischer Therapie in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=804$

3.3.2.7 Homöopathie

Die Frage nach dem Interesse an der Homöopathie beantworteten 805 Studierende. Fast allen (99,6%) war sie bekannt (Tabelle 15/ Anhang). Im Vergleich zu den bisher dargestellten Methoden waren die relativen Anteile der nicht/ wenig Interessierten wesentlich höher (Abbildung 16, Tabelle 22/ Anhang). Während in den Befragungsjahren von 2008 bis 2012 die wenig/ nicht Interessierten und (sehr) Interessierten etwa gleich häufig vertreten waren, dominierten 2013 und 2015 die nicht/ wenig Interessierten und 2014 die (sehr) Interessierten innerhalb der Befragung. Der Anteil der neutral Eingestellten war in allen Jahren, bis auf 2010 und 2015, durchweg groß. Die Unterschiede im Interesse in den einzelnen Befragungsjahren waren jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,473$).

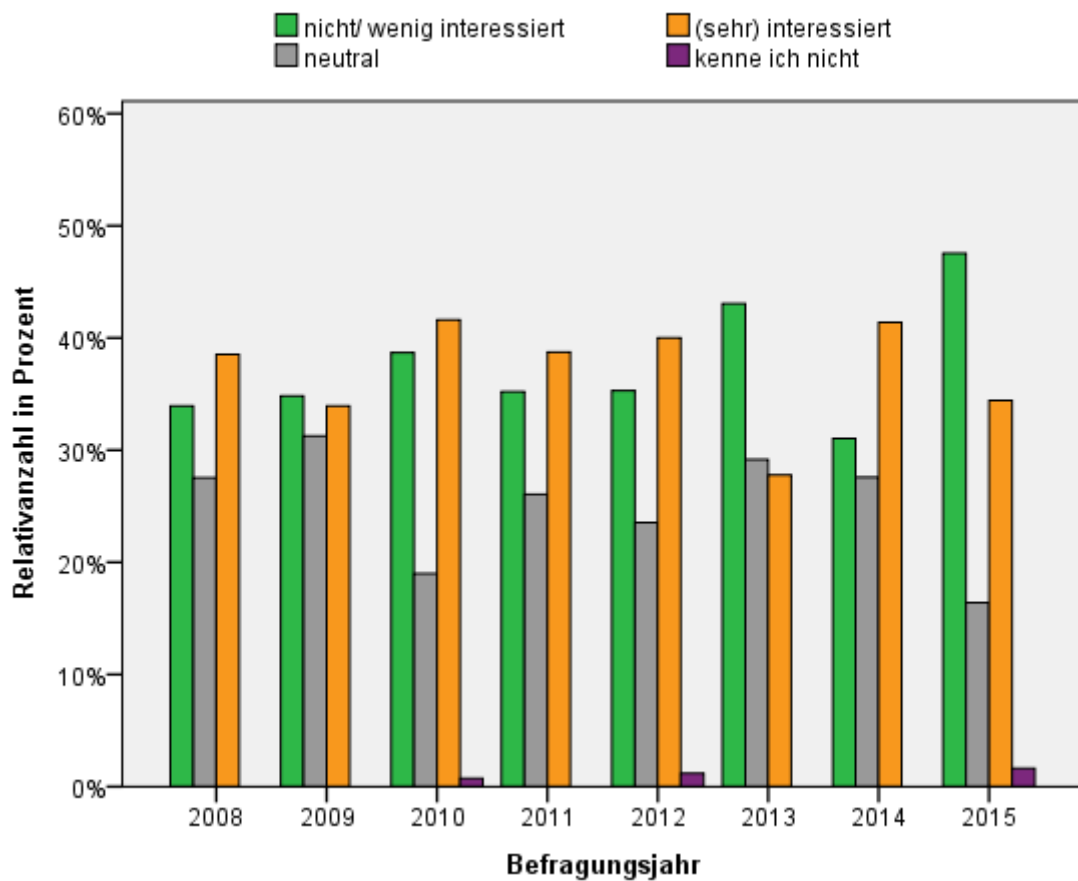


Abbildung 16: Interesse an Homöopathie in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=805$

3.3.2.8 Orthomolekulartherapie

Die Frage nach dem Interesse an der Orthomolekulartherapie beantworteten 805 Studierende. Im Mittel kannten 85,7% der Studierenden diese Methode (Tabelle 15/ Anhang). 2010 betrug der Anteil 25,4%, 2012 dagegen nur 5,9% und 2015 nur 6,5%. In den Jahren 2008, 2009 und 2015 überwog knapp die Gruppe der hinsichtlich ihrer Interessenlage neutral Eingestellten, in den Jahren 2010, 2011 und 2012 die Gruppe der nicht/ wenig Interessierten und in den Jahren 2013 und 2014 die Gruppe der (sehr) Interessierten (Abbildung 17, Tabelle 23/ Anhang). Die Unterschiede im Interesse in den einzelnen Befragungsjahren waren jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,054$).

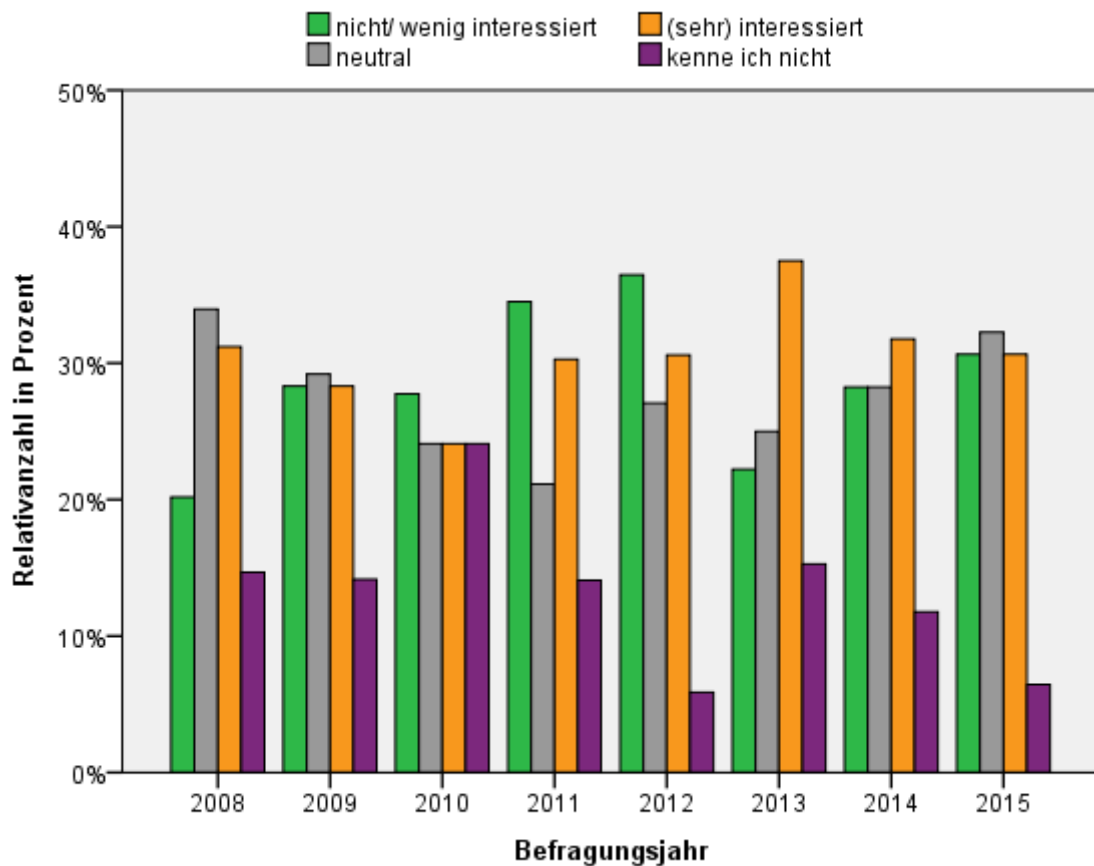


Abbildung 17: Interesse an Orthomolekulartherapie in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=805$

3.3.2.9 Ayurveda

Die Frage nach dem Interesse am Ayurveda beantworteten 805 Studierende. 83,1% der Befragten kannten die Methode (Tabelle 15/ Anhang). 2010 und 2013 war der Anteil etwas größer (23,0% bzw. 22,2%), 2014 etwas kleiner (10,5%). Das Interesse an Ayurveda war über den Befragungszeitraum nahezu gleichbleibend. Nur 2008 gab es einerseits mehr (sehr) Interessierte (2008: 36,4% vgl. restliche Jahre: 26,8%) und andererseits weniger nicht/wenig Interessierte als in den restlichen Jahren (2008: 20,0% vgl. restliche Jahre: 32,2%). Die Gruppe der neutral Eingestellten war durchweg häufig vertreten (Abbildung 17, Tabelle 24/ Anhang). Es bestand jedoch insgesamt kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: $p=0,498$).

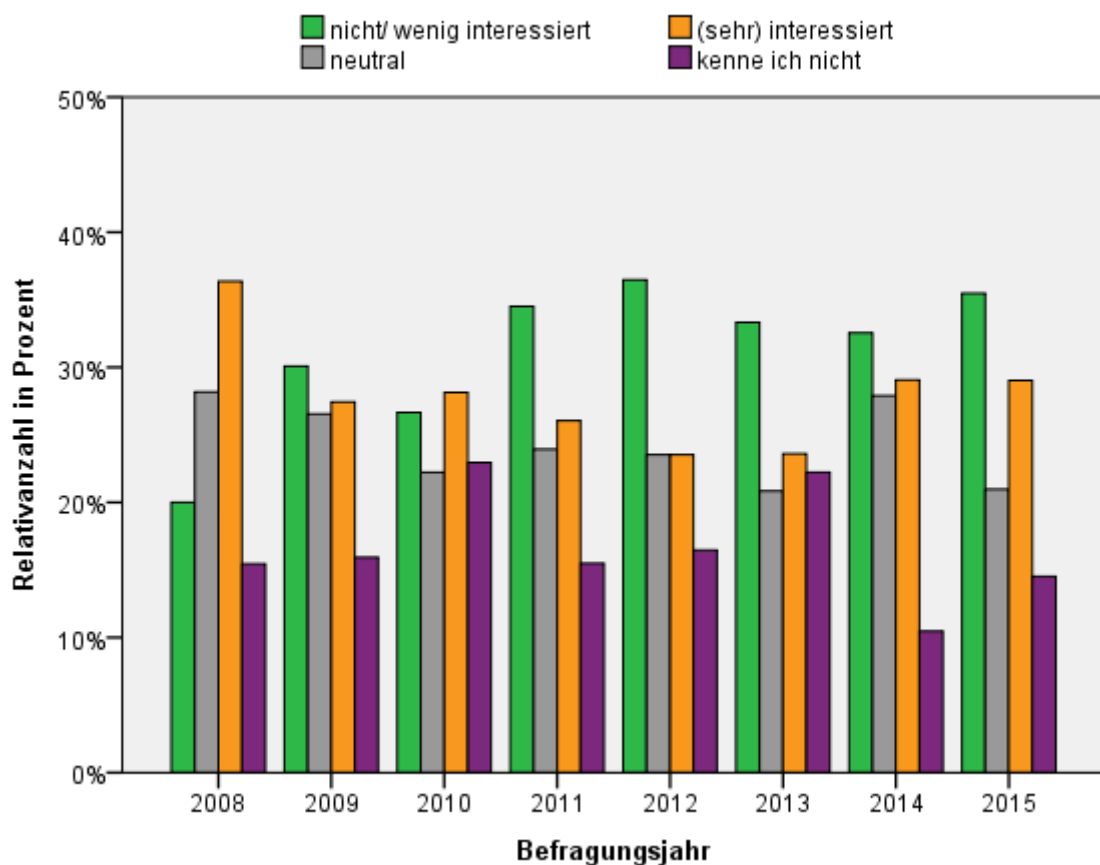


Abbildung 18: Interesse an Ayurveda in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=805$

3.3.2.10 Eigenbluttherapie

Die Frage nach dem Interesse an der Eigenbluttherapie beantworteten 805 Studierende. Von diesen kannten 88,2% diese Methode (Tabelle 15/ Anhang). Viele der Befragten waren nicht/ wenig interessiert an der Eigenbluttherapie oder gaben eine neutrale Interessenlage an (Abbildung 19, Tabelle 25/ Anhang). Der Anteil der (sehr) Interessierten war 2015 im Verhältnis zu den anderen Jahren besonders klein (2015: 16,7% vgl. restliche Jahre: 26,6%) bzw. der Anteil der nicht/ wenig Interessierten besonders groß (2015: 46,7% vgl. restliche Jahre: 37,4%). Der Zusammenhang war jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,213$).

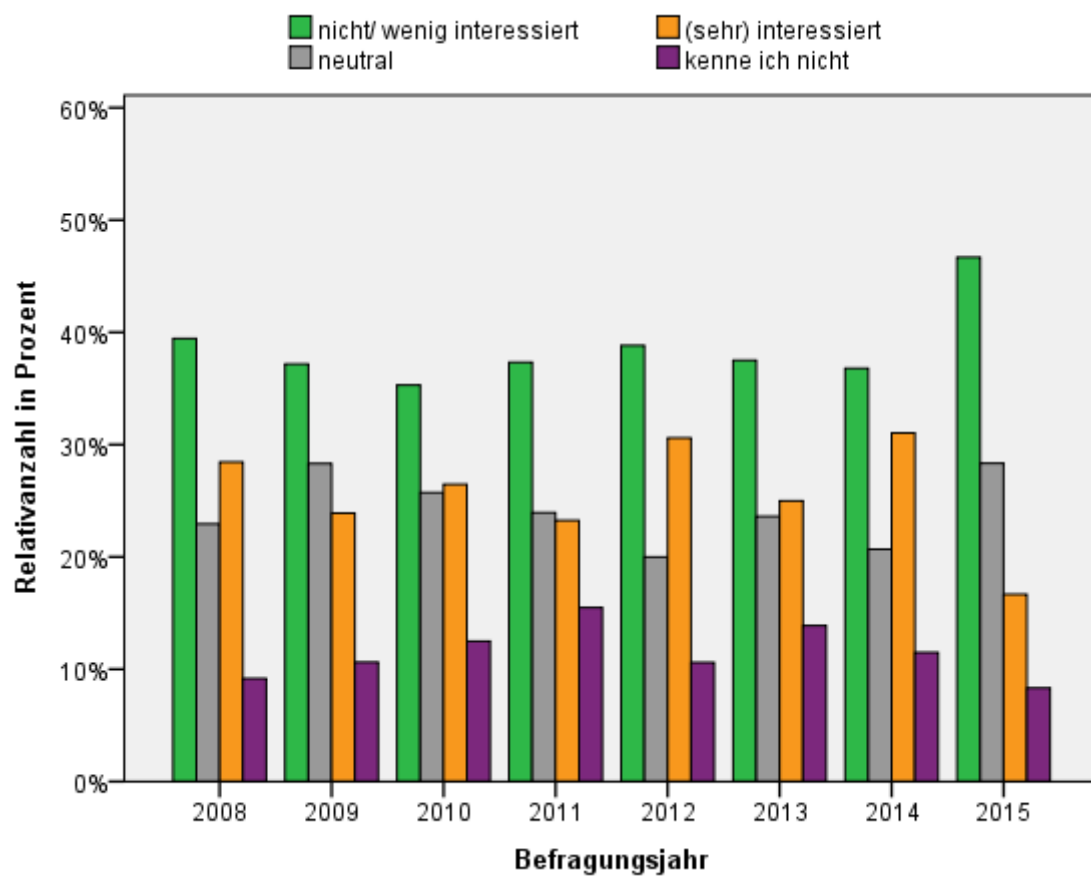


Abbildung 19: Interesse an Eigenbluttherapie in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=804$

3.3.2.11 Bioresonanztherapie

Die Frage nach dem Interesse an der Bioresonanztherapie beantworteten 804 Studierende. Nur 73,6% kannten die Methode (Tabelle 15/ Anhang). Sie war insgesamt unter den Befragten am wenigsten bekannt. Besonders groß war die Unkenntnis in den Jahren 2010 (36,8%) und 2013 (36,1%), deutlich kleiner in den Jahren 2011 (17,6%) und 2015 (16,1%). Das Interesse war über die Befragungsjahre uneinheitlich stark ausgeprägt (Abbildung 20, Tabelle 26/ Anhang). Der Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Bioresonanztherapie und den einzelnen Befragungsjahren war signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,007$).

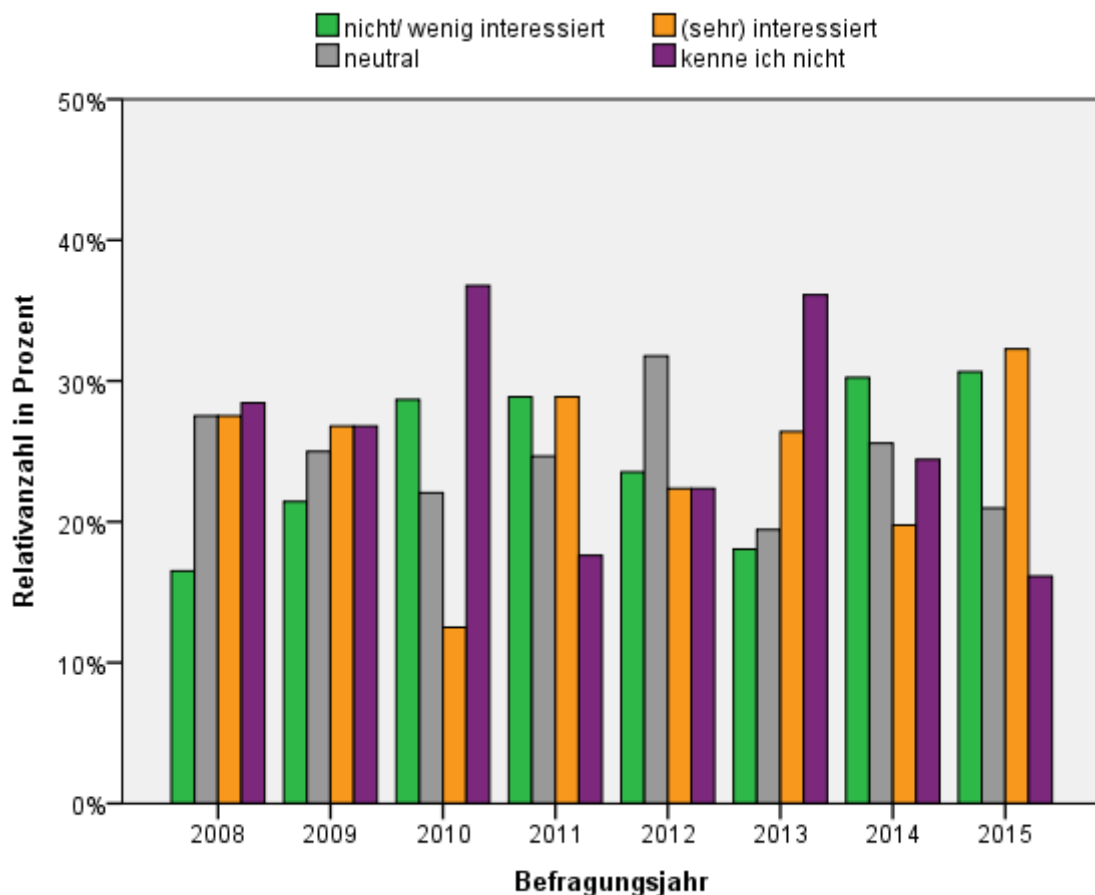


Abbildung 20: Interesse an Bioresonanztherapie in Prozent (%) pro Jahr, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=804$

3.3.3 Interesse ausgewählter Methoden nach Geschlecht

3.3.3.1 Akupunktur

Für die Auswertung standen die Angaben von 800 Studierenden zur Verfügung (581 Frauen, 219 Männer). Unabhängig vom Geschlecht war die Methode fast allen Befragten bekannt (99,8%). Beide Geschlechter waren am häufigsten interessiert und selten überhaupt nicht oder wenig interessiert an der Akupunktur (Abbildung 21). Der Anteil der sehr Interessierten war bei den Frauen (38,6%) größer als bei den Männern (30,1%). Die Männer hingegen waren in der Gruppe der neutral Eingestellten häufiger vertreten (m: 21,0% vgl. w: 13,4%). Der beschriebene Zusammenhang zwischen Interesse an Akupunktur und Geschlecht ist signifikant (exakter Test nach Fisher: $p=0,009$).

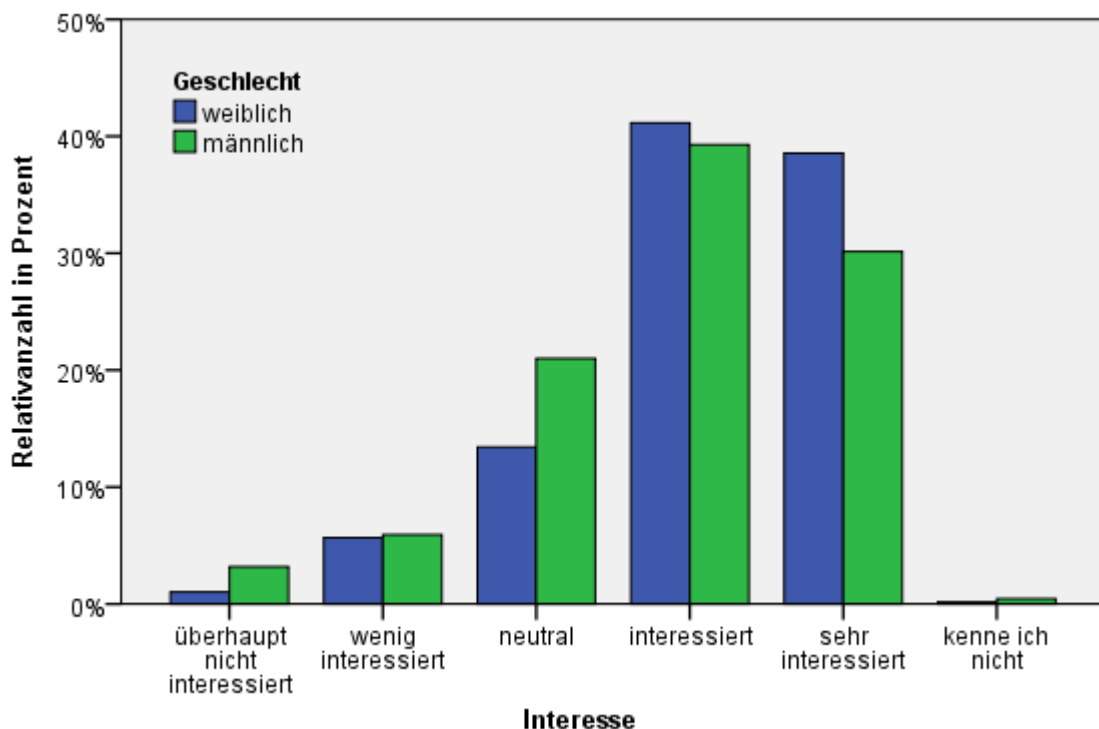


Abbildung 21: Interesse an Akupunktur in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=800$

3.3.3.2 Entspannungsverfahren

Für die Auswertung standen die Angaben von 798 Studierenden zur Verfügung (578 Frauen, 220 Männer). Unabhängig vom Geschlecht war die Methode beinahe allen Befragten (98,8%) bekannt (Abbildung 22). Die weiblichen Befragten waren häufiger (sehr) interessiert als die männlichen Befragten (w: 70,1% vgl. m: 51,4%). Die Männer waren dagegen stärker in den Gruppen der neutral Eingestellten (m: 25,9% vgl. w: 19,7%) und der nicht/ wenig Interessierten (m: 21,8% vgl. w: 8,8%) vertreten. Der beschriebene Zusammenhang zwischen Interesse an Entspannungsverfahren und Geschlecht ist signifikant (exakter Test nach Fisher: $p < 0,001$).

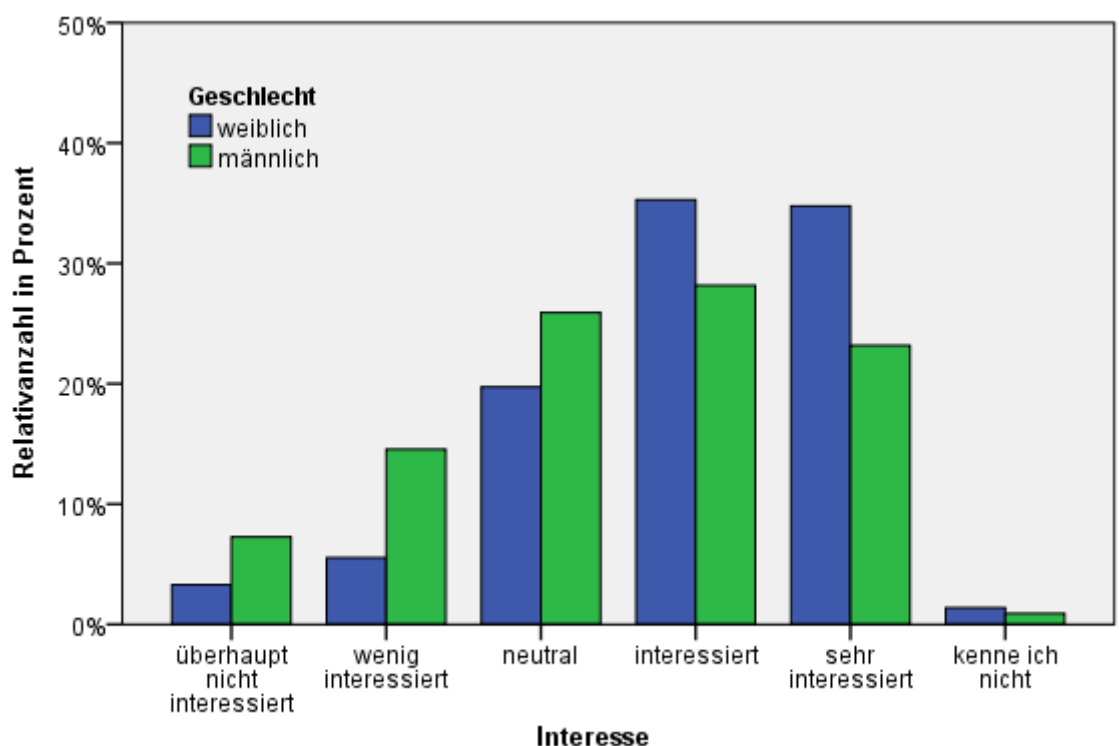


Abbildung 22: Interesse an Entspannungsverfahren in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.3.3 Pflanzenheilkunde

Für die Auswertung standen die Angaben von 800 Studierenden zur Verfügung (581 Frauen, 219 Männer). Unabhängig vom Geschlecht war die Methode beinahe allen Befragten (99,0%) bekannt (Abbildung 23). Die Frauen gaben häufiger an (sehr) interessiert zu sein als die Männer (w: 59,4% vgl. m: 48,9%). Die Männer waren hingegen häufiger in der Gruppe der neutral Eingestellten (m: 27,4% vgl. w: 24,1%) und der nicht/wenig Interessierten (m: 22,4% vgl. w: 15,6%) vertreten. Der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an Pflanzenheilkunde und dem Geschlecht ist signifikant (exakter Test nach Fisher: $p=0,025$).

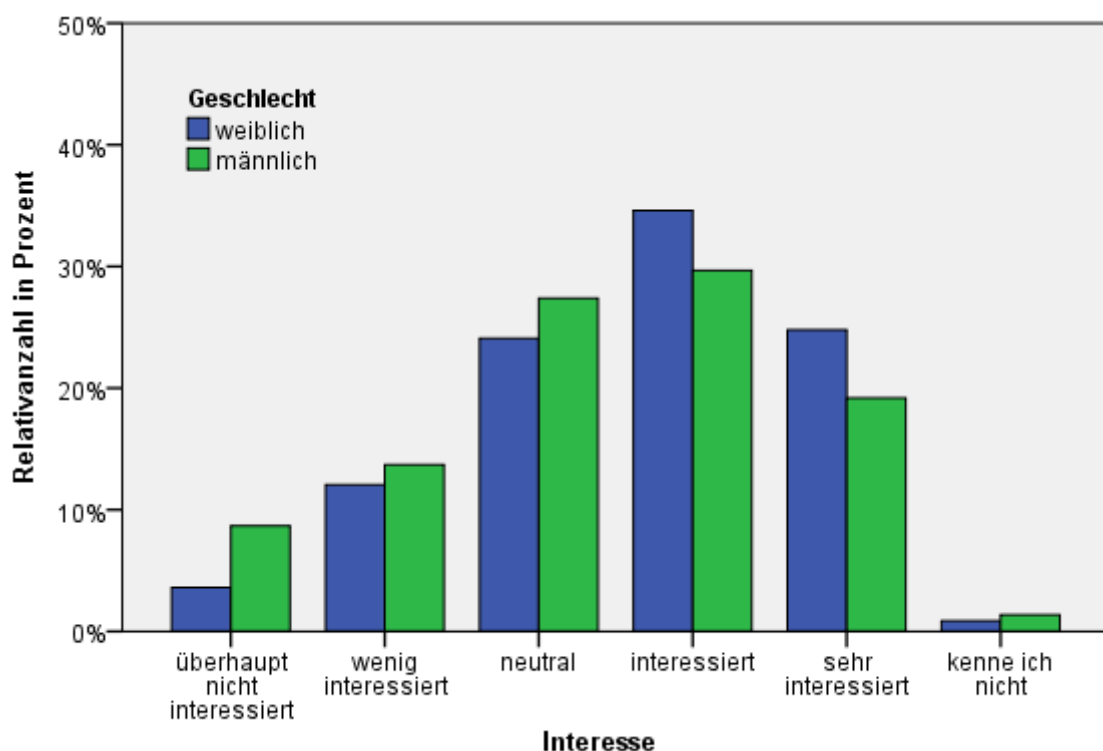


Abbildung 23: Interesse an Pflanzenheilkunde in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=800$

3.3.3.4 TCM (außer Akupunktur)

Für die Auswertung standen die Angaben von 800 Studierenden zur Verfügung (580 Frauen, 220 Männer). Die Methode war nahezu allen Befragten (97,5%) bekannt, wobei die männlichen Studierenden einen etwas höheren Kenntnisgrad aufwiesen (99,5%). Die Frauen waren häufiger vertreten in der Gruppe der (sehr) Interessierten (w: 58,8% vgl. m: 50,9%), die Männer hingegen in der Gruppe der neutral Eingestellten (m: 24,5% vgl. w: 21,9%) und der nicht/ wenig Interessierten (m: 24,1% vgl. w: 16,1%; Abbildung 24). Der Zusammenhang zwischen Interesse an TCM und Geschlecht ist signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,012$).

