

Aus dem Institut und der Poliklinik für medizinische Psychologie
des Zentrums für Psychosoziale Medizin,
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
komm. Direktorin: Prof. Dr. Monika Bullinger

Einstellungen von Medizinstudierenden zur Psychiatrie
Vergleich Studierender eines problemorientierten (POL) und
eines traditionellen Studienganges

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
vorgelegt von

Christin Haufs
aus Nürnberg

Hamburg 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät

der Universität Hamburg am: 11.06.2008

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. Bullinger

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. H. van den Bussche

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: PD Dr. S. Harendza

Inhaltsverzeichnis

0	PROBLEMSTELLUNG	6
1	EINLEITUNG	7
1.1	Einleitung und Literaturübersicht.....	7
1.1.1	Einfluss des Geschlechtes auf Einstellungen zur Psychiatrie	13
1.1.2	Einfluss psychiatrischer Vorerfahrungen auf Einstellungen zur Psychiatrie	14
1.1.3	Einfluss von Psychiatrie-Praktika auf Einstellungen zur Psychiatrie	14
1.1.4	Einfluss von neuen Ausbildungskonzepten auf Einstellungen zur Psychiatrie	16
1.1.5	Einfluss von Persönlichkeit, Kontrollüberzeugungen und Befindlichkeit der Studierenden in Abhängigkeit vom Ausbildungskonzept	20
1.2	Ausbildungskonzepte: traditionelles und problemorientiertes Lernen	25
1.2.1	Traditionelles Ausbildungskonzept medizinische Fakultät Duisburg-Essen.....	26
1.2.2	Problemorientiertes Ausbildungskonzept medizinische Fakultät Hamburg.....	26
1.3	Untersuchungsgegenstand und Ziel der Untersuchung.....	30
1.4	Hypothesenbereiche.....	31
2	MATERIAL UND METHODEN	33
2.1	Studiendesign	33
2.2	Studienteilnehmer	33
2.3	Durchführung der Studie.....	33
2.3.1	Rückgabemodus und Ausschlusskriterien.....	34
2.4	Darstellung des Fragebogens.....	35
2.4.1	Biographische Daten	36
2.4.2	Standardisierte Fragebögen	36
2.4.2.1	Attitudes Towards Psychiatry-30 items (ATP-30).....	36
2.4.2.2	Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)	38
2.4.2.3	Der IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	41
2.4.2.4	Die Hospital Anxiety and Depression-Scale (HADS-D).....	45
2.5	Statistische Berechnungen.....	48

3	ERGEBNISSE	49
3.1	Deskriptive Ergebnisse.....	49
3.1.1	Rücklaufquoten der Stichproben.....	49
3.1.2	Demographische Daten der Studierenden beider Ausbildungskonzepte	50
3.1.3	Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden beider Ausbildungskonzepte.....	57
3.1.4	Deskriptive Darstellung der Ergebnisse zu den Studierenden beider Kohorten des Modellstudienganges Medizin	60
3.2	Ergebnisse zur Befindlichkeit der Studierenden beider Ausbildungskonzepte	67
3.3	Ergebnisse zu den Hypothesenbereichen	69
3.3.1	Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie	69
3.3.2	Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie in Anhängigkeit zentraler Persönlichkeitsbereiche	79
3.3.3	Zusammenhang zwischen zentralen Persönlichkeitsbereichen und Kontrollüberzeugungen Medizinstudierender und dem Ausbildungskonzept	82
4	DISKUSSION	96
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich zur Literatur.....	100
4.2	Methodendiskussion	116
4.3	Fazit und Ausblick.....	120
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	122
6	ABKÜRZUNGS-, TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	124
7	LITERATURVERZEICHNIS	130
8	DANKSAGUNG.....	145
9	LEBENS LAUF.....	146
10	ERKLÄRUNG.....	147

11	ANHANG.....	148
-----------	--------------------	------------

0 Problemstellung

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation werden die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie eines Modellstudienganges auf Basis des problemorientierten Lehrkonzeptes und eines Regelstudienganges in den ersten beiden Ausbildungsjahren an zwei deutschen, staatlichen Universitäten miteinander verglichen.

Hierzu stellten sich folgende Fragen:

Gibt es Unterschiede in den Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie zwischen den Medizinstudierenden des problemorientierten und denen des traditionellen Studienganges?

Haben andere Faktoren, wie Geschlecht, psychiatrische Vorerfahrungen, Persönlichkeitmerkmale oder Kontrollüberzeugungen der Medizinstudierenden einen Einfluss auf die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem von Medizinstudierenden gewählten Ausbildungskonzept und den Persönlichkeitsmerkmalen und Kontrollüberzeugungen dieser Studierenden?

Aus dieser Fragestellung heraus entwickelte sich die grundsätzliche Arbeitshypothese der Arbeit:

Die Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg, die auf der lerndidaktischen Grundlage des problemorientierten Lernens ausgebildet werden, haben positivere Einstellungen zur Psychiatrie, als die Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten, deren Hochschulausbildung der fächerbasierten traditionellen Lehre folgt.

Im Folgenden wird in das Thema eingeleitet und es wird eine Übersicht der themenspezifischen Literatur gegeben. Die Hintergründe der Fragestellung werden dargestellt und mit der beschriebenen Literatur wird die Grundlage für die dargestellten Hypothesen gelegt.

1 Einleitung

1.1 Einleitung und Literaturübersicht

Einstellung ist ein allgemeines, länger anhaltendes positives oder negatives Gefühl gegenüber einer Person, Objekt oder Thema (Petty et Cacioppo, 1981).

Einstellungen werden in der Literatur unterschiedlich definiert. Insgesamt beeinhaltet die meisten Definitionen in verschiedener Zusammenstellung eine affektive, eine kognitive und eine verhaltensorientierte Komponente (Fishbein et Ajzen, 1975; Bagozzi et Burnkrant, 1978; Triandis, 1975). Daneben wird mehrfach die Bereitschaft zur positiven oder negativen Bewertung von Objekten oder Reaktion auf Objekte unter dem Aspekt von Gefühlen und Meinungen beschrieben (Sherif et Sherif, 1969; Stroebe, 1980). Je nach den persönlichen Erfahrungen eines Individuums mit Objekten, Personen, Situationen, Ideen oder Werten werden die Einstellungen unterschiedlich strukturiert (Sherif et Sherif, 1969; Allport, 1935).

Die ersten Einstellungen werden meist durch das Elternhaus geprägt (familiäre Sozialisation). Die Eltern haben die Kontrolle über den Zugang ihrer Kinder zu Informationen und belohnen bzw. sanktionieren geäußerte Meinungen und Verhalten. Es bilden sich erste Kategorien von Einstellungen, Meinungen und Werten heraus. Mit zunehmendem Alter der Kinder werden Gleichaltrigengruppen („peer-groups“) als neue Grundlage zur Bildung von Einstellungen, Meinungen und Verhalten immer wichtiger. Oft findet eine Abgrenzung der Einstellungen innerhalb der „peer-groups“ zu den Erwartungen und Wertvorstellungen der Eltern statt.

Wird das Verhalten (oder eine Einstellung) in bestimmten Situationen belohnt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten (die Einstellung) in ähnlichen Situationen erneut gezeigt wird. Verhaltensweisen und Einstellungen können durch den bewussten Einsatz von positivem bzw. negativem Feedback auf verbaler und nonverbaler Ebene konditioniert werden (Frey et Irle, 1993). Faktoren, die einen Einfluss auf Verhalten und Einstellungen haben können, sind neben den genannten exogenen Faktoren auch die individuellen Persönlichkeitscharakteristika und die eigene psychosoziale Befindlichkeit.

Einstellungen von Studierenden der Medizin gegenüber ärztlich-klinischen Versorgungseinrichtungen und Therapieformen sind von entscheidender Bedeutung für die Patientenversorgung eines Landes und somit auch für den ärztlichen Berufsstand selbst. Dies gilt im Besonderen auch für das Fachgebiet der Psychiatrie. Seit den

sechziger Jahren (Moos et Yalom, 1966) sind die Einstellungen Medizinstudierender gegenüber dem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie sowie gegenüber psychisch Kranken ein Untersuchungsgegenstand der Ausbildungsforschung. Die Einstellungen dienen als zentrale Grundlage späteren ärztlichen Handelns und sind entscheidend für den Umgang mit den Patienten in der medizinischen Grundversorgung (Eaton et Goldstein, 1977). Positive Einstellungen zur Psychiatrie könnten zukünftige Ärzte empfänglicher für psychologische Bedürfnisse und Komorbiditäten von Patienten aller medizinischen Bereiche machen (Nielsen et Eaton, 1981). Die Möglichkeiten, ärztlichen Nachwuchs in der Psychiatrie einzustellen, hängen auch von dessen positiver Sichtweise des Fachgebietes ab (Weissman et al., 1994; Pan et al., 1990).

Daher sind die wesentlichen Zielgrößen der Ausbildungsforschung in der Psychiatrie:

1. grundlegende studentische Einstellungen zur Psychiatrie und psychisch Kranken
2. die Evaluation der Ausbildungsveranstaltungen (Vorlesung und Kurs)
3. Auswirkungen von Weiterentwicklungen des medizinischen Curriculums
4. die Anzahl der Studienabsolventen mit dem Berufswunsch Psychiatrie

In den USA und Großbritannien kam es in den letzten Jahrzehnten immer wieder zu einem Mangel an ärztlichem Nachwuchs des Fachbereiches Psychiatrie (Nielsen et Eaton, 1981; Nielsen, 1979; Brook, 1983).

Die Anzahl der angehenden Ärzte mit dem Karrierewunsch Psychiatrie lag zunächst in den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg in den Vereinigten Staaten bei 7-10%, auch bedingt durch national geförderte Ausbildungsprogramme für den Fachbereich Psychiatrie (Albee, 1959; Nielsen, 1979). Ab den 60er Jahren sank die Zahl der amerikanischen Medizinstudierenden mit dem Weiterbildungswunsch im Fachbereich Psychiatrie ab auf ca. 4% Ende der 70er Jahre (Nielsen, 1979; Taintor & Nielsen, 1981). In Großbritannien wählten in den Jahren von 1966 – 75 durchschnittlich 4% der medizinischen Hochschulabsolventen eine Karriere in der Psychiatrie, wobei sich die „medical schools“ in der Anzahl der angehenden Fachärzte dieses Fachgebietes deutlich unterschieden (Brook, 1983). Auch in jüngerer Vergangenheit setzte sich beschriebener Trend fort, dass weniger Medizinstudierende sich für eine psychiatrische Weiterbildung entschieden (Feifel et al., 1999; Chung et Prasher, 1995). Ein Grund dafür mag sein, dass junge Ärzte sich im Umgang mit Patienten der Psychiatrie nicht sicher fühlen (Williams et al., 1997). Diskutiert wurde auch der Einfluss eines

stereotypen, vorgefertigten Arztbildes der Medizinstudierenden, mit dem Psychiater nicht übereinstimmten (Scher et al., 1983). Daraus resultierten in diesen Ländern wiederholt Engpässe in der Versorgung psychisch Kranker, insbesondere chronisch kranker Menschen.

Die Situation bezüglich des psychiatrischen Nachwuchses ist in Deutschland im internationalen Vergleich ähnlich. Die Kassenärztlichen Vereinigungen meldeten Anfang 2006 13 % offene Planbereiche bei den Nervenärzten und 14% bei den Psychotherapeuten im gesamten Bundesgebiet, davon ein großer Anteil in den neuen Bundesländern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). Die Niederlassungsmöglichkeiten waren für die Psychotherapeuten in Deutschland (einschließlich der psychologischen Psychotherapeuten) mit der absoluten Anzahl von 2.050 offenen Niederlassungen zu Beginn des Jahres 2006 an zweiter Stelle hinter den Hausärzten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). In den letzten Jahren zeichnet sich in Deutschland zudem ein zunehmender allgemeiner Ärztemangel ab. Zum einen steigt das Durchschnittsalter der Ärzte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich immer weiter an. Die Ärzte in den Kliniken waren 1993 noch durchschnittlich 38,1 Jahre, 2002 waren sie 40,4 Jahre alt. Die niedergelassenen Ärzte waren 1993 durchschnittlich 46,6 Jahre alt, zehn Jahre später sind es durchschnittlich 50,1 Jahre. Im Jahr 2002 war der Anteil der über 59-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten in Deutschland um 58% angestiegen. In den neuen Bundesländern werden bis 2012 ca. 35 – 40% aller dortigen Hausärzte in den altersbedingten Ruhestand gehen. Auf der anderen Seite zeigt die Nachwuchsentwicklung eine sinkende Anzahl an Absolventen des Medizinstudiums: Die Gesamtzahl der Medizinstudierenden von 90.594 (1993) verringerte sich bis zum Jahr 2002 um rund 14% auf 78.303. Die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums sank von 1993 bis zum Jahr 2001 sogar um ca. 25% (Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Bundesärztekammer, 2002). Zudem entscheiden sich immer mehr Absolventen für eine Karriere abseits der direkten Patientenversorgung oder üben den ärztlichen Beruf im Ausland aus.

Dem Ärztemangel steht die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung gegenüber. Nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes steigt die Zahl der über 65-Jährigen bis zum Ende der 2030er Jahre von aktuell knapp 16 Millionen auf circa 24 Millionen. Bis zum Jahr 2050 erfolgt dann ein leichter Rückgang. Unablässig zunehmen wird die Zahl der ab 80-Jährigen von knapp 4 Millionen im Jahr 2005 auf 10 Millionen im Jahr 2050. Die Relation zwischen Jung

und Alt verschiebt sich hin zu den Älteren. So waren Ende 2005 noch 20% der Bevölkerung jünger als 20 Jahre und 19% 65-jährig oder älter. Im Jahr 2050 werden die unter 20-Jährigen noch ca. 15%, die ab 65-Jährigen dafür über 30% der Bevölkerung stellen. Dabei zeigt der Altenquotient eine kritische Beschleunigung der Alterung zwischen den Jahren 2020 und 2030 (Statistisches Bundesamt, 2006).

Mit der wachsenden Vergreisung der deutschen Bevölkerung wird voraussichtlich auch die Anzahl der gerontopsychiatrischen Patienten zunehmen, was den medizinischen Nachwuchsmangel im Fachbereich Psychiatrie zukünftig verschärft und die Bedeutung der Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie steigert.

Eine Vielzahl von internationalen Studien befasste sich mit der beschriebenen Thematik und zeigte, dass die globalen Einstellungen von Studierenden zur Psychiatrie und Psychotherapie durchaus positiv sind (Alexander et Eagles, 1990; Baptista et al., 1993; Chung et Prasher, 1995; Samuel-Lajeunesse et Ichou, 1985; Shelley et Webb, 1986; Singer et al., 1986; Sloan et al., 1996).

Dennoch ist die Motivation der Medizinstudierenden im Fach Psychiatrie zu arbeiten gering. In einer Untersuchung von Creed und Goldberg von 1987 zeigten 265 englische Medizinstudierende, dass ihre globalen Einstellungen gegenüber dem Fach Psychiatrie positiv sind. Trotzdem zogen nur 2% der Studierenden eine zukünftige Karriere in der Psychiatrie für sich in Betracht (Creed et Goldberg, 1987).

Der Zeitpunkt der Befragung der Studierenden innerhalb ihres laufenden Studiums wurde in den verschiedenen Studien ganz unterschiedlich gewählt:

In wenigen Studien zu den Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie wurden die Studierenden direkt zu Beginn ihres Studiums befragt (Feifel et al., 1999; Malhi et al., 2002); andere befragten die Studierenden zum Abschluss ihres Medizinstudiums (Galletly et al., 1995); wiederum andere Studien wurden gleichzeitig in verschiedenen Semestern bzw. nach Abschluss des Studiums durchgeführt und gaben dadurch einen Eindruck ähnlich einer Langzeitstudie (Araya et al., 1992; Baptista et al., 1993).

Im Jahr 1999 befragten Feifel und Mitarbeiter 221 US-amerikanische „freshmen“ Medizinstudierende zur Attraktivität des Fachgebietes der Psychiatrie anhand zahlreicher Faktoren wie Berufszufriedenheit, Möglichkeit den Patienten zu helfen, „Lifestyle“, Prestigeträchtigkeit des Berufes in der Gesellschaft, finanzielle Entlohnung, wissenschaftliche Fundiertheit des Faches und positive Zukunftsaussichten. Psychiatrie wurde in den meisten Punkten im Vergleich zu den Fächern Innere

Medizin, Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe sowie Chirurgie als weniger attraktiv bewertet. Insgesamt gab ein Studierender das Fach Psychiatrie als sein primäres Berufsziel an, 16 Studierende zogen die Psychiatrie in ihre engere Wahl. Für unwahrscheinlich hielten es gut 35% der Befragten, die Psychiatrie als Beruf zu wählen und für ausgeschlossen hielten es über 25% (Feifel et al., 1999).