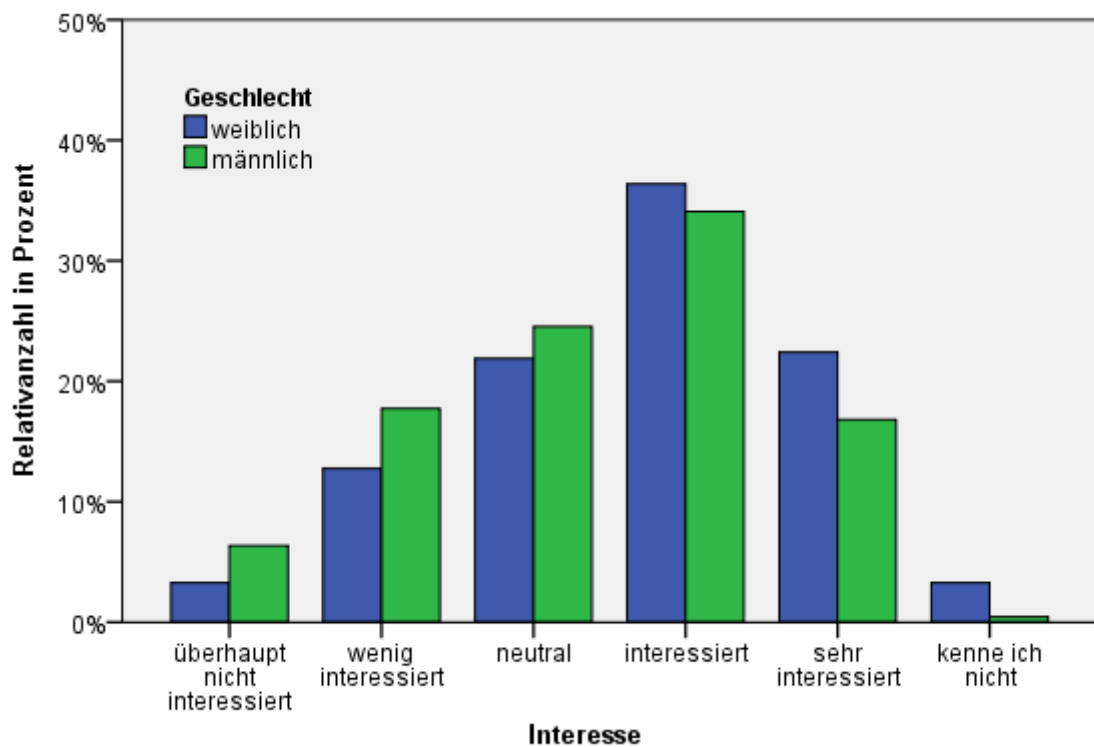


Abbildung 24: Interesse an TCM in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=800$

3.3.3.5 Neuraltherapie

Für die Auswertung standen die Angaben von 797 Studierenden zur Verfügung (580 Frauen, 217 Männer). Unabhängig vom Geschlecht war die Neuraltherapie etlichen Teilnehmern unbekannt (9,6%). Der Anteil beider Geschlechter an überhaupt nicht Interessierten, neutral Eingestellten und sehr Interessierten war annähernd gleich groß (Abbildung 25). In der Gruppe der Interessierten befanden sich erheblich mehr Frauen (w: 31,4% vgl. m: 22,1%), dagegen in der Gruppe der wenig Interessierten deutlich mehr Männer (m: 20,7% vgl. w: 10,3). Der Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Neuraltherapie und dem Geschlecht ist signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,002$).

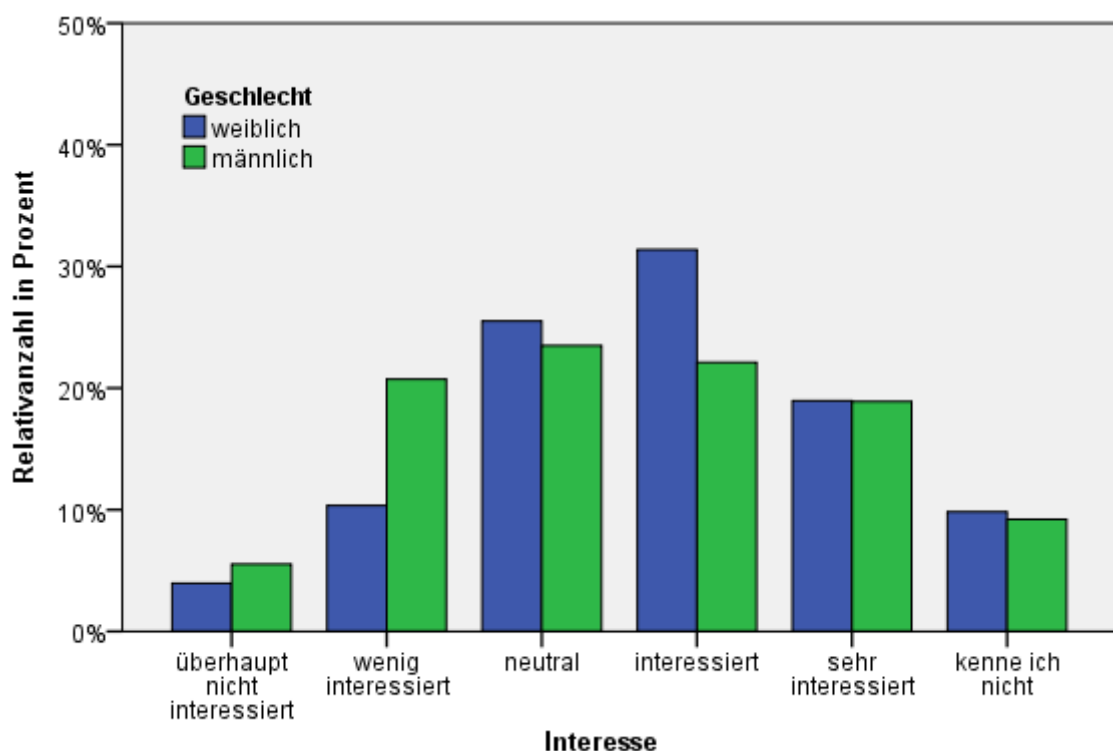


Abbildung 25: Interesse an Neuraltherapie in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=797$

3.3.3.6 Physikalische Therapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 797 Studierenden (578 Frauen, 219 Männer). Fast alle Befragten kannten, unabhängig vom Geschlecht, die Physikalische Therapie (98,6%). Der Anteil beider Geschlechter an überhaupt nicht Interessierten, neutral Eingestellten und sehr Interessierten war annähernd gleich groß (Abbildung 26). Die Frauen waren in der Gruppe der Interessierten deutlich häufiger vertreten (w: 40,3% vgl. m: 26,5%), die Männer stattdessen in der Gruppe der wenig Interessierten (m: 20,1 vgl. w: 11,2%). Der Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Physikalischer Therapie und dem Geschlecht ist signifikant (exakter Test nach Fisher: $p < 0,001$).

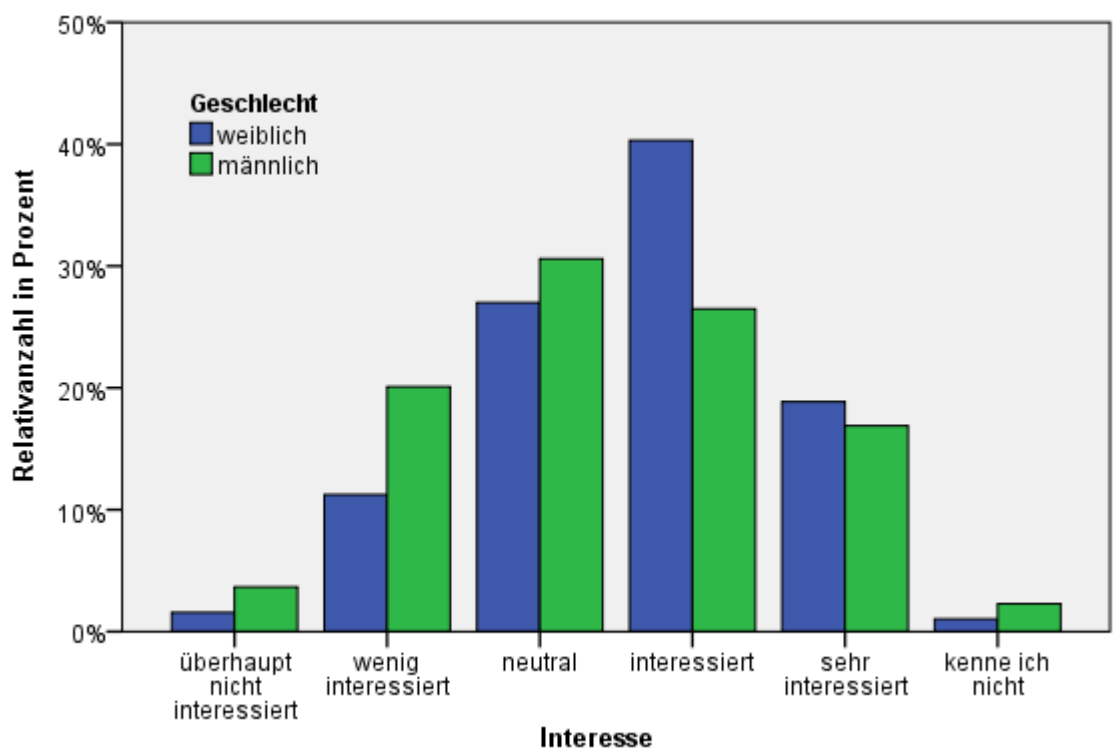


Abbildung 26: Interesse an Physikalischer Therapie in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=797$

3.3.3.7 Homöopathie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 798 Studierenden (580 Frauen, 219 Männer). Fast allen Studierenden war unabhängig vom Geschlecht die Homöopathie bekannt (99,6%). Es zeigten sich sehr große Unterschiede im Interesse zwischen beiden Geschlechtern (Abbildung 27). Die Männer waren am häufigsten vertreten in der Gruppe der überhaupt nicht Interessierten (31,7%), gefolgt von den wenig Interessierten (24,8%), kontinuierlich abnehmend im relativen Anteil bis zur Gruppe der sehr Interessierten (7,3%). Bei den Frauen gab es hingegen einen hohen prozentualen Anteil an Interessierten (27,9%), aber auch neutral Eingestellten (27,2%). Der beschriebene Zusammenhang zwischen Interesse an Homöopathie und Geschlecht ist signifikant (exakter Test nach Fisher: $p < 0,001$).

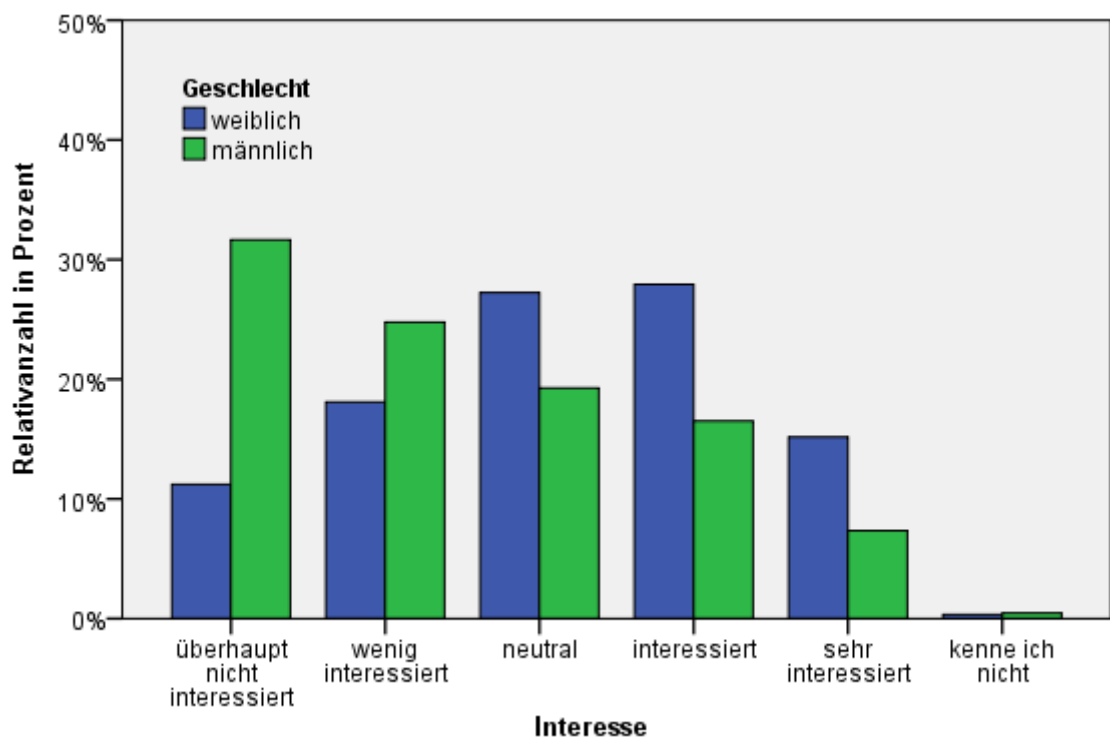


Abbildung 27: Interesse an Homöopathie in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.3.8 Orthomolekulartherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 798 Studierenden (578 Frauen, 220 Männer). 12,3% der Frauen und 18,2% der Männer kannten die Orthomolekulartherapie nicht (Abbildung 28). Die Frauen waren häufiger (sehr) interessiert als die Männer (w: 31,5% vgl. m: 25,9%) und am stärksten in der Gruppe der neutral Eingestellten vertreten (29,6%). Die männlichen Befragten hingegen waren häufiger bei den nicht/ wenig Interessierten (m: 34,6% vgl. w: 26,6%) vertreten. Der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Orthomolekulartherapie und dem Geschlecht ist signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,004$).

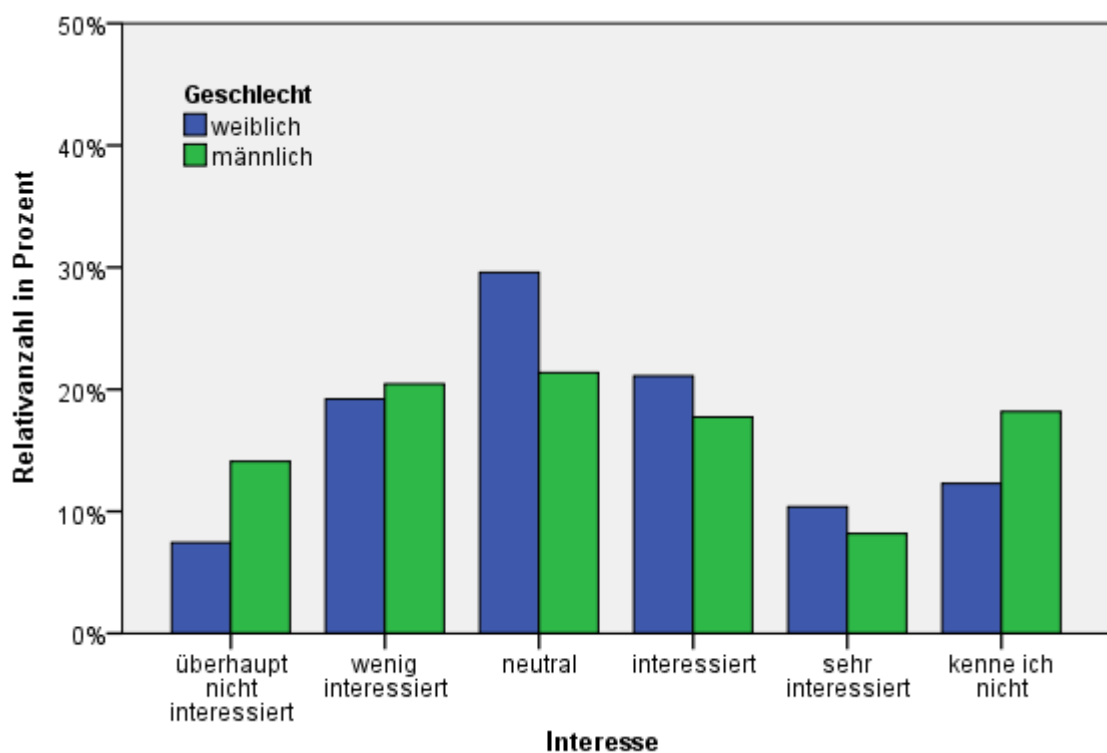


Abbildung 28: Interesse an Orthomolekulartherapie in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.3.9 Ayurveda

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 798 Studierenden (578 Frauen, 220 Männer). 14,5% der Frauen und 23,2% der Männer kannten den Ayurveda nicht. Das Interesse nach Geschlechtern war sehr unterschiedlich verteilt (Abbildung 29). Während die Frauen häufiger neutral eingestellt (w: 26,3% vgl. m: 20,0%) oder (sehr) interessiert (w: 33,6% vgl. m: 14,1%) waren, zeigten sich die Männer in größerem Anteil nicht/ wenig interessiert (m: 42,7% vgl. w: 25,6%). Der Zusammenhang zwischen dem Interesse an Ayurveda und dem Geschlecht war signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p < 0,001$).

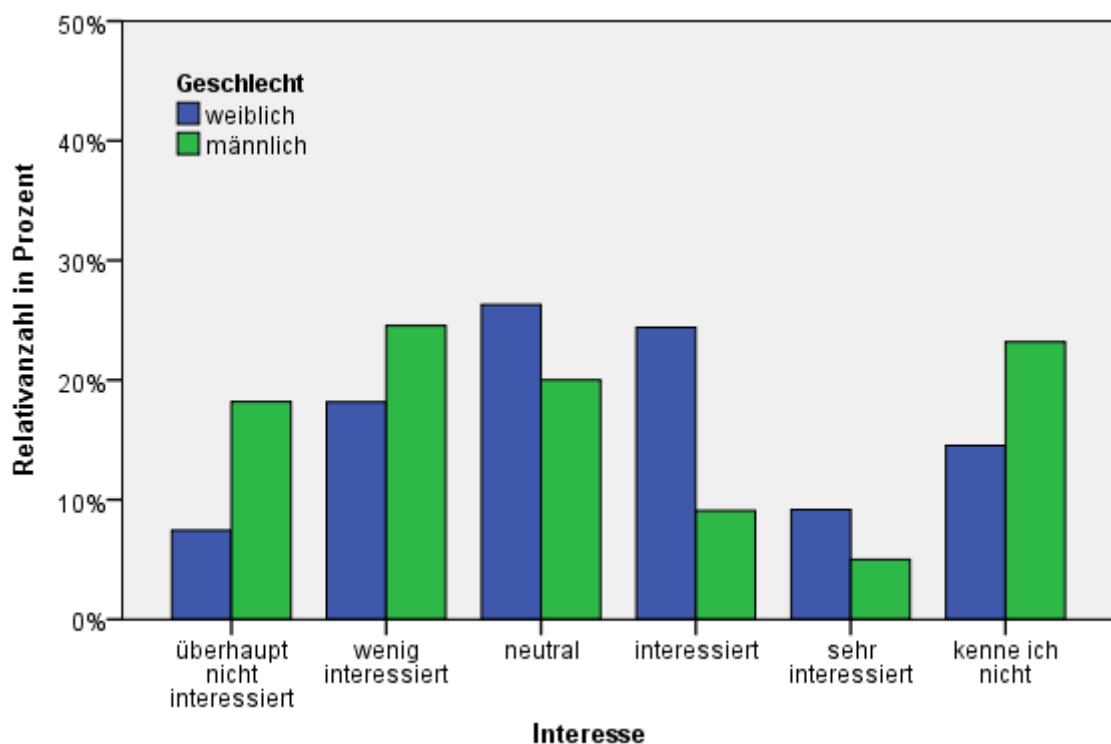


Abbildung 29: Interesse an Ayurveda in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.3.10 Eigenbluttherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 797 Studierenden (580 Frauen, 217 Männer). 10,9% der Frauen und 14,3% der Männer kannten die Eigenbluttherapie nicht. Die Frauen waren häufiger in der Gruppe der (sehr) Interessierten (w: 27,6% vgl. m: 21,7%), der neutral Eingestellten (w: 25,9% vgl. m: 20,7%) und der wenig Interessierten (w: 24,1% vgl. m: 21,7%) vertreten. Der Anteil der männlichen Befragten an überhaupt nicht Interessierten war dafür deutlich größer (m: 21,7% vgl. w: 11,6%; Abbildung 30). Der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an Eigenbluttherapie und Geschlecht war signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,002$).

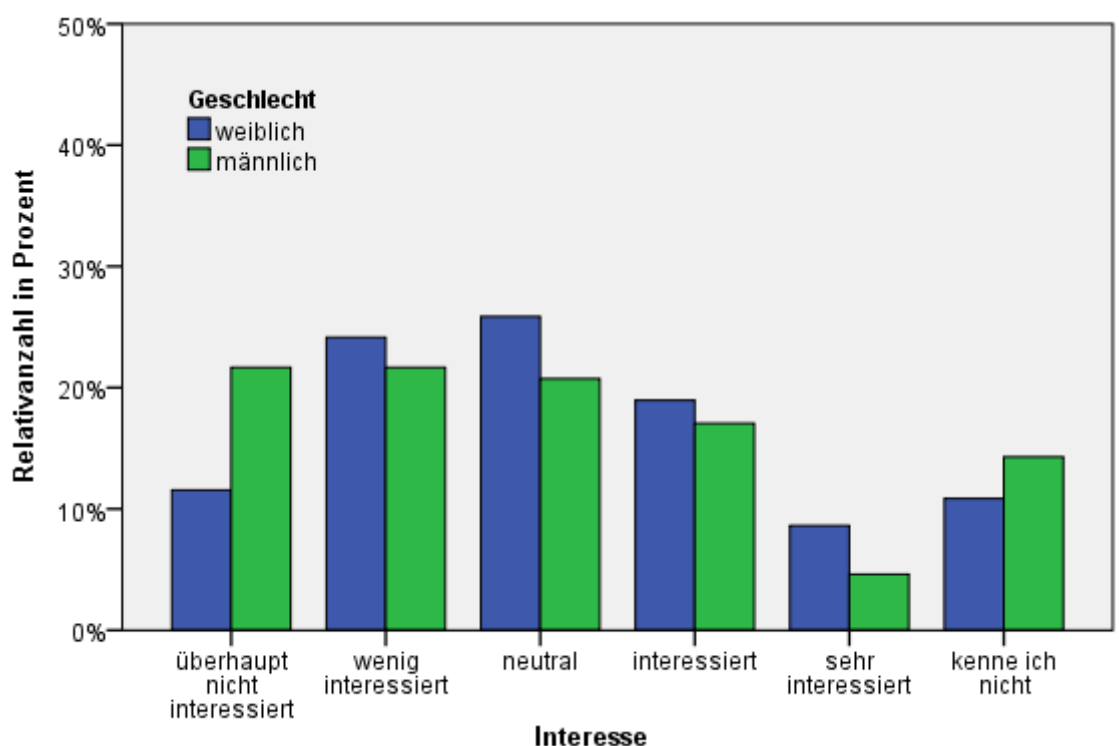


Abbildung 30: Interesse an Eigenbluttherapie in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, n=797

3.3.3.11 Bioresonanztherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 797 Studierenden (577 Frauen, 220 Männer). Den Frauen war die Methode unbekannter (27,9%) als den Männern (21,4%). Der Anteil der männlichen Befragten an nicht/ wenig Interessierten war größer (m: 33,6% vgl. w: 21,5%), hingegen an (sehr) Interessierten kleiner (m: 20,5% vgl. w: 25,7%) als bei den weiblichen Befragten. Neutral Eingestellte waren unter beiden Geschlechtern etwa gleich häufig vertreten (Abbildung 31). Der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Bioresonanztherapie und dem Geschlecht ist signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p < 0,001$).

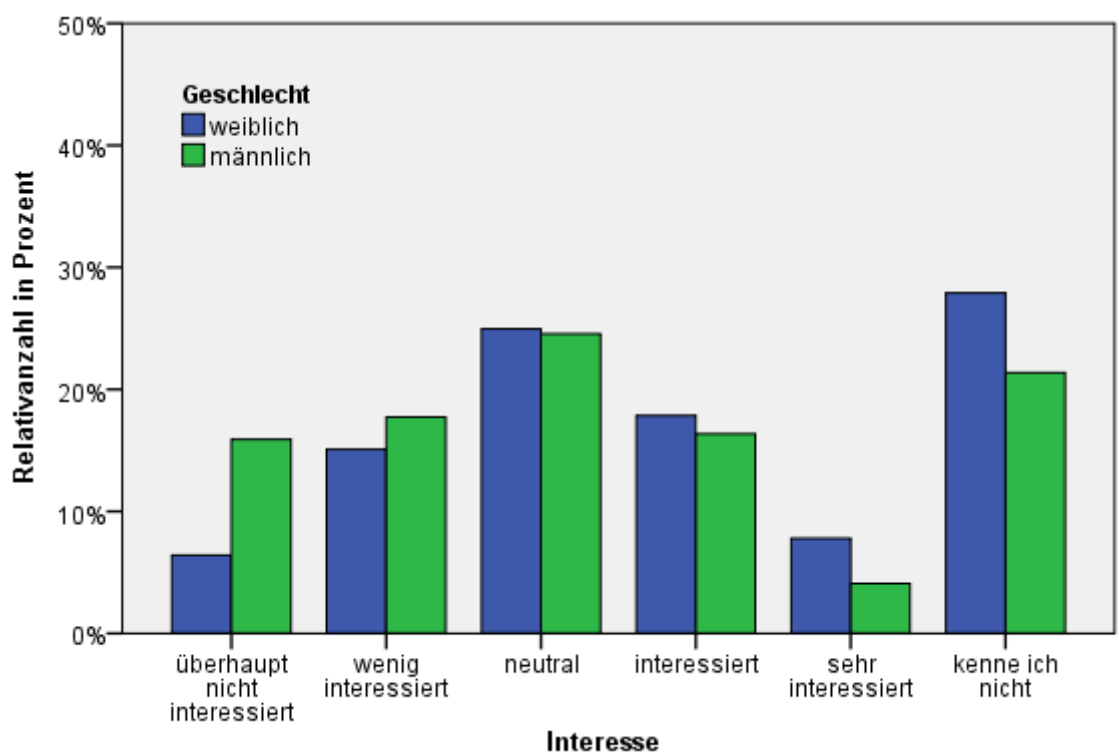


Abbildung 31: Interesse an Bioresonanztherapie in Prozent (%) nach Geschlecht, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=797$

3.3.4 Interesse ausgewählter Methoden nach Altersklassen

3.3.4.1 Akupunktur

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 798 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 371 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 306 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 121. Fast allen Befragten, unabhängig vom Alter, war die Methode bekannt (99,8%). Der Anteil der (sehr) Interessierten war unter den 22-24-Jährigen am größten (79,8%), unter den 25-27-Jährigen am zweitgrößten (75,8%) und unter den 28-40-Jährigen am kleinsten (67,8%). Neutral eingestellt waren am häufigsten die 28-40-Jährigen (20,7%). Wenig interessiert waren in allen Altersklassen nur wenige. überhaupt nicht Interessierte gab es unter den jüngeren Altersklassen fast gar keine (22-24 Jahre: 0,8%, 25-27 Jahre: 1,0%) und unter den 28-40-Jährigen nur sehr wenige (5,0%, Abbildung 32). Der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an Akupunktur und den Altersklassen war signifikant (exakter Test nach Fisher: $p=0,018$).

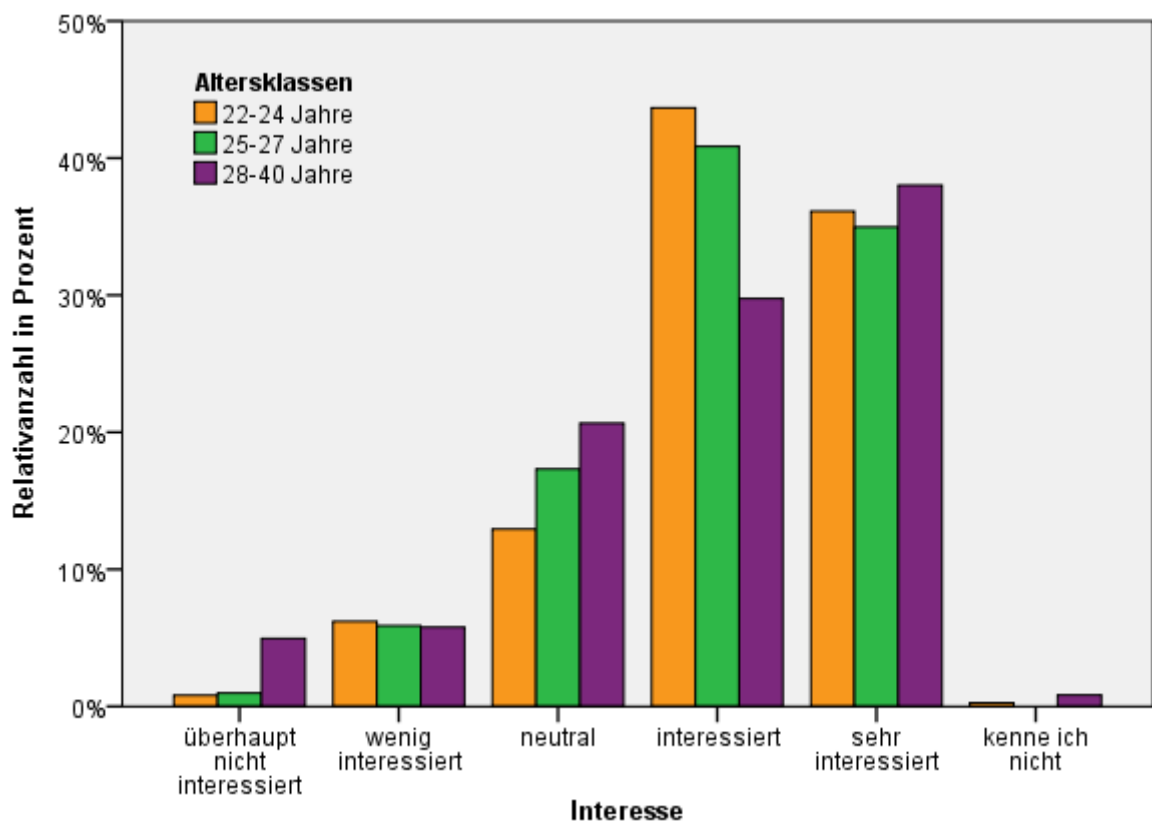


Abbildung 32: Interesse an Akupunktur in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.4.2 Entspannungsverfahren

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 796 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 371 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 304 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 121. Fast allen Befragten, unabhängig vom Alter, war die Methode bekannt (98,8%). Am interessiertesten waren die 22-24-Jährigen mit dem größten Anteil an (sehr) Interessierten (72%) und dem geringsten Anteil an nicht/ wenig Interessierten (8,4%). Die 25-27-Jährigen waren am zweithäufigsten (sehr) interessiert (59,6%) und die 28-40-Jährigen am wenigsten (55,4%). Die höheren Altersklassen waren annähernd gleich stark innerhalb der neutral Eingestellten und wenig Interessierten vertreten (Abbildung 33). Bei den ältesten Studierenden war der Anteil der überhaupt nicht Interessierten am größten (7,4%). Der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an Entspannungsverfahren und den Altersklassen war signifikant (exakter Test nach Fisher: $p=0,002$).

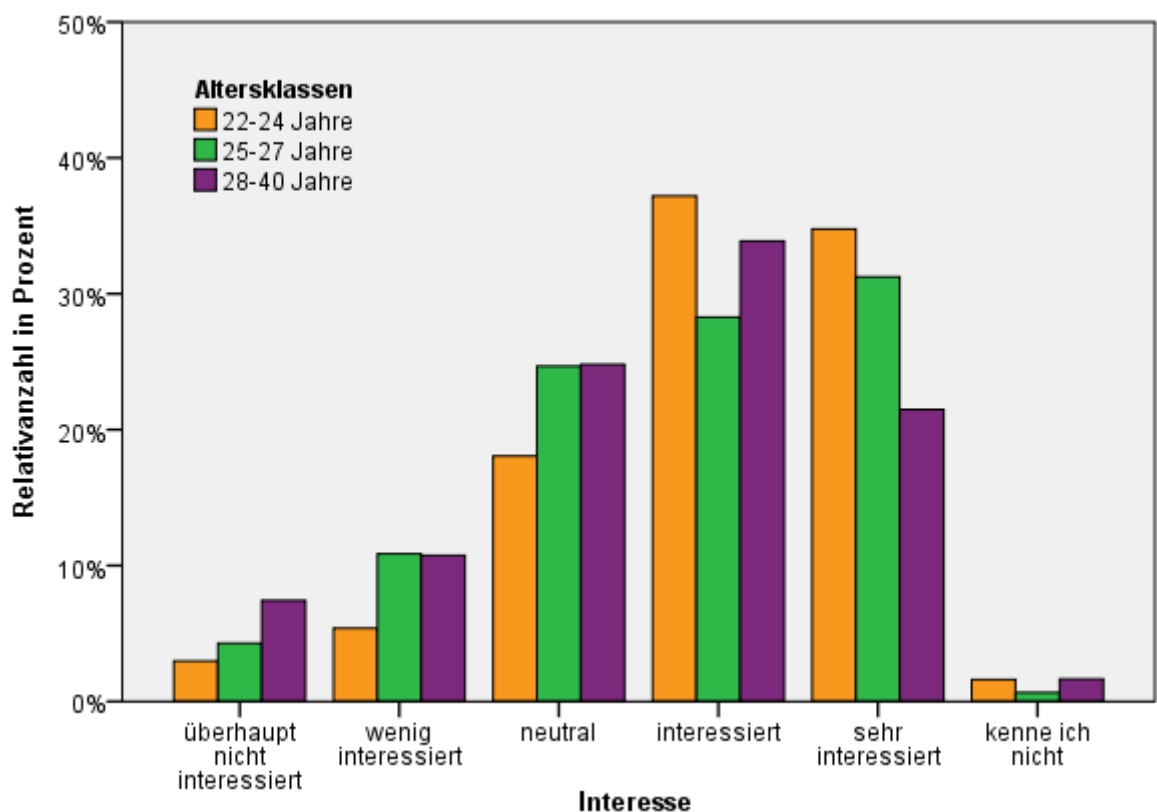


Abbildung 33: Interesse an Entspannungsverfahren in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=796$

3.3.4.3 Pflanzenheilkunde

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 798 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 372 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 306 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 120 Studierende. Fast allen Befragten, unabhängig vom Alter, war die Methode bekannt (99,0%). Das Interesse an der Pflanzenheilkunde war bei der ältesten Klasse am größten (60,0% (sehr) Interessierte). Annähernd ähnliches Interesse zeigten die beiden jüngeren Klassen (22-24 Jahre: 56,4%, 25-27 Jahre: 54,8%). Bis auf die Gruppe der sehr Interessierten, in der deutlich die 28-40-Jährigen dominierten, gab es im Interesse an Pflanzenheilkunde nur leichte Differenzen zwischen den einzelnen Altersklassen (Abbildung 34). Ein signifikanter Zusammenhang konnte nicht nachgewiesen werden (exakter Test nach Fisher: $p=0,515$).

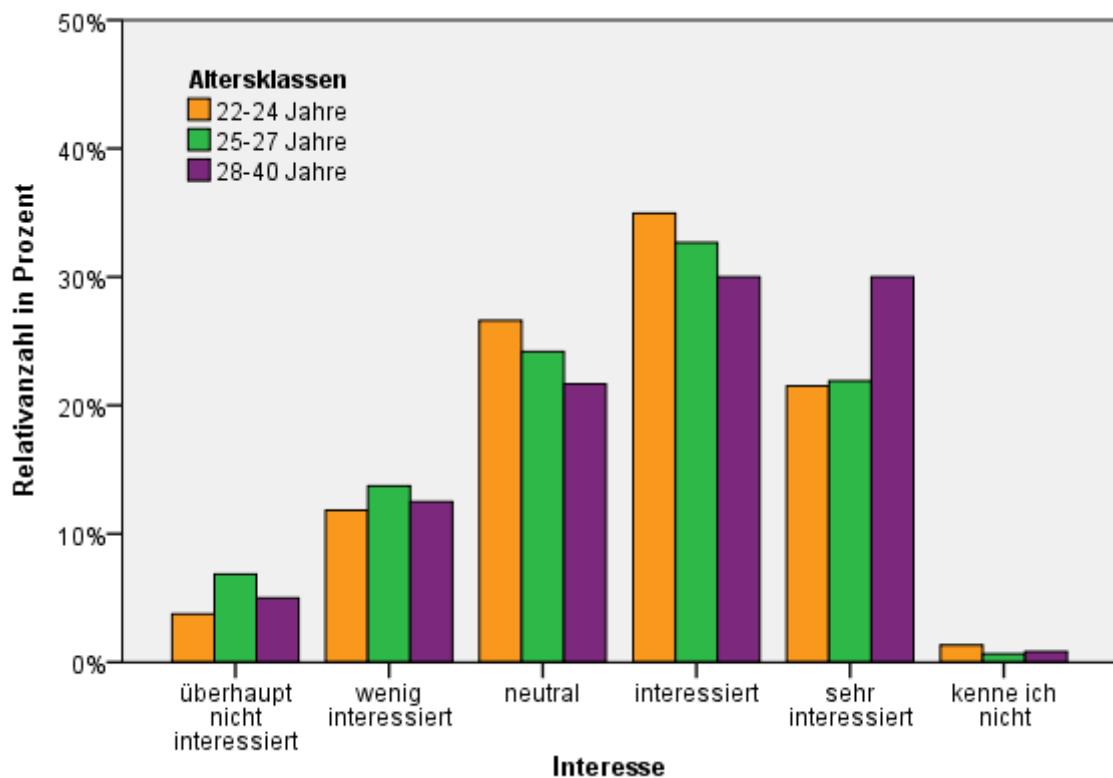


Abbildung 34: Interesse an Pflanzenheilkunde in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.4.4 TCM (außer Akupunktur)

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 798 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 372 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 305 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 121 Studierende. Fast allen Befragten, unabhängig vom Alter, war die Methode bekannt (97,5%). Die 28-40-Jährigen waren deutlich häufiger (31,4%) sehr interessiert als die jüngeren Studierenden (22-24 Jahre: 19,6%, 25-27 Jahre: 17,4%; Abbildung 35). Die jüngeren Klassen waren hingegen stärker in der Gruppe der Interessierten vertreten, wobei die 22-24-Jährigen am häufigsten „interessiert“ angekreuzt hatten (39,5%). Bei den weiteren Ausprägungen des Interesses gab es nur leichte Unterschiede zwischen den Altersklassen. Trotzdem war der beschriebene Zusammenhang zwischen dem Interesse an TCM und den drei Altersklassen signifikant (exakter Test nach Fisher: $p=0,018$).

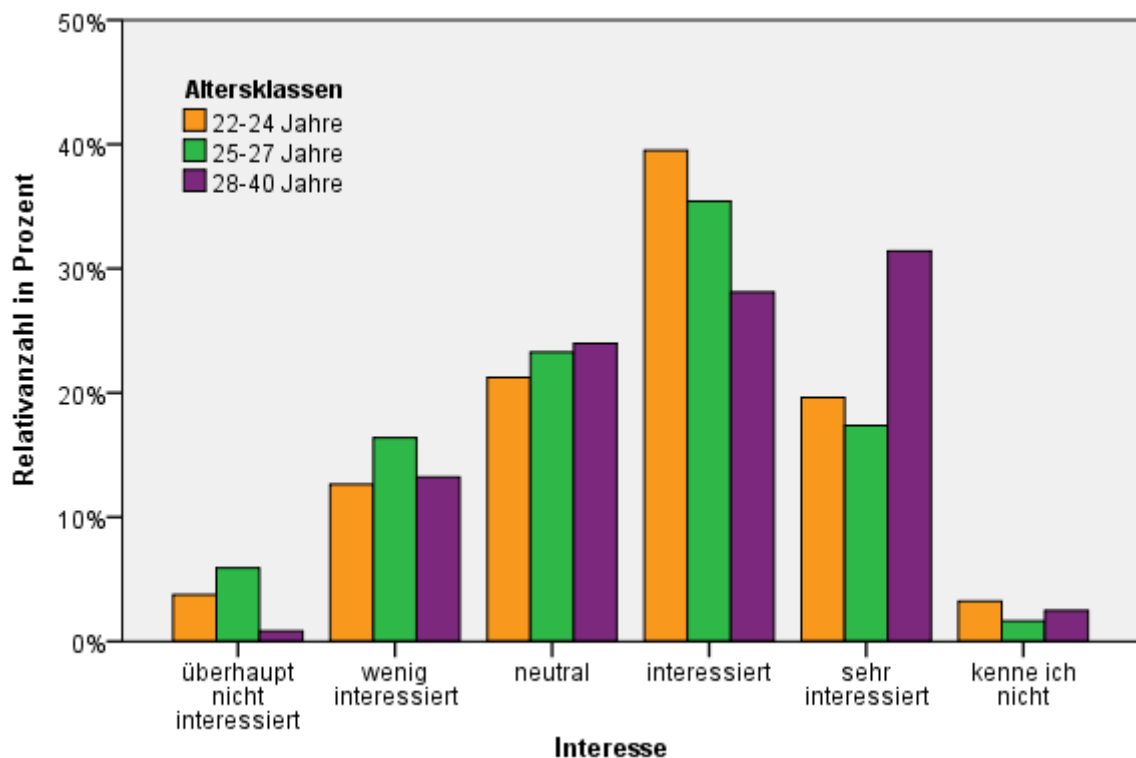


Abbildung 35: Interesse an TCM in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=798$

3.3.4.5 Neuraltherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 795 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 371 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 303 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 121 Studierende. Die Neuraltherapie war etlichen Befragten nicht bekannt (9,6%). Am höchsten war der Anteil bei den ältesten Studierenden (14,9%). Die 25-27-Jährigen waren in den Gruppen der wenig Interessierten deutlich häufiger (17,5%) vertreten als die anderen Altersklassen (28-40 Jahre: 10,7%, 22-24 Jahre: 10,2%). Die weitere Einstellung zum Interesse gegenüber der Neuraltherapie fiel unter den Klassen sehr ähnlich aus. Überhaupt nicht interessiert waren insgesamt nur geringe Anteile der Befragten (Abbildung 36). Zwischen den drei Altersklassen und dem Interesse an der Neuraltherapie bestand kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: $p=0,082$).

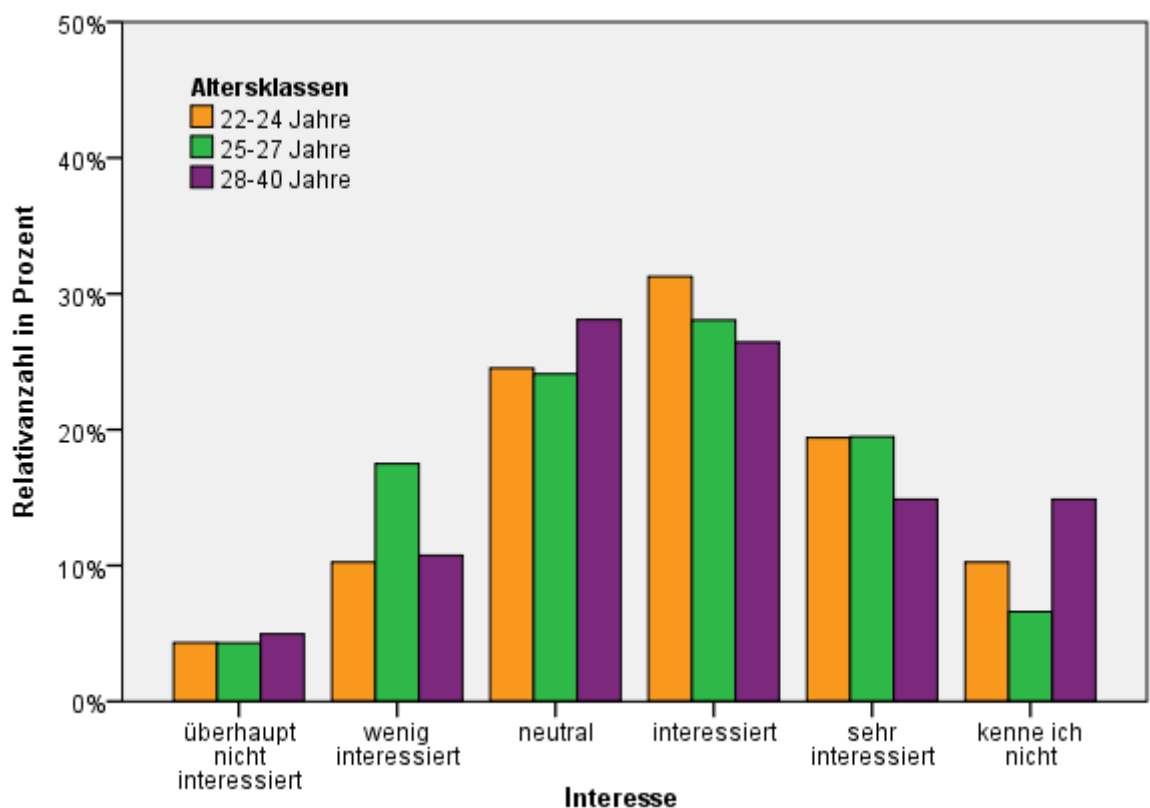


Abbildung 36: Interesse an Neuraltherapie in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=795$

3.3.4.6 Physikalische Therapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 795 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 371 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 303 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 121 Studierende. Fast allen Befragten, unabhängig vom Alter, war die Methode bekannt (98,6%). Die 22-24-Jährigen waren am häufigsten (sehr) interessiert (59,3%), die 25-27-Jährigen am zweithäufigsten (50,5%) und die 28-40-Jährigen nur geringfügig weniger häufig (49,6%). Die weitere Einstellung zum Interesse gegenüber der Neuraltherapie fiel unter den Klassen ähnlich aus (Abbildung 37). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Interesse an Physikalischer Therapie und den Altersklassen bestand nicht (exakter Test nach Fisher: $p=0,130$).

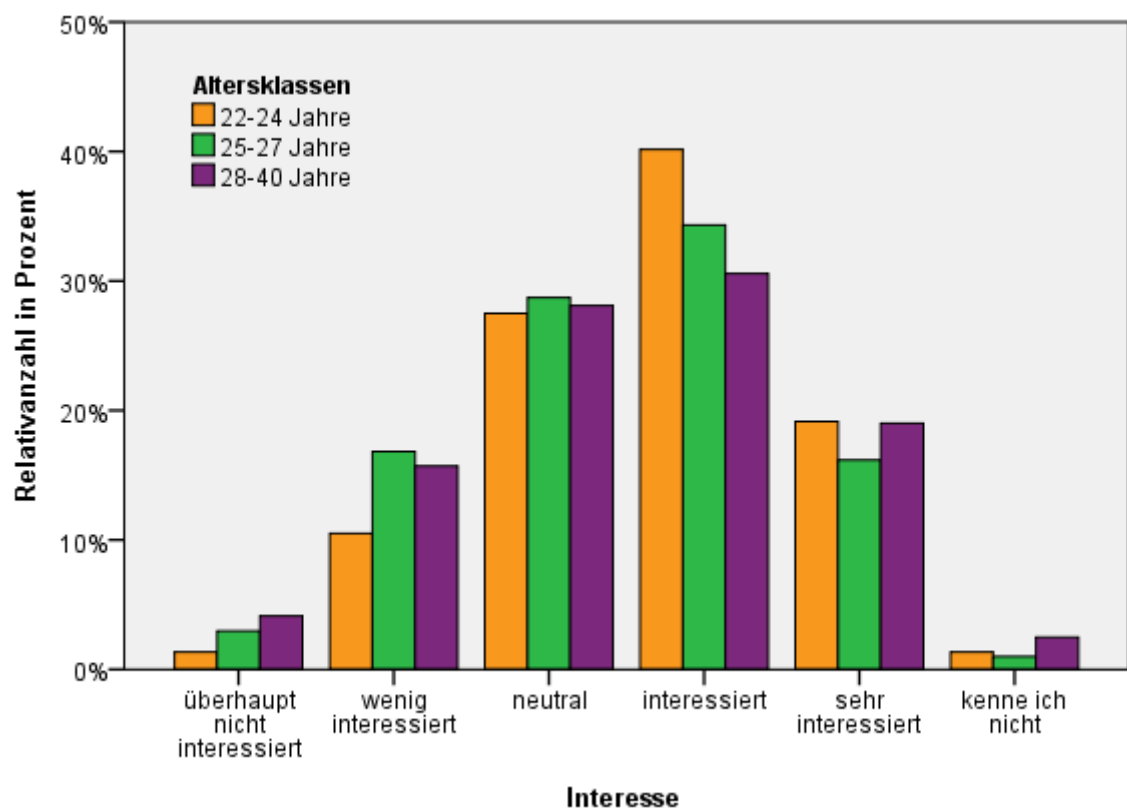


Abbildung 37: Interesse an Physikalischer Therapie in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=795$

3.3.4.7 Homöopathie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 796 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 372 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 303 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 121 Studierende. Fast allen Befragten war die Methode bekannt (99,6%). Die jüngste und die älteste Klasse zeigten sich annähernd gleich stark interessiert, während die mittlere Klasse sich in allen Ausprägungen des Interesses von den anderen beiden Klassen unterschied (Abbildung 38). Insgesamt waren die 22-24-Jährigen (39,6% (sehr) interessiert) und die 28-40-Jährigen (41,3%) interessierter an der Homöopathie als die 25-27-Jährigen (34,7%). Die mittlere Klasse war hingegen häufiger nicht/ wenig interessiert (42,9%) als die jüngste (33,3%) und die älteste Klasse (33,0%). Der Zusammenhang zwischen den drei Altersklassen und dem Interesse an der Homöopathie war jedoch nicht signifikant (exakter Test nach Fisher: $p=0,067$).

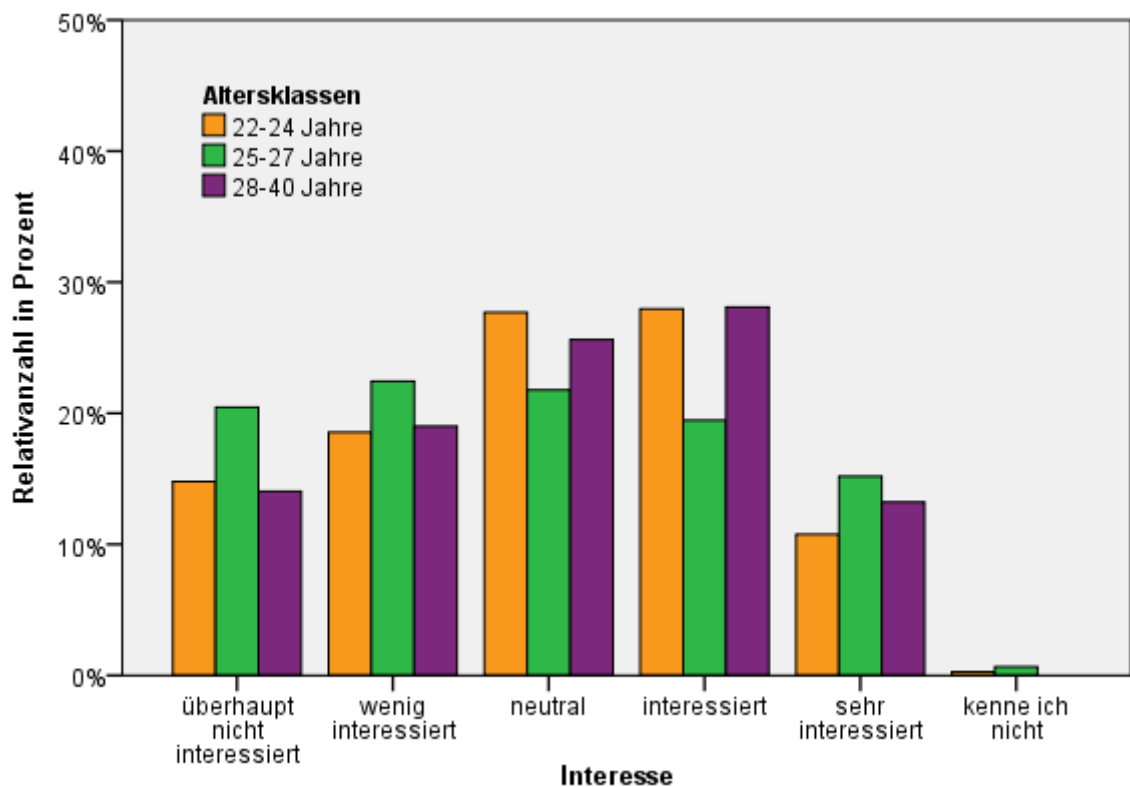


Abbildung 38: Interesse an Homöopathie in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=796$

3.3.4.8 Orthomolekulartherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 796 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 371 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 305 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 120 Studierende. Einer größeren Anzahl an Befragten war die Methode unbekannt (14,3%), insbesondere der ältesten Gruppe (19,2%). Im Interesse an der Orthomolekulartherapie unterschieden sich die drei Altersklassen nur geringfügig (Abbildung 39). Einzig in der Gruppe neutral Eingestellten waren die 28-40-Jährigen (20,0%) seltener vertreten als die 25-27-Jährigen (27,5%) und die 22-24-Jährigen (28,3%). Dementsprechend konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Orthomolekulartherapie und den Altersklassen nachgewiesen werden (Chi-Quadrat-Test: $p=0,812$).

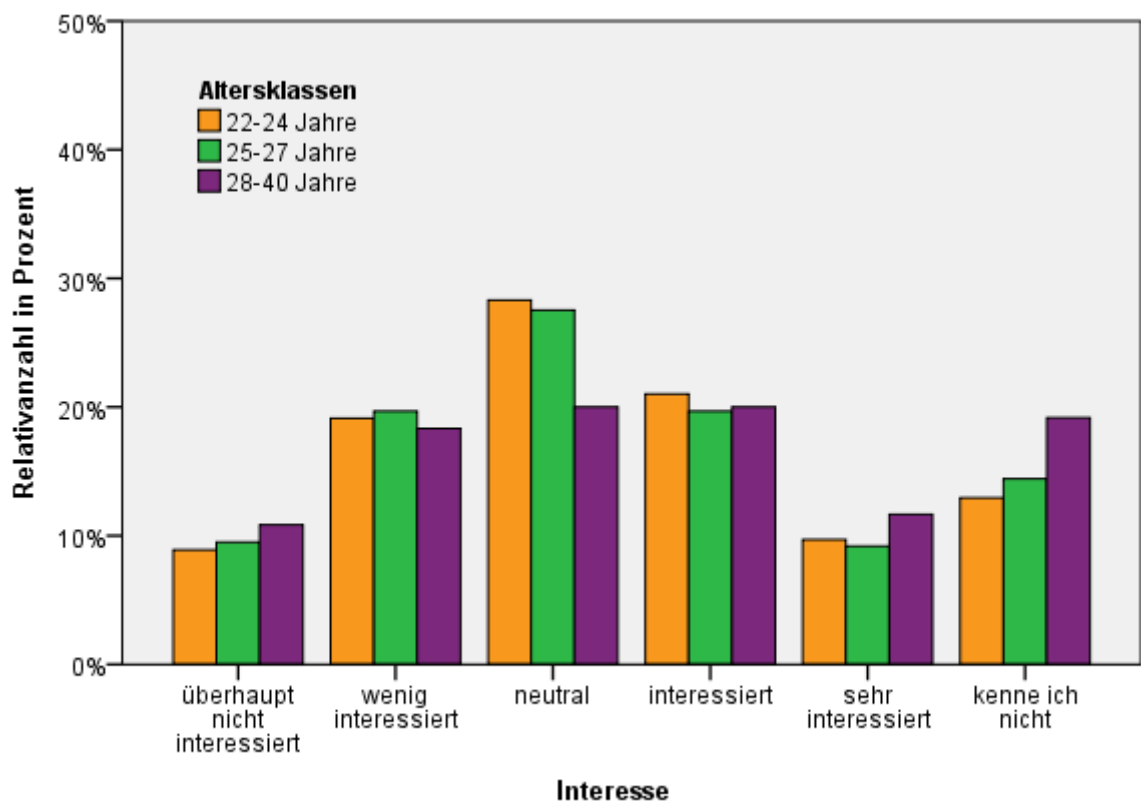


Abbildung 39: Interesse an Orthomolekulartherapie in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=796$

3.3.4.9 Ayurveda

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 796 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 372 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 305 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 119 Studierende. Einigen Befragten war die Methode unbekannt (16,9%), vor allem den beiden jüngeren Altersgruppen (Abbildung 40). Es zeigten sich im Interesse am Ayurveda nur marginale Unterschiede zwischen den drei Altersklassen. Dementsprechend gab es keinen signifikanten Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: $p=0,130$).

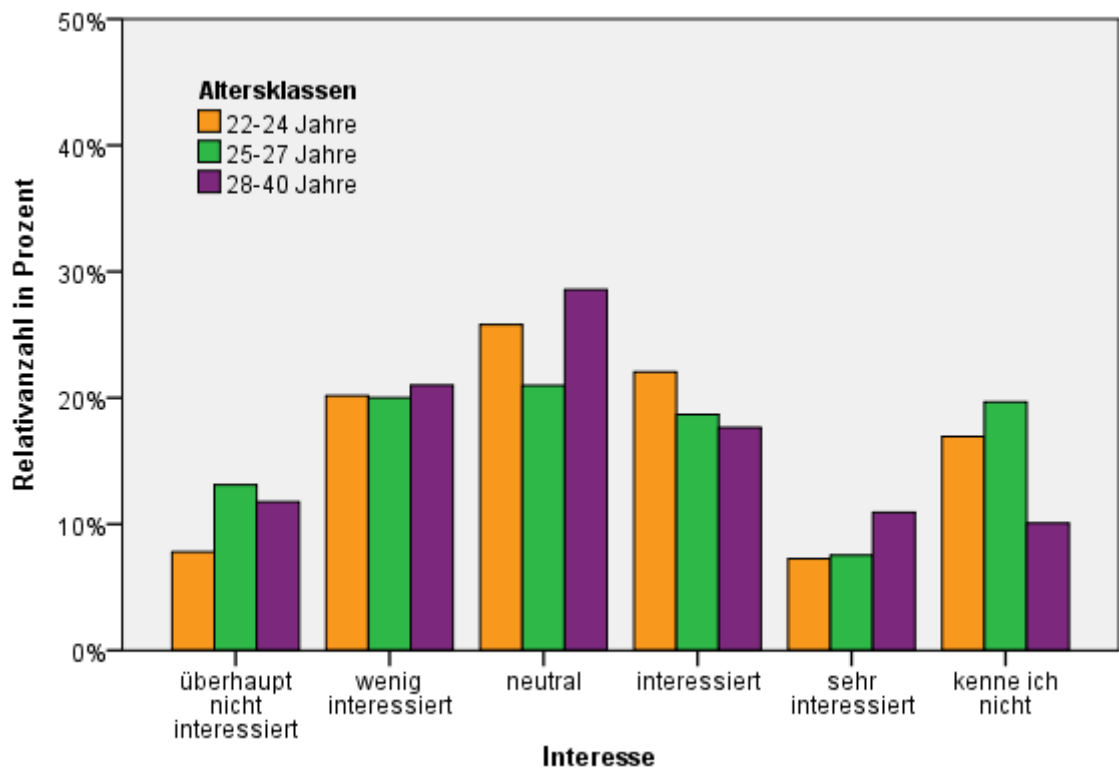


Abbildung 40: Interesse an Ayurveda in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=796$

3.3.4.10 Eigenbluttherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 795 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 371 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 304 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 120 Studierende. Einige Befragte kannten, unabhängig vom Alter, die Methode nicht (11,8%). Die 28-40-Jährigen gaben häufiger an, (sehr) interessiert zu sein (35,0%), als die 22-24-Jährigen (26,2%) und die 25-27-Jährigen (22,1%). Die jüngeren Klassen hingegen waren häufiger als die ältere Gruppe wenig interessiert oder neutral eingestellt (Abbildung 41). Der Zusammenhang zwischen den drei Altersklassen und dem Interesse an der Eigenbluttherapie war jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,076$).