Die Fragestellung von Feifel et al. wurde von Malhi und seiner Arbeitsgruppe 2002 für ihre Untersuchung wieder aufgegriffen. Ihre Befragung von 665 australischen Medizinstudierenden führte zu vergleichbaren Aussagen bezüglich der Attraktivität des Fachgebietes Psychiatrie. Die Studierenden benannten psychiatrische Tätigkeitsfelder zwar als intellektuell herausfordernd und insgesamt sehr interessant und spannend. Dennoch hatten sie Zweifel an der Wissenschaftlichkeit des Fachgebietes und empfanden die Investition in ihr Medizinstudium als unverhältnismäßig zu groß, um für eine Karriere in der Psychiatrie „vergeudet“ zu werden. Als weitere Erschwernis würde der Psychiater als Person gesellschaftlich weniger respektiert als Vertreter anderer medizinischer Fachdisziplinen. Insgesamt fand sich der Beruf des Psychiaters sowohl in der australischen als auch in der nordamerikanischen Untersuchung bezüglich Attraktivitätskriterien für die Studierenden auf dem letzten Rang (Feifel et al., 1999; Malhi et al., 2002).

Auf den Einfluss, den Kommilitonen und Altersgenossen der Studierenden auf deren Meinungsbildung haben können, verwiesen Nielsen und Eaton (1981). Es sei davon auszugehen, dass Einstellungen zur Psychiatrie negativ beeinflusst werden, wenn von 204 untersuchten Studierenden 32% über Stigmatisierung und Kritik von nicht-psychiatrischem Hochschulpersonal und „peer-groups“ berichten. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von der Hypothese der negativen Sozialisation (Nielsen et Eaton, 1981).

In den meisten Untersuchungen wurden als Untersuchungsinstrumente einmalige, nicht validierte Selbstbeurteilungsfragebögen eingesetzt. Dadurch entstand ein uneinheitliches Ergebnisspektrum, was Vergleiche zwischen einzelnen Universitäten oder Ländern erschwerte. Dies änderte sich mit dem von Burra et al. 1982 entwickelten und validierten Fragebogen „Attitudes towards psychiatry“ (ATP-30 items). Dieser wurde in Folge weltweit in verschiedenen Ländern zur Untersuchung der Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie eingesetzt (u.a. Alexander et Ealges, 1990; Sloan et al., 1996; Chung et Prasher, 1995). Generell positive Einstellungen zur Psychiatrie beschrieben Burra et al. 1982 mithilfe ihres ATP-30 Fragebogens bei 189

Medizinstudierenden im dritten und vierten Studienjahr. Es konnte zudem eine positive Einstellungsveränderung der Studierenden im Zusammenhang mit Lehrveranstaltungen im Fach Psychiatrie gezeigt werden.

In Deutschland gibt es nur wenige, meist qualitativ und quantitativ unzureichende Untersuchungen zum Thema „Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie“. Das bereits im internationalen Rahmen mehrfach eingesetzte Untersuchungsinstrument „Attitudes towards psychiatry“ von Burra et al. (1982) wurde in Deutschland erstmals im Jahr 2000 genutzt (Strebel et al., 2000). Die deutsche Fachübersetzung wurde dabei von Strebel et al. um fünf zusätzliche Items erweitert. Es wurden grundsätzlich positive studentische Einstellungen zur Psychiatrie gefunden. Durch die Rücklaufquote von 52% bei insgesamt 105 Studienteilnehmern bleibt die Aussagekraft dieser Studie jedoch begrenzt. Wie schon bei Creed und Goldberg (1987) fällt auch hier die Diskrepanz zwischen den global positiven Einstellungen zur Psychiatrie und der als gering bewerteten Wahrscheinlichkeit, später in der Psychiatrie zu arbeiten, auf (Strebel et al., 2000).

In einer aktuellen deutschen Studie mit insgesamt 508 Medizinstudierenden und einer Rücklaufquote von 88%, stellen Kuhnigk et al. (2007) zentrale Aussagen zu Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie unter Verwendung des ATP-30 vor. Es sollten Einstellungsveränderungen durch die klinischen Kurse im Fach Psychiatrie, sowie ein möglicher Einfluss des Geschlechtes und der psychiatrischen Vorerfahrungen der Studierenden erfasst werden. Es wurden die Studierende der Hochschulseмester zwei, fünf, neun und zehn eines Regelstudienganges befragt. Die Studierenden wurden demnach in verschiedenen Abschnitten ihres Studiums vor Absolvierung einer psychiatrischen Lehrveranstaltung befragt. Nur die Studierenden des 10. Semesters beantworteten den ATP-30 vor und nach ihrem klinisch-psychiatrischen Kurs. Wie in den meisten vorangegangenen Studien waren die globalen Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie positiv. Signifikant positivere Einstellungen zur Psychiatrie zeigten weibliche Studierende und Studierende mit psychiatrischen Vorerfahrungen.

In der internationalen und nationalen Literatur werden verschiedene Faktoren besprochen, die einen möglichen Einfluss auf die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie haben können.

1.1.1 Einfluss des Geschlechtes auf Einstellungen zur Psychiatrie

Als ein Faktor zeigte in vielen Studien das Geschlecht der Studierenden einen Einfluss auf die Einstellungen zur Psychiatrie.

Dabei ergaben sich geschlechtsspezifische Einstellungsunterschiede im Sinne einer positiveren Beurteilung der sogenannten psychosozialen Fachbereiche durch weibliche Studierende (Alexander et Eagles, 1986; Alexander et Eagles 1990; Fabrega et al., 1994). Die weiblichen Studierenden wiesen positivere Einstellungen zur Psychiatrie auf (Baptista et al., 1993; Wilkinson et al., 1983; Kuhnigk et al., 2007) und konnten sich im Gegensatz zu ihren männlichen Kommilitonen eher eine professionelle Zukunft innerhalb des Fachbereiches Psychiatrie vorstellen (Malhi et al., 2002).

In ihrer Studie mit 112 schottischen Medizinstudierenden beschrieben Alexander et Eagles 1986 den Unterschied in den Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30) in Abhängigkeit vom Geschlecht. Die Befragung wurde vor Beginn des psychiatrischen Unterrichtes durchgeführt. Insgesamt wiesen weibliche Studierende positivere Einstellungen, in Teilaspekten der Befragung, signifikant positivere Einstellungen zum Fachgebiet Psychiatrie auf, als ihre männlichen Kommilitonen. So konnten sich die weiblichen Studierenden eher eine berufliche Karriere in Bereich der Psychiatrie vorstellen, als ihre männlichen Kollegen. Die Frauen hatten positivere Ansichten bezüglich des Psychiaters „als Person“, in Fragen zu dessen Stabilität und beruflicher Zufriedenheit. Im Gegensatz dazu empfanden die männlichen Studierenden psychiatrische Behandlungsmethoden als wenig effizient und wissenschaftlich unzureichend fundiert (Alexander et Eagles, 1986).

Dass sich weibliche Studierende eher für eine Karriere in der Psychiatrie entscheiden und sich durch internale Faktoren beeinflussen lassen („interest in knowing more about self“) zeigten Shelley und Webb (1986) in einer Studie mit irischen Medizinstudierenden. Männliche Studierende machten ihre Entscheidung hingegen eher von Faktoren wie „work hours“ oder „career structure“ abhängig (Shelley und Webb, 1986). Auch durch den psychiatrischen Hochschulunterricht ließen sich weibliche Studierende eher motivieren und wiesen sowohl vor dem psychiatrischen Unterricht als auch danach signifikant positivere Einstellung zur Psychiatrie auf (Chung et Prasher, 1995).

1.1.2 Einfluss psychiatrischer Vorerfahrungen auf Einstellungen zur Psychiatrie

Wenige Studien betrachten einen möglichen Einfluss von Vorerfahrungen mit dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie auf die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie. Dabei zeigten die Studierenden mit psychiatrischen Vorerfahrungen positivere Einstellungen zur Psychiatrie als Studierende ohne solche Vorerfahrungen (Alexander et Eagles, 1986, 1990; Brockington et al., 1993; Strebel et al., 2000; Kuhnigk et al., 2007). Bei Alexander und Eagles wurde 1986 die Arbeit der Studierenden in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung im Rahmen eines „Studentenjobs“ als mögliche Vorerfahrung mit der Psychiatrie erfragt. Dabei zeigte sich auch, dass zweimal so viele weibliche wie männliche Studierende in beschriebenen Einrichtungen gearbeitet hatten, bevor sie eine Lehrveranstaltung des Faches Psychiatrie besuchten (Alexander et Eagles 1986).

Dies stützt die Wichtigkeit des frühen Kontaktes zwischen Medizinstudierenden und Patienten der Psychiatrie als eine Einflussnahme auf die studentischen Einstellungen (Kuhnigk et al., 2007).

1.1.3 Einfluss von Psychiatrie-Praktika auf Einstellungen zur Psychiatrie

Der Einfluss des psychiatrischen Praktikums, also der Kontakt von Medizinstudierenden zu psychiatrischen Patienten im Rahmen des Hochschulunterrichtes, wird in zahlreichen Studien diskutiert.

Viele Studien berichten von einer positiv gerichteten Einstellungsveränderung der Studierenden nach Absolvierung des psychiatrischen Hochschulunterrichtes (Burra et al., 1982; Ghadirian et Engelsmann, 1982; Lau et Offord, 1976; Sivakumar et al., 1986; Chung et Prasher, 1995). In einigen Studien wurde beobachtet, dass mit der Verbesserung der studentischen Einstellungen zur Psychiatrie im Rahmen von psychiatrischem Unterricht auch die Anzahl der Studierenden stieg, die eine berufliche Zukunft in der Psychiatrie in Betracht zogen (Creed et Goldberg, 1987; Wilkinson et al., 1983; Shelley et Webb, 1986).

Auch andere fanden, dass die Sichtweise der Studierenden gegenüber der Psychiatrie bereits vor dem Praktikum positiv war und nach Beendigung eines achtwöchigen klinischen Trainingsprogrammes noch positiver wurde (Araya et al., 1992; Sloan et al., 1996). Die Einstellungsveränderung der Studierenden beschrieben Burra et al. (1982)

bei solchen Lehrveranstaltungen, die klinische Aspekte der Psychiatrie mit einem erheblichen Anteil an Patientenkontakten beinhalteten. Ebenso beobachteten Nielsen und Eaton 1981, dass die Studierenden besonderen Gefallen an der direkten Arbeit mit den Patienten oder bei der Beobachtung eines Psychiaters während der Arbeit hatten. Damit wird die zentrale Bedeutung des praktischen, psychiatrischen Hochschulunterrichts für die Einstellungsveränderung gegenüber der Psychiatrie deutlich (Nielsen et Eaton, 1981).

Es wurde auch bemerkt, dass die lehrveranstaltungsbedingten Einstellungsänderungen nicht von Dauer waren (Shelley et Webb, 1986; Araya et al., 1992; Galletly et al., 1995). Die positive Änderung der Einstellungen nach durchlaufenem Psychiatriepraktikum war eher vorübergehend als anhaltend (Burra et al., 1982). Bei den von Creed und Goldberg befragten Studierenden verschlechterten sich die Einstellungen zur Psychiatrie zwei Jahre nach Beendigung des Psychiatrie-Kurses bei zwischenzeitlichem Kontakt mit anderen Fachbereichen wie Chirurgie oder Innerer Medizin wieder. Auch die Zahl der Studierenden, die sich direkt nach ihrem Psychiatrie-Kurs eine Karriere im Fach Psychiatrie vorstellen konnten, sank im weiteren Verlauf des Studiums wieder ab (Creed et Goldberg, 1987).

Um eine Möglichkeit des dauerhaften positiven Einflusses auf die Einstellungen der zukünftigen Mediziner haben zu können, wand sich die Ausbildungsforschung dem Ausbildungskonzept und darin dem Lernprozess der Studierenden, sowie den Lehrinhalten, insbesondere den psychosozialen Inhalten als Einflussfaktoren zu.

1.1.4 Einfluss von neuen Ausbildungskonzepten auf Einstellungen zur Psychiatrie

Eine wesentliche Rolle, langfristiger positiver Einflussnahme auf die Einstellungen der Medizinstudierenden zur Psychiatrie, kommt der medizinischen Ausbildung der jeweiligen Fakultät zu. Es zeigte sich, dass ein strukturierter, qualitativ hochwertiger und motivierender Unterricht zu einem gesteigerten Interesse und letztlich zu einer studentischen Einstellungsverbesserung gegenüber dem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie führte (Wilkinson et al., 1983; Creed et Goldberg, 1987; Sloan et al., 1996). Dabei sollten innovative Lehrinhalte und -konzepte sich nicht nur in einem Fachgebiet bewegen, sondern in einer integrativen Lehre, die verschiedenen medizinischen Fachgebiete vereinen (Kelly et al., 1991).

Erstmals in den 1960ern wurde an der kanadischen McMasters Universität das vorlesungsorientierte Ausbildungskonzept des Medizinstudiums, mit der Ausrichtung auf den naturwissenschaftlich-medizinischen Wissenserwerb, ausgetauscht gegen ein neues, problemorientiertes Ausbildungskonzept. Seit der Einführung dieses „problem-based learning curriculum“ (PBL) im Jahr 1969 an der McMasters Universität wurde das Konzept weltweit angenommen und weitergeführt.

Das problemorientierte Ausbildungskonzept bedient sich einer Problemstellung als Ausgangspunkt für den weiteren studentischen Lernprozess. Die Lehrinhalte naturwissenschaftlicher und medizinischer Grundlagenfächer werden immer im Kontext eines wesentlichen Krankheitsbildes anhand von idealtypischen Patientengeschichten erlernt. Wichtige Krankheitsbilder und Leitsymptome werden so bereits in die Vorklinik eingebracht. Die Studierenden befinden sich durch diese Vorgehensweise in einem aktiven Lernprozess. Dabei erwerben sie auch die Fähigkeiten, die sie für ein lebenslanges, selbstbestimmtes Lernen im Bereich der Medizin brauchen. Der Lernprozess der Studierenden, fasst Coles (1985) zusammen, sei beim problemorientierten Lehransatz effektiver, als beim traditionellen Lehrkonzept.

Bisher haben nur wenige Studien die Einstellungen Medizinstudierender zum Fach Psychiatrie speziell im Zusammenhang mit dem Ausbildungskonzept betrachtet.

Im Jahr 2003 untersuchten McParland und Mitarbeiter zwei aufeinanderfolgende Kohorten britischer Medizinstudierender der Jahrgänge 1998-99 und 1999-2000 jeweils im 4. Studienjahr. Die Studierenden beantworteten zu Beginn und am Ende eines achtwöchigen Psychiatrie-Kurses den ATP-30 (Burra et al., 1982), wobei die

Studierenden der Jahre 1998-99 nach traditionell-vorlesungsorientiertem Ausbildungskonzept, die Studierenden der Jahre 1999-2000 nach problemorientiertem Ausbildungskonzept unterrichtet wurden. Letztere hatten noch keine bisherigen Erfahrungen mit problemorientiertem Lernen im Rahmen ihres Studiums gemacht. Dadurch waren für McParland et al. die Möglichkeit gegeben, die Auswirkungen der problemorientierten Lehre im Fach Psychiatrie direkt zu überprüfen und den Zusammenhang zwischen Lehrmethoden, Einstellungen zur Psychiatrie, Karrierewunsch und Prüfungsleistungen zu erforschen (McParland et al., 2003).

Insgesamt zeigten die Studierenden beider Kohorten am Ende des Psychiatrie-Kurses signifikant positivere Einstellungen zur Psychiatrie und einen signifikanten Anstieg der Studierenden mit dem Berufswunsch „Psychiatrie“. Es bestand eine positive Korrelation zwischen den Einstellungsveränderungen und dem Wunsch, zukünftig in der Psychiatrie tätig zu werden, sowie - den Ermutigungen von Dozentenseite, - dem Miteinbeziehen der Studierenden in die Patientenversorgung, - dem Beobachten eines Therapieerfolges bei Patienten, - der Ermutigung durch Kommilitonen. Die Studierenden, die nach problemorientierten Lehrmethoden unterrichtet wurden, unterschieden sich in ihren Einstellungen zur Psychiatrie und in ihrem Wunsch, Psychiatrie als Beruf auszuüben, weder vor noch nach dem psychiatrischen Kursus von ihren Kommilitonen mit traditioneller, vorlesungsorientierter Lehrmethode.

Einen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungskonzept und den Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie konnten McParland et al. in ihrer Studie demnach nicht feststellen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Studierenden der verglichenen Kohorten zuvor in einem gemeinsamen, traditionell-vorlesungsorientierten Curriculum unterrichtet wurden. Dieses Ergebnis könne darauf hinweisen, so McParland, dass der Inhalt der Lehre wichtiger sei als die Form, um Einstellungen ändern zu können (McParland, 2003).