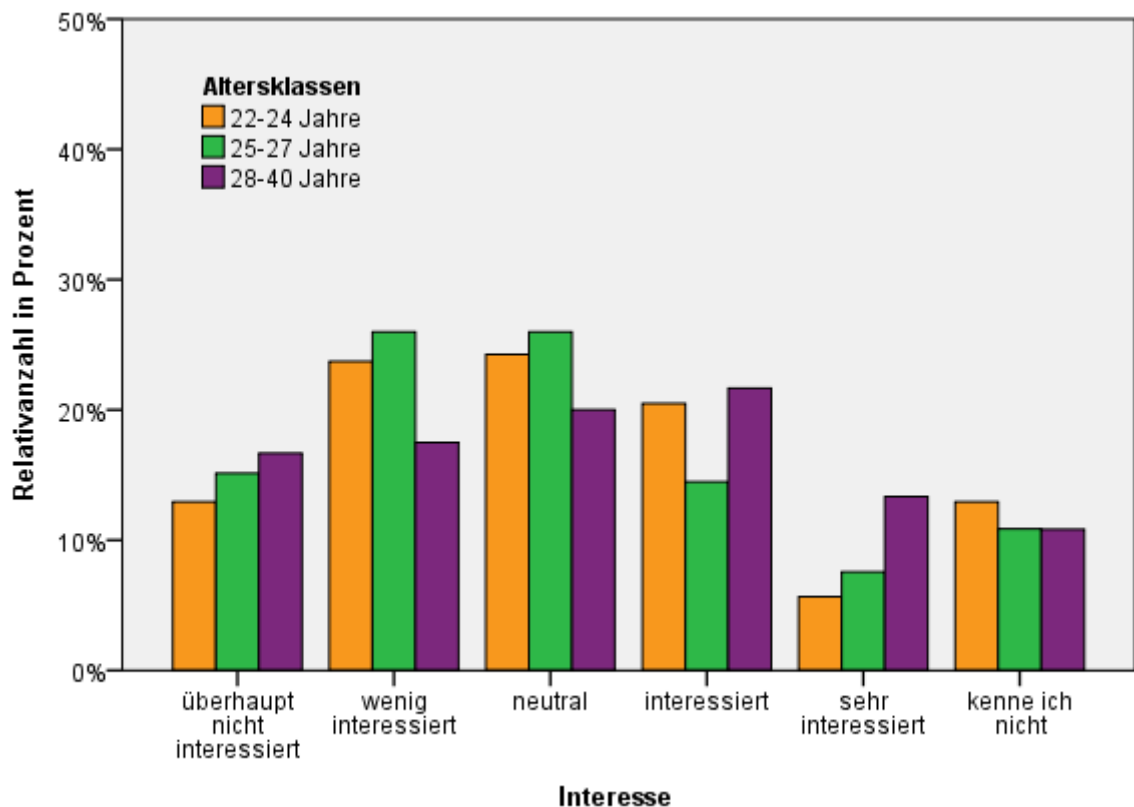


Abbildung 41: Interesse an Eigenbluttherapie in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=795$

3.3.4.11 Bioresonanztherapie

Die Auswertung beruht auf den Angaben von 795 Studierenden. In der Altersklasse 22-24 Jahre befanden sich 370 Studierende, in der Altersklasse 25-27 Jahre 305 und in der Altersklasse 28-40 Jahre 120 Studierende. Vielen Befragten (26,4%) war diese Methode, unabhängig vom Alter, unbekannt. Es zeigten sich im Interesse an der Bioresonanztherapie nur marginale Unterschiede zwischen den drei Altersklassen (Abbildung 42). Dementsprechend konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden (Chi-Quadrat-Test: $p=0,359$).

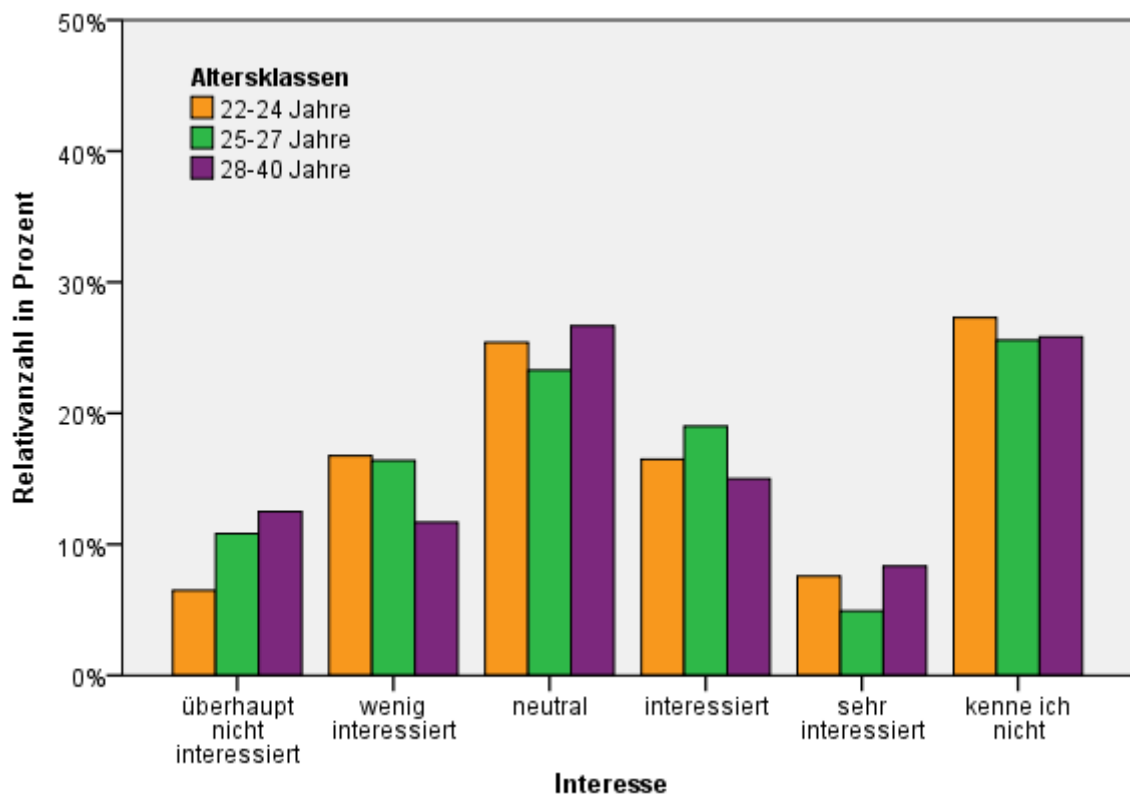


Abbildung 42: Interesse an Bioresonanztherapie in Prozent (%) nach Altersklassen, Befragungszeitraum: 2008-2015, $n=795$

3.3.5 Interesse an sonstigen Methoden der NHV & KM

Zusätzlich zur Bewertung der vorherigen Methoden konnten die Studierenden auch noch weitere für sie interessante Methoden unter „Sonstiges“ mit auf den Fragebogen schreiben. 34 von insgesamt 721 befragten Studierenden nahmen diese Möglichkeit von 2008 bis 2015 (ohne 2014) in Anspruch. Von den 34 Befragten war der Großteil interessiert an Osteopathie (26,5%) und manueller Therapie (23,5%). Alle weiteren Methoden, die in Abbildung 43 dargestellt sind, wurden nur vereinzelt genannt.

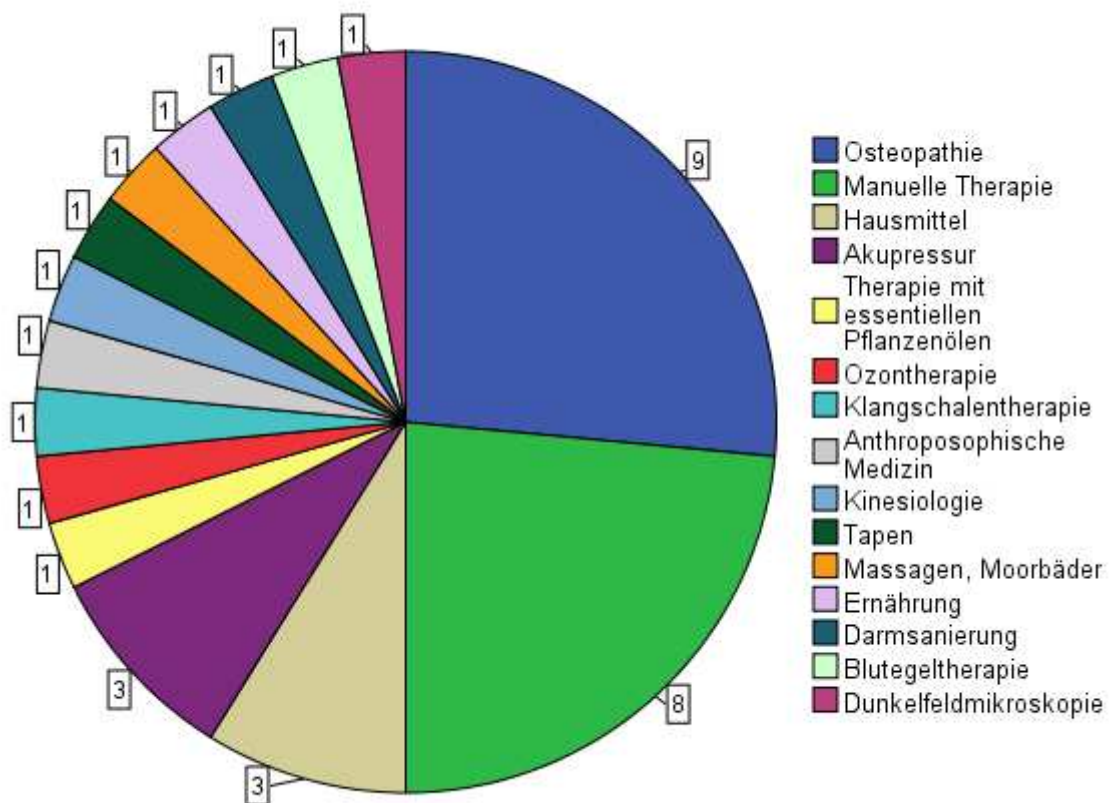


Abbildung 43: Interesse an sonstigen Methoden, Befragungszeitraum: 2008-2013 & 2015, n=34

3.4 Kenntnisquellen von NHV & KM

3.4.1 Häufigkeitsverteilung

Von insgesamt 808 befragten Studierenden gaben 787 (97,4%) Auskunft darüber, woher sie Kenntnisse über NHV & KM erlangt hatten. Sieben Kenntnisquellen konnten angekreuzt werden. Mehrfachantworten waren möglich (n= 2141). Pro befragter Person wurden im Mittel $2,7 \pm 2,4$ Kenntnisquellen angekreuzt. Am häufigsten wurden die Erzählungen von Freunden und Familie als Kenntnisquellen genannt (n=543/ 69,0%). Danach folgten in absteigender Reihenfolge: Zeitungen/ Zeitschriften (n=385/ 48,9%), Fernsehen (n=374/ 47,5%), eigene Erfahrung als Patient (n=268/ 34,1%), Internet (n=238/ 30,2%), Besuch eines Seminars/ Kurses an der Universität (n=225/ 28,6%) und Sonstiges (n=108/ 13,7%; Abbildung 44). Die verschiedenen Kenntnisquellen wurden nach verschiedenen Kriterien weiter ausgewertet.

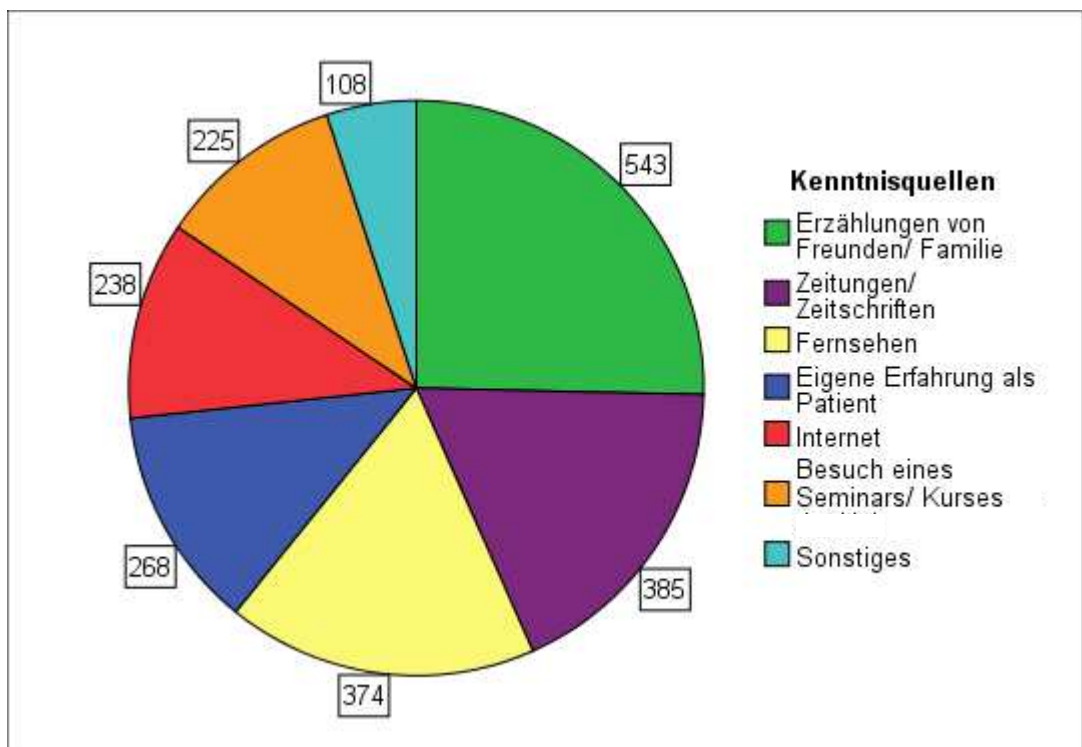


Abbildung 44: Kenntnisquellen von NHV & KM, Häufigkeitsverteilung, Befragungszeitraum: 2008-2015, Mehrfachantworten möglich, 2141 Antworten bei 787 Teilnehmern

3.4.2 Entwicklung von 2008 bis 2015

Für die Betrachtung der Kenntnisquellen nach Befragungsjahren konnten die Angaben von 787 Studierenden (97,4%) ausgewertet werden. In allen Jahren wurden die Erzählungen von Freunden und Familie am häufigsten genannt (Abbildung 45). Am zweithäufigsten wurden 2008, 2009 und 2012 Zeitungen/Zeitschriften, in den Jahren 2010, 2011, 2013 und 2014 das Fernsehen und 2015 das Internet angegeben. Die eigene Erfahrung als Patient und der Besuch eines Seminars/Kurses kamen über den Beobachtungszeitraum nahezu gleichbleibend häufig vor. Das Internet als Kenntnisquelle wurde über die Befragungsjahre bis 2015 zunehmend häufiger genannt. Der Zusammenhang war signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,002$).

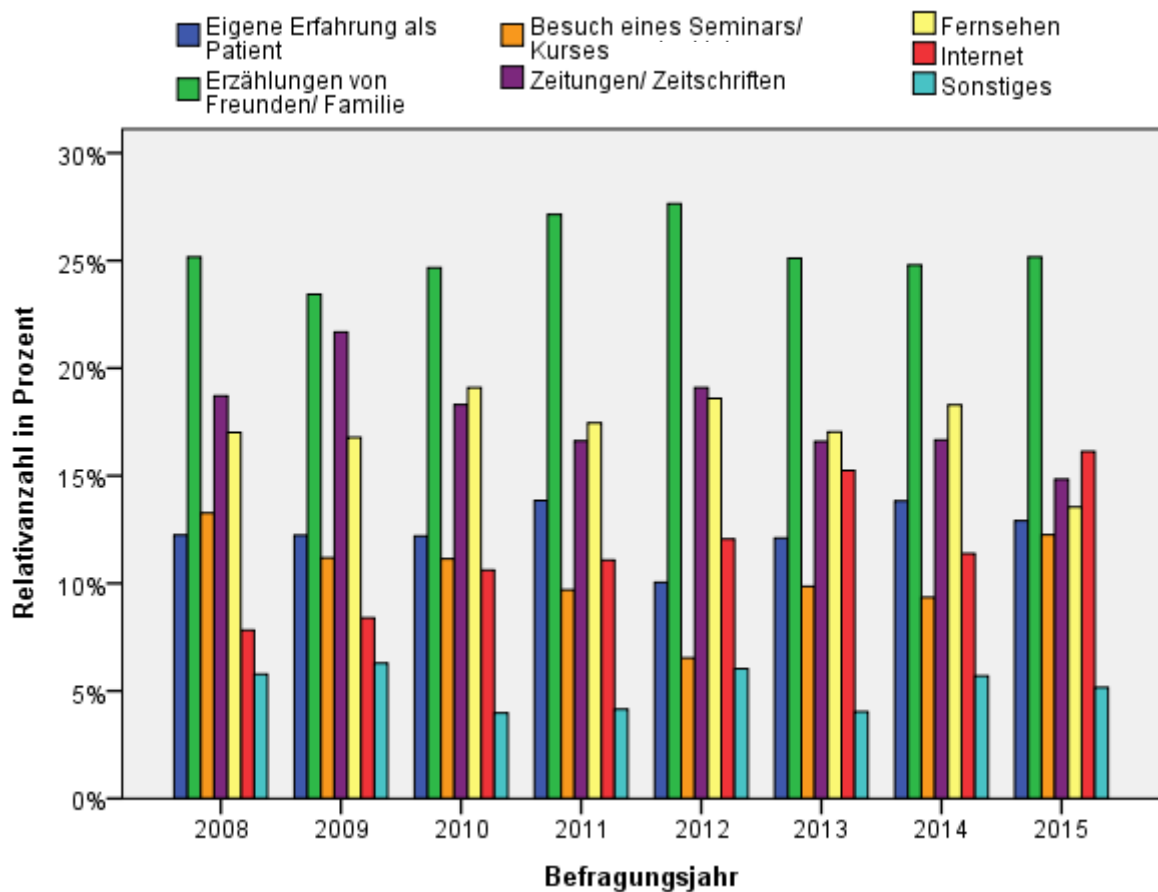


Abbildung 45: Kenntnisquellen von NHV & KM in Prozent (%) nach Befragungsjahr, Prozentsätze basieren auf den Antworten, Zeitraum: 2008-2015, $n=787$

3.4.3 Unterschiede nach Geschlecht

Für die Betrachtung der Kenntnisquellen nach Geschlecht konnten 97,4% (n=566) aller weiblichen Studierenden mit insgesamt 1599 Antworten und 96,4% (n=212) aller männlichen Studierenden mit insgesamt 519 Antworten ausgewertet werden. Pro befragter Person weiblichen Geschlechtes wurden $2,8 \pm 2,3$ Kenntnisquellen angekreuzt, pro befragter Person männlichen Geschlechtes $2,4 \pm 2,6$ Kenntnisquellen.

Die häufigsten Kenntnisquellen sowohl bei den Frauen (25,1%) als auch bei den Männern (25,8%) waren die Erzählungen von Freunden und Familie (Abbildung 46). Unter beiden Geschlechtern waren die Kenntnisquellen annähernd gleich häufig vertreten. Einzig der Anteil derjenigen, die schon selbst eigene Erfahrungen als Patient gesammelt hatten, war unter den weiblichen Befragten signifikant größer als unter den männlichen (w: 14% vgl. m: 7,9%; Chi-Quadrat-Test: $p < 0,001$).

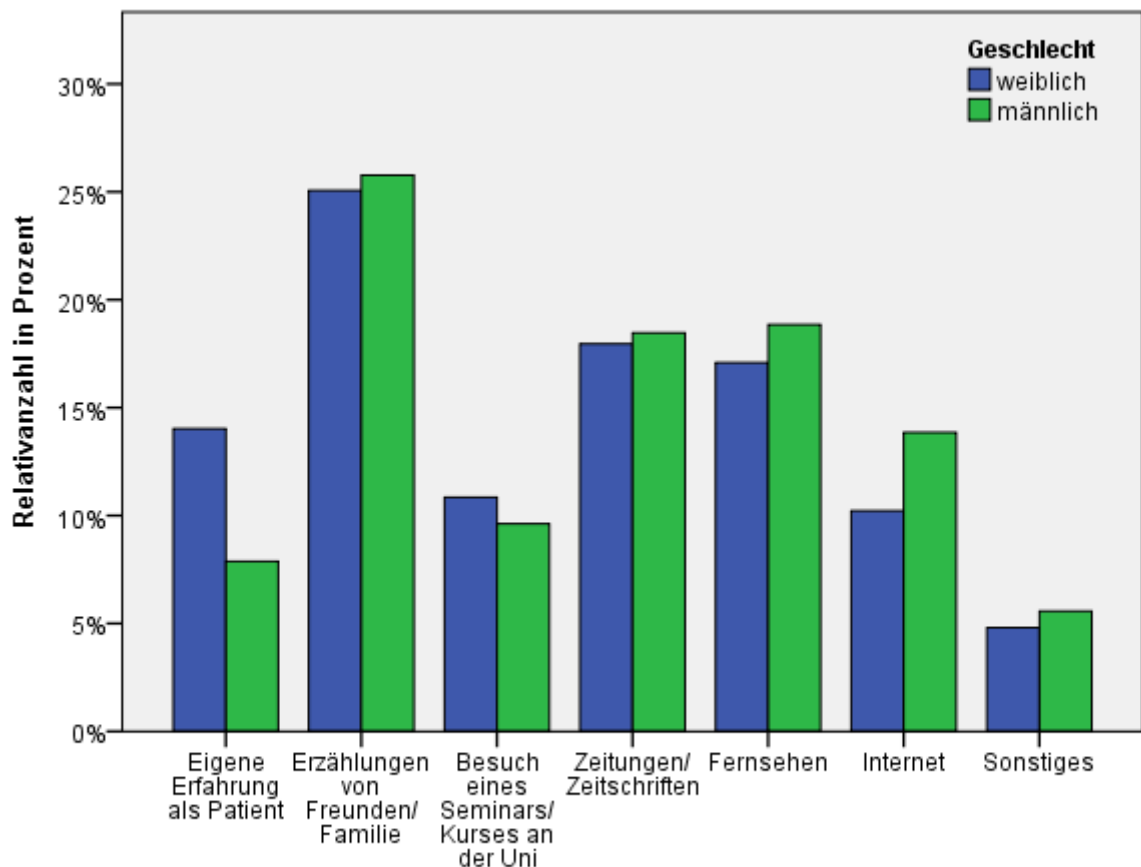


Abbildung 46: Kenntnisquellen von NHV & KM in Prozent (%) nach Geschlecht, Prozentsätze basieren auf den Antworten, Befragungszeitraum: 2008-2015, n=780

3.4.4 Unterschiede nach Altersklassen

Für die Betrachtung der Kenntnisquellen nach Altersklassen konnten die Angaben von 98,1% (n=365) aller 22-24-Jährigen mit insgesamt 1004 Antworten, 96,4% (n=295) aller 25-27-Jährigen mit insgesamt 796 Antworten und 95,9% (n=116) aller 28-40-Jährigen mit insgesamt 308 Antworten ausgewertet werden. Pro befragter Person wurden in jeder der drei Altersklassen $2,7 \pm 2,4$ Kenntnisquellen angekreuzt.

Die verschiedenen Kenntnisquellen waren in den drei Altersklassen sehr ähnlich verteilt (Abbildung 47). Lediglich eigene Erfahrungen als Patient wurden in der Gruppe der 28-40-Jährigen häufiger gemacht als in den jüngeren Klassen. Insgesamt war der Unterschied jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p=0,176$).

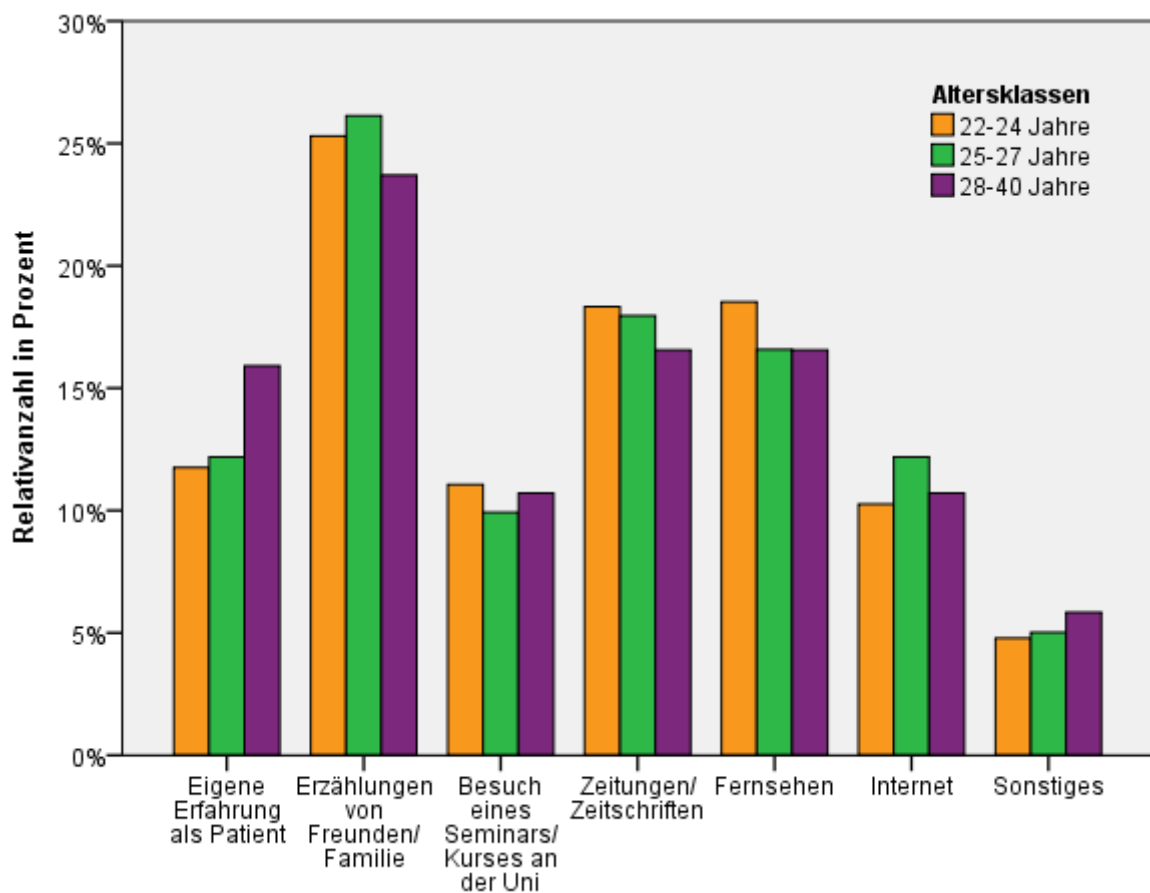


Abbildung 47: Kenntnisquellen von NHV & KM in Prozent (%) nach Altersklassen, Prozentsätze basieren auf den Antworten, Befragungszeitraum: 2008-2015, n=776

3.4.5 Kenntnisquellen und Interesse an NHV & KM

Angaben zu ihren Kenntnisquellen und ihrem Interesse an NHV & KM machten 772 Befragte (95,5%). Am häufigsten (sehr) interessiert waren Befragte, die ihre Kenntnisse durch den Besuch eines Seminares/ Kurses (76,5%) oder durch eigene Erfahrungen als Patient (75,1%) erworben hatten (Tabelle 6). Am wenigsten (sehr) interessiert waren hingegen Befragte, welche NHV & KM durch das Fernsehen kannten (61,4%). Unter den sieben möglichen Kenntnisquellen zeigten vier einen signifikanten Zusammenhang mit der Ausprägung des Interesses an NHV & KM. Das Interesse, etwas darüber zu lernen, war signifikant größer, wenn die Befragten NHV & KM durch eigene Erfahrungen als Patient ($p<0,001$), Erzählungen von Freunden/ Familie ($p=0,001$), den Besuch eines Seminars/ Kurses ($p<0,001$) und Zeitungen/ Zeitschriften kannten ($p=0,002$). Keine Signifikanz zeigte sich beim Fernsehen, Internet und Sonstiges (z.B. Famulatur).

Tabelle 6: Kenntnisquellen und Interesse daran, etwas über NHV & KM zu lernen, Relativanzahl in Spaltenprozent (%), n=787

		nicht/ wenig interessiert	neutral	(sehr) interessiert	Gesamt- summe
Eigene Erfahrung als Patient	Ja	5,7	19,2	75,1	100,0
	Nein	16,8	28,4	54,8	100,0
Erzählungen Freunde/ Familie	Ja	10,3	23,6	66,1	100,0
	Nein	19,0	29,1	51,9	100,0
Kurs/ Seminar	Ja	5,9	17,6	76,5	100,0
	Nein	15,9	28,4	55,7	100,0
Zeitungen/ Zeitschriften	Ja	8,5	26,3	65,3	100,0
	Nein	17,3	24,6	58,1	100,0
Fernsehen	Ja	11,4	27,2	61,4	100,0
	Nein	14,6	23,8	61,6	100,0
Internet	Ja	11,2	21,6	67,2	100,0
	Nein	13,9	27,0	59,1	100,0
Sonstiges	Ja	11,3	17,9	70,8	100,0
	Nein	13,4	26,5	60,1	100,0

3.4.6 Eigene Erfahrung als Patient mit Methoden der NHV & KM

Von den 268 Studierenden, welche von 2008 bis 2015 im Fragebogen antworteten eigene Erfahrungen als Patient mit einer komplementärmedizinischen Methode gesammelt zu haben, konnten nur die Antworten der Jahre 2008-2013 und 2015 im Detail ausgewertet werden. Es wurden 388 Angaben von 234 Teilnehmern analysiert. Mehrfachantworten waren möglich. Am häufigsten wurden die Homöopathie (n=104) oder die Akupunktur (n=91) als Kenntnisquellen genannt. Entspannungsverfahren wie Yoga oder Progressive Muskelrelaxation hatten immerhin 48 Befragte als Patienten wahrgenommen. Weniger häufig selbst erfahren wurden die Physikalische Therapie, die Neuraltherapie (incl. Quaddeln) und die Pflanzenheilkunde. Noch seltener angewandt wurde bei den Befragten die Bioresonanztherapie, die TCM (außer Akupunktur) und die Osteopathie. Viele weitere Methoden wurden vereinzelt genannt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Eigene Erfahrung als Patient mit Methoden der NHV & KM, Befragungsjahre: 2008-2013 & 2015, Mehrfachantworten möglich, 388 Antworten bei 234 Teilnehmern

	Häufigkeit
Homöopathie	104
Akupunktur	91
Entspannungsverfahren	48
Physikalische Therapie	26
Neuraltherapie (incl. Quaddeln)	26
Pflanzenheilkunde	22
Bioresonanztherapie	15
TCM (außer Akupunktur)	12
Osteopathie	11
Eigenbluttherapie	8
Manuelle Therapie	6
Tapen	5
Schröpfen	5
Iontophorese	3
Ultraschall	2
Hausmittel	2
Orthomolekulartherapie	1
Klimatherapie	1
Gesamtsumme	388

3.4.7 Eigene Erfahrung und Interesse an ausgewählten Methoden

Für die am häufigsten erfahrenen Methoden, die Akupunktur und die Homöopathie (Tabelle 7), wurde geprüft, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der eigenen Erfahrung als Patient mit dem Interesse an Akupunktur bzw. Homöopathie besteht. Es zeigte sich, dass die eigene Erfahrung als Patient stark mit dem Interesse an den Methoden korrelierte. Immerhin 50,2 % der Befragten, welche schon Erfahrung als Patient mit Homöopathie gesammelt hatten, waren (sehr) interessiert daran, während unter denjenigen, welche noch keine Erfahrungen als Patient gesammelt hatten, nur 31,4% (sehr) interessiert waren (exakter Test nach Fisher: $p < 0,001$; Tabelle 8).

Tabelle 8: Korrelation eigene Erfahrung als Patient und Interesse an Homöopathie, n=805

	Eigene Erfahrung als Patient	
	nein	ja
überhaupt nicht interessiert	20,4%	9,7%
wenig interessiert	22,5%	14,6%
neutral	25,3%	25,1%
interessiert	21,7%	30,7%
sehr interessiert	9,7%	19,5%
kenne ich nicht	0,4%	0,4%
Gesamtsumme	100,0%	100,0%

Auch bei der Akupunktur zeigte sich ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen eigener Erfahrung als Patient und Interesse an der Akupunktur (exakter Test nach Fisher: $p < 0,001$). 87% derjenigen, die schon eigene Erfahrungen gesammelt hatten, waren (sehr) interessiert an der Akupunktur, während unter denjenigen, die keine Erfahrung hatten, nur 71,5% (sehr) interessiert waren (Tabelle 9).

Tabelle 9: Korrelation eigene Erfahrung als Patient und Interesse an Akupunktur, n=807

	Eigene Erfahrung als Patient	
	nein	ja
überhaupt nicht interessiert	2,2%	0,4%
wenig interessiert	7,1%	3,7%
neutral	18,9%	9,0%
interessiert	41,4%	39,2%
sehr interessiert	30,1%	47,8%
kenne ich nicht	0,4%	0,0%
Gesamtsumme	100,0%	100,0%

3.4.8 Sonstige Kenntnisquellen

Von den eigentlich 108 Befragten, die „Sonstiges“ als weitere Kenntnisquelle im Fragebogen ankreuzten, konnten nur Antworten der Jahre 2008-2013 und 2015 im Detail ausgewertet werden. Es wurden 96 Angaben von 94 Teilnehmern analysiert. Diese gaben unter „Sonstiges“ verschiedene weitere Methoden an. Mehrfachantworten waren möglich. Mit Abstand am häufigsten genannt wurde als weitere Kenntnisquelle die Famulatur (n=47). Mit großem Abstand folgte dann der Kenntniserwerb durch die eigene Berufsausbildung (n=10) und das Blockpraktikum Allgemeinmedizin (n=10), welches obligatorisch im 5. Studienjahr absolviert wird. Wenige Studierende hatten noch gar nicht von NHV & KM gehört oder hatten ihre Kenntnisse aus Büchern oder im Pflegepraktikum erhalten. Viele weitere Quellen wurden vereinzelt angegeben (Tabelle 10).

Tabelle 10: Sonstige Kenntnisquellen im Detail, Befragungsjahre: 2008-2013 & 2015, Mehrfachantworten möglich, 96 Antworten bei 94 Teilnehmern

	Häufigkeit
Famulatur (v.a. in Allgemeinarztpraxis)	47
Berufsausbildung	10
Blockpraktikum Allgemeinmedizin	10
Noch gar nicht davon gehört	6
Bücher	5
Pflegepraktikum	4
Summer school in Überlingen	2
Tierarzt	2
Schule	2
Doktorarbeit Frauenklinik	1
Zivildienst	1
Aktive Eigenrecherche	1
von Patienten	1
Reise Indien Ayurveda	1
Eigene Herstellung von Tees & Salben	1
Sozialmedizinpraktikum	1
Allgemeinwissen	1
Gesamtsumme	96

3.5 Erweiterung des Fragebogens ab 2015

3.5.1 Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft

Es beantworteten im Jahr 2015 80,6% (50/62) der Studierenden die Frage, welche Methoden der NHV & KM ihnen am besten gefielen. Im Mittel wurden hierzu pro Befragten $2,6 \pm 1,5$ Methoden bei insgesamt 128 Antworten notiert. Angaben dazu, welche Methoden sie später auch als Arzt anwenden würden, machten 79,0% (49/62) der Studierenden. Im Mittel wurden hierzu $2,2 \pm 1,6$ Methoden bei insgesamt 110 Antworten notiert. Drei der zwölf Studierenden, welche keine Methoden notierten, gaben unter Kommentaren als Grund dafür an, dass sie zu wenig Erfahrung in diesem Fachgebiet haben, um die beiden Fragen beantworten zu können. Insgesamt wurden zwölf verschiedene Methoden aufgeschrieben, wobei die Manuelle Therapie die einzige Methode war, welche auf der Vorderseite noch nicht aufgeführt war. Die Studierenden notierten am häufigsten sowohl unter Methodenpräferenz als auch unter Anwendungsbereitschaft die Akupunktur. Eine exakte Übereinstimmung zwischen Beliebtheit und späterer Anwendungsbereitschaft in der Rangfolge zeigte sich bei einigen weiteren Methoden (Tabelle 11). Der Großteil der Methoden wich um $\leq$ zwei Stellen in der Rangfolge voneinander ab. Bei der Physikalischen Therapie und der TCM gab es hingegen größere Diskrepanzen. Die Physikalische Therapie stand deutlich höher in der Rangfolge der Anwendungsbereitschaft als in der Methodenpräferenz, bei der TCM verhielt es sich genau anders herum.

Tabelle 11: Vergleich von Methodenpräferenz (n=50) und Anwendungsbereitschaft (n=49)

Methodenpräferenz	Antwor- ten	Antwor- ten	Anwendungsbereitschaft
Akupunktur	31	28	Akupunktur
Entspannungsverfahren	26	17	Physikalische Therapie
Pflanzenheilkunde	16	16	Entspannungsverfahren
TCM (außer Akupunktur)	12	14	Neuraltherapie
Neuraltherapie	11	11	Pflanzenheilkunde
Physikalische Therapie	11	8	Homöopathie
Homöopathie	6	7	TCM (außer Akupunktur)
Bioresonanztherapie	5	4	Orthomolekulartherapie
Manuelle Therapie	3	3	Manuelle Therapie
Orthomolekulartherapie	3	1	Bioresonanztherapie
Ayurveda	3	1	Ayurveda
Eigenbluttherapie	1	0	Eigenbluttherapie
Gesamtsumme	128	110	Gesamtsumme

3.5.2 Unterschiede nach Geschlecht

Angaben zur Methodenpräferenz machten 70,0% aller befragten Männer (14/20) und 85,7% aller befragten Frauen (36/42) im Jahr 2015. Pro männlichen Befragten wurden im Mittel $1,8 \pm 1,9$ Methoden genannt mit insgesamt 25 Antworten, pro weiblichen Befragten $2,8 \pm 1,4$ Methoden mit insgesamt 102 Antworten.

Angaben zur Anwendungsbereitschaft in der späteren Berufsausübung machten 65,0% aller befragten Männer (13/20) mit insgesamt 28 Antworten und 85,7% aller befragten Frauen (36/42) mit insgesamt 79 Antworten im Jahr 2015. Sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Befragten wurden im Mittel $2,2 \pm 1,6$ Methoden genannt.

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße innerhalb der Männerpopulation wurden weitere vergleichende Untersuchungen zu Geschlechterunterschieden bei dieser Thematik unterlassen. Grob orientierend konnte festgestellt werden, dass unter den wenigen Männern vor allem die Akupunktur und die Entspannungsverfahren sowohl bei der Methodenpräferenz als auch der Anwendungsbereitschaft genannt wurden, bei den Frauen zusätzlich zu den eben genannten Methoden noch die Pflanzenheilkunde (Tabelle 28+Tabelle 29/ Anhang).

3.5.3 Unterschiede nach Altersklassen

Die Antwortrate zur Methodenpräferenz im Jahr 2015 betrug für die jüngste Altersklasse 79,3% ($n=23/29$) bei insgesamt 57 Antworten, für die mittlere 77,3% ($n=17/22$) bei insgesamt 46 Antworten und für die älteste Klasse 90,9% ($n=10/11$) bei insgesamt 25 Antworten. Die 22-24-Jährigen und die 28-40-Jährigen notierten im Mittel $2,5 \pm 1,5$ Methoden, die 25-27-Jährigen $2,7 \pm 1,4$ Methoden.

Die Antwortrate zur Anwendungsbereitschaft im Jahr 2015 betrug für die jüngste Altersklasse 75,9% ($22/29$) bei insgesamt 50 Antworten, für die mittlere 81,8% ($18/22$) bei insgesamt 40 Antworten und für die älteste Klasse 81,2% ($9/11$) bei insgesamt 19 Antworten. Die 22-24-Jährigen notierten im Mittel $2,3 \pm 1,6$ Methoden, die 25-27-Jährigen $2,2 \pm 1,6$ Methoden und die 28-40-Jährigen $2,1 \pm 1,7$ Methoden.

Auch hier wurde aufgrund der kleinen Stichprobengrößen, vor allem bei der ältesten Gruppe, eine auf weitergehende Untersuchung verzichtet. Grob orientierend konnte festgestellt werden, dass alle Altersklassen sowohl in Präferenz als auch in Anwendungsbereitschaft sehr häufig Akupunktur und Entspannungsverfahren und zur Anwendung auch die Physikalische Therapie notierten (Tabelle 30+Tabelle 31/ Anhang).

3.5.4 Methodenpräferenz und Interesse an ausgewählten Methoden

Beim Vergleich der Antworten auf Vorder- und Rückseite des Fragebogens des Jahres 2015 zeigte sich, dass Methoden, welche die befragten Studierenden auf der Likert-Skala am häufigsten mit (sehr) interessiert bewerteten, mit geringfügigen Abweichungen ($\leq$ zwei Stellen in der Rangfolge) auch diejenigen waren, welche als beliebteste Methoden generell notiert wurden (Tabelle 32/ Anhang).

3.5.5 Anwendungsbereitschaft und Eigenerfahrung mit Methoden

Beim Vergleich der Eigenerfahrung als Patient und der Anwendungsbereitschaft einer Methode zeigte sich, dass bei fast allen Methoden entweder eine exakte Übereinstimmung oder nur eine geringfügige Abweichung in der Rangfolge ($\leq$ zwei Stellen) bestand. Einzig die Homöopathie wich davon ab. Sie wurde am häufigsten selbst erfahren, würde aber deutlich seltener auch angewendet werden (Tabelle 12).

Tabelle 12: Eigene Erfahrung als Patient und Anwendungsbereitschaft als Arzt im Jahr 2015

Eigene Erfahrung als Patient	Anzahl Antworten	Anzahl Antworten	Anwendungsbereitschaft als Arzt
Homöopathie	104	28	Akupunktur
Akupunktur	91	17	Physikalische Therapie
Entspannungsverfahren	48	16	Entspannungsverfahren
Physikalische Therapie	26	14	Neuraltherapie
Neuraltherapie	26	11	Pflanzenheilkunde
Pflanzenheilkunde	22	8	Homöopathie
Bioresonanztherapie	15	7	TCM (außer Akupunktur)
TCM (außer Akupunktur)	12	4	Orthomolekulartherapie
Sonstiges: Osteopathie	11	3	Sonstiges: Osteopathie
Eigenbluttherapie	8	1	Bioresonanztherapie
Orthomolekulartherapie	1	1	Ayurveda
Ayurveda	0	0	Eigenbluttherapie
Gesamtsumme	364	110	Gesamtsumme

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Im Zeitraum von 2008 bis 2015 wurden insgesamt 808 Fragebögen zurückgegeben. 94,9% dieser Fragebögen waren vollständig ausgefüllt, der Rest nur teilweise. Alle Fragebögen gingen in die Auswertung ein. Unter Anwesenheitspflicht in der Vorlesung bis 2011 nahmen deutlich mehr Studierende (62,1%) an der Umfrage teil als nach Abschaffung der Anwesenheitspflicht ab 2012 (37,9%). Der Altersdurchschnitt der Teilnehmer lag bei $25,28 \pm 2,36$ Jahren. 72,5% der Befragten waren weiblich mit einem Altersdurchschnitt von $24,95 \pm 2,19$ Jahren, 27,5% waren männlich mit einem Altersdurchschnitt von $26,12 \pm 2,58$ Jahren.

Im Mittel waren von den insgesamt 808 Befragten 61,5% (sehr) interessiert daran, etwas über NHV & KM zu lernen. In allen acht Befragungsjahren war der Anteil der (sehr) Interessierten am größten. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Interesse danach, ob Anwesenheitspflicht in der Vorlesung herrschte (2008-2011: 62,0%) oder nicht (2012-2015: 60,8%). Auch zwischen den drei Altersklassen gab es keine signifikanten Unterschiede im Interesse (22-24 Jahre: 62,4%, 25-27 Jahre: 59,3%, 28-40 Jahre: 61,2%). Im Gegensatz dazu war das Interesse signifikant größer, wenn das Geschlecht der Befragten weiblich war (w: 66,1%, m: 49,5%; $p < 0,001$) und Kenntnisquellen der Besuch eines Seminars, eigene Erfahrung als Patient, Erzählungen von Freunden/ Familie und Zeitungen/ Zeitschriften waren (p zwischen $< 0,001$ und $< 0,003$).

Von elf auf dem Fragebogen aufgeführten Methoden der NHV & KM war die Mehrheit der Studierenden (sehr) interessiert an Akupunktur, Entspannungsverfahren, Pflanzenheilkunde, TCM und Physikalischer Therapie, wobei die Akupunktur mit Abstand am beliebtesten war (76,5%). Am wenigsten interessant für die Befragten war die Bioresonanztherapie. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kenntnis einer Methode und dem Interesse daran. Die bekanntesten Methoden wurden am häufigsten mit (sehr) interessant bewertet, mit Ausnahme der Homöopathie. Fast alle kannten sie (99,6%), aber nur wenige fanden sie (sehr) interessant (39,6%). Das Interesse an allen aufgeführten Methoden war größer, wenn die Befragten weiblich waren (p zwischen $< 0,001$ und $< 0,025$). Die drei Altersklassen unterschieden sich im Interesse nur bei drei der elf Methoden signifikant. Die 22-24-Jährigen waren interessierter an den Entspannungsverfahren ($p = 0,002$). Die jüngeren Klassen waren interessierter an der Akupunktur ($p = 0,018$). Die älteste Klasse war interessierter an TCM ($p = 0,018$).

Das Interesse an der Mehrzahl der Methoden war über die acht Befragungsjahre annähernd gleich groß. Nur zwei Methoden (Neuraltherapie und Bioresonanztherapie) unterschieden sich signifikant im Interesse in einzelnen Befragungsjahren, ohne dass jedoch eine Tendenz erkennbar war.

Als sonstige interessante Methoden wurden bei insgesamt 34 Nennungen am häufigsten die Osteopathie (26,5%) und die manuelle Therapie (23,5%) notiert.

Die meisten Befragten kannten NHV & KM durch Erzählungen von Freunden und der Familie (69,0%). Eigene Erfahrungen als Patient hatten 34,1% der Studierenden gemacht, davon am häufigsten mit Homöopathie (44,4%) und Akupunktur (38,9%). Als sonstige Kenntnisquelle wurde bei 96 Gesamtangaben am häufigsten die Famulatur genannt. Unter den drei Altersklassen und den beiden Geschlechtern gab es kaum Unterschiede bei den Kenntnisquellen. Lediglich eigene Erfahrungen wurden signifikant häufiger von den weiblichen Studierenden gemacht (w: 14,0% vgl. m: 7,9%, $p < 0,001$).

Ab dem Jahr 2015 wurde zusätzlich danach gefragt, welche Methoden den Studierenden besonders gefielen und welche sie im späteren Berufsleben anwenden würden. Bei beiden Fragen wurde die Akupunktur, unabhängig von Geschlecht und Alter, am häufigsten notiert. Es zeigte sich bei der Mehrzahl der genannten Methoden (9/11) eine Übereinstimmung zwischen Beliebtheit und späterer Anwendungsbereitschaft. Eine größere Diskrepanz bestand hingegen bei der Physikalischen Therapie, welche deutlich höher in der Rangfolge der Anwendungsbereitschaft als in der Methodenpräferenz stand und bei der TCM, bei welcher es sich entgegengesetzt verhielt.

4.2 Interpretation und Vergleich der Ergebnisse

4.2.1 Teilnahmequote

Die Teilnahmequote an der Befragung der Universität Rostock (Tabelle 33/ Anhang) war mit 48,4% (42) deutlich niedriger als bei ähnlichen Umfragen an der Universität Heidelberg mit 76% (17) und an der Berliner Charité mit 69% (33). An diesem Unterschied dürfte das Setting, in dem die Umfrage stattfand, in erheblichem Ausmaß verantwortlich sein. In Rostock fand die Befragung während der ersten Vorlesung des obligatorischen Querschnittsbereiches 12 statt, welche von allen Medizinstudierenden des 10. Semester unabhängig von deren Interesse am Inhalt der Vorlesung hätte besucht werden sollen. Bei einer Vorlesung gestaltet sich eine Anwesenheitskontrolle jedoch schwierig. Zur Anwesenheit der Studierenden in der Vorlesung liegen deshalb auch keine konkreten Zahlen vor. In Berlin fand die Umfrage hingegen während eines freiwilligen Seminars über NHV & KM statt. Den dort anwesenden Studierenden könnte ein größeres Interesse am Fach und eine größere Bereitschaft für eine Befragung zum Fach unterstellt werden. An der Universität Heidelberg fand die Befragung der Studierenden bei einem verpflichtenden Akupunktur-Praktikum statt. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass das gesamte Semester anwesend war.

Beim Vergleich der Teilnahmequoten sollte weiterhin berücksichtigt werden, dass die Heidelberger Umfrage im Studienjahr 2006/07 und die Berliner Umfragen im Studienjahr 2002/03 Querschnittstudien waren, während die Rostocker Umfrage als Längsschnittstudie von 2008 bis 2015 stärkeren Einflüssen unterlegen war. Einer dieser Einflüsse war zum Beispiel die Abschaffung der Anwesenheitspflicht, AWP, in Vorlesungen der Humanmedizin an der Universität Rostock ab dem Wintersemester 2011/12. Daraus ergaben sich signifikante Unterschiede in der Teilnahmequote. In den Jahren von 2008 bis 2011, vor Abschaffung der AWP, beteiligten sich deutlich mehr Studierende an der Befragung (65,5%) als von 2012 bis 2015, nach Abschaffung der AWP (33,9%, Tabelle 2/ Kap.3.1.1).

In Deutschland haben mehrere Bundesländer in den letzten Jahren die Anwesenheitspflicht für Studierende an Veranstaltungen abgeschafft. Laut Rolf Schulmeister, Professor für Pädagogik an der Universität Hamburg, führt diese Position zu einem Konflikt mit der pädagogischen Verantwortung, möglichst viele Studierende mit guten Leistungen aus dem Studium zu entlassen (34). In der empirischen Bildungsforschung konnten bis zum Jahr 2015 insgesamt 140 Studien nachweisen, dass ein hohes Maß an Anwesenheit in Lehrveranstaltungen zu besseren Leistungen führt und umgekehrt größere Fehlzeiten schlechtere Noten zur Folge haben (34). Auch Ludwig Huber diskutierte dieses

Thema in seiner Veröffentlichung „Lernfreiheit, Lehrfreiheit und Anwesenheitspflicht“, wobei er viele Ansichten Rolf Schulmeisters bestätigte, sich jedoch optimistischer den Problemen der abgeschafften Anwesenheitspflicht zuwandte (35).

Das Prorektorat für Studium und Lehre der Universität Bielefeld beschäftigte sich 2017 konkret mit den Bedingungen, die das unverbindliche Studieverhalten begünstigen und stellte Maßnahmen vor, welche die Verbindlichkeit der Teilnahme an Lehrveranstaltungen als selbstverständliche Bedingung des Studierens stärken können, ohne Anwesenheit zu verordnen. Optimierungsbedarf wurde hierbei in Kommunikation, Organisation/Struktur, Didaktik und Fächertraditionen gesehen (36).

4.2.2 Demografische Daten

Der durchschnittliche Frauenanteil von 72,5% in der Befragung (Tabelle 3/ Kap.3.1.2) lag deutlich über dem zu erwartenden Durchschnitt im Medizinstudium. Dieser betrug von 2008 bis 2015 im Medizinstudium an der Universität Rostock im Mittel 63,1% (43), bei einer ähnlichen Umfrage an der Berliner Charité 63,4% (33) und bundesweit 61,0% (37). Bei einer britischen Umfrage zu Geschlechterunterschieden unter Medizinstudierenden bezüglich ihrer Einstellung zu NHV & KM lag der Frauenanteil mit 64,4% unter dem in der Rostocker Befragung (38). Auch das durchschnittliche Alter der Studierenden in der Befragung von 25,28 Jahre lag deutlich unter dem zu erwartenden Durchschnitt von Medizinstudierenden im 10. Semester an der Universität Rostock von 28,01 Jahren (39). Der niedrigere Altersdurchschnitt in der Befragung wurde vor allem durch die weiblichen Studierenden verursacht, welche mit einem Altersdurchschnitt von 24,95 Jahren um etwa 3,22 Jahre jünger als die Gesamtheit der Medizinstudentinnen im 10. Semester der Universität Rostock waren (40) und um etwa 1,17 Jahre jünger als die Männer in der Befragung (Tabelle 4/ Kap.3.1.3). Zusammengefasst waren die Befragten also jünger und häufiger weiblich als der Gesamtdurchschnitt im 10. Semester des Medizinstudiums an der Universität Rostock. Ein Grund dafür könnte sein, dass sie interessierter am Fach QB 12 waren und deshalb auch in größerer Zahl in der Vorlesung anwesend waren. Es liegen jedoch keine Zahlen zur Menge der anwesenden Studierenden vor. Ob Alter oder Geschlecht von Medizinstudierenden eine Auswirkung auf ihre Anwesenheit in Vorlesungen haben, war Gegenstand einer Untersuchung der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Hier zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang (41, 41). Weitere Untersuchungen zu dieser Thematik gab es bisher nicht.

4.2.3 Allgemeines Interesse an NHV & KM

In jedem der acht Befragungsjahre war die Mehrzahl der Studierenden (sehr) interessiert daran, etwas über NHV & KM zu lernen (Abbildung 6/ Kap.3.2.2). Ein reges Interesse am Fach war unter den Rostocker Studierenden, die an der Vorlesung zum QB 12 teilnahmen, also durchgängig vorhanden. Dieses Ergebnis deckt sich mit nationalen und internationalen Studien zur Einstellung Medizinstudierender gegenüber NHV & KM (42–46). Von den insgesamt 808 Befragten gaben im Mittel 61,5% an (sehr) interessiert daran zu sein, etwas über NHV & KM zu lernen (Abbildung 5/ Kap.3.2.1). Das waren 7,5 Prozentpunkte weniger als bei der Umfrage an der Universität Heidelberg (17). Dort fand die Befragung abwechselnd im 6. und 7. Semester statt, an der Universität Rostock erst im 10. Semester. Verschiedene Untersuchungen konnten nachweisen, dass mit Vorranschreiten des Medizinstudiums Studierende weniger positiv gegenüber NHV & KM eingestellt waren (43, 44, 45, 46). Dieses Phänomen könnte dadurch zustande kommen, dass die höheren Semester stärker von einem Studium geprägt wurden, das ganz überwiegend Wissen zu konventioneller Medizin vermittelt. Es ist zu vermuten, dass sich sowohl die Lehrenden in den Vorlesungen als auch Krankenhausärzte gelegentlich negativ über NHV & KM äußern, weil ihnen die Evidenzlage der Methoden unbekannt ist und sie dadurch die Studierenden entsprechend beeinflussen. Das größere Interesse der Heidelberger Studierenden im Vergleich zu den Rostocker Studierenden könnte außerdem durch die geografische und dadurch historisch unterschiedlich geprägte Lage bedingt sein. Während es in der BRD ein breites Therapieangebot gab, in welchem Methoden der NHV & KM zumindest geduldet wurden, wurden in der DDR viele komplementärmedizinische Therapiemethoden aus naturwissenschaftlicher und gesellschaftspolitischer Sicht abgelehnt und vor allem eine akademisch ausgerichtete Medizin gefördert (47). Diese Unterschiede könnten sich auch noch heute auf die Meinung der Lehrenden und Studierenden auswirken. Auch wenn die meisten Studierenden selbst zwar nicht mehr im geteilten Deutschland aufwuchsen, könnten sie durchaus über familiäre, schulische und später universitäre Einflüssen zu diesem Thema geprägt worden sein. Differenziert betrachtet werden muss hierbei jedoch, dass nicht jeder Studierende oder Lehrende auch aus dem Ort der Befragung oder der Umgebung stammt.

4.2.4 Einflussfaktoren auf das Interesse an NHV & KM

4.2.4.1 Anwesenheitspflicht

In der vorliegenden Umfrage wäre ab 2012 als Ausdruck einer positiven Selektion durch den Wegfall der Anwesenheitspflicht (AWP) bei der Vorlesung zum QB 12 eine relative

Zunahme des Interesses der antwortenden Studierenden zu erwarten gewesen. Die Ausprägung des Interesses an NHV & KM variierte über den Befragungszeitraum jedoch nur gering und ohne erkennbare Tendenzen (Abbildung 6/ Kap.3.2.2). Der Vergleich der Jahre von 2008 bis 2011 (vor Abschaffung der AWP) und von 2012 bis 2015 (nach Abschaffung der AWP) nach dem Interesse der Befragten an NHV & KM (Abbildung 48/ Anhang) ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Interesse der Studierenden und der Anwesenheitspflicht. Ein Wegfall der Pflicht zur Anwesenheit führte also nicht dazu, dass die aus eigener Motivation Anwesenden interessierter am Fach waren. Das Interesse daran, etwas über NHV & KM zu lernen, war annähernd konstant über den gesamten Befragungszeitraum. Das spricht für ein reges Grundinteresse der Studierenden an NHV & KM, unabhängig von externen Einflüssen wie der Abschaffung der Anwesenheitspflicht. Vergleichende Studien zum Thema Anwesenheitspflicht und Interesse an einem Fach liegen aktuell noch nicht vor.

4.2.4.2 Alter

Um zu untersuchen, ob es Unterschiede im Interesse an NHV & KM nach dem Alter der befragten Studierenden gab, wurden diese in drei Altersklassen aufgeteilt (22-24 Jahre, 25-27 Jahre und 28-40 Jahre). Die Befragten waren in den drei Altersgruppen über die acht Jahre der Befragung ungefähr gleich häufig (sehr) interessiert daran, etwas über NHV & KM zu lernen (22-24-Jährige: 62,4%, 25-27-Jährige: 59,3%, 28-40-Jährige: 61,2%; Abbildung 8/ Kap.3.2.5). Vergleichende Untersuchungen zum Einfluss des Lebensalters Medizinstudierender innerhalb eines Semesters auf das Interesse an NHV & KM fanden sich bei der Literaturrecherche nicht. Andere Studien befassten sich mit Unterschieden zwischen verschiedenen Semestern, in denen nachgewiesen werden konnte, dass jüngere Semester interessierter an NHV & KM waren als ältere (Kap.4.2.3). Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass nicht das Alter an sich, sondern viel mehr gewisse Lebensabschnitte, hier in Form von verschiedenen Semestern, die Einstellung der Befragten beeinflusste.

4.2.4.3 Geschlecht

Im Gegensatz zum Alter zeigte sich beim Vergleich des Interesses an NHV & KM nach Geschlecht ein signifikanter Zusammenhang (Abbildung 7/ Kap.3.2.4). Die weiblichen Befragten waren deutlich interessierter daran, etwas über NHV & KM zu lernen, als die männlichen (w: 66,1% vgl. m: 49,5%). Dieses Ergebnis bestätigt sowohl die Erkenntnisse anderer Umfragen unter Medizinstudierenden (17, (38, 44, 48, 48, 49, 49) als auch Umfragen unter der Ärzteschaft (25) und der allgemeinen Bevölkerung (7, 18). Ein

Grund für das geringere Interesse der männlichen Studierenden an NHV & KM könnte sein, dass sie andere Fachrichtungen anstrebten als die weiblichen Studierenden und bei diesen Fächern eine geringere Notwendigkeit sahen, NHV & KM anzuwenden. Eine Studie aus dem Jahr 2010 befasste sich mit den Präferenzen für die Facharztweiterbildung von Medizinstudierenden in Deutschland. Während die befragten weiblichen Studierenden deutlich stärker Gynäkologie und Pädiatrie bevorzugten, waren es bei den männlichen Studierenden häufiger Orthopädie und Chirurgie (50). In einer Studie von 2008 wurden niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen in Deutschland befragt, inwieweit sie NHV & KM in ihrem Arbeitsalltag anwenden. Es zeigte sich, dass Chirurgen im Vergleich zu den anderen oben genannten Fachrichtungen deutlich seltener NHV & KM anwendeten. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den zukünftigen gewünschten Fachrichtungen dürften damit einen Grund für die Unterschiede an ihrem Interesse für NHV & KM darstellen. Ein weiterer Grund für das geringere Interesse der männlichen Befragten könnte ein finanzieller Aspekt sein, denn bislang werden nur wenige Methoden der NHV & KM von gesetzlichen Krankenkassen erstattet (24). Diese Tatsache könnte für männliche Medizinstudierende, welche höhere Einkommensvorstellungen haben als weibliche Medizinstudierende (50), demotivierend sein.