Zuvor hatten Singh et al. 1998 die Einstellungen zur Psychiatrie von britischen Medizinstudierenden eines problemorientierten und eines traditionellen Lehrkonzeptes miteinander verglichen. Auch diese Studierenden wurden mit dem ATP-30 (Burra et al., 1982) am ersten und letzten Tag ihres Psychiatrie-Kurses befragt. Generell waren die Einstellungen aller befragten Studierenden zur Psychiatrie positiv. Einstellungsverbesserungen zur Psychiatrie gab es in beiden Kohorten nach dem Psychiatrie-Kurs. Dabei bestand kein signifikanter Unterschied der Einstellungen der

Studierenden des problemorientierten zu denen des traditionellen Curriculums. Ebenso gab es keine signifikanten Einstellungsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studierenden. In Bezug auf ihre Ergebnisse geben Singh und Mitarbeiter zu berücksichtigen, dass dieselben Dozenten in beiden Studiengängen den Unterricht abhielten, zudem sei das traditionelle Lehrkonzept der Nottingham Medical School kurz vor Studienbeginn neu entwickelt worden und weise selbst Teile eines fächerübergreifendes Lehrkonzept mit neuen Schwerpunkten, wie unter anderem der Heranführung der Studierenden an „Arzt-Patienten-Beziehungen“ auf. Dadurch wären die Unterschiede des traditionellen zu dem problemorientierten Curriculum minimiert worden, so Singh et al. (1998).

Die bisher einzige Arbeit im deutschsprachigen Raum zu den Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie im Zusammenhang mit dem problemorientierten Ausbildungskonzept stellten Reuster et al. im Jahr 2003 vor.

An der medizinischen Fakultät der TU Dresden wurde im Wintersemester 2001 / 02 erstmals ein Psychatriekurs nach dem „Dresdner integrativen problem- und praxisorientiertem Lernen“ (DIPOL) durchgeführt. Der Kurs lief im siebten Semester über sieben Wochen zusammen mit den Fächern Neurologie und Psychosomatik. Mit der erweiterten deutschen Version von Strebel et al. (2000) des ATP-30 (Burra et al., 1982) wurden die Einstellungsänderungen der 56 Teilnehmer des DIPOL-Kurses zu Beginn und am Ende dieses Kurses erfasst. Zum Vergleich mit dem vorlesungsorientierten Ausbildungskonzept erfolgte eine Gegenüberstellung zu den Ergebnissen einer identischen Befragung von 72 Studierenden vor und nach Teilnahme des traditionellen Kurses der Psychiatrie aus dem Sommersemester 2001. Ähnlich wie bereits bei der Studie von Strebel et al. (2000) fiel auch hier die Rücklaufquote mit 46% der Studierenden des DIPOL und 66% der Studierenden des vorlesungsorientierten Ausbildungskonzeptes eher gering aus. Reuster et al. werteten den ATP-30 nach seinen Einzelitems aus und verzichtete auf die Ermittlung eines ATP-Summenscores, was den Vergleich mit internationalen Studien, in denen der ATP-30 zumeist über seinen Summenscore beschrieben wurde, erschwerte.

Die Ergebnisse von Reuster et al. zeigten eine signifikante Änderung von Einstellungen der Studierenden des DIPOL Kurses ausschließlich in erwünschter Richtung. Die Items thematisierten die Nützlichkeit des Psychiatrie-Kurses, die Effektivität der psychiatrischen Behandlung, die Stabilität von Psychiatern im Gegensatz zu anderen

Ärzten. Keine nennenswerte Einstellungsänderung ergab sich bei den Items zur Weiterbildung zum Facharzt der Psychiatrie. Die Vergleichsgruppe der Studierenden des vorlesungsorientierten Ausbildungskonzeptes zeigte zu mehr Items signifikant positive Einstellungsänderungen, als die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes. Zudem bewertete die Vergleichsgruppe die Frage nach einer möglichen Facharztausbildung nach Beendigung des Psychiatriekurses signifikant positiver. Als mögliche Erklärung dieses Ergebnisses gaben Reuster et al. unter anderem zu bedenken, dass die Teilnahme der Studierenden an dem problemorientierten Lehrkonzept der Universität Dresden nicht freiwillig, sondern als Pflicht für alle Studierenden des entsprechenden Jahrganges gehandhabt wurde. Zudem hätte das neue Lehrkonzept bei seiner erstmaligen Realisierung in den Fachbereichen Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik nicht reibungslos durchgeführt werden können.

Neben den bisher besprochenen Einflussfaktoren oder auch unabhängigen Variablen: Geschlecht der Studierenden, psychiatrische Vorerfahrungen, Psychiatrie-Praktika und Ausbildungskonzept, die einen Einfluss auf die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie (abhängige Variable) haben können, bestehen noch andere Einflussfaktoren, wie Persönlichkeitsmerkmale der Studierenden, das individuelle Erleben von „Binnen“- bzw. „Fremdsteuerung“ (Kontrollüberzeugungen), sowie die Befindlichkeit der Studierenden im Rahmen des Studiums. Auf diese wird im Folgenden eingegangen.

1.1.5 Einfluss von Persönlichkeit, Kontrollüberzeugungen und Befindlichkeit der Studierenden in Abhängigkeit vom Ausbildungskonzept

Persönlichkeit und soziokulturelle Faktoren können die studentischen Einstellungen zur Psychiatrie beeinflussen. Im Vergleich zeigten Studierende mit einer „psychological-minded“ Veranlagung eine positivere Einstellung zur Psychiatrie als Studierende, die eher „organically-orientated“ seien (Walton, 1969). Auch bei der Wahl ihrer späteren Facharztrichtung sei ein Einfluss der Persönlichkeitsfaktoren der Medizinstudierenden zu finden, so Mowbray et al. (1990). Die Ergebnisse seien aber nicht stark genug, um anhand von Persönlichkeitsfaktoren zukünftige Kandidaten für den Fachbereich Psychiatrie zu suchen.

Zahlreiche Studien dokumentieren die Unzufriedenheit von Medizinstudierenden in traditionellen Ausbildungskonzepten und die damit verbundenen psychischen Belastungen der Studierenden (Lloyd et Gartrell, 1984; Mitchell et al., 1983; Huebner et al., 1981). Im Gegensatz dazu fanden amerikanische Studien bei Medizinstudierenden in problemorientierten Ausbildungskonzepten eine teilweise deutlich höhere Studienzufriedenheit, Studienmotivation und eine bessere psychische Befindlichkeit (Moore-West et al., 1989; Blumberg et Daugherty, 1989; Moore et al., 1994). Es wurde aber auch beobachtet, dass das Konzept des problemorientierten Lernens nicht für jeden Studierenden gleichermaßen geeignet erscheint (Blumberg et Daugherty, 1989). Demnach besteht ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsfaktoren der Medizinstudierenden und der Zufriedenheit der Studierenden mit ihrem Ausbildungskonzept.

In Deutschland zeigten Bargel und Ramm 1993, dass über 50 % der Medizinstudierenden ein negatives Urteil über Aufbau und Struktur des eher traditionell vorlesungsorientiertes Studium fällen; bei 30 % der Studierenden war dieses Urteil besonders deutlich. Als Gründe wurden vor allem das strikte Reglement des Studiums, der geringe Praxisanteil und die unzureichende Vernetzung der verschiedenen Fachbereiche miteinander, aufgeführt (Bargel et Ramm, 1993).

Generell berichtet die Literatur über ein nicht unerhebliches Maß an psychischer Morbidität unter Medizinstudierenden. Dabei wiesen je nach angelegten Kriterien zwischen 5 und 30% der Medizinstudierenden Zeichen psychischer Morbidität auf (Lloyd et. Gartrell, 1984; Saslow, 1956; Pitts et al., 1961; Zoccolillo et al., 1986 ; Clark et Seldow, 1988; Bramness et al., 1991)

Bisher liegt im deutschsprachigen Raum einzig die Untersuchung von Kuhnigk und Schauenburg (1999) bezüglich des Einflusses neuer Ausbildungskonzepte auf die Studienzufriedenheit und die psychische Befindlichkeit Medizinstudierender vor. Im Rahmen eines größeren Studienprojektes, verglichen Kuhnigk und Schauenburg 1999 deutsche Medizinstudierende eines problemorientierten und eines traditionellen Ausbildungskonzeptes in Hinblick auf ihre psychische Befindlichkeit, Kontrollüberzeugungen und Persönlichkeitsmerkmale miteinander. Untersucht wurde das Gesamtkollektiv der Studierenden des ersten klinischen Semesters einer traditionellen, vorlesungsorientierten Universität (n = 126) und einer Reformuniversität mit einem problemorientierten Curriculum (n = 25). Die psychische Befindlichkeit der Studierenden zum Untersuchungszeitpunkt wurde mit Hilfe des standardisierten Fragebogens HADS-D für die beiden Symptombereiche „Angst“ und „Depression“ (vgl. Kapitel 2.4.2.4; Herrmann et al., 1995) erfasst. Die Auswertung des HADS-D zeigte, bei insgesamt unterdurchschnittlichen Werten, eine signifikant größere psychische Belastung in beiden Bereichen: „Angst und Depression“, bei den Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes. Es wurde die Ausprägung unterschiedlicher Kontrollüberzeugungen untersucht. Kontrollüberzeugungen gelten als stabile Persönlichkeitsmerkmale die z.T. aber auch situativ beeinflusst werden können (vgl. Kapitel 2.4.2.3; Krampen, 1980). Das Erleben von Kompetenz und Kontrolle sehen Kuhnigk und Schauenburg dabei als sinnvoll für die Entwicklung zukünftiger Ärzte an. Die Studierenden unterschieden sich nicht im Bereich der Internalität (Definition vgl. Kapitel 2.4.2.3, S. 41/42), die als „Schutzfaktor“ bei psychischen Belastungen angesehen wird. Die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zeigten hingegen eine unterdurchschnittliche Ausprägung im Bereich der Externalität (Definition vgl. Kapitel 2.4.2.3, S. 41/42), sowohl auf der Machtlosigkeits- als auch auf der Fatalismus-Skala. Ein möglicher Zusammenhang der Ergebnisse zu Befindlichkeit und Kontrollüberzeugungen mit einer unterschiedlichen Verteilung von überdauernden Persönlichkeitseigenschaften in den Vergleichsgruppen, sollte mit dem standardisierten Fragebogen NEO-FFI (vgl. Kapitel 2.4.2.2) erfasst werden. Die Autoren versuchten damit, Unterschiede im sozialen Hintergrund der Studierenden und Unterschiede in den Aufnahmeverfahren der Fakultäten zu berücksichtigen. Als Ergebnis zeigten sich in vier der fünf NEO-FFI Skalen (Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit) keine grundlegenden Unterschiede. Im Bereich „Offenheit für Erfahrungen“ wiesen die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes wesentlich höhere Ergebnisse auf. Dieses Ergebnis sei mit dem

Auswahlverfahren dieses Studienganges, der einen gewissen „Pioniergeist“ erfordere, gut kompatibel.

Anhand ihrer Ergebnisse vermuteten die Autoren einen Zusammenhang zwischen der höheren psychischen Belastung und dem stärkeren Gefühl von Machtlosigkeit und Fatalismus der Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes mit den unmittelbar zurückliegenden Erfahrungen im vorklinischen Studium. Der Einfluss unterschiedlicher Primärpersönlichkeiten der Studierenden wurde für gering erachtet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass grundsätzliche Einstellungen von Medizinstudierenden zur Psychiatrie sich zusammensetzen aus: soziodemographischen Faktoren, Lehrinhalten, Qualität und Konzept der Lehre und interindividuellen Persönlichkeitsunterschieden. Diese Parameter, die bisher in Deutschland nur unzureichend untersucht wurden, scheinen von zentraler Bedeutung für studentische Einstellungen gegenüber der Psychiatrie und Psychotherapie und somit auch für die spätere ärztliche Berufswahl zu sein.

Mit dem Wissen um die Einstellungen zur Psychiatrie und deren Einflussfaktoren können in Zukunft medizinische Ausbildungskonzepte gezielt weiterentwickelt werden. Berücksichtigt werden müssen dabei Struktur und Inhalte des Medizinstudiums, da sie die Basis bilden für die spätere ärztliche Praxis und das zukünftige ärztliche Aus- und Weiterbildungsverhalten (GMC, 2003). Durch eine positive Änderung der Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie, können medizinische Ausbildungskonzepte somit die Grundlage für eine Verbesserung der medizinischen Patientenversorgung in diesem Fachbereich bilden.

Ein Wandel in der Bewertung und Gewichtung der grundsätzlichen Ziele der Ausbildung zukünftiger Mediziner wurde in Deutschland erst allmählich vollzogen. Erste Reformansätze sollten mit der Approbationsordnung für Ärzte schon 1970 (ÄAppO vom 28. 10. 1970) den Praxisbezug und die Effizienz der medizinischen Ausbildung erhöhen. Die Überlegungen zur weiteren Reformierung wurden durch den sog. Murrhardter Kreis (Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert-Bosch-Stiftung) mit der Erarbeitung und der 1995 folgenden Überarbeitung eines „Arztbildes der Zukunft“ weiter vorangetrieben. Das Zentrum für Hochschulentwicklung (CHE) führte in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern eine große bundesweite Befragung von Medizinabsolventen durch, die zwischen 1996 und 2002 ihre Approbation erhalten

hatten und seitdem im ärztlichen Berufsleben standen. Neben dem Vergleich der medizinischen Fakultäten in Deutschland, konnte die im Juni 2004 (CHE, 2004) veröffentlichte Studie mit 4.720 ausgewerteten Fragebögen ein allgemeines Bild der Studienzufriedenheit wiedergeben. Lediglich 15 % der Befragten fühlten sich „sehr gut“ oder „gut“ vom Studium auf ihr späteres Berufsleben vorbereitet. Als eher schlecht beurteilten die Befragten die Vermittlung von praktischen ärztlichen Fähigkeiten und psychosozialer Kompetenz. Positiv bewertet wurde die Vermittlung von fachlichem Grundlagenwissen. Die medizinischen Fakultäten, so von Troschke, seien ausgerichtet auf Erfolge in Klinik und Forschung, dahingegen sei „...den Aufgaben der Lehre eine nachgeordnete Bedeutung zugewiesen.“ (von Troschke, 2007) Zudem würde die Kooperation der verschiedenen Fachbereiche in der Lehre durch ein Konkurrenzdenken der Fachvertreter erschwert.

Seit Verabschiedung der 8. Verordnung zur Änderung der ÄAppO vom 11.02.1999 (ÄAppO, 1970/1999) mit Einführung der Modellklausel (§36a), konnten die medizinischen Fakultäten in Deutschland erstmals andere Ausbildungskonzepte im Rahmen der Bedingungen der Modellklausel erproben, die von der Ablegung der Ärztliche Vorprüfung und des Ersten Abschnittes der ärztlichen Prüfung entbunden waren (§ 36a, Abs. 1 Nr. 1). Voraussetzung dafür war, nach Abs. 2 Nr. 3, dass Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten auf gleichwertige Weise wie im Regelstudiengang geprüft würden.

Die Erfahrungen und Ergebnisse aus den Einzelprojekten konnten in die kontinuierliche Weiterentwicklung des medizinischen Curriculums einfließen. Die im Juni 2002 verabschiedete neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO, 2002) greift diese Weiterentwicklung auf. In ihr wird von den medizinischen Fakultäten mehr fächerübergreifenden Unterricht im Sinne einer horizontalen und vertikalen Verknüpfung gefordert. Zudem rückt der Lernprozess als solcher in das Zentrum des Interesses. Die Fähigkeit zur lebenslangen Fort- und Weiterbildung stellt heute ein zentrales Ausbildungsziel dar (ÄAppO, 2002).

An zahlreichen deutschen Universitätskliniken wird bereits die medizinische Lehre nach problemorientiertem Konzept in verschiedener Ausprägung und Intensität gefördert, an einigen Fakultäten sind Reformstudiengänge geschaffen worden, beispielsweise an der Universität Witten-Herdecke, Humboldt-Universität Berlin und Universität Heidelberg. Im Rahmen der in Witten-Herdecke und Berlin bereits ausgewerteten Evaluationen, zeigt sich eine studentische Zufriedenheit und Akzeptanz

gegenüber dem reformierten Ausbildungskonzept (Burger et al., 2003; Butzlaff et al., 2006).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zur Einstellung Medizinstudierender zur Psychiatrie, wurden die Studierenden des Modellstudienganges Medizin der medizinischen Fakultät Hamburg, die nach dem problemorientierten Lehrkonzept unterrichtet werden, befragt. Der Modellstudiengang ist ein Pilotprojekt der Universität Hamburg, das im Rahmen der Modellklausel der ÄAppO vom 11.02.1999 für einen begrenzten Zeitraum eingeführt wurde (s. Kapitel 1.2.2).