4.2.5 Interesse an ausgewählten Methoden der NHV & KM

Die befragten Studierenden der Universität Rostock waren von elf angegebenen Methoden der NHV & KM am häufigsten (sehr) interessiert (76,5%) an der Akupunktur (Abbildung 9/ Kap.3.3.1). Das große Interesse an der Akupunktur unter Medizinstudierenden zeigte sich sowohl bei Umfragen an anderen deutschen Universitäten, wie der Universität Heidelberg (17) und der Berliner Charité (33), als auch bei Umfragen an anderen europäischen Universitäten, wie in der Schweiz (51) und in Irland (43). Nach einer Publikation der WHO von 2013 wurde die Akupunktur von allen Verfahren der NHV & KM in den letzten Jahren am stärksten weiterentwickelt und sehr aktiv verbreitet (9).

Auch das Interesse an weiteren Methoden der NHV & KM war unter den Rostocker und Heidelberger Medizinstudierenden entweder gleich verteilt oder nur leicht abweichend voneinander (17). So standen bei beiden die Entspannungsverfahren an zweiter Stelle des größten Interesses. Diese nehmen in der heutigen Zeit eine immer wichtigere Rolle zum Abbau von Stress und zur Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ein. Besonders beliebt sind hierbei Methoden wie Yoga oder Progressive Muskelrelaxation. Diese werden von vielen Krankenkassen in Form von Präventionskursen teilweise oder vollständig erstattet. Aus einer Studie von 2014 ging hervor, dass 3,3% der deutschen Bevölkerung, also 2,6 Mio. Menschen, Yoga praktizierten (52).

Sonstige interessante Methoden notierten im Befragungszeitraum von 2008 bis 2015 (ohne 2014) nur wenige Studierende (4,3%). Ein Grund dafür könnte sein, dass die händische Eintragung mehr Aufwand bedeutete. Ein weiterer möglicher Grund könnte sein, dass zuvor schon elf Methoden genannt wurden und damit für viele der Befragten der Kenntnisstand zu Methoden der NHV & KM ausgeschöpft war. Immerhin war es die erste Vorlesung zu dem Themengebiet. Unter den wenigen Studierenden, die händisch eine sonstige Methode eintrugen, war das Interesse an der Osteopathie (26,5%) und der manuellen Therapie (23,5%) am größten. Auch bei der Befragung in Heidelberg gaben die Studierenden an, über diese Themen etwas lernen zu wollen (26). Das Interesse an diesen Verfahren korreliert mit der steigenden Nachfrage in der Bevölkerung (53) und der zunehmenden Deckung der Behandlungskosten durch verschiedene Krankenkassen (24).

Insgesamt waren für die befragten Studierenden die Akupunktur, Entspannungsverfahren, Pflanzenheilkunde, TCM, Physikalische Medizin und als Sonstiges Osteopathie und Manuelle Therapie am interessantesten. Einige dieser Methoden, wie Entspannungsverfahren, Pflanzenheilkunde und Physikalische Therapie, sind schon Bestandteil der Vorlesungsinhalte im QB 12 in Rostock (54). Andere für Studierende interessante Verfahren wie Akupunktur, TCM, Neuraltherapie oder Osteopathie fehlen bisher im Lehrplan des QB 12 in Rostock. Es gibt also noch eine Diskrepanz zwischen dem Interesse der Studierenden an gewissen Methoden von NHV & KM und den Inhalten der Vorlesung des QB 12. Ein wesentlicher Grund ist die nur begrenzt zur Verfügung stehende Lehrzeit von 90 min pro Woche in einem Semester. Da das Fach QB 12 auch Themengebiete zur Rehabilitation abdecken muss, ist insgesamt noch weniger Raum für naturheilkundliche und komplementärmedizinische Themen gegeben. Somit können meist nur Einblicke in verschiedene Methoden von NHV & KM ermöglicht werden. Ein weiterer Grund ist, dass sich der Lehrplan am Gegenstandskatalog (GK) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) orientieren muss, um die Studierenden adäquat auf die prüfungsrelevanten Themen für das Staatsexamen vorzubereiten. Dadurch wird es den Lehrenden erschwert, alle für die Studierenden interessanten Methoden mit in den Lehrplan aufzunehmen. Diese Einschränkung spiegelt sich auch in der Vorstellung des Faches QB 12 im zentralen Vorlesungsverzeichnis wider. Hier wird das Ziel der Vorlesung definiert als „die Vermittlung des im Gegenstandskatalog geforderten Wissens, Prüfungsvorbereitung für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, Grundwissen über Methoden in der Rehabilitation, Physikalischen Medizin und Naturheilverfahren“ (55).

Den rechtlichen Rahmen für die ärztlichen Prüfungen gibt die ÄAppO vor (56), innerhalb dessen gibt es Spezifizierungen bezüglich der Ausbildungsinhalte. Die Gegenstandskataloge des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) stellen den Studierenden Informationen über die Prüfungsinhalte für die schriftlichen Prüfungen zur Verfügung (57). Die Gegenstandskataloge wurden schon mehrfach überarbeitet und aktualisiert. Aktuell erarbeitet das IMPP einen Masterplan für das Medizinstudium 2020. Der bisher eher faktenorientierte Gegenstandskatalog für den zweiten, schriftlichen Abschnitt der Staatsprüfung soll überarbeitet und weiterentwickelt werden zu einem neuen kompetenzorientierten Gegenstandskatalog (58). Diese Überarbeitung soll auf Basis des NKLM (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin) in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag stattfinden. Weiterhin sollen die fakultätsinternen Lernzielkataloge und die Weiterbildungsordnung für Ärzte mit eingebracht werden. Der NKLM wurde 2015 vom ordentlichen Medizinischen Fakultätentag verabschiedet und soll dazu beitragen, die Qualität von Studium und Lehre in der Medizin in Bezug auf die Kompetenzorientierung zu verbessern (59). In einer Studie von Fritze et al. wurde der schon seit langem etablierte Gegenstandskatalog (GK) des IMPP mit dem NKLM verglichen, vor allem auch um pauschale Argumenten gegen den NKLM zu entkräften und Widerstände abzubauen. Der differenzierte Abgleich zeigte eine sehr hohe inhaltliche Übereinstimmung von GK und NKLM. Ein Unterschied ist jedoch, dass im NKLM das Fachwissen nicht nur in systematischen Begriffslisten (wie im GK) aufgeführt wird, sondern in (Teil-) Kompetenzen und Lernzielen erläutert wird (60). Im NKLM werden des weiteren Vorschläge darüber gemacht, welche Krankheitsbilder in welchen Fächern gelehrt werden können. Physikalische Medizin und Naturheilverfahren werden bei vielen Krankheiten genannt, meist in einem interdisziplinären Kontext (59). Im NKLM ist also eine Tendenz zur besseren Implementierung von NHV & KM in das Humanmedizinstudium zu erkennen. Im Rahmen des Masterplanes 2020 begann das IMPP schon im aktuellen schriftlichen Staatsexamen 2018/2019 einige Fragen umzustellen und mehr Key-Feature-Fragen, Fragen zu Wissenschaftskompetenz und mehr Fallbeispiele einzuführen. Hier wurden u.a. auch Antwortmöglichkeiten aus dem Bereich der Naturheilkunde genannt (61). Zukünftig könnten noch mehr Prüfungsfragen zu erwarten sein, die wissenschaftlich begründbare Naturheilverfahren einbeziehen.

4.2.6 Einflussfaktoren auf das Interesse an ausgewählten Methoden

4.2.6.1 Kenntnis

Die bekanntesten Methoden wurden am häufigsten mit (sehr) interessiert bewertet (Abb.9/ Kap.3.3.1). Hingegen waren unbekannte Methoden weniger beliebt unter den

Befragten. Dieser Zusammenhang zwischen Kenntnis und Interesse an Methoden der NHV & KM ließ sich nicht nur in der Rostocker Studie nachweisen, sondern auch in Studien in Heidelberg (17), der Schweiz (51) und Irland (43). Als einzige Methode wich die Homöopathie von diesem Muster bei den Umfragen in Rostock, Heidelberg (17) und der Schweiz (51) ab. Fast alle Studierende gaben an, die Methode zu kennen, aber nur wenige interessierten sich dafür. Ein Grund dafür könnte die seit vielen Jahren große Präsenz der Homöopathie in den Medien sein, wo sie zumeist kritisch diskutiert wird (46–50).

4.2.6.2 Geschlecht

Beim Vergleich des Interesses an ausgewählten Methoden der NHV & KM nach Geschlechtern ließ sich ein Muster erkennen, denn an allen elf Methoden waren die weiblichen Studierenden signifikant interessierter als die männlichen (Abb.23-33/ Kap.3.3.3). Das niedrigere allgemeine Interesse der männlichen Studierenden, etwas über NHV & KM zu lernen, spiegelte sich also auch im Interesse an ausgesuchten Methoden der NHV & KM wider (Kap. 4.2.4.3). Gleiche Ergebnisse zeigte eine britische Studie, bei welcher an fünf möglichen Methoden stets die weiblichen Befragten interessierter waren als männlichen (38). In der Heidelberger Studie fanden die weiblichen Studierenden hingegen nur einzelne Methoden (Akupunktur und Pflanzenheilkunde) signifikant interessanter (17). Die größte Differenz im Interesse nach Geschlechtern zeigte sich bei der Homöopathie (Abbildung 27). Hier lag der Anteil der (sehr) Interessierten unter den Frauen bei 44,7%, unter den Männern bei nur 24,7%. Die Homöopathie war auch insgesamt unter allen genannten Methoden am wenigsten interessant für die männlichen Befragten. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in der britischen Studie (38) und der Heidelberger Studie (17). In Kap. 4.2.6.1 wurde schon als ein möglicher Grund für das insgesamt geringe Interesse der Studierenden an Homöopathie die häufig kritische Betrachtung der Methode in den Medien diskutiert. Männer könnten sich einerseits stärker durch Medien beeinflussen lassen und andererseits auch seltener direkt in Kontakt mit dieser Methode gekommen und deshalb skeptischer sein. Dieser Zusammenhang wird in Kap. 4.2.8 weiter diskutiert.

4.2.6.3 Alter

Im Gegensatz zum Geschlecht unterschieden sich die verschiedenen Altersklassen im Interesse nur bei einigen Methoden (Abb.33-43/ Kap.3.3.4). Die 22-24-Jährigen waren signifikant interessierter an Entspannungsverfahren wie z.B. Yoga ($p=0,002$). Diese sind in den letzten Jahren immer populärer geworden. Jüngere Studierende könnten dem

Trend positiver gegenüberstehen und deshalb größeres Interesse dafür bekunden. Die jüngeren Klassen waren außerdem signifikant interessierter an der Akupunktur ($p=0,018$). Ähnlich wie bei den Entspannungsverfahren könnte auch hier ein Zusammenhang mit der großen Medienpräsenz bestehen. Die älteste Klasse war signifikant interessierter an TCM ($p=0,018$). Das könnte damit zusammenhängen, dass sie schon mehr Gelegenheit hatten, eigene Erfahrungen mit diesen Methoden zu sammeln. Vergleichbare Untersuchungen gab es bisher nicht.

4.2.7 Kenntnisquellen von NHV & KM

4.2.7.1 Häufigkeitsverteilung der Kenntnisquellen

In allen acht Jahren der Befragung wurden von den Medizinstudierenden am häufigsten (69,0%) Erzählungen von Freunden und Familie als Kenntnisquelle angegeben (Abbildung 44/ Kap.3.4.1). Danach ordneten sich in absteigender Reihenfolge Zeitungen/ Zeitschriften (48,9%), Fernsehen (47,5%), eigene Erfahrung als Patient (34,1%), Internet (30,2%), Besuch eines Seminars/ Kurses (28,6%) und Sonstiges (13,7%) ein. Diese Verteilung ähnelt sehr den Ergebnissen der Umfrage an der Universität Heidelberg, denn auch in dieser waren 65,0% der Befragten über Erzählungen im Freundes- und Familienkreis in Kontakt mit NHV & KM gekommen, 48,0% hatten Berichte über NHV & KM im Fernsehen gesehen und 47,0% hatten darüber in Zeitungen/ Zeitschriften gelesen (17). Ebenfalls zeigte sich bei der Umfrage an der Berliner Charité, dass viele Studierende Methoden der NHV & KM durch Freunde und Familie kannten (33). Eigene Erfahrung als Patient hatten an der Universität Rostock weniger Studierende (34,0%) gesammelt als an der Berliner Charité (44,0%) (33), jedoch mehr Studierende als an der Universität Heidelberg (27,0%) (17). Die Befragung in Rostock fand im Vergleich zu den anderen beiden Orten zu einem späteren Zeitpunkt im Studium statt. Deshalb könnte die Wahrscheinlichkeit, eine Methode der NHV & KM bereits selbst erfahren zu haben, größer sein. Dass die befragten Studierenden in Berlin trotzdem häufiger eigene Erfahrungen mit NHV & KM gesammelt hatten, könnte daran liegen, dass sie Wahlfachstudierende eines CAM-Seminars waren und sich deshalb schon mehr mit Methoden der NHV & KM auseinandergesetzt hatten.

Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung Deutschlands mit 63,5% (7) war der Anteil der Studierenden, welche NHV & KM schon in Anspruch genommen hatten, an allen drei Studienorten deutlich niedriger. Da die Teilnehmerpopulation bei der Studierendenbefragung deutlich jünger war als bei repräsentativen Bevölkerungsumfragen, ist von einer

überdurchschnittlichen Gesundheit unter den Studierenden auszugehen, die die Inanspruchnahme von Medikamenten oder Behandlungen generell weniger notwendig macht (18). Weiterhin könnten Medizinstudierende stärker von ihrem vor allem zur konventionellen Medizin ausgerichteten Studium beeinflusst werden und deshalb skeptischer dem Gebrauch von NHV & KM gegenüberstehen.

Eigene Erfahrungen als Patient wurden unter den Medizinstudierenden in Rostock am häufigsten mit der Homöopathie (44,4%) und der Akupunktur (38,9%) gemacht. Diese Ergebnisse ähneln der Studie von Joos et al. aus Heidelberg (17) und der Studie von Witt et al. aus Berlin (33), bei der auch die meisten Befragten mit der Homöopathie und der Akupunktur eigene Erfahrungen gesammelt hatten. Während die Homöopathie neben klassischen Naturheilverfahren in einer allgemeinen Bevölkerungsumfrage in Deutschland im Jahr 2002 häufig genannt wurde, war die Inanspruchnahme der Akupunktur noch deutlich seltener (7). Das hängt sicherlich mit der erst 2006 eingeführten Erstattungsfähigkeit der Akupunktur zusammen (23) .

Als sonstige Kenntnisquelle wurde von den befragten Rostocker Studierenden am häufigsten die Famulatur (52,1%) genannt (Tabelle 10/ Kap.3.4.8). Die Famulatur als verpflichtendes Praktikum, welches sowohl in der Klinik als auch in der Praxis in den verschiedensten Fachrichtungen absolviert werden kann, bietet den Studierenden die Möglichkeit gelerntes Wissen aus dem Studium anzuwenden und vor allem auch ihren Wissenshorizont zu erweitern. Die Antwort der befragten Studierenden zeigt, wie wichtig Praktika im Studium sind, um Einblicke in neue Lerninhalte zu bekommen und Methoden kennen zu lernen, die im Studium oftmals zu kurz kommen. In der Heidelberger Studie wurde keine weiteren Kenntnisquelle diskutiert. In der Berliner Studie hatten die Studierenden nicht die Möglichkeit sonstige Kenntnisquellen zu nennen. Damit sind die Aussagen zu sonstigen Kenntnisquellen von NHV & KM in Rostock bisher einzigartig.

Alle Kenntnisquellen, mit Ausnahme des Internets, wurden über den Befragungszeitraum von acht Jahren annähernd gleich häufig angegeben. Das Internet als Kenntnisquelle hingegen nahm über die acht Jahre bis 2015 in der Antworthäufigkeit stetig zu. Dieses Ergebnis spiegelt sehr gut die immer stärkere Präsenz und Bedeutung des Internets in unserer heutigen Gesellschaft wider (62).

4.2.7.2 Kenntnisquellen und Interesse

Je nachdem durch welche Quellen die Studierenden NHV & KM kannten, war ihr Interesse daran unterschiedlich groß (Tabelle 6/ Kap.3.4.5). Am häufigsten (sehr) interessiert waren diejenigen, die NHV & KM durch den Besuch eines Kurses/ Seminars kannten (76,5%) oder eigene Erfahrungen als Patient damit gesammelt hatten (75,1%). Der

direkte Kontakt mit einem Fachgebiet wirkt sich also positiver auf das Interesse daran aus als der Informationsgewinn durch Hörensagen (Freunde/ Familie) oder durch Medien (Zeitungen, Internet, Fernsehen). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Verbreitung und Abhängigkeit vom Internet (62) verdeutlicht diese Studie die Bedeutung der Interaktion mit Personen, welche als Experten in diesem Fachbereich fungieren (Lehrende, Praktizierende). Weiterhin konnte in der Umfrage in Rostock nachgewiesen werden, dass das Interesse signifikant größer war, wenn die Befragten NHV & KM durch eigene Erfahrungen als Patient ($p < 0,001$), den Besuch eines Seminars/ Kurses ($p < 0,001$), Erzählungen von Freunden/ Familie ($p = 0,001$) und Zeitungen/ Zeitschriften ($p = 0,002$) kannten. Im Vergleich dazu zeigte sich bei den Kenntnisquellen Fernsehen, Internet und Sonstiges nicht dieser Zusammenhang. Sowohl im Fernsehen als auch im Internet muss in einigen Fällen die Seriosität und Intension der Informationsübermittlung in Form von Werbung, Sendungen und Artikeln in Frage gestellt werden. Das Internet als zunehmendes Leitmedium präsentiert eine große Menge an Informationen. Die Bandbreite ist hierbei sehr hoch. Die Informationen reichen von wenig fachlich fundiert, eher plakativ, bis hin zu gut recherchierten Artikeln. Unter den allgemein zugänglichen Artikeln gibt es viele, in denen eine gewisse Skepsis gegenüber NHV & KM verbreitet wird (63–69).

4.2.7.3 Eigene Erfahrung und Interesse an ausgewählten Methoden

Die eigene Erfahrung mit einer Methode zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit dem Interesse an der jeweiligen Methode. So waren beispielsweise 50,2% der Befragten, welche schon Erfahrung als Patient mit NHV & KM gesammelt hatten, (sehr) interessiert an der Homöopathie, während unter denjenigen, welche noch keine Erfahrungen hatten, nur 31,4% (sehr) interessiert an der Homöopathie waren (Tabelle 8/ Kap.3.4.7). Auch bei der Akupunktur zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang, denn 87% derjenigen, die schon eigene Erfahrungen damit gesammelt hatten, waren (sehr) interessiert daran, während von denen, die noch keine Erfahrung damit hatten, nur 71,5% (sehr) interessiert daran waren (Tabelle 9/ Kap.3.4.7). Anhand dieser beiden am häufigsten in Anspruch genommenen Methoden konnte der Zusammenhang zwischen Eigenerfahrung und Interesse an einer Methode nachgewiesen werden. Eine besondere Rolle spielte diese Erkenntnis bei der Homöopathie. Wie in Kapitel 4.2.6.1 ausgeführt, kannten fast alle befragten Studierende in Rostock diese Methode, aber nur wenige interessierten sich dafür. War die Quelle der Kenntnis nun aber die eigene Erfahrung als Patient, stieg das Interesse an der Homöopathie signifikant an ($p < 0,001$). Auch bei einer US-amerikanischen Studie von 2005 konnte gezeigt werden, dass die positive Einstellung

der befragten Studierenden signifikant mit der Eigenerfahrung von Methoden der NHV & KM zusammenhing (70).

4.2.7.4 *Kenntnisquellen nach Geschlecht und Altersklassen*

In der vorliegenden Untersuchung waren die Antworten beider Geschlechter bezüglich ihrer Kenntnisquellen sehr ähnlich. Einzig bei den eigenen Erfahrungen als Patient unterschieden sie sich signifikant (Abbildung 46/ Kap.3.4.3). Weibliche Studierende hatten etwa doppelt so häufig wie männliche Studierende eigene Erfahrungen als Patienten mit NHV & KM gesammelt (w: 14,0% vgl. m: 7,9%). Umfragen anderer Universitäten bestätigten diese Feststellung (71–73). Der Aspekt des Geschlechterunterschiedes in der Erfahrung mit NHV & KM wurde auch schon in einer Studie im Jahr 2002 behandelt. Unter den dort befragten Patienten hatten 70% der Frauen, aber nur 54% der Männer, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens ein komplementärmedizinisches Verfahren angewandt (7). Ein Grund hierfür könnte eine größere Skepsis der Männer gegenüber NHV & KM sein, welche u.a. durch die häufigere Nutzung des Internets als Kenntnisquelle bedingt sein könnte (m: 13,8% vgl. w: 10,2%). Diese wurde bereits in den vorherigen Kapiteln als eher negativ beeinflussendes Medium diskutiert (Kap.4.2.7.2). Die häufigere Selbsterfahrung der befragten weiblichen Studierenden steht in Zusammenhang mit dem größeren Interesse weiblicher Studierender an NHV & KM. So waren 77,7% der Frauen, die eigene Erfahrungen als Patient gemacht hatten, (sehr) interessiert daran etwas über NHV & KM zu lernen, während nur 61,5% der Männer, die eigene Erfahrungen als Patient gesammelt hatten, (sehr) interessiert daran waren, etwas über NHV & KM zu lernen.

Die drei verschiedenen Altersklassen unterschieden sich hingegen nicht signifikant in ihren Kenntnisquellen von NHV & KM (Abbildung 47/ Kap.3.4.4). Lediglich eigene Erfahrungen als Patient gaben die 28-40-Jährigen geringfügig häufiger an (15,9%) als die jüngeren Befragten (Mittel: 12,0%). Diese Tatsache kann auf das höhere Lebensalter zurückgeführt werden.

4.2.8 Erweiterung des Fragebogens ab 2015

4.2.8.1 *Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft*

Die Erweiterung des Fragebogens ab 2015 um zwei zusätzliche Fragen brachte neue wichtige Erkenntnisse mit sich, besonders im Hinblick darauf, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Beliebtheit einer Methode und der späteren Anwendungsbereitschaft gibt. Es beantworteten 80,6% (50/62) der befragten Studierenden die Frage,

welche Methoden der NHV & KM ihnen am besten gefielen und 79,0% (49/62) der Studierenden die Frage, welche Methode sie später auch anwenden würden. Das waren bei den offenen Fragen auf der Rückseite des Fragebogens also deutlich weniger, als bei den Kreuzfragen auf der Vorderseite des Fragebogens (Frage 1: 98,0%, Frage 2: 99,7%, Frage 3: 97,4%). Vier der zwölf Studierenden, welche keine Methoden notierten, gaben unter *Platz für Kommentare* als Grund dafür an, dass sie zu wenig Erfahrung in diesem Fachgebiet hätten, um die beiden Fragen beantworten zu können. Der Rest könnte unmotiviert gewesen sein, nach der Vorderseite auch noch die Rückseite ausfüllen zu müssen, mit dem zusätzlichen Aufwand der freien Formulierung, während auf der Vorderseite nur angekreuzt werden musste.

Trotz offener Fragenformulierung notierten die Studierenden auf der Rückseite des Fragebogens nur Methoden, die auf der Vorderseite schon genannt wurden. Ähnliches zeigte sich auch schon bei den sonstigen händisch eintragbaren interessanten Methoden auf der Vorderseite und wurde in Kap. 4.2.5 diskutiert. Beim Vergleich der Antworten auf Vorder- und Rückseite des Fragebogens des Jahres 2015 zeigte sich, dass Methoden, welche die befragten Studierenden auf der Likert-Skala am häufigsten mit (sehr) interessiert bewerteten, mit geringfügigen Abweichungen ($\leq$ zwei Stellen in der Rangfolge) auch diejenigen waren, welche als beliebteste Methoden generell notiert wurden (Tabelle 32/ Anhang). Es gab also eine Übereinstimmung in den Antworten trotz unterschiedlichem Fragenstil. Das unterstützt die Aussagefähigkeit dieser Untersuchung.

Beim Vergleich der genannten Methoden zur generellen Beliebtheit und zur späteren Anwendungsbereitschaft zeigte sich bei der Mehrzahl entweder eine exakte Übereinstimmung oder nur eine geringfügige Abweichung in der Rangfolge (Tabelle 11/ Kap.3.5.1). Es besteht also ein Zusammenhang zwischen der Beliebtheit und der späteren Anwendungsbereitschaft von Methoden der NHV & KM bei Studierenden der Universität Rostock. Je beliebter eine Methode unter den Studierenden war, desto größer war die Anwendungsbereitschaft als Arzt. Als einzige Methoden wichen davon die Physikalische Therapie und die TCM ab. Die Physikalische Therapie stand deutlich höher in der Rangfolge der Anwendungsbereitschaft als in der Methodenpräferenz. Das könnte an der einfachen Durchführbarkeit von Wasser-, Wärme- und Kälteanwendungen liegen, was einerseits das Interesse mindern könnte, andererseits jedoch die Anwendungsbereitschaft als Arzt fördert. Den Studierenden könnte auch bekannt sein, dass die Verordnung von Physikalischer Therapie im Gegensatz zu den anderen Verfahren von den Gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet wird und sie damit im Praxisalltag eine größere Bedeutung als die nicht erstattungsfähigen Verfahren hat. Dass die Studierenden dennoch im Verhältnis zur Anwendungsbereitschaft weniger Interesse an der Phy-

sikalische Medizin haben, könnte daran liegen, dass sie im Lehrangebot trotz ihrer erheblichen praktischen Bedeutung bisher stark vernachlässigt wird. Im Gegensatz zur Physikalischen Therapie stand die TCM deutlich höher in der Rangfolge der Methodenpräferenz als in der Anwendungsbereitschaft. Einerseits könnte der Aspekt des außer-europäischen Medizinsystems das Interesse der Studierenden stärker erwecken, andererseits könnte die Überwindung und vielleicht auch die Angst ein fremdländisches Medizinsystem bei Patienten anzuwenden größer sein, zumal sich die Durchführung schwieriger gestaltet. So müssten zum Beispiel chinesische Materialien für Dekokte gesondert besorgt werden. Vergleichbare Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Beliebtheit einer Methode und der späteren Anwendungsbereitschaft gab es bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht.

4.2.8.2 Unterschiede nach Geschlecht

Die weiblichen Befragten gaben, im Vergleich zu den männlichen Befragten, sowohl häufiger Auskunft zur Methodenpräferenz (w: 85,7% vgl. m: 70,0%) als auch zur Anwendungsbereitschaft (w: 85,7% vgl. m: 65,0%). Da die Population der Männer innerhalb der Befragung deutlich kleiner als die der Frauen war (Tabelle 3/ Kap.3.1.2), herrschte bei der Auswertung der Antworten auf der Rückseite eine Dominanz zugunsten der Frauen. Während bei der Methodenpräferenz die Frauen im Mittel eine Methode mehr nannten als die Männer, waren es bei der Anwendungsbereitschaft gleich viele Methoden pro Geschlecht. Die weiblichen Befragten interessierten sich insgesamt für mehr Methoden als die Männer. Die Anwendungsbereitschaft der Frauen war hingegen nicht größer, sondern genauso ausgeprägt wie bei den Männern. Das könnte aus einem Gefühl der Unsicherheit und Unerfahrenheit heraus entstanden sein. Passenderweise wurden die Kommentare zum Gefühl der mangelnden Kompetenz und Erfahrung zum Gebiet der NHV & KM von vier Frauen verfasst (Kap. 4.2.8.1).

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße innerhalb der Männerpopulation wurden weitere intensive Untersuchungen zu Geschlechterunterschieden bei dieser Thematik unterlassen, da die Ergebnisse nur eingeschränkt aussagefähig sind. Grob orientierend konnte festgestellt werden, dass bei beiden Geschlechtern die Akupunktur sowohl als beliebteste Methode generell, als auch zur späteren Anwendungsbereitschaft, am häufigsten notiert wurde (Tabelle 28+Tabelle 29/ Anhang). Das deckt sich eindeutig mit den bisherigen Ergebnissen. Weiterhin zeigte sich als größere Diskrepanz zwischen beiden Geschlechtern sowohl das auffallend geringe Interesse als auch die geringere Anwendungsbereitschaft der Männer gegenüber der Pflanzenheilkunde. Zur Anwendungsbereitschaft Medizinstudierender nach Geschlechtern liegen bisher keine vergleichbaren

Daten vor, jedoch zum Interesse nach Geschlechtern. So konnte speziell für die Pflanzenheilkunde in einer weiteren Studie nachgewiesen werden, dass weibliche Medizinstudierende signifikant interessierter daran waren als männliche (26). Ein Grund dafür könnte sein, dass mit der Pflanzenheilkunde oft Aspekte wie Kräuter sammeln, zubereiten etc. verbunden werden, welche traditionell eher weiblich geprägt sind.

4.2.8.3 Unterschiede nach Alter

Die drei verschiedenen Altersklassen unterschieden sich sowohl nur marginal darin, wie viele Methoden pro Person bei der Methodenpräferenz und der Anwendungsbereitschaft genannt wurden, als auch darin, welche Methoden genannt wurden (Tabelle 30+Tabelle 31/ Anhang). Es bestand das gleiche Problem wie unter Kapitel 4.2.8.2 beim Vergleich der Geschlechter beschrieben, da die Fallgruppen, vor allem die älteste Gruppe, zu klein war, um ein aussagefähiges Ergebnis erhalten zu können. Grob orientierend konnte festgestellt werden, dass alle Altersklassen sowohl in Präferenz als auch in Anwendungsbereitschaft sehr häufig die Akupunktur und die Entspannungsverfahren und zur Anwendung auch die Physikalische Therapie notierten, was mit der Auswertung der Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft insgesamt korreliert.

4.2.8.4 Anwendungsbereitschaft im Detail

Zur Anwendungsbereitschaft Medizinstudierender für Methoden der NHV & KM liegen keine vergleichbaren Daten aus Deutschland vor, dafür jedoch aus anderen Ländern der Welt. Der Vergleich ist aufgrund länderspezifischer Unterschiede bei den Methoden der NHV & KM teilweise schwierig. Trotzdem konnten Gemeinsamkeiten detektiert werden. Ähnlich wie in der vorliegenden Studie stellten in einer Umfrage von 2011 unter irischen Medizinstudierenden Entspannungsverfahren (v.a. Meditation), Akupunktur und Pflanzenheilkunde die beliebtesten Anwendungsoptionen dar (43). Bei anderen Umfragen in der Türkei und in Dänemark wurde nicht nach der Anwendungsbereitschaft von Medizinstudierenden gefragt, sondern danach, welche Methode sie später ihren Patienten weiterempfehlen würden. Mit dem Wissen einer inhaltlich eingeschränkten Vergleichbarkeit konnten Gemeinsamkeiten zur vorliegenden Befragung gefunden werden. Laut der Umfrage in der Türkei aus dem Jahr 2010 würden Medizinstudierende ihren Patienten am häufigsten Pflanzenheilkunde, Akupunktur und Entspannungsverfahren (v.a. Meditation) weiterempfehlen (44). Auch in der Studie aus Dänemark von 2008 waren Akupunktur und Pflanzenheilkunde diejenigen Verfahren, welche Medizinstudierende am häufigsten weiterempfehlen würden (45). Im Vergleich zeigte sich also, dass bei allen Studien Akupunktur, Pflanzenheilkunde und Entspannungsverfahren die Methoden der

NHV & KM waren, welche die meisten Medizinstudierenden entweder später anwenden oder zumindest weiterempfehlen würden.

Zusätzliche Erkenntnisse bringt ein Vergleich mit zwei Studien aus Deutschland, in denen Ärzte nach ihrer Anwendungsbereitschaft von NHV & KM befragt wurden (25, 74). Hierbei waren die Akupunktur, die Pflanzenheilkunde, die Homöopathie und die Neuraltherapie die am häufigsten angewendeten Verfahren. Bis auf die Homöopathie, welche die Studierenden in der vorliegenden Befragung im Vergleich zu anderen Verfahren seltener anwenden würden, ähnelten sich die Ergebnisse der Ärztebefragung mit denen der Rostocker Studierendenbefragung. Es gab also eine Korrelation zwischen ärztlichem Angebot und studentischer Anwendungsbereitschaft für Methoden der NHV & KM.

4.2.8.5 Anwendungsbereitschaft und Eigenerfahrung

Beim Vergleich der Eigenerfahrung als Patient und der Anwendungsbereitschaft als Arzt zeigte sich, dass bei fast allen Methoden entweder eine exakte Übereinstimmung oder nur eine geringfügige Abweichung in der Rangfolge ($\leq$ zwei Stellen) bestand (Tabelle 12/ Kap. 3.5.5). Methoden, die selbst als Patient erfahren wurden, würden also häufiger in der späteren Berufsausübung als Arzt angewendet werden. Einzig die Homöopathie wich davon ab. Sie wurde am häufigsten selbst erfahren (Tabelle 12/ Kap. 3.5.5), würde aber deutlich seltener auch angewendet werden. Obwohl die Eigenerfahrung einen positiven Effekt auf das Interesse an der Homöopathie hatte (Tabelle 8/ Kap.3.4.7) und das Interesse wiederum die Anwendungsbereitschaft für die Homöopathie positiv beeinflusste (Tabelle 11/ Kap.3.5.1), zeigte sich zwischen Eigenerfahrung und Anwendungsbereitschaft kein Zusammenhang. Betont werden muss hierbei jedoch noch einmal, dass das Interesse an der Homöopathie insgesamt unter den Studierenden eher gering war (Tabelle 15/ Kap.3.3.1). Eine mögliche Erklärung für die häufige Selbsterfahrung als Patient unter den Befragten könnte sein, dass von vielen Ärzten Homöopathie angeboten wird (22) und auch einige Krankenkassen diese erstatten (24). Das Angebot und die finanzielle Absicherung sind also relativ groß. Da das Interesse unter den Befragten jedoch eher gering ist, könnte vermutet werden, dass bei der Anwendung von NHV & KM unter Medizinstudierenden, genauso wie unter Ärzten, nur selten finanzielle Gründe eine Rolle spielen, sondern vielmehr die Überzeugung von der Wirksamkeit (25). Das Vertrauen in die Wirksamkeit scheint bei der Homöopathie gering zu sein. Gründe dafür wurden ausführlich in den Kapiteln 4.2.6.1, 4.2.6.2 und 4.2.7.3 diskutiert.

4.3 Methodenkritik

Eine wesentliche Stärke der vorliegenden Studie ist, dass als Befragungsinstrument ein bereits publizierter Fragebogen gewählt wurde, der in einer Querschnittstudie bei Medizinstudierenden an der Universität Heidelberg eingesetzt wurde (17). Das erlaubte den Verzicht auf die Erprobungsphase zur Überprüfung der Brauchbarkeit des Fragebogens, zudem waren Vergleiche zwischen den beiden Studienorten möglich. Die vorliegende Längsschnittstudie bildet im Gegensatz zu vergleichbaren Querschnittsstudien unter Medizinstudierenden nicht nur eine Momentaufnahme ab, sondern zeigt zusätzlich Entwicklungen. Auch die Validität der ableitbaren Aussagen und der Grad der Repräsentativität der Daten nahmen dadurch zu. Die Durchführung der Befragung zu Beginn der ersten Vorlesung zum Querschnittsbereich 12 war ein geeigneter Zeitpunkt zur Generierung der Daten, da an der ersten Vorlesung eines neuen Fachgebietes erfahrungsgemäß besonders viele Studierende teilnehmen, um sich darüber zu informieren. Zudem waren sie durch die fachspezifischen Vorlesungsinhalte noch nicht beeinflusst. Durch die anonymisierte Durchführung wurde der Objektivitätsgrad der Studie erhöht. Alle Befragten bekamen einen inhaltlich identischen Fragebogen vorgelegt, so dass eine große Anzahl von Personen verglichen werden konnte. Generelle Nachteile eines Fragebogens, zum Beispiel, dass nicht individuell auf jeden Befragten eingegangen werden kann und der Befragte durch die Vorgabe von Antwortmöglichkeiten beeinflusst und eingeschränkt wird, konnten in der vorliegenden Umfrage dadurch vermieden werden, dass Felder für sonstige Eintragungen frei gelassen wurden und der Platz für Kommentare auf der Rückseite explizit erwähnt wurde. Trotzdem nutzen insgesamt nur fünf Studierende das freie Feld für Kommentare, davon vier im Jahr 2015. In diesem Jahr wurden die Fragen zur Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft auf der Rückseite eingeführt und zusätzlich zur Vorderseite noch einmal der Hinweis *Platz für Kommentare* erwähnt. Diese Neuerung steigerte die Anzahl der Kommentare zu den Vorjahren deutlich. Die Kommentare der Studierenden gaben wichtige Hinweise zur Gestaltung der Vorlesung, aber auch Äußerungen zu Zweifeln an der eigenen Kompetenz. Ein weiterer Vorteil des Fragebogens war seine Kürze mit nur einer Seite. Das dürfte die Motivation der Studierenden, ihn vollständig auszufüllen, verglichen mit einem mehrseitigen Fragebogen, deutlich erhöht haben. Tatsächlich wurden von den im gesamten Untersuchungszeitraum auswertbaren Fragebögen 94,9% (767/808) komplett ausgefüllt. Ein weiterer Vorteil der Umfrage war der große Anteil geschlossener Fragen. Dadurch war der Aufwand für die Befragten durch das Ankreuzen geringer als bei den offenen Fragen, die einen händischen Eintrag und zudem mehr Nachdenken erforderten und erwartungsgemäß auch weniger häufig beantwortet wurden. Das zeigte sich in der Antwortrate der

einzelnen Befragungsjahre. Ab dem Jahr 2015, in dem es zwei offene Fragen auf der Rückseite gab, verringerte sich die Anzahl der komplett ausgefüllten Fragebögen im Mittel von 94,7% in den Vorjahren auf 71,0%. Dieses Phänomen wurde auch bei anderen Untersuchungen mit Fragebögen beschrieben (75). Die Frage zur Methodenpräferenz auf der Rückseite könnte zunächst als eine Wiederholung der Frage nach dem Interesse für einzelne vorgegebene Methoden auf der Vorderseite gehalten werden. Sie ist jedoch damit nicht austauschbar, denn hier konnten die Studierenden ihre eigene emotional tingierte Präferenz aktiv äußern. Um die Antwortvielfalt auf der Rückseite des Fragebogens zu erhöhen, könnte zukünftig beim Austeilen des Fragebogens explizit darauf hingewiesen werden, dass auch bisher nicht aufgeführte Methoden notiert werden können. Der Vorteil der Kürze des Fragebogens ist andererseits auch ein Nachteil, wenn es um die Generierung weiterer Informationen und Zusammenhänge geht. Interessante Aspekte wie z.B. die Erfragung des zukünftigen Fachbereiches der Medizinstudierenden, könnten auf Kosten der Kürze hinzugefügt werden.

Ein Defizit innerhalb der Studie ist der Verlust der Fragebögen aus dem Jahr 2014 nach dem maschinellen Einlesen in das Statistikprogramm SPSS. Dadurch konnten in diesem Jahr alle nicht vom Computer eingelesenen Daten, also alles Handschriftliche, nicht in die Auswertung einbezogen werden. Das beinhaltete vor allem die freien Felder. Es minderte die Aussagekraft zur Entwicklung der händisch eingetragenen Antworten. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass erst ab dem Jahr 2011 die Fragebögen maschinell eingelesen werden konnten. Davor wurden die Daten ausschließlich manuell eingegeben. Um Fehlerquellen zu reduzieren, wurden alle Fragebögen mehrmals durchgeschaut und mit den eingegebenen Daten verglichen. Zusätzlich trugen zwei Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten die Daten ein und verglichen sie miteinander, was abermals die Fehlerquote verringern konnte. Eine weitere Einschränkung im Rahmen der Befragung war, dass keine genauen Anwesenheitszahlen in der Vorlesung vorlagen. Dadurch konnte nicht ermittelt werden, inwieweit die Anzahl der Studierenden, die einen ausgefüllten Fragebogen abgaben, auch mit der Anzahl der in der Vorlesung anwesenden Studierenden übereinstimmte. Statt einer Rücklaufquote konnte nur eine Teilnahmequote berechnet werden, welche von der Gesamtanzahl der Studierenden des jeweiligen 10. Semesters hergeleitet wurde. Dieses Defizit könnte zukünftig beseitigt werden, indem eine unabhängige Person die Menge der anwesenden Studierenden in der ersten Vorlesung aus zählt. Das sichert auch weiterhin die Anonymität der Befragung. Mit dieser Information könnte dargestellt werden, ob die Meinung der Befragten der Meinung der in der Vorlesung Anwesenden entspricht und weiterhin wie viele zwar in der Vorlesung anwesend sind, jedoch keinen Fragebogen ausfüllen möchten.

Ausblick

Durch die Einführung des QB 12 als Pflichtfach in das Studium der Humanmedizin wurde sichergestellt, dass sich jeder zukünftige Arzt mit Methoden von NHV & KM auseinandersetzen muss und über einige Methoden grundlegende Kenntnisse erwirbt. Unter den Rostocker Studierenden, die von 2008 bis 2015 im Rahmen des QB 12 an der vorliegenden Umfrage teilnahmen, bestand großes Interesse daran, etwas über NHV & KM zu lernen. Um auch andere Medizinstudierende für das Fach zu begeistern und generell NHV & KM noch stärker im Medizinstudium zu etablieren, wäre eine Integration in andere Fachbereiche sinnvoll. Im Rahmen regulärer Vorlesungen von Fächern, wie zum Beispiel Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Gynäkologie, könnten bei verschiedenen Krankheitsbildern ergänzend wissenschaftlich gut abgesicherte Methoden der NHV & KM gelehrt und diskutiert werden. Dieser interdisziplinäre Lehransatz könnte einerseits die Vernetzung und Toleranz zwischen verschiedenen Fachbereichen als auch die Auseinandersetzung mit NHV & KM unter den angehenden Ärzten fördern.

Die Tatsache, dass es bisher kein bundeseinheitliches Curriculum zum QB 12 gibt, könnte als Chance genutzt werden, das Fach individuell an die Gegebenheiten des Studienortes und die Interessen der Studierenden anzupassen. Wichtige Voraussetzung hierfür ist jedoch die Abstimmung mit dem Gegenstandskatalog des IMPP. Die Prüfungsrelevanz einiger für die Studierenden interessanten Themengebiete im Bereich von NHV & KM könnte sich im Rahmen des Masterplans zum Medizinstudium 2020 ändern.

Um optimale Rahmenbedingungen für die Lehre im Fach QB 12 und für Wahlfächer im Bereich von NHV & KM zu schaffen, wären einige bildungspolitische Maßnahmen in Deutschland sinnvoll. Die Einführung einer staatlichen Forschungsförderung, so wie sie in anderen Ländern (z.B. Schweiz, USA, China, Indien) schon existiert und die Einrichtung ordentlicher Lehrstühle für NHV & KM wären bedeutende Schritte in diese Richtung.

Zusammenfassung

Korrelierend zur großen Nachfrage nach Naturheilverfahren und Komplementärmedizin (NHV & KM) innerhalb der Bevölkerung bieten immer mehr Ärzte entsprechende Methoden an. Als Reaktion darauf wurde in Deutschland im Jahr 2003 der Querschnittsbereich (QB 12) „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ als Pflicht- und Prüfungsfach in das Humanmedizinstudium eingeführt.

Ziel der vorliegenden Längsschnittstudie an der Universität Rostock war es, einen aktuellen Überblick zu Vorkenntnis, Interesse und späterer Anwendungsbereitschaft Medizinstudierender bezüglich NHV & KM zu gewinnen, Einflussfaktoren zu analysieren und herauszufinden, ob es einen Entwicklungstrend gab. Die Untersuchung wurde von 2008 bis 2015 mithilfe eines teilstandardisierten Fragebogens im 10. Semester des Medizinstudiums im Rahmen der obligatorischen ersten Vorlesung des QB 12 durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22.

Die vorliegende Studie hat ergeben, dass nahezu alle befragten Studierenden (97,4%) Vorkenntnisse zu NHV & KM hatten. Die häufigsten Kenntnisquellen waren Erzählungen von Freunden und Familie (69,0%). Deutlich weniger Befragte hatten einen Kurs/ Seminar besucht (28,6%) oder eigene Erfahrungen als Patient gesammelt (34,1%). Am häufigsten selbst erfahren wurden die Homöopathie (44,4%) und die Akupunktur (38,9%).

Die Mehrheit der befragten Studierenden (61,5%) war (*sehr*) *interessiert* daran, etwas über NHV & KM zu lernen. Die Teilnahmequote lag durchschnittlich bei 48,4%. Die Abschaffung der Anwesenheitspflicht in Vorlesungen des Humanmedizinstudiums im Wintersemester 2011/12 führte zu einem Rückgang der Teilnehmerzahlen an der Umfrage im QB 12. Entgegen der Vermutung, dass das Interesse an NHV & KM unter den ab 2012 freiwillig in der Vorlesung Anwesenden größer sei als unter den zuvor verpflichtend Anwesenden, blieb das Interesse über den gesamten Befragungszeitraum annähernd gleich groß. Unter weiblichen Studierenden und denjenigen, die NHV & KM durch eigene Erfahrung als Patient, den Besuch eines Seminars/ Kurses, Erzählungen von Freunden/ Familie und Zeitungen/ Zeitschriften kannten, war das Interesse signifikant größer als unter den männlichen Studierenden und denjenigen, die NHV & KM durch andere Quellen kannten. Insgesamt war das Interesse am größten, wenn Vorkenntnisse durch den Besuch eines Kurses/ Seminars (76,5%) oder eigene Erfahrungen als Patient (75,1%) bestanden. Eigene Erfahrungen wurden wiederum signifikant häufiger von weiblichen als von männlichen Befragten gemacht. Die von den Studierenden in absteigender Reihenfolge am häufigsten mit (*sehr*) *interessiert* bewerteten Methoden waren Akupunktur

(76,5%), Entspannungsverfahren (64,6%), Pflanzenheilkunde (56,6%), Traditionell Chinesische Medizin (TCM; 56,6%) und Physikalische Therapie (54,6%). Das Interesse an Methoden der NHV & KM war unter den weiblichen Studierenden und denjenigen, welche die Methode durch eigene Erfahrungen als Patient kannten, signifikant größer als unter den männlichen Studierenden und denjenigen, die bisher keine eigene Erfahrung damit gesammelt hatten. Die vorliegende Studie hat weiterhin ergeben, dass die unter den Studierenden bekanntesten Methoden häufiger mit (*sehr*) *interessiert* bewertet wurden als die unbekannten Methoden. Einzig die Homöopathie zeigte nicht diesen Zusammenhang. Obwohl sie eine der bekanntesten Methoden war (99,6%), bewertete nur eine Minderheit (39,6%) sie mit (*sehr*) *interessiert*. Im Gegensatz zu den anderen Fragepunkten, bei denen das Alter der Befragten keinen Einfluss hatte, gab es bei dem Interesse an einzelnen Methoden der NHV & KM signifikante Differenzen zwischen den verschiedenen Altersklassen des 10. Semesters. Die 22-24-Jährigen waren interessierter an Entspannungsverfahren, die 25-27-Jährigen an der Akupunktur und die 28-40-Jährigen an TCM. Ein weiterer Zusammenhang zeigte sich zwischen Eigenerfahrung, Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft. Die am häufigsten selbst erfahrenen Methoden der NHV & KM waren am beliebtesten unter den Studierenden. Weiterhin konnte in der Auswertung festgestellt werden, dass die zukünftige Anwendungsbereitschaft der Studierenden sowohl unter den am häufigsten selbst erfahrenen als auch unter den beliebtesten Methoden am größten war.

Das durchgängig große Interesse der Studierenden daran, etwas über NHV & KM lernen zu wollen, bestätigt Ergebnisse nationaler und internationaler Studien und hebt die Bedeutung des Faches QB 12 für das Humanmedizinstudium hervor. Viele der für die Studierenden interessanten Methoden werden bereits in der Vorlesung zum QB 12 thematisiert (z.B. Entspannungsverfahren, Pflanzenheilkunde, Physikalische Therapie). Einige unter den Studierenden beliebte Methoden wie Akupunktur, TCM oder Osteopathie werden hingegen (noch) nicht im Rahmen des QB 12 gelehrt, da sie bisher vom IMPP als nicht prüfungsrelevant bewertet wurden. Unabhängig davon bietet die Universität Rostock neben der obligatorischen Vorlesung zum QB 12 ein vielfältiges Angebot an Wahlfächern zu verschiedenen Methoden von NHV & KM an. Dadurch haben die Studierenden die Möglichkeit, ihre Interessen, auch abseits der bisher festgelegten prüfungsrelevanten Bereiche, zu verfolgen.

Abkürzungsverzeichnis

ÄAppO	Ärztliche Approbationsordnung
AWP	Anwesenheitspflicht
CAM	Complementary and Alternative Medicine
GK	Gegenstandskatalog
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KM	Komplementärmedizin
NHV	Naturheilverfahren
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog
m	männlich
QB	Querschnittsbereich
T&CM	Traditional and Complementary Medicine
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
w	weiblich
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Geschlechterverteilung in Prozent (%) pro Jahr.....	13
Abbildung 2: Altersverteilung	14
Abbildung 3: Altersklassen in Prozent (%) nach Jahren	15
Abbildung 4: Altersverteilung in Prozent (%) nach Geschlecht	16
Abbildung 5: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen, Häufigkeitsverteilung.....	17
Abbildung 6: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) pro Jahr	18
Abbildung 7: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) nach Geschlecht	19
Abbildung 8: Interesse, etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) nach Altersklassen ...	20
Abbildung 9: Interesse an ausgewählten Methoden der NHV & KM	21
Abbildung 10: Interesse an Akupunktur in Prozent (%) pro Jahr.....	22
Abbildung 11: Interesse an Entspannungsverfahren in Prozent (%) pro Jahr.....	23
Abbildung 12: Interesse an Pflanzenheilkunde in Prozent (%) pro Jahr.....	24
Abbildung 13: Interesse an TCM in Prozent (%) pro Jahr	25
Abbildung 14: Interesse an Neuraltherapie in Prozent (%) pro Jahr	26
Abbildung 15: Interesse an Physikalischer Therapie in Prozent (%) pro Jahr.....	27
Abbildung 16: Interesse an Homöopathie in Prozent (%) pro Jahr.....	28
Abbildung 17: Interesse an Orthomolekulartherapie in Prozent (%) pro Jahr	29
Abbildung 18: Interesse an Ayurveda in Prozent (%) pro Jahr	30
Abbildung 19: Interesse an Eigenbluttherapie in Prozent (%) pro Jahr	31
Abbildung 20: Interesse an Bioresonanztherapie in Prozent (%) pro Jahr	32
Abbildung 21: Interesse an Akupunktur in Prozent (%) nach Geschlecht	33
Abbildung 22: Interesse an Entspannungsverfahren in Prozent (%) nach Geschlecht	34
Abbildung 23: Interesse an Pflanzenheilkunde in Prozent (%) nach Geschlecht.....	35
Abbildung 24: Interesse an TCM in Prozent (%) nach Geschlecht.....	36
Abbildung 25: Interesse an Neuraltherapie in Prozent (%) nach Geschlecht.....	37
Abbildung 26: Interesse an Physikalischer Therapie in Prozent (%) nach Geschlecht.....	38
Abbildung 27: Interesse an Homöopathie in Prozent (%) nach Geschlecht	39
Abbildung 28: Interesse an Orthomolekulartherapie in Prozent (%) nach Geschlecht.....	40
Abbildung 29: Interesse an Ayurveda in Prozent (%) nach Geschlecht	41
Abbildung 30: Interesse an Eigenbluttherapie in Prozent (%) nach Geschlecht	42
Abbildung 31: Interesse an Bioresonanztherapie in Prozent (%) nach Geschlecht	43
Abbildung 32: Interesse an Akupunktur in Prozent (%) nach Altersklassen.....	44
Abbildung 33: Interesse an Entspannungsverfahren in Prozent (%) nach Altersklassen.....	45
Abbildung 34: Interesse an Pflanzenheilkunde in Prozent (%) nach Altersklassen	46
Abbildung 35: Interesse an TCM in Prozent (%) nach Altersklassen	47
Abbildung 36: Interesse an Neuraltherapie in Prozent (%) nach Altersklassen	48
Abbildung 37: Interesse an Physikalischer Therapie in Prozent (%) nach Altersklassen.....	49
Abbildung 38: Interesse an Homöopathie in Prozent (%) nach Altersklassen.....	50

Abbildung 39: Interesse an Orthomolekulartherapie in Prozent (%) nach Altersklassen	51
Abbildung 40: Interesse an Ayurveda in Prozent (%) nach Altersklassen.....	52
Abbildung 41: Interesse an Eigenbluttherapie in Prozent (%) nach Altersklassen.....	53
Abbildung 42: Interesse an Bioresonanztherapie in Prozent (%) nach Altersklassen.....	54
Abbildung 43: Interesse an sonstigen Methoden.....	55
Abbildung 44: Kenntnisquellen von NHV & KM, Häufigkeitsverteilung.....	56
Abbildung 45: Kenntnisquellen von NHV & KM in Prozent (%) nach Befragungsjahr.....	57
Abbildung 46: Kenntnisquellen von NHV & KM in Prozent (%) nach Geschlecht	58
Abbildung 47: Kenntnisquellen von NHV & KM in Prozent (%) nach Altersklassen.....	59
Abbildung 48: Interesse etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) nach Befragungszeit- raum (mit AWP vgl. ohne AWP).....	XIX

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Verfahren der Komplementärmedizin und Naturheilkunde	2
Tabelle 2: Teilnehmerzahlen von 2008-2015.....	12
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung des Geschlechts	12
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Altersklassen	14
Tabelle 5: Verteilung der Altersklassen nach Geschlecht in Spaltenprozent (%).....	16
Tabelle 6: Kenntnisquellen und Interesse daran, etwas über NHV & KM zu lernen in Spaltenprozent (%).....	60
Tabelle 7: Eigene Erfahrung als Patient mit Methoden der NHV & KM.....	61
Tabelle 8: Korrelation eigene Erfahrung als Patient und Interesse an Homöopathie	62
Tabelle 9: Korrelation eigene Erfahrung als Patient und Interesse an Akupunktur	62
Tabelle 10: Sonstige Kenntnisquellen im Detail.....	63
Tabelle 11: Vergleich von Methodenpräferenz und Anwendungsbereitschaft.....	64
Tabelle 12: Eigene Erfahrung als Patient und Anwendungsbereitschaft als Arzt.....	66
Tabelle 13: Altersverteilung nach Geschlecht in Spaltenprozent (%).....	XVIII
Tabelle 14: Interesse etwas über NHV & KM zu lernen pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XIX
Tabelle 15: Interesse an ausgewählten Verfahren der NHV & KM in Zeilenprozent (%)	XX
Tabelle 16: Interesse an Akupunktur pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XXI
Tabelle 17: Interesse an Entspannungsverfahren pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XXI
Tabelle 18: Interesse an Pflanzenheilkunde pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XXI
Tabelle 19: Interesse an TCM pro Jahr in Spaltenprozent (%).....	XXII
Tabelle 20: Interesse an Neuraltherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%).....	XXII
Tabelle 21: Interesse an Physikalischer Therapie pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XXII
Tabelle 22: Interesse an Homöopathie pro Jahr in Spaltenprozent (%).....	XXIII
Tabelle 23: Interesse an Orthomolekulartherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%).....	XXIII
Tabelle 24: Interesse an Ayurveda pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XXIII
Tabelle 25: Interesse an Eigenbluttherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%),	XXIV
Tabelle 26: Interesse an Bioresonanztherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%)	XXIV
Tabelle 27: Eigene Erfahrung als Patient und Interesse an NHV & KM nach Geschlecht in Spaltenprozent (%).....	XXIV
Tabelle 28: Methodenpräferenz nach Geschlecht	XXV
Tabelle 29: Anwendungsbereitschaft nach Geschlecht	XXV
Tabelle 30: Methodenpräferenz nach Altersklassen.....	XXVI
Tabelle 31: Anwendungsbereitschaft nach Altersklassen.....	XXVI
Tabelle 32: Methodenpräferenz- Aufschreiben vgl. Methodenpräferenz- Ankreuzen	XXVII
Tabelle 33: Teilnehmerquote unter Medizinstudierenden im 10. Semester der Universität Rostock	XXVII

Literaturverzeichnis

1. Weltgesundheitsorganisation. WHO traditional medicine strategy 2002-2005. Genève: WHO; 2005; http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf. [cited 2017 Apr 13].
2. Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella E, Raschetti R. Use of unconventional medicine in Italy: A nation-wide survey. *Eur J Clin Pharmacol* 2002; 58(1):61–4.
3. Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 2000; 8(1):32–6.
4. Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: what do patients want? *Patient Educ Couns* 2012; 89(3):417–22.
5. Institut für Demoskopie Allensbach. Naturheilmittel 2002 Wichtigste Erkenntnisse aus Allensbacher Trendstudien 2002; https://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/6326_Naturheilmittel_2002.pdf [cited 2017 Apr 13].
6. Marstedt G, Moebus S. Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin 2007; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 9.
7. U. Härtel/ E. Volger. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2004. 11:327–334
8. National Center of Complementary and Alternative Medicine. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?: National Center of Complementary and Alternative Medicine; 2012. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>. [cited 2017 Apr 13].
9. Weltgesundheitsorganisation. WHO traditional medicine strategy 2014 - 2023. Genève: WHO; 2013. http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/who_trm_strategy_2014-2023.pdf. [cited 2017 Apr 12].
10. Albrecht H. Zur Lage der Komplementärmedizin in Deutschland. *Forsch Komplementmed* 2013; 20(1):73–7.
11. Münstedt K, Hübner J. „Integrative Medizin“ – Bestandteil der Schulmedizin oder Scharlatanerie? *Frauenheilkunde up2date* 2014; 8(02):82–5.
12. Caspi O, Sechrest L, Pitluk HC, Marshall CL, Bell IR, Nichter M. On the definition of complementary, alternative, and integrative medicine: Societal mega-stereotypes vs. the patients' perspectives. *Altern Ther Health Med* 2003; 9(6):58–62.
13. Falkenberg T, Lewith G, Di Roberti Sarsina P, Ammon K von, Santos-Rey K, Hök J et al. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine--a realistic ambition? *Forsch Komplementmed* 2012; 19 Suppl 2:6–8.

14. Stange R, Amhof R, Moebus S. Naturheilverfahren, Komplementär- und Alternativmedizin im Bewusstsein und Handeln von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsmonitor 2006
15. Europäisches Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren Sebastian Kneipp Institut GmbH. Naturheilverfahren 2005, https://www.kneippaerztebund.de/fileadmin/user_upload/pdf/broschuere_naturheilverfahren.pdf. [cited 2017 May 10].
16. Adler MW, Kraft K, Stange R, editors. Lehrbuch Naturheilverfahren: 106 Tabellen. Stuttgart: Hippokrates-Verl.; 2010.
17. Joos S, Eicher C, Musselmann B, Kadmon M. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines "Curriculums Naturheilverfahren" an der Universität Heidelberg. Forsch Komplementmed 2008; 15(5):251–60.
18. Institut für Demoskopie Allensbach. Naturheilmittel 2010: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, https://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/7528_Naturheilmittel_2010.pdf. [cited 2018 Oct 2].
19. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 55, Bonn. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. [cited 2018 Oct 2].
20. Oldendick R, Coker AL, Wieland D, Raymond JI, Probst JC, Schell BJ et al. Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement. South Carolina Complementary Medicine Program Baseline Research Team. South Med J 2000; 93(4):375–81.
21. Druss BG, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. JAMA 1999; 282(7):651–6.
22. gbe-bund. Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung); 2017, <http://www.gbe-bund.de>. [cited 2018 Oct 4].
23. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ in Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ und in Anlage II „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“: Akupunktur - vom 18. April 2006/19. September 2006, Dtsch Arztebl 2006; 103(50): A-3429 / B-2985 / C-2867. [cited 2017 Apr 27].
24. Krankenkassen.Deutschland. Viele Krankenkassen zahlen für alternative Medizin; 2017. Available from: URL: <https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/gesetzliche-krankenkassen/alternative-medizin/>. [cited 2018 Oct 4].
25. Thanner M, Nagel E, Loss J. Komplementäre und alternative Heilverfahren im vertragsärztlichen Bereich: Ausmass, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots. Gesundheitswesen 2014; 76(11):715–21.