Die aus dem Geschilderten sich ableitenden und zu überprüfenden Hypothesen sind unter Kapitel 1.4 aufgelistet; in Kapitel 1.3 wird die grundsätzlich aufeinander aufbauende Hypothesendarstellung erläutert.

1.2 Ausbildungskonzepte: traditionelles und problemorientiertes Lernen

Die Rahmenbedingungen der medizinischen Ausbildung werden in der „Approbationsordnung für Ärzte“ (ÄAppO) aufgeführt. Hierin werden die Mindestanforderungen an das Medizinstudium, an die praktische Qualifikation des angehenden Arztes und die Prüfungsbedingungen festgeschrieben (Bargel und Ramm 1993). Mit der 8. Verordnung zur Änderung der ÄAppO vom 11.02.1999 (BGBl I S. 140) wurde erstmals die sogenannte Modellklausel (§ 36a) eingeführt. Damit bekamen die medizinischen Fakultäten die Möglichkeit, unter vorgegebenen Rahmenbedingungen eigene Unterrichtskonzepte abweichend von klassischen Unterrichtsaufteilungen und -inhalten, zu entwickeln. Dabei ist festgelegt, dass in § 36a Abs. 1 Nr. 1 „von den in § 1 Abs. 2 Nr. 6 vorgesehenen Prüfungen die Ärztliche Vorprüfung und der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht abgelegt werden müssen, wobei der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung frühestens nach einem Medizinstudium von fünf Jahren abgelegt werden kann,“ und in § 36a Abs. 2 Nr. 3 „sichergestellt ist, dass die in der Ärztlichen Vorprüfung und im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nachzuweisenden Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Modellstudiengang in einer dem Regelstudiengang gleichwertigen Weise geprüft werden“. Unterschiedliche Umsetzungen der Modellklausel zeigen z.B. der Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg, in dessen Rahmen die Ärztliche Vorprüfung und der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung miteinbezogen werden, und der Reformstudiengang Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, in dessen Studienordnung von 2003 eine Mindestdauer des Studiums von sechs Jahren geregelt ist (§ 4, Studienordnung für den Reformstudiengang Medizin an der Charité–Universitätsmedizin Berlin 55/2003 vom 07.12.2003 Amtsblatt der freien Universität Berlin).

Neben dem klassischen Ausbildungskonzept war die Möglichkeit zur Erprobung anderer Ausbildungskonzepte gegeben.

1.2.1 Traditionelles Ausbildungskonzept medizinische Fakultät Duisburg-Essen

Das traditionelle Ausbildungskonzept des Medizinstudiums ist fächerorientiert. Ausgerichtet an den in der ÄAppO vorgeschriebenen praktischen Übungen und scheinpflichtigen Kursen, wurde die Ausbildung i.d.R. autonom von den einzelnen Instituten der Universität durchgeführt (ÄAppO, 1970/1999). Den Instituten obliegt in ihrem jeweiligen Fach auch die Entscheidung über die Form der Leistungskontrolle, die dem Scheinerwerb dient. Eine inhaltliche oder zeitliche Verknüpfung der Fächer findet weitestgehend nicht statt.

Nach Bargel und Ramm (1993) kann die Situation der traditionellen medizinischen Lehre an den staatlichen Universitäten eher durch Ähnlichkeiten als durch Unterschiede beschrieben werden. Der Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen steht daher in dieser Studie stellvertretend für das traditionelle Ausbildungskonzept.

1.2.2 Problemorientiertes Ausbildungskonzept medizinische Fakultät Hamburg

Die Ausbildung des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg in Deutschland erfolgt auf der lerndidaktischen Grundlage des „problemorientierten Lernens“ (POL) (Wood, 2003).

Der Modellstudiengang umfasst die ersten drei Ausbildungsjahre des Medizinstudiums. In ihm werden die naturwissenschaftlichen und medizinischen Grundlagenfächer des vorklinischen Studienabschnittes zusammen mit den klinisch-theoretischen Fächern und klinischen Untersuchungskursen behandelt.

„Auf der lerndidaktischen Grundlage des „Problemorientierten Lernens“ werden diese Fächer über alle sechs Semester sowohl thematisch als auch strukturell horizontal und vertikal miteinander verknüpft.“ (Kuhnigk, 2006)

Die sechs Semester sind aufgeteilt in 15 unterschiedlich lange Themenblöcke (vgl. Abb. 1), die als Grundlage für die Fächer dienen.

Abb. 1: Aufteilung der Blöcke des Modellstudiengangs Medizin der Universität Hamburg

Aufteilung der Blöcke des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg														
	1. Woche	2. Woche	3. Woche	4. Woche	5. Woche	6. Woche	7. Woche	8. Woche	9. Woche	10. Woche	11. Woche	12. Woche	13. Woche	14. Woche
1. Semester	Ein- führung	Wahrnehmung und Sinne					Sexualität und Fortpflanzung					Erste Hilfe	Kranken- pflege	Prüfung
2. Semester	Atmung				Herz und Kreislauf						Flüssigkeitshaushalt			Prüfung
3. Semester	Rumpf			Ernährung und Verdauung					Stoffwechsel					Prüfung
4. Semester	Befinden und Verhalten			Blut			Entzündung und Abwehr							Prüfung
5. Semester	Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten			Bewegung und deren Wahrnehmung								Kopf		Prüfung
6. Semester	Nervensystem und Koordination							Notfall	Prüfung	Synopsen				

Zu Beginn jeder Woche wird eine idealisierte Patientengeschichte („paper case“ oder POL-Fall; vgl. Abb. 2) als Ausgangspunkt des Lernens genommen, an dem sich sowohl alle weiteren Lehrveranstaltungen als auch das Eigenstudium der Studierenden für diese Woche orientieren. Diesen Fall erarbeiten sich die Studierenden in kleinen Arbeitsgruppen anhand der „seven steps“ Methode (Wood, 2003). Moderiert werden sie dabei von einem Tutor.

Abb. 2: Verteilung der POL-Fälle auf die Blöcke im Modellstudiengang Medizin

Aufteilung der Fälle auf die sechs Semester und Semesterwochen														
	1. Woche	2. Woche	3. Woche	4. Woche	5. Woche	6. Woche	7. Woche	8. Woche	9. Woche	10. Woche	11. Woche	12. Woche	13. Woche	14. Woche
1. Semester	Einführung	Krankheits- wahrnehmung	Verbrennung der Haut	Akne	Hörsturz	Kurzichtig- keit	Mucoviszidose	Endometriose	retrograde Ejakulation	geplante unproblem. Schwan- gerschaft	Risikoschwän- gerschaft	Erste-Hilfe- Woche	Pflegeweche	Prüfung
2. Semester	Pneumothorax	Hyperventila- tionssyndrom	Asthma bronchiale	CO - Auswirkungen durch Rauchen	Ventrikel- Septum-Defekt	Angina pectoris	Notfall mit Früh- defibrillation	Herzinsuffi- zienz	cardiogener Schock	Thrombose / Embolie	Urolithiasis bei Cystinurie	nephrotisches Syndrom	chronische Nierenin- suffizienz	Prüfung
3. Semester	Messer- stecherei, Patient verstirbt, Angehörige da	Muskeltraining	Mamma-Ca.	Ösophagus-Ca.	Helicobacter- Gastritis	Pankreatitis bei Cholelithiasis	Vitaminmangel (K1) Morbus Crohn (K2)	alkoholbe- dingte Lebercirrhose	Diabetes mellitus	Anorexia nervosa	Gicht	Hyperthyreose	Nebenschil- drüsentumor	Prüfung
4. Semester	Colitis ulcerosa	Depression	Alzheimer	Eisenmangel- anämie	Hämophilie	Leukämie	typische Pneumonie	Medikamen- tenallergie/ anaphylak- tischer Schock	Autoimmun- erkrankung	Hepatitis	Malaria	maligne entartende Infektion	HIV	Prüfung
5. Semester	Hormon- ersatztherapie	Hormon- ersatztherapie	Hormon- ersatztherapie	In die Wirbel- säule metas- tasierendes Prostata-Ca.	degenerative Erkrankung (HWS- Syndrom)	Behinderung Reha	Gebärmutter- vorfall / Beckenboden- muskulatur	Kreuzband- ruptur	Marschfraktur	Schulter- luxation	Karpaltunnel- syndrom	Fazialisparese	akuter resp. Infekt, Sinu- sitis und bak- terieller Superinfektion	Prüfung
6. Semester	Schlaganfall mit Hemi- parese	Angst	Ataxie	Querschnitts- lähmung mit Stuhl-/ Harninkon- tinenz	Aphasie	Grand-Mal- Anfall	Polyneuro- pathie bei Diabetes Mellitus	Notfall	Prüfung	Synopsen	Synopsen	Synopsen	Synopsen	Synopsen

Neben diesem beschriebenen POL-Tutorium finden ergänzend und fallbezogen über die gesamten sechs Semester Seminare, Praktika, Übungen, Kurse, Untersuchungskurse und Sprechstunden statt. Zudem werden den Studierenden für das Üben von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in besonders dafür ausgestatteten Räumlichkeiten, den „skills labs“, unter Anleitung von Co-Tutoren spezielle Zeiten eingerichtet. Für das Eigenstudium können die „skills labs“ von den Studierenden jederzeit genutzt werden.

Die Prüfungen im Modellstudiengang Medizin beinhalten neben schriftlichen und mündlichen Prüfungen auch praktische Prüfungsformen (z.B. OSCE: „Objective Structured Clinical Examination“), in denen Inhalte im klinischen Kontext und im Zusammenhang mit ihren psychosozialen Aspekten geprüft werden können.

Nach Abschluss des sechsten Semesters und bestandener „Prüfung im Modellstudiengang“ (PIM, als Äquivalent zum Physikum bezüglich des schriftlichen und mündlichen Teils gleich; zusätzlich mit einer praktischen Prüfung), treten die Studierenden des Modellstudienganges in das siebte Semester des Regelstudienganges der Universität Hamburg ein.

Parallel zum Regelstudiengang Humanmedizin am Fachbereich Medizin der Universität Hamburg nahmen zum Wintersemester (WS) 2001 / 02 und 2002 / 03 jeweils vierzig Studierende ihr Studium der Humanmedizin im Modellstudiengang Medizin auf.

Die Studierenden wurden nach der bundeseinheitlichen Regelung der Vergabe von Studienplätzen durch die ZVS (Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen, Staatsvertrag der Länder vom 20. Oktober 1972) an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg zugelassen. Im Rahmen dieser Zulassungsvoraussetzungen unterschieden sich die Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg und die Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen nicht voneinander. Alle zugelassenen Studierenden der Jahrgänge WS 2001/02 und WS 2002/03 an der Universität Hamburg bekamen das Angebot eine Teilnahme am Modellstudiengang Medizin.

In einer zufälligen und anonymen Losung wurden daraufhin aus der Gruppe der teilnahmebereiten Studierenden die vierzig Studierenden eines Jahrganges des Modellstudienganges bestimmt.

Der Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), durch die Hamburger Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG) und die medizinische Fakultät der Universität Hamburg. Der Modellstudiengang Medizin wurde als Modellversuchsvorhaben für eine Laufzeit von sechs Jahren und für jeweils drei Kohorten von vierzig Erstsemesterstudierenden geplant.

Realisiert wurde die Durchführung von zwei Kohorten. Durch die Einführung der neuen ÄAppO (Verabschiedung neue ÄAppO 27.07.2002, „In-Kraft-Treten“ 01.02.2003) wurde eine dritte Kohorte als Entscheidung der medizinischen Fakultät nicht verwirklicht. Die geplante Gesamtlaufzeit vom 01.10.2001 bis zum 31.12.2006 wurde daher verkürzt. Der „Abschlussbericht des Modellstudienganges Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg“ bezieht sich auf den Zeitraum vom 01.10.2001 bis 31.05.2006.

Im Rahmen des Ergebnisteils erfolgt, neben den Ergebnissen zu den Hypothesenbereichen, eine

deskriptive Darstellung der Auswertung zu Studierenden des zweiten Semesters gegenüber den Studierenden des vierten Semesters des Modellstudienganges Medizin (Kap. 3.1.4).

Besondere Berücksichtigung finden dabei Ergebnisse zu den Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie, den zentralen Persönlichkeitsbereichen und den Kontrollüberzeugungen. Die dargestellten Ergebnisse werden anschließend in der Diskussion besprochen.

1.3 Untersuchungsgegenstand und Ziel der Untersuchung

Der Vergleich der Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie eines Modell- und eines Regelstudienganges in den ersten beiden Ausbildungsjahren an zwei staatlichen Universitäten bildet den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit.

Die Ausbildungsabschnitte wurden dabei so gewählt, dass die Medizinstudierenden beider Studiengänge zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht am Kurs des Faches Psychiatrie teilgenommen hatten.

Ziel der Untersuchung ist es, die studentischen Einstellungen zur Psychiatrie in unterschiedlichen Ausbildungskonzepten zu erfassen und mögliche Einstellungsunterschiede im Zusammenhang mit dem Ausbildungskonzept und möglichen anderen Einflussfaktoren zu untersuchen.

Als andere Einflussfaktoren wurden Unterschiede der Persönlichkeit und des Erlebens von „Binnen-“ bzw. „Fremdsteuerung“ (Kontrollüberzeugungen), der psychiatrischen Vorerfahrungen und soziodemographischen Variablen untersucht.

Zur Evaluation der Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie wurde eine Fragebogenstudie mit quantitativen Selbstbeurteilungsfragebögen als Querschnittsuntersuchung durchgeführt (vgl. Teil: Material und Methoden).

Die Ergebnisse zu den Hypothesenbereichen sind in ihrer Abfolge so aufgebaut, dass zunächst die Ergebnissen der Studierenden des Modell- und des Regelstudienganges nebeneinander dargestellt werden. Anschließend werden die Ergebnisse der Studierenden beider Ausbildungskonzepte direkt miteinander verglichen (vgl. Kapitel 3.3). Dabei wird erst auf die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie und dann auf die Persönlichkeit und Kontrollüberzeugungen der Medizinstudierenden eingegangen.

1.4 Hypothesenbereiche

Einstellungen Medizinstudierender eines problemorientierten (Modellstudiengang) und eines traditionellen (Regelstudiengang) Ausbildungskonzeptes zur Psychiatrie und Psychotherapie

- Die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie sind positiv.
- Trotz positiver Einstellungen zur Psychiatrie ist die Motivation der Studierenden dort zu arbeiten gering ausgeprägt.
- Die Einstellungen der weiblichen Studierenden zur Psychiatrie sind positiver als die ihrer männlichen Kommilitonen.
- Studierende mit „psychiatrischen / psychotherapeutischen“ Vorerfahrungen weisen positivere Einstellungen zur Psychiatrie auf, als Kommilitonen ohne Vorerfahrungen.
- Die Einstellungen der Studierenden des Modellstudienganges zur Psychiatrie sind positiver als die der Studierenden des Regelstudienganges.

Einstellungen Medizinstudierender eines problemorientierten und eines traditionellen Ausbildungskonzeptes zur Psychiatrie und Psychotherapie in Anhängigkeit zentraler Persönlichkeitsbereiche

- Studierende mit positiven Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie zeigen im zentralen Persönlichkeitsbereich „Offenheit für neue Erfahrungen“ höhere Werte als Studierenden mit geringerem Interesse am Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie.

Zusammenhang zwischen zentralen Persönlichkeitsbereichen und Kontrollüberzeugungen Medizinstudierender und dem Ausbildungskonzept

- Die Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg empfinden sich als „Offener für Erfahrungen“ als die Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. Unterschiede in den Bereichen „Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit“ liegen nicht vor.
- Die Kontrollüberzeugungen der Studierenden beider Studiengänge unterscheiden sich. Bei vergleichbaren „internalen“ Kontrollüberzeugungen erleben sich die Studierenden des Modellstudienganges weniger „external“ gesteuert im Hinblick auf Gefühle der „Machtlosigkeit“ und des „Fatalismus“.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Wir führten eine Querschnittsstudie zum Vergleich der Einstellungen zum Fach Psychiatrie von Medizinstudierenden zweier unterschiedlicher Ausbildungskonzepte und zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Studiums (Semester) durch. Dabei ist die unabhängige Variable das jeweilige medizinische Ausbildungskonzept und die abhängige Variable die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie und Psychotherapie. Zudem werden einige mögliche Störvariablen, wie z.B. das Geschlecht, psychiatrische Vorerfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale einbezogen.

Im Folgenden werden die Studienteilnehmer beschrieben. Das Testinstrument, zusammengestellt aus Angaben zu biographischen Daten und mehreren standardisierten Fragebögen, wird dargestellt. Es wird auf die Rahmenbedingungen der Befragung, auf die Testinstruktionen und den Modus der Rückgabe, sowie auf die Ausschlusskriterien eingegangen. Die statistischen Berechnungen werden beschrieben.