26. Linde K, Alschner A, Friedrichs C, Joos S, Schneider A. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Forsch Komplementmed* 2014; 21(2):111–8.
27. Cowen VS, Cyr V. Complementary and alternative medicine in US medical schools. *Adv Med Educ Pract* 2015; 6:113–7.
28. Varga O, Marton S, Molnar P. Status of complementary and alternative medicine in European medical schools. *Forsch Komplementmed* 2006; 13(1):41–5.
29. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 44, Bonn. Approbationsordnung für Ärzte 2002 [cited 2017 Apr 19].
30. Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Universitäre Einrichtungen für Naturheilkunde, Komplementärmedizin. <http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de/links>. [cited 2018 Sept 12].
31. Lehrstuhl für Naturheilkunde- Universitätsmedizin Rostock. Available from: URL: <https://naturheilkunde.med.uni-rostock.de/lehre/>. [cited 2018 Sept 20]
32. Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin- Universitätsmedizin Rostock. Available from: URL: <https://onkologie.med.uni-rostock.de/lehre/lehrveranstaltungen/>. [cited 2018 Sept 20]
33. Witt CM, Brinkhaus B, Willich SN. Teaching complementary and alternative medicine in a reform curriculum. *Forsch Komplementmed* 2006; 13(6):342–8.
34. Rolf Schulmeister. Abwesenheit von Lehrveranstaltungen: Ein nur scheinbar triviales Problem; Hamburg, 2015. https://www.campus-innovation.de/fileadmin/dokumente/Schulmeister_Anwesenheit__Abwesenheit__2_.pdf. [cited 2018 Jun 19].
35. Ludwig Huber. Lernfreiheit, Lehrfreiheit und Anwesenheitspflicht. *die hochschule*, 2/2016. https://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/16_2/Huber.pdf. [cited 2018 Jun 19].
36. Prorektorat Studium und Lehre. Teilnahme an Lehrveranstaltungen: Problemaufriss und Vorschläge: Universität Bielefeld; 2018. http://www.uni-bielefeld.de/rektorat/Lehre/Teilnahme_an_Lehrveranstaltungen_2018.pdf. [cited 2018 Jun 19].
37. Statistisches Bundesamt (Destatis). Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Lange Reihen mit Jahresergebnisse ab 1975; 2017. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html?cms_gtp=152382_list%253D1&https=1. [cited 2017 Apr 17].
38. Greenfield SM, Brown R, Dawlatly SL, Reynolds JA, Roberts S, Dawlatly RJ. Gender differences among medical students in attitudes to learning about complementary and alternative medicine. *Complement Ther Med* 2006; 14(3):207–12.

39. HQE Controlling Universität Rostock (Stabsstelle für Hochschul- und Qualitätsentwicklung). Monika Neumann. Anzahl der Medizinstudierenden pro Semester von 2007 bis 2017 an der Universität Rostock. Tabellarische Übersicht. Zugedankt am 24.03.2017.
40. HQE Controlling Universität Rostock. Absolvent*innen nach Studienfach in den Prüfungsjahren 1995 bis 2016: Universität Rostock; 2016. <https://www.uni-rostock.de/einrichtungen/zentrale-einrichtungen/hochschul-und-qualitaetsentwicklung/controlling/statistik/>. [cited 2017 Mar 22]
41. Isabelle Grassmé. Vorlesung schwänzen?: Eine Forschungsstudie zur An-/ Abwesenheit von Studierenden in Vorlesungen sowie die Analyse der Beweggründe und Motive, die Vorlesung nicht zu besuchen. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; 2016. https://www.ee-bf.studium.fau.de/files/2018/07/An-_und_Abwesenheit_in_Vorlesungen.pdf. [cited 2018 Jun 19].
42. Flaherty G, Fitzgibbon J, Cantillon P. Attitudes of medical students toward the practice and teaching of integrative medicine. *Journal of Integrative Medicine* 2015; 13(6):412–5.
43. Loh KP, Ghorab H, Clarke E, Conroy R, Barlow J. Medical students' knowledge, perceptions, and interest in complementary and alternative medicine. *J Altern Complement Med* 2013; 19(4):360–6.
44. Akan H, Izbirak G, Kaspar EC, Kaya CA, Aydin S, Demircan N et al. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. *BMC Complement Altern Med* 2012; 12:115.
45. Damgaard-Morch NL, Nielsen LJ, Uldall SW. Københavnske medicinstuderendes kendskab og holdninger til komplementær og alternativ medicin. *Ugeskr Laeger* 2008; 170(48):3941–5.
46. Furnham A, McGill C. Medical students' attitudes about complementary and alternative medicine. *J Altern Complement Med* 2003 [cited 2017 Apr 6]; 9(2):275–84.
47. Prof. Dr. med. habil. Kraft, Karin. Seminarkongress Naturheilverfahren und Komplementärmedizin, 16./17.1.2009, Bonn: NHV/QB12 – ein neues Curriculum in fremder Umgebung. https://www.uniform-naturheilkunde.de/seminarkongress/abstracts_berichte/Kraft.pdf. [cited 2017 Jun 16].
48. Smith BW, Dalen J, Wiggins KT, Christopher PJ, Bernard JF, Shelley BM. Who is willing to use complementary and alternative medicine? *Explore (NY)* 2008; 4(6):359–67.
49. Greenfield SM, Innes MA, Allan TF, Wearn AM. First year medical students' perceptions and use of complementary and alternative medicine. *Complement Ther Med* 2002; 10(1):27–32.
50. Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller C-H. The career expectations of medical students: Findings of a nationwide survey in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(18):327–32.
51. Nicolao M, Tauber MG, Heusser P. How should complementary and alternative medicine be taught to medical students in Switzerland? A survey of medical experts and students. *Med Teach* 2010; 32(1):50–5.

52. guenther. Yoga in Deutschland: Yoga in Zahlen: Gesellschaft für Konsumforschung (GfK); 2014. <https://www.yoga.de/downloads/studien/yoga-in-zahlen-2015/>. [cited 2018 Jun 28].
53. bvo Bundesverband Osteopathie e.V. Osteopathie hilft immer mehr Menschen; 2018. <https://bv-osteopathie.de/2018/04/06/osteopathie-hilft-immer-mehr-menschen/>. [cited 2018 Jun 28].
54. Lehrstuhl für Naturheilkunde- Universitätsmedizin Rostock. Vorlesung Sommersemester 2018: QB 12: Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren. <https://naturheilkunde.med.uni-rostock.de/lehre/vorlesung-sommersemester-2018/>. [cited 2018 Jun 29].
55. Zentrales Vorlesungsverzeichnis. QB 12: Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren. <https://lsf.uni-rostock.de/qisserver/rds?state=verpublish&status=init&vmfile=no&moduleCall=webInfo&publishConfFile=webInfo&publishSubDir=veranstaltung&navigationPosition=lectures%2Csearch&breadcrumb=searchLectures&topitem=lectures&subitem=search&veranstaltung.veranstid=99126>. [cited 2018 Jun 29].
56. Bundesamt für Justiz und Verbraucherschutz. Approbationsordnung für Ärzte. https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html. [cited 2019 Jan 20].
57. IMPP. Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (IMPP-GK2). <https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html>. [cited 2019 Jan 28].
58. Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern). Pläne und Ausblick zur Zusammenarbeit mit dem IMPP: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen; 2017. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Delegiertenkonferenz/DK-2017-11/TOP_10_20171111_Masterplan_2020_GK_AWMF_zum_Versenden.pdf [cited 2019 Feb 06]
59. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM); 2015. http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf. [cited 2019 Feb 06].
60. Fritze et. al. Howmuch GK is in the NKLM?: A comparison between the catalogues of exam-relevant topics (GK) and the German National Competence-based Learning Objectives Catalogue for Undergraduate Medical Education (NKLM); GMS J Med Educ. 2017; 34(1): Doc9.
61. Tim Vogel. Ärztliche Prüfung: Das Stex im Wandel. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/200878/Aerztliche-Pruefung-Das-Stex-im-Wandel>. [cited 2019 Feb 06]
62. Krotz F. Die Mediatisierung kommunikativen Handelns: Der Wandel von Alltag und sozialen Beziehungen, Kultur und Gesellschaft durch die Medien [Zugl.: Hamburg, Univ., Phil. und Sozialwiss., Habil.-Schr., 2001]. Softcover reprint of the hardcover 1. ed. 2001. Wiesbaden: Westdt. Verl.; 2014.
63. Natalie Grams und Nikil Mukerji. Soll erst mal jemand beweisen, dass es nicht hilft ...; 2017. <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-09/alternativmedizin-homoeopathie-wirksamkeit-placeboeffekt-kritik>. [cited 2018 Jun 12].

64. Natalie Grams und Nikil Mukerji. Die Denkfehler der Homöopathie; 2017. <https://www.spektrum.de/news/denkfehler-der-homoeopathie/1499429>. [cited 2018 Jun 12].
65. Norbert Aust. Homöopathie-Kritik: "Es ist eine Pseudomedizin"; 2016. <https://www.sueddeutsche.de/.../homoeopathie-kritik-es-ist-pseudomedizin-1.2861787>. [cited 2018 Jun 12].
66. Eva Sudholt. „Als wäre ich aus einer Sekte ausgestiegen“; 2015. <https://www.welt.de/vermischtes/article147000535/Als-waere-ich-aus-einer-Sekte-ausgestiegen.html>. [cited 2018 Jun 12].
67. Lea Wolz. Gegen die Globulisierung; 2012. <https://www.stern.de/gesundheit/neues-sachbuch-zur-homoeopathie-gegen-die-globulisierung-3867936.html>. [cited 2018 Jun 12].
68. Harro Albrecht. Wehe! Wehe!: Homöopathie, Akupunktur, Ayurveda – der Aberglaube frisst die moderne Medizin.; 2010. <https://www.zeit.de/2010/37/M-Alternativmedizin>. [cited 2018 Jun 12].
69. Dr. rer. nat. Marc Meißner. Alternative Therapieverfahren: Homöopathie in der Kritik 2010. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/77721/Alternative-Therapieverfahren-Homoeopathie-in-der-Kritik>. [cited 2018 Jun 12].
70. Frye AW, Sierpina VS, Boisaubin EV, Bulik RJ. Measuring what medical students think about complementary and alternative medicine (CAM): a pilot study of the complementary and alternative medicine survey. *Advances in Health Sciences Education*. 2006. 11: 19–32
71. Wilkinson JM, Simpson MD. Complementary therapy use by nursing, pharmacy and biomedical science students. *Nurs Health Sci* 2001; 3(1):19–27.
72. Wardle JL, Sarris J. Student attitudes towards clinical teaching resources in complementary medicine: A focus group examination of Australian naturopathic medicine students. *Health Info Libr J* 2014; 31(2):123–32.
73. Ambrose ET, Samuels S. Perception and Use of Herbals Among Students and Their Practitioners in a University Setting. *J Amer Acad Nurse Practitioners* 2004; 16(4):166–73.
74. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: Results of a national survey. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011:495813.
75. Berger-Grabner D. Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler; 2016.
76. gbe-bund. Definition Naturheilkunde. <http://www.gbe-bund.de/>. [cited 2017 May 10].

Anhang 1

Tabelle 13: Altersverteilung nach Geschlecht in Spaltenprozent (%), n=792

		Geschlecht	
		weiblich	männlich
Alter	22	3,5%	0,5%
	23	16,0%	5,5%
	24	35,4%	18,8%
	25	20,7%	30,7%
	26	7,5%	13,8%
	27	5,4%	6,4%
	28	3,7%	8,7%
	29	3,7%	7,3%
	30	1,6%	1,8%
	31	0,7%	2,3%
	32	0,9%	0,9%
	33		0,5%
	34	0,5%	1,4%
	35	0,2%	0,9%
	37	0,2%	
	39	0,2%	
	40		0,5%
Gesamtsumme		100,0%	100,0%

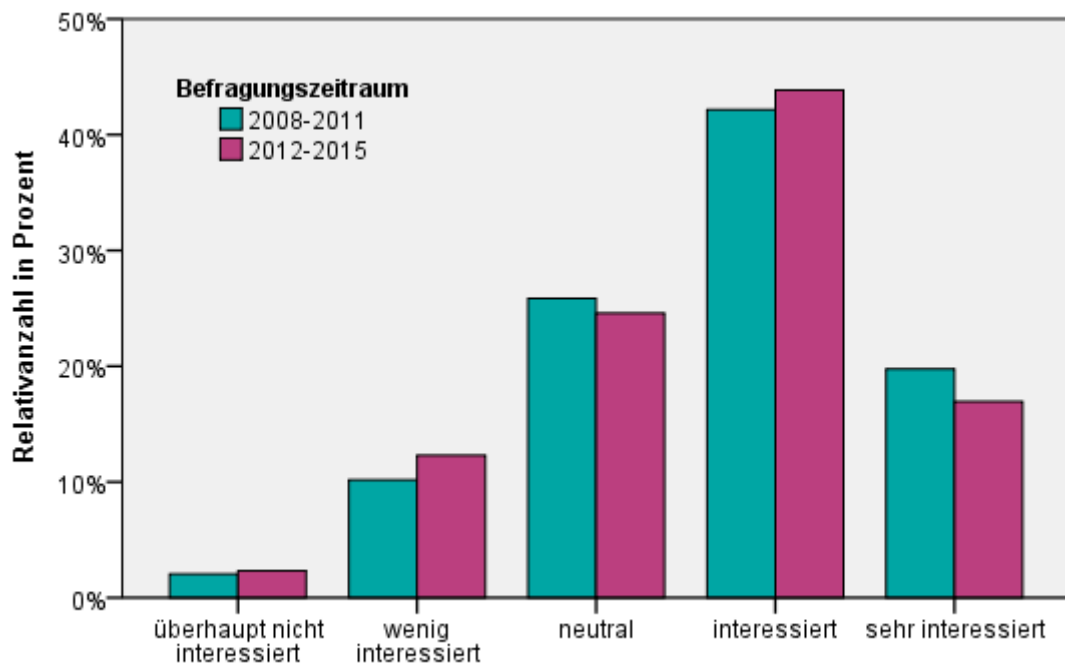


Abbildung 48: Interesse etwas über NHV & KM zu lernen in Prozent (%) nach Befragungszeitraum (mit AWP vgl. ohne AWP), n=792

Tabelle 14: Interesse etwas über NHV & KM zu lernen pro Jahr in Spaltenprozent (%), Befragungszeitraum: 2008 bis 2015, n=792

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	10,3	12,7	15,9	9,9	22,9	11,3	12,6	10,0
neutral	20,6	27,3	23,5	31,0	22,9	23,9	23,0	30,0
(sehr) interessiert	69,2	60,0	60,6	59,2	54,2	64,8	64,4	60,0
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 15: Interesse an ausgewählten Verfahren der NHV & KM in Zeilenprozent (%), absteigend sortiert nach „sehr interessiert“, Befragungszeitraum: 2008-2015, n=805

	überhaupt nicht interessiert	wenig interessiert	neutral	interessiert	sehr interessiert	kenne ich nicht	Gesamt
Akupunktur	1,6	5,9	15,6	40,6	35,9	0,2	100,0
Entspannungsverfahren	4,3	8,2	21,6	33,2	31,4	1,2	100,0
Pflanzenheilkunde	5,1	12,5	24,8	33,3	23,3	1,0	100,0
TCM	4,1	14,3	22,6	35,9	20,7	2,5	100,0
Neuraltherapie	4,4	13,2	25,0	29,1	18,8	9,6	100,0
Physikalische Therapie	2,4	13,6	28,1	36,4	18,2	1,4	100,0
Homöopathie	16,9	19,9	25,2	24,7	12,9	0,4	100,0
Orthomolekulartherapie	9,3	19,4	27,1	20,2	9,7	14,3	100,0
Ayurveda	10,6	20,0	24,5	20,1	8,0	16,9	100,0
Eigenbluttherapie	14,4	23,6	24,3	18,4	7,5	11,8	100,0
Bioresonanztherapie	9,0	15,9	24,8	17,3	6,7	26,4	100,0

*Tabelle 16: Interesse an Akupunktur pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	6,4	8,0	9,5	7,7	8,2	4,2	8,0	6,5
neutral	11,8	20,4	13,9	19,0	14,1	11,3	17,2	14,5
(sehr) interessiert	80,9	71,7	76,6	73,2	76,5	84,5	74,7	79,0
kenne ich nicht	0,9	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 17: Interesse an Entspannungsverfahren pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	11,8	14,3	14,0	13,4	14,3	12,5	6,9	11,3
neutral	25,5	25,0	16,9	25,4	20,2	18,1	19,5	19,4
(sehr) interessiert	62,7	60,7	67,6	59,9	61,9	68,1	73,6	66,1
kenne ich nicht	0,0	0,0	1,5	1,4	3,6	1,4	0,0	3,2
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 18: Interesse an Pflanzenheilkunde pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	12,7	20,4	21,9	16,2	27,1	15,3	8,0	18,0
neutral	25,5	26,5	24,8	26,8	21,2	22,2	20,7	29,5
(sehr) interessiert	61,8	53,1	52,8	55,6	49,4	61,1	70,1	50,8
kenne ich nicht	0,0	0,0	0,7	1,4	2,4	1,4	1,1	1,6
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 19: Interesse an TCM pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=807*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	14,7	19,5	19,0	20,4	18,8	16,7	18,4	17,7
neutral	20,2	21,2	20,4	21,1	27,1	30,6	26,4	16,1
(sehr) interessiert	62,4	54,9	56,9	56,3	51,4	50,0	54,0	64,5
kenne ich nicht	2,8	4,4	3,6	2,1	0,0	2,8	1,1	1,6
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 20: Interesse an Neuraltherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=804*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	17,3	16,8	13,9	19,7	14,1	12,7	21,2	27,9
neutral	18,2	20,4	25,5	36,6	23,5	22,5	22,4	26,2
(sehr) interessiert	60,0	54,0	48,2	40,1	48,2	52,1	41,2	36,1
kenne ich nicht	4,5	8,8	12,4	3,5	14,1	12,7	15,3	9,8
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 21: Interesse an Physikalischer Therapie pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=804*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	12,8	24,1	17,6	19,0	14,1	15,5	10,3	6,5
neutral	30,3	27,7	32,4	30,3	28,2	21,1	18,4	32,3
(sehr) interessiert	56,0	48,2	49,3	49,3	54,1	60,6	70,1	59,7
kenne ich nicht	0,9	0,0	0,7	1,4	3,5	2,8	1,1	1,6
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 22: Interesse an Homöopathie pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=805*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	33,9	34,8	38,7	35,2	35,3	43,1	31,0	47,5
neutral	27,5	31,3	19,0	26,1	23,5	29,2	27,6	16,4
(sehr) interessiert	38,5	33,9	41,6	38,7	40,0	27,8	41,4	34,3
kenne ich nicht	0,0	0,0	0,7	0,0	1,2	0,0	0,0	1,6
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 23: Interesse an Orthomolekulartherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=805*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	20,2	28,3	27,7	34,5	36,5	22,2	28,2	30,6
neutral	33,9	29,2	24,1	21,1	27,1	25,0	28,2	32,3
(sehr) interessiert	31,2	28,3	24,1	30,3	30,6	37,5	31,8	30,6
kenne ich nicht	14,7	14,2	24,1	14,1	5,9	15,3	11,8	6,5
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 24: Interesse an Ayurveda pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=805*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	20,0	30,1	26,7	34,5	36,5	33,3	32,6	35,5
neutral	28,2	26,5	22,2	23,9	23,5	20,8	27,9	21,0
(sehr) interessiert	36,5	27,4	28,1	26,1	23,5	23,6	29,1	29,0
kenne ich nicht	15,5	15,9	23,0	15,5	16,5	22,2	10,5	14,5
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 25: Interesse an Eigenbluttherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008 -2015, n=804*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	39,4	37,2	35,3	37,3	38,8	37,5	36,8	46,7
neutral	22,9	28,3	25,7	23,9	20,0	23,6	20,7	28,3
(sehr) interessiert	28,4	23,9	26,5	23,2	30,6	25,0	31,0	16,7
kenne ich nicht	9,2	10,6	12,5	15,5	10,6	13,9	11,5	8,3
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 26: Interesse an Bioresonanztherapie pro Jahr in Spaltenprozent (%),
Befragungszeitraum: 2008-2015, n=804*

	Befragungsjahr in %							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nicht/ wenig interessiert	16,5	21,4	28,7	28,9	23,5	18,1	30,2	30,6
neutral	27,5	25,0	22,1	24,6	31,8	19,4	25,6	21,0
(sehr) interessiert	27,5	26,8	12,5	28,9	22,4	26,4	19,8	32,3
kenne ich nicht	28,4	26,8	36,8	17,6	22,4	36,1	24,4	16,1
Gesamtsumme	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Tabelle 27: Eigene Erfahrung als Patient und Interesse an NHV & KM nach Geschlecht in
Spaltenprozent (%), Befragungszeitraum: 2008-2015, n=259*

	weiblich	männlich
nicht/ wenig interessiert	5,0	7,7
neutral	17,3	30,8
(sehr) interessiert	77,7	61,5
Gesamtsumme	100,0	100,0

Tabelle 28: Methodenpräferenz nach Geschlecht, n=50, Befragungsjahr 2015

Methodenpräferenz	Antworten pro Frau	Antworten pro Mann	Methodenpräferenz
Akupunktur	23	9	Akupunktur
Entspannungsverfahren	19	7	Entspannungsverfahren
Pflanzenheilkunde	15	3	TCM (außer Akupunktur)
Physikalische Therapie	10	2	Neuraltherapie
TCM (außer Akupunktur)	9	1	Physikalische Therapie
Neuraltherapie	9	1	Orthomolekulartherapie
Homöopathie	6	1	Pflanzenheilkunde
Bioresonanztherapie	4	1	Bioresonanztherapie
Orthomolekulartherapie	3	0	Homöopathie
Ayurveda	3	0	Ayurveda
Eigenbluttherapie	1	0	Eigenbluttherapie
Gesamtsumme	102	25	Gesamtsumme

Tabelle 29: Anwendungsbereitschaft nach Geschlecht, n=49, Befragungsjahr 2015

Anwendungsbereitschaft	Antworten pro Mann	Antworten pro Frau	Anwendungsbereitschaft
Akupunktur	7	21	Akupunktur
Entspannungsverfahren	6	13	Physikalische Therapie
Physikalische Therapie	4	10	Pflanzenheilkunde
Neuraltherapie	4	10	Entspannungsverfahren
TCM (außer Akupunktur)	2	10	Neuraltherapie
Orthomolekulartherapie	2	7	Homöopathie
Pflanzenheilkunde	1	5	TCM (außer Akupunktur)
Homöopathie	1	2	Orthomolekulartherapie
Ayurveda	1	1	Bioresonanztherapie
Bioresonanztherapie	0	0	Ayurveda
Eigenbluttherapie	0	0	Eigenbluttherapie
Gesamtsumme	28	79	Gesamtsumme

Tabelle 30: Methodenpräferenz nach Altersklassen, absteigend sortiert nach der jüngsten Klasse, n=50, Befragungsjahr 2015

Methodenpräferenz	22-24 Jahre	25-27 Jahre	28-40 Jahre
Akupunktur	16	11	7
Entspannungsverfahren	11	10	4
Pflanzenheilkunde	7	4	5
TCM (außer Akupunktur)	8	4	2
Physikalische Therapie	4	6	1
Neuraltherapie	3	6	2
Homöopathie	3	3	1
Bioresonanztherapie	3	0	1
Ayurveda	2	0	1
Orthomolekulartherapie	1	3	1
Eigenbluttherapie	0	1	0
Gesamtsumme	58	47	25

Tabelle 31: Anwendungsbereitschaft nach Altersklassen, absteigend sortiert nach der jüngsten Klasse, n=49, Befragungsjahr 2015

Anwendungsbereitschaft	22-24 Jahre	25-27 Jahre	28-40 Jahre
Akupunktur	14	9	5
Entspannungsverfahren	7	5	3
Physikalische Therapie	6	8	3
Pflanzenheilkunde	6	3	4
TCM (außer Akupunktur)	6	2	1
Homöopathie	6	1	1
Neuraltherapie	3	8	2
Orthomolekulartherapie	1	3	0
Bioresonanztherapie	1	0	0
Ayurveda	0	1	0
Eigenbluttherapie	0	0	0
Gesamtsumme	50	40	19

Tabelle 32: Methodenpräferenz- Aufschreiben vgl. Methodenpräferenz- Ankreuzen, Jahr 2015

Methodenpräferenz- Aufschreiben	Anzahl Antworten	Anzahl Antworten	Methodenpräferenz- Ankreuzen
Akupunktur	35	49	Akupunktur
Entspannungsverfahren	28	41	Entspannungsverfahren
Pflanzenheilkunde	18	40	TCM (außer Akupunktur)
TCM (außer Akupunktur)	16	37	Physikalische Therapie
Neuraltherapie	12	31	Pflanzenheilkunde
Physikalische Therapie	11	29	Neuraltherapie
Homöopathie	7	21	Homöopathie
Bioresonanztherapie	5	20	Bioresonanztherapie
Orthomolekulartherapie	5	19	Orthomolekulartherapie
Ayurveda	3	18	Ayurveda
Eigenbluttherapie	1	10	Eigenbluttherapie
Sonstiges: Osteopathie	3	5	Sonstiges: Osteopathie
Gesamtsumme	128	313	Gesamtsumme

Tabelle 33: Teilnehmerquote unter den Medizinstudierenden im 10. Semester der Universität Rostock, Zeitraum: 2008-2015

	Teilnehmer	Teilnehmer in %	Medizinstudie- rende 10.Se- mester	Medizinstudie- rende 10.Se- mester in %	Teilnehmer- quote in %
2008	110	13,6	187	11,2	58,8
2009	113	14,0	183	11,0	61,8
2010	137	17,0	181	10,9	75,7
2011	142	17,6	215	12,9	66,1
Summe	502	62,1	766	45,8	65,5
2012	85	10,5	221	13,2	38,5
2013	72	8,9	236	14,1	30,5
2014	87	10,8	221	13,2	39,4
2015	62	7,7	227	13,6	27,3
Summe	306	37,9	904	54,2	33,9
Gesamtsumme	808	100,0	1671	100	48,4

Anhang 2

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht und ist in gleicher oder ähnlicher Weise noch nicht als Studienleistung zur Anerkennung oder Bewertung vorgelegt worden. Ich weiß, dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Rostock

(Abgabedatum)

(Vollständige Unterschrift)

Thesepapier

These 1: Medizinstudierende der Universität Rostock haben Vorkenntnisse zu Naturheilverfahren & Komplementärmedizin.

These 2: Medizinstudierende der Universität Rostock kennen Naturheilverfahren & Komplementärmedizin häufiger durch Erzählungen von Freunden und Familie, als durch Besuch eines Seminares oder eigene Erfahrungen als Patienten.

These 3: Unter den Rostocker Medizinstudierenden werden eigene Erfahrungen als Patienten häufig mit Homöopathie und Akupunktur gesammelt.

These 4: Geschlecht und Alter der Medizinstudierenden der Universität Rostock wirken sich auf ihre Vorkenntnisse zu Naturheilverfahren & Komplementärmedizin aus.

These 5: Die Medizinstudierenden der Universität Rostock sind interessiert daran, etwas über Naturheilverfahren & Komplementärmedizin zu lernen.

These 6: Die Abschaffung der Anwesenheitspflicht in Vorlesungen der Universitätsmedizin Rostock im Wintersemester 2011/12 wirkt sich auf die Teilnehmerzahlen an der Umfrage aus.

These 7: Die Abschaffung der Anwesenheitspflicht in Vorlesungen der Universitätsmedizin Rostock im Wintersemester 2011/12 wirkt sich auf das Interesse der Medizinstudierenden an Naturheilverfahren & Komplementärmedizin aus.

These 8: Geschlecht und Alter der Rostocker Medizinstudierenden haben einen Einfluss auf ihr Interesse an Naturheilverfahren & Komplementärmedizin.

These 9: Die Vorkenntnisse von Medizinstudierenden der Universität Rostock wirken sich auf ihr Interesse an Naturheilverfahren & Komplementärmedizin aus.

These 10: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Beliebtheit und der späteren Anwendungsbereitschaft unter Medizinstudierenden der Universität Rostock bei den Methoden der Naturheilverfahren & Komplementärmedizin.

Lebenslauf

Christiane Böttcher
geboren am 25.12.1990
in Elsterwerda

Beruflicher Werdegang:

seit 07/2018 Ärztin in Weiterbildung für Allgemeinmedizin an der Klinik
Eilenburg (Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH)

Praktisches Jahr:

12/2017- 04/2018 Dermatologie, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie
und Allergologie Universitätsklinikum Leipzig
09/2017- 12/2017 Chirurgie (Allgemein- und Viszeralchirurgie, Neurochirurgie und
Unfallchirurgie), Sana Klinikum Borna
05/2017- 09/2017 Innere Medizin (Gastroenterologie, Infektiologie und
Diabetologie), Sana Klinikum Borna

Famulaturen:

02/2016- 03/2016 Neurologie, Königin-Elisabeth-Herzberge-Krankenhaus, Berlin
08/2015- 09/2015 Pädiatrie, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Spanien
02/2015- 03/2015 Praxis für HNO, Berlin
07/2014- 08/2014 Onkologie, Klinikum Südstadt, Rostock
02/2014- 03/2014 Praxis für Allgemeinmedizin, Bad Liebenwerda

Hochschulausbildung:

05/2018 Ärztliche Prüfung in Leipzig, Gesamtnote - gut (2,5) -
10/2016- 05/2018 Studium der Humanmedizin 11.-14. Semester,
Universität Leipzig
10/2011- 09/2016 Studium der Humanmedizin 01.-10. Semester,
Universität Rostock
10/2010- 03/2011 Studium der Gebärdensprachpädagogik,
Humboldt-Universität Berlin

Schulausbildung:

07/2010 Allgemeine Hochschulreife, Abschlussnote 1,2
09/2007- 07/2010 Elsterschloss-Gymnasium Elsterwerda
09/2003- 07/2007 Echtermeyer-Gymnasium Bad Liebenwerda
08/1997- 06/2003 Grundschule Bad Liebenwerda

Sprachkenntnisse: Deutsch (Muttersprache)
 Englisch
 Spanisch

Leipzig, den 07.03.2019

XXX