2.2 Studienteilnehmer

An der Universität Hamburg wurden alle Studierenden des Modellstudienganges Medizin des zweiten und vierten Semesters (problemorientiertes Ausbildungskonzept) im Sommersemester 2003 und an der Universität Essen wurden alle Studierenden des zweiten und fünften Semesters (traditionelles Ausbildungskonzept) im Sommersemester 2002 mit Hilfe eines 11seitigen Fragebogens befragt (vgl. Kapitel 2.4 Darstellung des Fragebogens und Anhang, ab S. 150). Die Befragung wurde an beiden Universitäten unter den Aspekten der Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme und im Rahmen einer Querschnittserhebung einmalig durchgeführt.

2.3 Durchführung der Studie

An die Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg wurde der Fragebogen mit dem Einverständnis der Leiterin des Modellstudienganges Medizin, Frau Prof. Dr. phil. Bullinger verteilt. Allen Studierenden des Modellstudienganges

(zweites N = 40 und viertes Semester N = 21) wurde der Fragebogen mit einem zusätzlichen Begleitschreiben und der Bitte, zunächst das Deckblatt des Fragebogens sorgfältig zu lesen und dann den Fragebogen komplett auszufüllen, ausgegeben (vgl. Anhang, S. 148). Der Fragebogen wurde im Rahmen des Seminars „Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten“, dessen inhaltliche Thematik er ergänzte, eine Woche später (Sommersemester 2003) wieder eingesammelt.

An die Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen wurde der Fragebogen mit dem Einverständnis des Studiendekans, Herrn Prof. Dr. med. Nast-Kolb, und den Abteilungsleitern, Herrn Prof. Dr. med. Fabry (Institut für Physiologie) und Herrn Prof. Dr. med. Jöckel (Institut für Medizinische Informatik, Biomathematik und Epidemiologie) verteilt. Die Anzahl der Studierenden des zweiten (N = 200) und fünften Semesters (N = 80) differierte aufgrund unterschiedlicher Zulassungsmodi in Vorklinik (einfährig) und Klinik (1/2-jährig) für Studierende der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen deutlich. Die Studierenden des zweiten Semesters der Universität Duisburg-Essen erhielten den Fragebogen im Seminar der Physiologie, die Studierenden des fünften Semesters in der Übung zur Biomathematik (Sommersemester 2002). Mit ein paar einführenden Worten (Deckblatt, vgl. Anhang, S. 149) und der Bitte, die Testinstruktionen zu lesen und die Bögen selbständig, in Ruhe auszufüllen, wurde jedem Teilnehmer dieser Kurse ein Fragebogen ausgehändigt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden unmittelbar im Anschluss eingesammelt und der Auswertung zugeführt.

2.3.1 Rückgabemodus und Ausschlusskriterien

An alle Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg wurde der Fragebogen ausgeteilt. Die Rückgabe des Fragebogens erfolgte eine Woche nach dessen Erhalt, in oben erwähntem Seminar, es bestand zudem die Möglichkeit der Rückgabe über das Sekretariat des Modellstudienganges. Eine anonymisierte Rückgabe-Liste dokumentierte die Rückgabe. In die Auswertung gelangten nur vollständig ausgefüllte Testinstrumente.

Alle teilnehmenden Studierenden der Universität Duisburg-Essen, die am entsprechenden Kurstag im Seminar der Physiologie, bzw. Übung zur Biomathematik anwesend waren, erhielten einen Fragebogen. Die Rückgabe erfolgte im Rahmen derselben Veranstaltungen. In die Auswertung gelangten nur vollständig ausgefüllte Testinstrumente.

2.4 Darstellung des Fragebogens

Der den Studierenden zur Bearbeitung vorgelegte Fragebogen umfasst 11 Seiten (vgl. Anhang ab S. 150). Das Deckblatt richtet sich in Form eines Begleitschreibens an die Teilnehmenden. Neben einigen einführenden und erklärenden Worten zu der Studie, finden sich Angaben zum Bearbeitungsmodus (vgl. Anhang: Deckblatt Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg, Deckblatt traditioneller Studiengang der Universität Duisburg-Essen, S. 148/149). Es schließen sich die standardisierten Tests in der unten angegebenen Reihenfolge an. Diese Reihenfolge ist für die Teilnehmer beider Vergleichsgruppen, mit Ausnahme der biographischen Daten, gleich. Die biographischen Daten sind bei dem Fragebogen der Studierenden der Universität Duisburg-Essen auf Seite zwei nach dem Deckblatt zu finden; bei dem Fragebogen der Studierenden der Universität Hamburg als letztes Blatt auf Seite 11.

Die aufgelisteten und unten beschriebenen Testinstrumente sind auf Validität und Reliabilität geprüft und erfüllen i.d.R. die gängigen Gütekriterien psychologischer Tests.

Der Fragebogen setzt sich wie folgt zusammen:

- Einleitung und Bearbeitungshinweise (vgl. S. 148/149)
- Biographische Daten (vgl. Kap. 2.4.1)
- Neo-Fünf-Faktoren-Inventar, NEO-FFI
(Borkenau et Ostendorf, 1993) (vgl. Kap. 2.4.2.2)
- Attitudes Toward Psychiatry – 30 items, ATP-30
(Burra et al., 1982); in deutschsprachiger Fassung
(Strebel et al., 2000) u. fünf weitere Zielvariablen (vgl. Kap. 2.4.2.1)
- Hospital Anxiety and Depression-Scale, HADS-D
(Herrmann et Buss, 1995) (vgl. Kap. 2.4.2.4)
- IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen, IPC
(Krampen, 1981) (vgl. Kap. 2.4.2.3)

2.4.1 Biographische Daten

Die Erhebung der biographischen Daten umfasst neben Alter, Fachsemester, Geschlecht, Muttersprache etc. auch das z.Zt. bevorzugte spätere medizinische Fachgebiet und jegliche psychiatrische Vorerfahrungen der Befragten. Hierunter fallen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Medizinstudium, wie z.B. Famulaturen und Nachtwachen, aber auch Selbsterfahrungen, psychisch kranke Angehörige etc.

2.4.2 Standardisierte Fragebögen

2.4.2.1 Attitudes Towards Psychiatry-30 items (ATP-30)

Der ATP-30 (Attitudes Towards Psychiatry – 30 items) wurde von Burra et al. (1982) an der Queen`s University, Kingston, Kanada mit dem Ziel entwickelt, Einstellungen von Studierenden der Medizin zum Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie zu erfassen und eventuelle Einstellungsveränderungen im Rahmen von studentischem Unterricht, Patientenkontakt oder auch im Verlauf des Studiums zu quantifizieren.

Die Motivation bestand dabei in der besseren Erfassung der Komplexität der Zusammenhänge zwischen studentischen Einstellungen zur Psychiatrie, der daraus resultierenden studentischen Lernmotivation und somit auch einer späteren Berufswahl.

Sowohl die grundsätzlichen Einstellungen gegenüber der Psychiatrie mit den entsprechenden Konsequenzen, insbesondere einer drohenden unzureichenden Versorgung psychiatrischer Patienten, als auch die Notwendigkeit, die Qualität und den Einfluß von Lehrveranstaltungen auf studentische Einstellungen zu quantifizieren, machten die Entwicklung eines validen, reliablen und zeitstabilen Erhebungsinstrumentes notwendig. Die Autoren wollten die Wahl der Items dabei konsequent auf die „Einstellungen“ zur Psychiatrie und Psychotherapie, wie z.B. bewertende Reaktionen der Studierenden beschränken, und damit alle Arten von „Anschauungen“ vernachlässigen.

Aus einer anfänglich allgemeinen Masse an Informationen zum Thema „Einstellungen zur Psychiatrie“ arbeiteten Burra et al. (1982) acht zusammenhängende Einstellungsthemen heraus:

Psychiatrische Patienten, Psychiatrische Krankheit, Psychiater, Psychiatrische Kenntnisse, Psychiatrie als Karrierewunsch, Psychiatrisches Handeln, Psychiatrische

Einrichtungen und Psychiatrischer Unterricht. Hieraus wurden aufgrund verschiedener Kriterien (item-total correlation 0.3 – 0.15, negative bzw. positive Formulierung) 30 Items für die endgültige Version des Fragebogens ausgewählt, wobei ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen positiv und negativ formulierten Items besteht. Es wurde eine Faktorenanalyse der Hauptkomponenten des Fragebogens durchgeführt. Danach wurde der ATP-30 und nicht die ursprüngliche Version des Fragebogens mit 80 Items ausgewählt, um die Analyse auf Items, die beständig die Einstellungen zur Psychiatrie messen, zu beschränken. Diese Faktorenanalyse ergab einen ersten Faktor mit einem Eigenwert von 6,49 entsprechend 21,6% der Gesamtabweichung. Der zweite bis fünfte Faktor waren deutlich kleiner mit Eigenwerten von jeweils 2,09, 1,81, 1,49 und 1,3, so dass Burra et al. von einer ein-faktoriellen Lösung ausgingen, d.h. ein Faktor den Merkmalskorrelationen zugrundeliegt.

Die Darstellung der Items erfolgt auf einer Fünf-Punkt-Lickert Skala (eins entspricht starker Zustimmung, fünf entspricht starker Ablehnung). Der ATP-Summenscore von 90 entspricht dem rechnerischen Neutralwert. Der rechnerische Minimalwert liegt bei 30, der Maximalwert bei 150. Je höher demzufolge der Summenscore liegt, desto positiver ist die Einstellung zur Psychiatrie zu bewerten. Der ATP-30 (Burra et al., 1982) wurde international für entsprechende Untersuchungen eingesetzt (Alexander & Eagles, 1986, 1990; Baptista et al., 1993; Creed et Goldberg, 1987; Kok, 1987) und wies dabei zufriedenstellende teststatistische Messwerte auf (Item-total-Korrelation: 0,24 – 0,57; Split-half-Reliabilität 0,90; Test-Retest Stabilität über 6 Wochen: 0,87). Bei der in der vorliegenden Studie benutzten deutschen Fassung des ATP-30 handelt es sich um eine „Expertenübersetzung“ von drei klinisch-wissenschaftlich tätigen Psychiatern (Strebel et al. 2000) und einer anerkannten medizinischen Fachdolmetscherin (Ärztin, Muttersprache Englisch). Strebel et al. erweiterten die deutschsprachige Version des ATP-30 um fünf Items (ATP-35; Strebel et al., 2000). Diese fünf zusätzlichen Items (nachträglich mit * gekennzeichnet und grau unterlegt im Fragebogen; Anhang: S. 154-156) fanden in der vorliegenden Studie jedoch keine Berücksichtigung in der Berechnung und Auswertung der Ergebnisse, so dass im Weiteren bezüglich der vorliegenden Studie vom ATP-30 gesprochen wird.

Der ATP-30 bildet die Hauptgrundlage dieser Studie. Er wurde als zentrales Messinstrument zur Erfragung von Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie gewählt (vgl. hierzu Kap. 1.4).

Der ATP-30 Fragebogen findet sich im Anhang ab Seite 154.

Zielvariablen

Fünf zusätzliche Parameter, die in der Literatur bereits diskutiert wurden, sind im Anschluß an den erweiterten ATP-30 mit Hilfe einer visuellen Analogskala von null bis acht dargestellt (Strebel et al. 2000).

Die Bereiche psychiatrische Vorerfahrung und bisher erlebte Bewertung der Psychiatrie in somatischen Fächern gelten als Moderatorvariablen, während Interesse an der Psychiatrie, geplante Arbeit in der Psychiatrie und eventuelle Schwierigkeiten, ein psychiatrisches oder ein psychosomatisches Konsil anzufordern, als Zielvariablen gelten.

Die oben genannte Variable: psychiatrische Vorerfahrung wird im Rahmen der biographischen Daten abgefragt (Ja / Nein-Saklierung).

2.4.2.2 Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)

Das deutsche NEO-Fünf-Faktoren Inventar ist ein von Borkenau und Ostendorf aus dem amerikanischen übersetzter und z.T. überarbeiteter Fragebogen, der der Erfassung individueller Merkmalsausprägung in den fünf Persönlichkeitsbereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit dient (Borkenau et Ostendorf, 1993).

Ursprünglich nur drei Bereiche individueller Unterschiede abgrenzend, wurde der Fragebogen Anfang der Neunziger von Costa und McCrae (1989, 1992b) um die Faktoren „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ erweitert, nachdem die Replizierbarkeit der Fünf-Faktoren-Struktur mehrfach belegt worden war.

Die im Folgenden geschilderten fünf Skalen bildeten sich bei Faktorenanalysen vielfältiger Eigenschaftsurteile auf Adjektivskalen mit einer hohen Regelmäßigkeit heraus.

Die Adjektivskalen basieren auf dem sogenannten psycho-lexikalischen Ansatz, welcher sich aus der Sedimentationshypothese von Klages (1926) und Cattell (1943) herleitet und der die Grundlage für das NEO-FFI bildet.

„Die Sedimentationshypothese besagt, dass alle Aspekte individueller Differenzen, welche bedeutsam, interessant oder nützlich sind oder waren, in die Sprache Eingang

gefunden haben; je bedeutender eine solche Differenz, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein gesondertes Wort hervorbrachte“ (Borkenau und Ostendorf 1993, S. 5).

Die Autoren interpretierten die Sedimentationshypothese dahingehend, dass im Wortschatz enthaltene Begriffe das Spektrum aller bedeutenden individuellen Unterschiede abdecken.

Das NEO-FFI besteht aus 60 Fragen, die zu gleichen Anteilen auf die fünf genannten Skalen aufgeteilt sind und somit jeweils 12 Items einen Merkmalsbereich behandeln. Die Bewertung jeder der 60 Aussagen geht über fünf Abstufungen von „starker Ablehnung“ (SA) über „neutral“ (N) bis hin zu „starker Zustimmung“ (SZ).

Die fünf Skalen werden von Borkenau und Ostendorf (1993, S.5) inhaltlich wie folgt beschrieben:

„Probanden mit hohen Werten in **Neurotizismus** neigen dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein und sich Sorgen um ihre Gesundheit zu machen. Sie neigen zu unrealistischen Ideen und sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.

Probanden mit hohen Werten in **Extraversion** sind gesellig, aktiv, gesprächig, Personen-orientiert, herzlich, optimistisch und heiter. Sie mögen Anregungen und Aufregungen.

Probanden mit hohen Werten bezüglich **Offenheit für Erfahrungen** zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen aus, bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, kreativ, phantasievoll und unabhängig in ihrem Urteil. Sie haben vielfältige kulturelle Interessen und interessieren sich für öffentliche Ereignisse.

Probanden mit hohen Werten in der Skala **Verträglichkeit** (Agreeableness) sind altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Sie neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen, zu Kooperativität, zur Nachgiebigkeit, und sie haben ein starkes Harmoniebedürfnis.

Die Skala **Gewissenhaftigkeit** schließlich unterscheidet ordentliche, zuverlässige, hart arbeitende, disziplinierte, pünktliche, penible, ehrgeizige und systematische von nachlässigen und gleichgültigen Personen“ (Borkenau und Ostendorf, 1993, S. 5).

Diese fünf Faktoren erwiesen sich in einer Vielzahl von faktorenanalytischen Studien als weitgehend replizierbar unabhängig von den untersuchten Probandenstichproben (Peabody et Goldberg, 1989; Digman et Takemoto Chock, 1981; Norman, 1963; Tupes et Christal, 1961), unabhängig von den Beobachtern (McCrae et Costa 1987; Tupes et Christal 1961; Fiske 1949), den Instrumenten (Ostendorf et Angleitner, 1992; Borkenau et Ostendorf, 1990, 1991; Angleitner et Ostendorf, 1989; McCrae et Costa 1987; Amelang et Borkenau, 1982), den Methoden der Faktorenextraktion und -rotation (Goldberg, 1990) und unabhängig vom Kulturraum, in dem die Untersuchungen durchgeführt wurden (De Raad, 1992; Ostendorf, 1990; Angleitner et Ostendorf, 1989; Church et Katigbak, 1989).

Mit Hilfe anderer Persönlichkeitsinventare, wie zum Beispiel dem Eysenck-Persönlichkeitsinventar (Eggert, 1974), der deutschen Version des 16-Persönlichkeitsfaktoren-Tests (Schneewind, Schröder et Cattell, 1984) oder dem Freiburger-Persönlichkeits-Inventar, wurde die Stabilität der fünf Faktoren von Amelang und Borkenau (1982) und anderen in den folgenden Jahren belegt.

Grundsätzlich gehen Borkenau und Ostendorf davon aus, dass das NEO-FFI im Sinne einer sozialen Erwünschtheit verfälschbar ist. Daher sollte dieses Testinstrument keine Anwendung finden, wenn ein Interesse der Probanden an einer positiven Selbstdarstellung vermutet wird oder den Probanden bekannt ist, was in der jeweiligen Testsituation erwünscht wird. Als sozial erwünscht eingestuft werden von den Autoren die Skalen Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, wohingegen die Skala Neurotizismus als unerwünscht und damit negativ bewertet gilt.

Die Autoren geben weiterhin an, dass die Neurotizismusskala negativ mit den Skalen für Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit korreliert, welche untereinander positiv korrelieren, was die obige wertende Belegung stützt.

Allgemein kontrovers diskutiert wird in der Literatur die Frage, ob den fünf Faktoren eine rein deskriptive Funktion oder darüber hinaus auch ein erklärender Wert zukommt.

Die Autoren der deutschen Übersetzung des NEO-FFI sind der Auffassung, die individuellen Unterschiede in den fünf Merkmalsbereichen ließen sich nicht auf jeweils einheitliche Ursachen zurückführen. Sie beschreiben die fünf Faktoren als robuste Dimensionen, die der Wahrnehmung und der Beurteilung beobachteter individueller Unterschiede zugrunde liegen (Borkenau 1992, 1990, 1988, 1986; Borkenau et Ostendorf, 1987).

In der vorliegenden Studie wurde das NEO-FFI als Persönlichkeitsfragebogen genutzt, um durch die Eigenschaften dieses Testinstrumentes eine höhere Eindeutigkeit der Ergebnisse zu erzielen. Das NEO-FFI erfaßt in fünf inhaltlich ausführlich beschriebenen Persönlichkeitsbereichen individuelle Merkmalsausprägungen und nimmt keine Unterscheidung in Subfacetten vor. Die Abgrenzbarkeit der einzelnen Persönlichkeitsbereiche gegeneinander bleibt dadurch klar erhalten.

Eine Differenzierung über die fünf Faktoren hinaus hielten wir bei der Suche nach grundsätzlichen Persönlichkeitsunterschieden der beiden Studierendengruppen auf der Grundlage der Fragestellung (vgl. Kap. Hypothesenbereiche 1.4) für nicht sinnvoll. Die testspezifische Anleitung des NEO-FFI und das Testinstrument finden sich im Anhang ab Seite 151.

2.4.2.3 Der IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Der IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen ist ein von Krampen (1980) aus dem Amerikanischen übersetzter und überarbeiteter Fragebogen, dem die IPC-Skalen von Levenson zugrunde liegen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Sozialen Lerntheorie entwickelte Rotter (1955, 1966, 1972, 1975) auch das Konstrukt „locus of control of reinforcement“, was dem Sinn nach übersetzt wird mit „Kontrollüberzeugung“ oder auch „Verstärkungskontrolle“.

Kontrollüberzeugungen bestimmen nach Rotter (1966, 1975) einen entscheidenden Teil der generalisierten Erwartungshaltungen eines Individuums, wobei Rotter externale von internalen Kontrollüberzeugungen trennt:

„Externale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, als nicht kontingent zum eigenen Verhalten wahrnimmt, sondern sie als Ergebnis von Glück, Pech, Zufall, Schicksal, als unvorhersehbar wegen der Komplexität der Umwelt oder als von anderen Personen abhängig wahrnimmt und interpretiert.

Internale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, als kontingent zum eigenen Verhalten oder zu eigenen Persönlichkeitscharakteristika wahrnimmt“ (Krampen 1980, S. 5 und 6).

Daneben beschreibt Rotter (1966, 1975) „locus of control“ auch als eine situative Variable, bei der es um die Möglichkeit der Kontrollierbarkeit von Situationen geht.

Nach den Instrumentalitätstheorien (Krampen et Brandtstädter, 1981) erhält die Kontrollüberzeugung hingegen die Position einer relativ situationsunabhängigen Erklärungs- und Vorhersagevariable (Rotter et al. 1962). Die Attributionsforschung bezeichnet Kontrollüberzeugungen in Form von internaler versus externaler Attribuitionstendenz als einen wesentlichen Klassifikationspunkt in der Systematisierung der Ursachen menschlichen Verhaltens (Weiner et al., 1971). Letztlich erhalten Kontrollüberzeugungen durch Schneewind und Peiffer (1978) mit dem Begriff „Selbstverantwortlichkeit“ auch eine allgemeine gesellschaftlich-politische Dimension.

Nachdem zunächst nur eindimensional zwischen internalen und externalen Kontrollüberzeugungen unterschieden wurde, differenzierte Rotter (1966) zwischen zwei Formen der externalen Kontrollüberzeugungen. Er unterschied zwischen Fatalismus gegenüber Machtlosigkeit als wahrgenommene Ursachen für das Vorkommen bzw. die Abwesenheit von Verstärkern in der Umwelt der jeweiligen Person. Diese Unterscheidung wurde von Levenson (1972, 1974) in der Rekonzeptualisierung des ROT-IE Fragebogens (Rotter-I-E-Skala, 1966) aufgenommen, auf den sich der IPC-Fragebogen stützt.

Von Levenson wurden zwischen drei Dimensionen von Kontrollüberzeugungen beschrieben:

1. „**Internalität**, d.h., die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt“;
2. „**Externalität**, die durch ein subjektives Gefühl der **Machtlosigkeit** bedingt ist, durch ein Gefühl der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigeren) Personen“ („powerful others external orientations“; Levenson 1972);
3. „**Externalität**, die durch **Fatalismus** bedingt ist, also durch die generalisierte Erwartungshaltung, dass die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen“ („chance control orientations“; Levenson 1972).

Für den IPC wurden zum einen die Items des ROT-IE Fragebogens überarbeitet und zum anderen neue Items formuliert (Levenson 1972), wobei die insgesamt 24 Items in Ich-Form formuliert wurden.

Das Ergebnis war der IPC mit je drei Skalen zu je acht Items,

die **I-Skala** (Internalität),

die **P-Skala** (Externalität, die durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit bedingt ist) und

die **C-Skala** (Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist).

Die Bewertung der Items erfolgt auf sechs-stufigen Likert-Skalen. Die Einordnung der Ergebnisse erfolgt mit Hilfe der Stanine-Werte, denen von Krampen folgende verbale Klassifikation zugeordnet wurde (vgl. Tbl. 1)

Tabelle 1: Verbale Klassifikation der Stanine-Werte für den IPC-Fragebogen

Stanine-Werte	Verbale Klassifikation	
	I-Skala	P-Skala / C-Skala
1	Weit unterdurchschnittliche Internalität	Weit unterdurchschnittliche Externalität
2, 3	Unterdurchschnittliche Internalität	Unterdurchschnittliche Externalität
4, 5, 6	Durchschnittliche Internalität	Durchschnittliche Externalität
7, 8	Überdurchschnittliche Internalität	Überdurchschnittliche Externalität
9	Weit überdurchschnittliche Internalität	Weit überdurchschnittliche Externalität

Bezüglich einer Interkorrelation der drei Skalen des IPC-Fragebogens zeigen sich statistisch signifikante Beziehungen in positiver Richtung zwischen den beiden Externalitätsskalen „P“ und „C“ (Levenson 1974, Krampen 1980). Dies belegt die gemeinsame Basis beider Skalen im Rahmen der externalen Kontrollüberzeugungen. Die Internalitätsskala korreliert, wie es der theoretische Hintergrund verlangt, zu beiden Externalitätsskalen schwach negativ. Demnach wird von der I-Skala der Aspekt generalisierter Kontrollüberzeugungen erfaßt, der sich in den Externalitätsskalen nicht wiederfindet (Krampen 1980).

Eine mögliche Ausrichtung der Antworten der Probanden des IPC-Fragebogens in Richtung einer sozialen Erwünschtheit ist statistisch unbedeutsam und könne somit innerhalb der Diskussion vernachlässigt werden (Crowne et Marlowe 1964; Krampen 1980).

Innerhalb der I-Skala kann nach neueren Faktorenanalysen (Weiner et al., 1971) eine zusätzliche Trennung in zwei Faktoren herausgearbeitet werden: Ein Faktor bündelt Items, die Internalität als subjektiv wahrgenommene eigene Fähigkeit betrachten, ein

zweiter Faktor erfasst Items, die Internalität im Sinn eines hohen Durchsetzungsvermögens beschreiben. Da beide Faktoren im Laufe der individuellen Sozialisation zu zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmalen innerhalb einer Person werden können, ist die Auftrennung der Internalität hier als eine eher theoretische anzusehen (Krampen, 1980).

Hinsichtlich der Geschlechts-, der Alters, und anderer soziographischer Unterschiede gibt es keine spezifischen, nachweisbaren Auswirkungen auf die Antwortausrichtung der Probanden. Es sind jedoch interkulturelle Unterschiede nachgewiesen worden (Mahler 1974).

Mit Hilfe des IPC von Krampen sollten grundlegende Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen der Studierendengruppen untersucht werden. Besonders Unterschiede im Hinblick auf Selbst – gegenüber Fremdbestimmung können hiermit deutlich gemacht werden (vgl. hierzu Kap. 1.4). Zudem ist der IPC in vielen Untersuchungen erprobt und normiert worden (vgl. Schauenburg et al., 1992).

Den IPC-Fragebogen und seine testspezifische Anleitung finden sich im Anhang (vgl. ab S.158)

2.4.2.4 Die Hospital Anxiety and Depression-Scale (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) ist ein aus dem Englischen von Herrmann und Buss ins Deutsche übersetzter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität (Herrmann et al. 1995).

Die aus dem englischen Sprachraum stammende Originalversion wurde von Zigmond und Snaith (1983) für Patienten somatisch-medizinischer Einrichtungen entwickelt.

Ziel war es, die beiden häufigsten psychischen Symptome im Krankenhausalltag - Angst und Depression zu erfassen und diese zu quantifizieren.

Mit der Entwicklung der HADS-D kam man der inhaltlichen Anregung von William et al. (1980) nach, die eine Vereinfachung von Screening-Ansätzen und Konzepten der klinischen Psychiatrie und eine verstärkte Erfassung milderer Störungsformen und deren Quantifizierung empfahl.

Sowohl die HADS-D-Angst- als auch die HADS-D-Depressionsskala setzen sich aus je sieben Items zusammen, die innerhalb des Fragebogens in wechselnder Reihenfolge aufeinanderfolgen.

Innerhalb der Angstskala lassen sich sechs Items den psychischen Manifestationen von Angstneurosen zuordnen. Ein weiteres Item bezieht sich auf Panikattacken.

Die HADS-D-Angst-Skala soll eine generalisierte, frei flottierende Angstsymptomatik, nicht aber situationsgebundene Ängste, wie sie etwa im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen auftreten können, erfassen. Lediglich im Fall einer Generalisierung hätten situationsgebundene Ängste einen Einfluss auf den Skalenwert. „Damit werden allzu kurzfristige Schwankungen der Werte im Rahmen medizinischer Behandlungen vermieden und überwiegend mittel- bis längerfristige Änderungen des globalen Angstniveaus abgebildet“ (Herrmann et al. 1995, S.7).

Die Items der Depressionsskala beziehen sich auf das Konzept einer milden „endogenomorphen“ Symptomatik, die überwiegend die herabgesetzte Fähigkeit erfasst, Freude zu erleben oder zu antizipieren (Klein, 1974; Snaith, 1987).

Nach Herrmann et al. (1995) muß es Ziel einer Screeningsmethode sein, eine relevante Symptomatik möglichst weit gefächert zu erfassen, um darauf aufbauend therapeutische Schritte berücksichtigen zu können. Die HADS-D wird von den deutschen Autoren als ein Instrument zur Identifizierung psychischer Morbidität

verstanden (Herrmann et al. 1995, S. 8). Gesucht werden Patienten (oder Probanden) mit einem auffälligen Summenwert auf mindestens einer der beiden HADS-D-Skalen.

Zum weiteren Verständnis der Skalen Angst und Depression folgen einige Erläuterungen der zugrunde liegenden Konstrukte:

Sowohl Angst als auch Depression lassen sich als Symptom, Syndrom oder auch nosologisch verstehen. Eine klare Zuordnung der HADS-D ist nicht möglich, sie liegt vermutlich zwischen der Symptom- und Syndromebene (Herrmann et al. 1995).

Die Möglichkeit die Konstruktebenen der beiden Merkmale deutlich voneinander getrennt zu erfassen, wird eher skeptisch betrachtet (Helmchen et Linden, 1986; Stavrakaki et Vargo, 1986). Die Symptomüberschneidungen der Angststörungen und depressiven Störungen machen eine weiterführende Prognose und gezielte Therapie schwierig. Zudem ist die Komorbidität der beiden Merkmale höher, als statistische Aufrechnungen vermuten lassen (Helmchen et Linden, 1986), weswegen ein innerer Zusammenhang naheliegt.

Vergleicht man schließlich die HADS-D mit anderen Depressionsskalen, die eher psychiatrische Symptomatiken erfassen sollen, bietet die HADS-D-Depressionsskala größere Akzeptanz aufgrund ihrer Erfassung leichter Ausprägungsgrade psychischer Beeinträchtigung (Herrmann et al. 1995).

Herrmann et al. fassen die Ziele der HADS-D wie folgt zusammen:

„Die Konzeptionsziele der HADS-D bestehen in einem deskriptiven Screening psychischer Symptome in zwei dafür geeigneten Symptombereichen; Angst und Depressivität“ (Herrmann et al. 1995, S. 10).

Der Anwendungsbereich der HADS-D für Patienten somatisch-medizinischer Einrichtungen wurde in der vorliegenden Studie ausgeweitet, so dass vermeintlich gesunde Studierende hinsichtlich möglicher Auffälligkeiten untersucht werden konnten. Dass diese Vorgehensweise in keinem Gegensatz zum theoretischen Hintergrund des Testes steht, zeigen die Ergebnisse bei dem Einsatz an Gesunden (vgl. Herrmann, 1997).

Der Angst- und Depressionsskala sind jeweils sieben Items zugeordnet. Die Probanden haben bei jedem Item die Auswahl zwischen vier Antwortmöglichkeiten (Punktwert zwischen null und drei). Skalenspezifisch können sich Summenwerte

zwischen null und 21 ergeben. Als Beurteilungszeitraum werden von den Autoren die vergangenen sieben Tage vorgegeben.

Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist durch die schriftlichen Instruktionen und standardisierte Auswertungsrichtlinien gegeben. Zu dem möglichen Problem der Verfälschbarkeit in Richtung einer sozialen Erwünschtheit werden von den Autoren der deutschen Fassung keine Angaben gemacht. Alle übrigen Testkriterien sind im Handbuch dokumentiert und erfüllen die gängigen Anforderungen. Zur Bewertung der Testergebnisse schreiben Herrmann et al. (1995, S.11): „Die Testergebnisse sind grundsätzlich mit der für Fragebogeninstrumente gebotenen Zurückhaltung zu interpretieren und sind im individuellen Einsatz nicht als diagnoseweisend sondern vielmehr als Orientierungsmarker zu verstehen“ (1995, S. 11).

Im Rahmen der vorliegenden Studie dient die HADS-D vorrangig dem Screening möglicher kurzfristiger, situationsbedingter Einflüsse, die im vorgegebenen Erfassungszeitraum auf die von uns befragten Studierendenkollektive eingewirkt und zu einer situativen Verfälschung des gesamten Testinstrumentes geführt haben könnten. Zudem soll die HADS-D als deskriptive Screeningmethode mögliche Unterschiede in der psychischen Befindlichkeit der beiden Teilnehmergruppen der vorliegenden Studie im Kontext der unterschiedlichen Ausbildungskonzepte erfassen (vgl. hierzu Lloyd et Gartrell, 1984; Camp et al. 1994, Kuhnigk et Schauenburg, 1999).

Die testspezifische Anleitung des HADS-D und der Fragebogen selbst finden sich im Anhang (S. 157).

2.5 Statistische Berechnungen

Die Dateneingabe erfolgte in das Statistikprogramm SAS 9.1 mit dem auch die Berechnungen durchgeführt wurden. Zur deskriptiven Darstellung wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und prozentuale Verteilungen zur Angabe der Häufigkeit berechnet. Die standardisierten Tests wurden entsprechend der Auswertungsinstruktionen ihrer Testhandbücher ausgewertet.

Für die statistische Auswertung wurde davon ausgegangen, dass Intervallskalenniveau bei den standardisierten Verfahren gegeben ist, da diese normiert und teststatistisch geprüft worden sind. Weiterhin wurden jeweils die Voraussetzungen für die Testverfahren geprüft und entsprechend des Ergebnisses der t-Test für unabhängige Stichproben oder der U-Test nach Mann und Whitney verwendet.

Korrelationen wurden mit der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson berechnet.

Die Ergebnisse der Items, die zur Auswertung der Hypothesen a priori herangezogen worden sind, wurden auf statistische Unterschiede auf dem 5%-Niveau ($\alpha=0,05$) geprüft; p-Werte $<5\%$ wurden als statistisch signifikant interpretiert, p-Werte $>5\%$ wurden als statistisch nicht signifikant interpretiert. Dies ist nach Bortz möglich, wenn a priori Hypothesen bestehen, die theoretisch gut begründet sind oder aufgrund von Vorversuchen aufgestellt wurden; in diesem Fall sei keine Alpha-Korrektur erforderlich (Bortz, 1999).

Bei der Prüfung der a posteriori Hypothesen wurde das α -Niveau an die Menge der Unterschiedsrechnungen angepasst unter Verwendung der Bonferoni Korrektur.

Für die standardisierten Testverfahren NEO-FFI und IPC wurde geprüft, ob die Studierendenstichprobe von der Norm abweicht. Dazu wurde ein Chi-Quadrat-Test verwendet, wobei die „Erwarteten Werte“ von der Normstichprobe des jeweiligen Tests abgeleitet wurden.

Um die praktische Bedeutsamkeit eines Testergebnisses besser einschätzen zu können, berechneten wir für den Vergleich der zwei Stichproben die Effektgröße ε nach Bortz und Döring (1995).

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Ergebnisse

3.1.1 Rücklaufquoten der Stichproben

Im Modellstudiengang Medizin (MSG) der Universität Hamburg studierten zu Beginn des Sommersemesters 2003 im zweiten Semester 40 und im vierten Semester 21 Studierende. Die Rücklaufquote bewegte sich zwischen 95% und 90,5%.

Im Regelstudiengang (REG) der Universität Duisburg-Essen studierten im Sommersemester 2002 im zweiten Semester 200 und im fünften Semester 80 Studierende. Die Rücklaufquote bewegte sich zwischen 90,5% und 75%.

Die Gesamtanzahl der Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen im Sommersemester 2002 belief sich auf 200 Studierende im zweiten Semester und 80 Studierenden im fünften Semester (zu den Ein- und Ausschlusskriterien vgl. Kapitel 2.2 und 2.3).

In Tabelle 2 werden einmalig die Gesamtzahl aller Studierenden des jeweiligen Studienabschnittes angegeben und darunter die Rücklaufquoten für jeden der im Fragebogen enthaltenen standardisierten Tests (ATP-30 (Burra, 1982), NEO-FFI (Costa et McCrae, 1992), IPC (Levenson, 1974) und HADS-D (Zigmond et Snaith, 1983)).

Tabelle 2: Rücklaufquote der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

	Modellstudiengang Universität HH		Regelstudiengang Universität D-E	
	Sem. 2	Sem. 4	Sem. 2	Sem. 5
Gesamtzahl der Studierenden	N = 40 (100%)	N = 21 (100%)	N = 200 (100%)	N = 80 (100%)
Rücklauf ATP-30	n = 38 (95%)	n = 19 (90,5%)	n = 181 (90,5%)	n = 60 (75%)
Rücklauf NEO-FFI	n = 38 (95%)	n = 19 (90,5%)	n = 181 (90,5%)	n = 64 (80%)
Rücklauf IPC	n = 38 (95%)	n = 19 (90,5%)	n = 181 (90,5%)	n = 64 (80%)
Rücklauf HADS-D	n = 38 (95%)	n = 19 (90,5%)	n = 181 (90,5%)	n = 64 (80%)

Der Rücklauf der demographischen Daten wurde für jedes demographische Item einzeln ausgewertet. Die jeweilige Anzahl der Teilnehmer ist im Kapitel 3.1.2 zu finden.

3.1.2 Demographische Daten der Studierenden beider Ausbildungskonzepte

Die demographischen Daten der Studierenden des MSG der Universität Hamburg und der Studierenden des REG der Universität Duisburg-Essen werden einander in deskriptiver Weise gegenübergestellt.

Am Ende des Kapitels werden die demographischen Daten der Studierenden des MSG getrennt nach Semester zwei und vier dargestellt.

Geschlechtsverteilung

Im MSG waren 64,9% der Studierenden (n = 57) weiblich und 35,1% der Studierenden männlich. Im REG (n = 245) waren zum Messzeitpunkt 63,7% weibliche und 36,3% männliche Studierende (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Geschlecht der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Geschlecht	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 245
	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
Weibliche Studierende	64,9 % (37)	63,7 % (156)
Männliche Studierende	35,1 % (20)	36,3 % (89)

Durchschnittsalter

Das durchschnittliche Alter der Studierenden des MSG lag bei 22,68 Jahren; etwas älter waren die Studierenden des REG mit durchschnittlich 23,2 Jahren (vgl. Tabelle 4). Die weiblichen Studierenden des MSG waren durchschnittlich 22,24 Jahre alt (n = 37) und damit jünger als die männlichen Studierenden mit 23,5 Jahre (n = 20). Im REG waren die weiblichen Studierenden 23,11 (n = 151) und die männlichen Studierenden 23,35 Jahre alt (n = 88).

Tabelle 4: Durchschnittsalter der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen.

	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 239
	MW / SD*	MW / SD
Durchschnittsalter in Jahren	22,7 / 3,5	23,2 / 3,9

*(MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

Nationalität

Die Studierenden des MSG hatten zu 93% die deutsche Staatsbürgerschaft, im REG waren 84,8% der Studierenden deutsche Staatsbürger (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Nationalität der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Nationalität	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 237
	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
deutsch	93,0 % (53)	84,8 % (201)
andere	7 % (4)	15,2 % (36)

Erstwahl Wunsch des späteren Fachgebietes

Die Studierenden des MSG und des REG wurden aufgefordert, eine Wahl des von ihnen zukünftig angestrebten Fachgebietes abzugeben. Hier soll nur auf die bevorzugte, also die Erstwahl eingegangen werden. Die ersten Fachgebietswünsche aller Studierenden wurden zusammengezählt und daraus wurde eine Rang-Liste erstellt (vgl. Tabelle 6). Die Fachgebiets-Ränge eins und zwei der Studierenden des MSG wurden von den Fächern Pädiatrie und Innere Medizin belegt, bei den Studierenden des REG von den Fächern Chirurgie und Pädiatrie. Das Fach Psychiatrie lag bei der Rangliste der Studierenden des MSG auf dem fünften Platz, dies entsprach 5,7% der Studierenden dieses Studienganges. Bei den Studierenden des REG war das Fach Psychiatrie auf Rang sieben, was einem Anteil von 5,0 % der Studierenden entsprach.

Tabelle 6: Fachgebietswunsch Erstwahl der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Rang	Fach	Modellstudiengang Universität HH n = 53	Fach	Regelstudiengang Universität D-E n = 219
1	Pädiatrie	26,4% (n = 14)	Chirurgie	20,1% (n = 44)
2	Innere Medizin	15,1% (n = 8)	Pädiatrie	17,4% (n = 38)
3	Chirurgie	13,2% (n = 7)	Anästhesie	8,7% (n = 19)
4	Gynäkologie, Neurologie	9,4% (n = 5)	Gynäkologie	7,8% (n = 17)
5	#Psy, Allg, Ortho	5,7% (n = 3)	Innere Medizin	5,9% (n = 13)
6			Neurologie	5,5% (n = 12)
7			#Allg, Psy, Ortho	5,0% (n = 11)
		*Rest: 9,5% (n = 5)		*Rest: 19,6% (n = 43)

*Rest: entspricht den Prozentangaben der Fächern auf weiteren Rangplätzen, die im Einzelnen nicht aufgezählt werden

#Psy = Psychiatrie; Allg = Allgemeinmedizin; Ortho = Orthopädie

Ausrichtung der Allgemeinen Hochschulreife

Es wurden den Studierenden drei Möglichkeiten der Ausrichtung der Allgemeinen Hochschulreife (Abitur) vorgegeben: „geisteswissenschaftlich“, „naturwissenschaftlich“ und „eher gemischt“. Als „eher gemischt“ empfand der größte Teil der Studierenden in beiden Studiengängen die Ausrichtung ihres Abiturs (64,9% im MSG und 52,3% im REG, vgl. Tabelle 7). Die Studierenden mit einem naturwissenschaftlich ausgerichteten Abitur stellten im MSG einen Anteil von 19,3%; im REG lag dieser Anteil bei 38,3%. Eine eher geisteswissenschaftliche Ausrichtung ihres Abiturs hatten im MSG 15,8% der Studierende und im REG 9,5% der Studierenden.

Tabelle 7: Ausrichtung der Allgemeinen Hochschulreife der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Ausrichtung Hochschulreife	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 243
	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
eher "gemischt"	64,9 % (37)	52,3 % (127)
naturwissenschaftlich	19,3 % (11)	38,3 % (93)
geisteswissenschaftlich	15,8 % (9)	9,5 % (23)

Wohnen am Studienort

Die Studierenden des MSG wohnten zum Messzeitpunkt zu gleichen Anteilen von jeweils ca. 30% bei den Eltern, in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft (vgl. Tabelle 8). Der Großteil der Studierenden des REG lebte mit jeweils ca. 40% noch bei den Eltern und in einer eigenen Wohnung. In einer Wohngemeinschaft lebten nur 4,1% der Studierenden des REG. Der Anteil der Studierenden, die im Studentenwohnheim ihre Unterkunft am Studienort hatten, war bei beiden Studiengängen ungefähr gleich groß (12,3% des MSG und 14,3% des REG).

Tabelle 8: Wohnen am Studienort. Studierende des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Wohnort	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 245
	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
Bei den Eltern	28,1 % (16)	40,4 % (99)
Private Untermiete	3,5 % (2)	2,5 % (6)
Studentenwohnheim	12,3 % (7)	14,3 % (35)
Eigene Wohnung	28,1 % (16)	38,8 % (95)
In Wohngemeinschaft	28,1 % (16)	4,1 % (10)

Demographische Daten der Semester zwei und vier des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg

Nachfolgend wird zur Vereinfachung der Darstellung der Daten vom zweiten und vierten Semester gesprochen, ohne jeweils den Zusatz „Modellstudiengang der Universität Hamburg“ mit zu benennen.

Die Studierenden des zweiten Semesters waren zu 68,4% weiblich und zu 31,6% männlich (n = 38); im vierten Semester waren es 57,9% weibliche und 42,1% männliche Studierende (n = 19). Die Studierenden des zweiten Semesters hatten ein Durchschnittsalter von 22,82 Jahren, die Studierenden des vierten Semesters waren zum Messzeitpunkt durchschnittlich 22,42 Jahre alt. Im zweiten Semester hatten 97,4% der Studierenden die deutsche Staatsbürgerschaft, im vierten Semester 84,2%.

Bei der Erstwahl des Fachgebietwunsches (vgl. Tabelle 9) wählten die Studierenden beider Semester das Fachgebiet Pädiatrie auf den ersten Platz. Dabei strebten 20%

der Studierenden des zweiten Semesters (n = 35) und 38,9% der Studierenden des vierten Semesters (n = 18) dieses zukünftige Fachgebiet an. 8,6% der Studierenden des zweiten Semesters gaben Psychiatrie als ersten Fachgebietswunsch an. Bei den Studierenden des vierten Semesters erschien die Psychiatrie nicht in der Erstwahl-Liste.

Tabelle 9: Fachgebietwunsch Erstwahl der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg

Rang	Modellstudiengang Universität HH			
	#Fach	Sem. 2 n = 35	#Fach	Sem. 4 n = 18
1	Pädiatrie	20,0% (n = 7)	Pädiatrie	38,9% (n = 7)
2	Chirurgie	14,3% (n = 5)	Innere	27,8% (n = 5)
3	Gyn, Neuro	jeweils 11,4% (n = 4)	Chirurgie	11,1% (n = 2)
4	Allg, Innere, Ortho, Psy	jeweils 8,6% (n = 3)	Gyn, Hom, Neuro, Uro	jeweils 5,6% (n = 1)
5	Derma, Hyg, Rechtsmedizin	jeweils 2,9% (n = 1)		

#Gyn = Gynäkologie; Neuro = Neurologie; Derma = Dermatologie; Hyg = Hygiene; Allg = Allgemeinmedizin; Innere = Innere Medizin; Ortho = Orthopädie; Psy = Psychiatrie; Hom = Homöopathie; Uro = Urologie

In beiden Semestern des Modellstudienganges hatte der größte Teil der Studierenden eine eher „gemischte“ Ausrichtung ihrer Hochschulreife, wobei der prozentuale Anteil im zweiten Semester höher lag (Sem. 2 ca. 70%; Sem. 4 ca. 50%). Im vierten Semester gab es ca. 18% mehr Studierende mit einer naturwissenschaftlichen Ausrichtung ihres Abiturs, als bei den Studierenden des zweiten Semesters. Der Anteil der Studierenden mit einem geisteswissenschaftlich ausgerichteten Abitur war in beiden Semestern gleich (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Ausrichtung der Allgemeinen Hochschulreife der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg

	Modellstudiengang Universität HH	
	Sem. 2 n = 38	Sem. 4 n = 19
Ausrichtung Hochschulreife	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
eher „gemischt“	71,0 % (27)	52,6 % (10)
naturwissenschaftlich	13,2 % (5)	31,6 % (6)
geisteswissenschaftlich	15,8 % (6)	15,8 % (3)

Die Studierenden des zweiten Semesters wohnten zu jeweils ca. einem Drittel in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft. Die meisten Studierenden des vierten Semesters lebten mit knapp 37% bei ihren Eltern und zu ca. 26% in einer eigenen Wohnung (weitere Daten vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Wohnen am Studienort. Studierende des Modellstudienganges der Universität Hamburg

	Modellstudiengang Universität HH	
	Sem. 2 n = 38	Sem. 4 n = 19
Wohnort	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
Bei den Eltern	23,7 % (9)	36,8 % (7)
Private Untermiete	2,6 % (1)	5,3 % (1)
Studentenwohnheim	13,2 % (5)	10,5 % (2)
Eigene Wohnung	29,0 % (11)	26,3 % (5)
In Wohngemeinschaft	31,6 % (12)	21,1 % (4)

Zusammenfassung der demographischen Daten

Die Verteilung des Altersdurchschnittes und des Geschlechtes war in beiden Studiengängen ähnlich. Der Anteil der weiblichen Studierenden überwog mit 64,9 % des Modellstudienganges der Universität Hamburg bzw. 63,7% des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen gegenüber dem der männlichen Kommilitonen; die Studierenden des Regelstudienganges waren mit ca. fünf Monaten zum Messzeitpunkt etwas älter als die Studierenden der Vergleichsgruppe. Im Hinblick auf die Nationalität studierten im Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen mit 15,2% ca. doppelt so viele Studierenden anderer Nationalität als im Modellstudiengang der Universität Hamburg.

Sowohl im Modellstudiengang (5,7%), als auch im Regelstudiengang (5,0%) wählte ein ähnlich großer prozentualer Anteil der Studierenden das Fachgebiet der Psychiatrie als spätere Berufswahl. Dabei war die Psychiatrie bei den Studierenden des Modellstudienganges auf einem höheren Rangplatz (Rang: 5), als bei den Studierenden des Regelstudienganges (Rang: 7).

Der Anteil an Studierenden mit geisteswissenschaftlich ausgerichtetem Abitur war bei den Studierenden des Modellstudienganges höher (15,8%, gegenüber 9,5% bei

Studierenden des Regelstudienganges), demgegenüber überwog der Anteil der naturwissenschaftlich ausgerichteten Hochschulreife bei den Studierenden des Regelstudienganges (38,3%, zu 19,3% bei Studierenden des MSG). Die Studierenden beider Studiengänge zeigten eine unterschiedliche Wohnsituation am Studienort. Die Studierenden des Modellstudienganges lebten zu jeweils knapp einem Drittel in Wohngemeinschaften, in der eigenen Wohnung und bei den Eltern. Von den Studierenden des Regelstudienganges wohnte jeweils ca. 40% bei den Eltern und in der eigenen Wohnung.

Innerhalb des Modellstudienganges lag der Anteil weiblicher Studierender im zweiten Semester (68,4%) um 10,5% über dem im vierten Semester. Das Durchschnittsalter und der prozentuale Anteil der Nationalität waren in beiden Semestern ähnlich. Die Studierenden des zweiten Semesters des Modellstudienganges wählten das Fach Psychiatrie in der Erstwahl des Fachgebietswunsches auf den Ranglistenplatz vier; das entsprach 8,4% der Studierenden. In der Rangliste des Fachgebietswunsches der Studierenden des vierten Semesters war das Fach Psychiatrie nicht enthalten. Die Studierenden beider Semester hatten zu gleichen Anteilen eine geisteswissenschaftlich ausgerichtete Hochschulreife; es gab unter den Studierenden des vierten Semesters 18,4% mehr Studierende mit einem naturwissenschaftlich ausgerichteten Abitur.

3.1.3 Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden beider Ausbildungskonzepte

Neben den bisher genannten demographischen Daten, wurden alle Studierenden nach bereits gemachten psychiatrischen Vorerfahrungen befragt (vgl. Anhang S.150: „Haben Sie in irgendeiner Form psychiatrische Vorerfahrungen, z.B. Famulatur, Nachtwachen, eigene Erfahrungen / Selbsterfahrungen, psychisch kranke Angehörige, etc.“).

Von den Studierenden des MSG hatten 49,1% psychiatrische Vorerfahrungen, bei den Studierenden des REG waren es 39,2% mit Vorerfahrungen (weitere Angaben vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Psychiatrische Vorerfahrung	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 245
	Prozentangabe; (absoluter Wert)	Prozentangabe; (absoluter Wert)
ja	49,1 % (28)	39,2 % (96)
nein	50,9 % (29)	60,8 % (149)

Bei Betrachtung der Studierenden entsprechender Semester beider Studiengänge, zeigte sich bei den psychiatrischen Vorerfahrungen zwischen dem zweiten Semester des MSG (mit Vorerfahrungen: 47,4%) und dem zweiten Semester des REG (mit Vorerfahrungen: 36,5%) ein Unterschied von ca. 10%. Die Studierenden des vierten Semesters des MSG hatten zu knapp 6% mehr psychiatrische Vorerfahrungen als die Studierenden des fünften Semesters im REG (weitere Angaben siehe Tabelle 13).

Insgesamt hatten die Studierenden am Ende des zweiten Ausbildungsjahres in beiden Studiengänge mehr psychiatrische Vorerfahrungen (52,6% der Studierenden des MSG; 46,9% der Studierenden des REG) als ihre Kommilitonen im 1. Jahr der Hochschulausbildung.

Die Studierenden des vierten Semesters des MSG wiesen mit über 50% die meisten psychiatrischen Vorerfahrungen auf (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten

Psychiatrische Vorerfahrung	Modellstudiengang Universität HH		Regelstudiengang Universität D-E	
	Sem. 2 n = 38	Sem. 4 n = 19	Sem. 2 n = 181	Sem. 5 n = 64
ja	47,4 % (n = 18)	52,6 % (n = 10)	36,5 % (n = 66)	46,9 % (n = 30)
nein	52,6 % (n = 20)	47,4 % (n = 9)	63,5 % (n = 115)	53,1 % (n = 34)

Psychiatrische Vorerfahrungen nach Geschlecht getrennt

Weiblichen Studierende des MSG hatten mit 48,6% (n = 37) mehr psychiatrische Vorerfahrungen, als die des REG mit 40,4% (n = 156). Ein ähnliches prozentuales Verhältnis fand sich bei den männlichen Studierenden mit psychiatrischen Vorerfahrungen (MSG: 50%; n = 20; REG: 37,1%; n = 89). Die Unterschiede zwischen den männlichen Studierenden der beiden Studiengänge waren somit etwas größer, als bei den weiblichen Studierenden.

Psychiatrische Vorerfahrungen innerhalb des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg

Die Studierenden des zweiten Semesters des MSG gaben zu 47,4% an, bereits psychiatrische Vorerfahrungen gemacht zu haben (weitere Angaben vgl. Tabelle 13). Das Verhältnis der prozentualen Verteilung war bei den Studierenden des vierten Semesters umgekehrt. Hier gab der größere Anteil der Studierenden mit 52,6% psychiatrische Vorerfahrungen an; ohne Vorerfahrungen waren im vierten Semester 47,4% der Studierenden.

Weibliche Studierende des Modellstudienganges hatten zu ca. 48% psychiatrische Vorerfahrungen; männliche Studierende zu 50% (nähere Angaben vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg nach Geschlecht getrennt

Psychiatrische Vorerfahrung	Modellstudiengang Universität HH	
	Weibliche Studierende n = 37	Männliche Studierende n = 20
ja	48,6 % (n = 18)	50 % (n = 10)
nein	51,4 % (n = 19)	50 % (n = 10)

Zusammenfassung der psychiatrischen Vorerfahrungen

Bei den Studierenden des Modellstudienganges gab es um einen prozentualen Anteil von ca. 10 Prozent mehr Studierende mit psychiatrischer Vorerfahrung (49,1%), als im traditionellen Studiengang (39,2%). Diese Differenz zeigte sich eher bei den Studierenden des ersten Ausbildungsjahres (zweites Semester des Modellstudienganges und des Regelstudienganges) und war bei den Studierenden beider Studiengänge im zweiten Ausbildungsjahr weniger ausgeprägt.

Die weiblichen Studierenden des Modellstudienganges hatten um ca. 8% mehr psychiatrische Vorerfahrungen als die des Regelstudienganges; bei den männlichen Studierenden waren es 13% mehr Vorerfahrungen im Modellstudiengang.

Innerhalb des Modellstudienganges hatten die Studierenden der Semester zwei und vier und die weiblichen und männlichen Studierenden ähnlich häufig psychiatrische Vorerfahrungen.

3.1.4 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse zu den Studierenden beider Kohorten des Modellstudienganges Medizin

Besondere Berücksichtigung finden die Ergebnisse der Studierenden des Modellstudienganges zu den Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie, den zentralen Persönlichkeitsbereichen und den Kontrollüberzeugungen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studierenden des zweiten und vierten Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg deskriptiv gegenübergestellt. Darüber hinaus werden die Ergebnisse aus den Fragebögen der Studierenden des Modellstudienganges nach Geschlecht getrennt betrachtet.

Nachfolgend wird zur Vereinfachung der Darstellung der Daten vom „zweiten Semester“ und vom „vierten Semester“ gesprochen, ohne jeweils den Zusatz „Modellstudiengang der Universität Hamburg“, zu benennen. Es werden die Ergebnisse aus den standardisierten Fragebögen des ATP-30 (Burra et al., 1982), des NEO-FFI (Costa und McCrae, 1989, 1992) und des IPC (Krampen, 1980) vorgestellt. Neben den Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30) werden auch die zwei Items „Arbeiten in Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ beschrieben. Der, in der Literatur beschriebene ATP-30 Summenscore (S), entspricht dem Mittelwert (MW) aller ausgewerteten ATP-30 Fragebögen einer zu untersuchenden Teilnehmergruppe. In den folgenden Tabellen und den dazugehörigen Erläuterungen des Ergebnisteils kommt zum besseren Verständnis die Abkürzung „MW“ anstelle von „S“ zur Anwendung.

Die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie und Psychotherapie (ATP-30; vgl. Tabelle 15) waren in beiden Semestern des MSG ähnlich positiv (Studierenden des zweiten Semesters MW = 111,7 (n = 38), Studierenden des vierten Semesters MW = 110,5 (n = 19)).

Tabelle 15: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) der Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Modellstudiengang Universität HH	
	Sem. 2, n = 38 MW +/- SD	Sem. 4, n = 19 MW +/- SD
ATP-30 Summenscores	111,7 +/- 15,5	110,5 +/- 7,2

Die weiblichen Studierenden des MSG hatten ähnliche ATP-Summscores wie ihre männlichen Kommilitonen (Frauen MW = 111,7 (n = 37), Männer (n = 20) MW = 110,5; vgl. auch Tabelle 25, Kapitel 3.3.1).

Bei der Betrachtung der ATP-30 Summscores, aufgeteilt nach den psychiatrischen Vorerfahrungen und nach Geschlecht, zeigten die weiblichen Studierenden sowohl als auch ohne Vorerfahrungen in der Psychiatrie sehr ähnliche, positive Einstellungen zur Psychiatrie (vgl. Tabelle 16). Hingegen wiesen die männlichen Studierenden mit psychiatrischer Vorerfahrung niedrigere ATP-Summscores (MW = 108,3) auf, als ihre Kommilitonen ohne solche Erfahrungen (MW = 112,7). Beim Vergleich der Geschlechter miteinander bezüglich psychiatrischer Vorerfahrungen ist insgesamt anzumerken, dass die männlichen Studierenden ohne psychiatrische Vorerfahrungen höhere Werte im ATP-30 hatten, als ihre weibliche Vergleichsgruppe ohne Erfahrungen.

Tabelle 16: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summscores) der weiblichen und männlichen Studierenden des Modellstudienganges im Zusammenhang mit psychiatrischen Vorerfahrungen. (ATP-30-Summscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Modellstudiengang Universität HH	
	Weibliche Studierende MW +/- SD, n = 37	Männliche Studierende MW +/- SD, n = 20
ATP-30 Summscores mit Vorerfahrungen	111,5 +/- 17,4 n = 18	108,3 +/- 16,8 n = 10
ATP-30 Summscores ohne Vorerfahrungen	111,9 +/- 9,5 n = 19	112,7 +/- 7,3 n = 10

Studierende beider Semester hielten es für eher unwahrscheinlich, zukünftig im Bereich der Psychiatrie zu arbeiten; die entsprechenden Mittelwerte der Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ („Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie zukünftig im Bereich der Psychiatrie arbeiten werden?“) lagen auf einer visuellen Analogskala (Tabelle 17; Analogskala mit acht = maximal negativer Punkt der Skala; null = maximal positiver Punkt der Skala) im leicht negativen Bereich. Die Studierenden des vierten Semesters gaben dabei mit einem MW von 5,2 eine leicht negativere Bewertung ab, als die Studierenden des zweiten Semesters (MW = 4,7).

In Bezug auf das Item „Interesse am Fach Psychiatrie“ („Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse am Fach Psychiatrie?“, vgl. Tabelle 17) waren die Studierenden beider Semester im positiven Bereich der visuellen Analogskala; die Studierenden des zweiten Semesters zeigten mit einem MW von 2,3 ähnlich hohes Interesse wie die Studierenden des vierten Semesters mit einem MW von 2,8. Bei der Betrachtung der

von den Studierenden maximal, bzw. minimal angegebenen Werte beider Variablen in Tabelle 36, wird deutlich, dass die Studierenden beider Semester bei der Variablen „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ die extremen Endpunkte der Analogskala (null, bzw. acht) fast vollständig ausnutzten, während sie bei der Variablen „Interesse am Fach Psychiatrie“ nur bis maximal 5,5 in den negativen Skalenbereich kamen. Es gab demzufolge keinen Studierenden des Modellstudienganges, der gar kein Interesse am Fachgebiet der Psychiatrie hatte. Die weiblichen Studierenden des Modellstudienganges lagen auf der Analogskala für beide Variablen („Arbeiten in Psychiatrie“ MW = 4,7; „Interesse an Psychiatrie“ MW = 2,2) im Schnitt etwas positiver als die männlichen Studierenden („Arbeiten in Psychiatrie“ MW = 5,0; „Interesse an Psychiatrie“ MW = 3,1), wobei dieser Trend bei der Variablen „Interesse am Fach Psychiatrie“ deutlicher wird.

Tabelle 17: Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ bei Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg. (MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

Item	Modellstudiengang Universität HH	
	Sem. 2, n = 38 MW / SD	Sem. 4, n = 19 MW / SD
Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie zukünftig im Bereich der Psychiatrie arbeiten werden?	4,7* / 1,9 minimaler angegebener Wert = 0 maximal angegebener Wert = 7,9	5,2 / 1,9 minimaler angegebener Wert = 2,4 maximal angegebener Wert = 8
Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse am Fach Psychiatrie?	2,3 / 1,4 minimaler angegebener Wert = 0 maximal angegebener Wert = 5,5	2,8 / 1,0 minimaler angegebener Wert = 0,7 maximal angegebener Wert = 4,5

*Skalierung: visuelle Analogskala von 0 = sehr positiv bis 8 = sehr negativ

In den fünf Persönlichkeitsbereichen des NEO-FFI (vgl. Kap. 2.4.2.2) zeigten die Studierenden beider Semester insgesamt ähnliche Mittelwerte, wobei kein eindeutiger Trend erkennbar war (vgl. Tabelle 18). Die größte Differenz der Mittelwerte ergab sich bei dem, nach Borkenau und Ostendorf (1993) sozial nicht gewünschten, Persönlichkeitsbereich Neurotizismus. Demnach wiesen die Studierenden des zweiten Semesters durchschnittlich einen niedrigeren Mittelwert auf (MW = 1,57), als die Studierenden des vierten Semesters (MW = 1,84), die wiederum mit ihrem Wert übereinstimmten mit dem Mittelwert der Normstichprobe (MW Normstichprobe: 1,84). Die Studierenden des zweiten Semesters wären nach Borkenau und Ostendorf somit weniger leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen und wären emotional stabiler, v. a. in Bezug auf negative Emotionen. In den als sozial erwünscht geltenden Persönlichkeitsbereichen Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit hatten

die Studierenden das zweite Semester einen durchschnittlich höheren Extraversions-Mittelwert (zweites Semester: Extraversion MW = 2,51), im Bereich Verträglichkeit wiederum lag der Mittelwert der Studierenden des vierten Semesters höher (viertes Semester: Verträglichkeit MW = 2,79) und bezüglich des Persönlichkeitsbereiches Gewissenhaftigkeit ergab sich für die Studierenden beide Semester der gleiche Mittelwert von 2,65. Die Studierenden des zweiten Semesters hatten im Bereich Offenheit für Erfahrungen einen leicht höheren Wert, als die Studierenden des vierten Semesters.

Tabelle 18: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg. (NEO-FFI Skala: 0 = starke Abneigung, 4 = starke Zustimmung, MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

NEO-FFI-Skala	Modellstudiengang Universität HH	
	Sem. 2, n = 38 MW / SD	Sem. 4, n = 19 MW / SD
Neurotizismus	1,57 / 0,53	1,84 / 0,70
Extraversion	2,51 / 0,51	2,42 / 0,40
Offenheit für Erfahrungen	2,84 / 0,51	2,77 / 0,40
Verträglichkeit	2,71 / 0,50	2,79 / 0,50
Gewissenhaftigkeit	2,65 / 0,56	2,65 / 0,56

Ergebnisse des NEO-FFI der Studierenden des zweiten und vierten Semesters des Modellstudienganges nach Geschlecht getrennt

Die Ergebnisse aus dem NEO-FFI, die im Vergleich der Semester eher uneinheitlich ausfielen, waren im Gegensatz dazu im Vergleich der Geschlechter des Modellstudienganges einheitlicher. Hiernach hatten die weiblichen Studierenden (n = 37) in allen fünf zentralen Persönlichkeitsbereichen von ihren durchschnittlichen Mittelwerten her höhere Werte, als ihre männlichen Kommilitonen (n = 20). Vergleiche hierzu Tabelle 19. Besonders deutlich waren die Unterschiede der Mittelwerte in den Bereichen Neurotizismus und Verträglichkeit. Die Frauen wiesen einen durchschnittlich höheren Mittelwert (1,72) im Persönlichkeitsbereich Neurotizismus auf, als die Männer mit einem Mittelwert von 1,55. Im allgemeinen Kontext lagen die Frauen damit allerdings etwas unterhalb des Mittelwertes der Normstichprobe (MW = 1,84) und somit in der Norm. Dementsprechend wären die männlichen Studierenden emotional etwas

stabiler, ruhiger, ausgeglichener und würden in Stresssituationen länger die Fassung behalten als die weiblichen Studierenden des MSG (Borkenau und Ostendorf, 1993).

Auch im Bereich „Verträglichkeit“ zeigten die Frauen einen höheren Mittelwert (2,85) als die Männer (MW = 2,53). Hiermit bewegten sich alle Studierenden oberhalb des Mittelwertes der Normstichprobe (Verträglichkeit MW = 2,44). So hätten die Frauen nach Borkenau und Ostendorf ein größeres Verständnis, wären wohlwollender und mitfühlender ihren Mitmenschen gegenüber und neigten zur Kooperativität und Nachgiebigkeit. In den beiden anderen, als sozial erwünscht geltenden Persönlichkeitsbereichen Extraversion und Gewissenhaftigkeit und in dem verbleibenden Bereich „Offenheit für Erfahrungen“, lagen die Frauen mit ihren Mittelwerten auch leicht über den Werten der Männer (vgl. Tabelle 19) und alle Studierenden lagen mit ihren Werten oberhalb der entsprechenden Norm-Mittelwerte (Extraversion: MW = 2,36; Gewissenhaftigkeit: MW = 2,53; Offenheit: MW = 2,71).

Tabelle 19: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der weiblichen und männlichen Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg. (NEO-FFI Skala: 0 = starke Abneigung, 4 = starke Zustimmung, MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

NEO-FFI-Skala	Modellstudiengang Universität HH	
	Weibliche Studierende, n = 37 MW / SD	Männliche Studierende, n = 20 MW / SD
Neurotizismus	1,72 / 0,68	1,55 / 0,40
Extraversion	2,52 / 0,52	2,40 / 0,36
Offenheit für Erfahrungen	2,86 / 0,53	2,75 / 0,35
Verträglichkeit	2,85 / 0,48	2,53 / 0,46
Gewissenhaftigkeit	2,68 / 0,57	2,59 / 0,54

Ergebnisse des IPC (Kontrollüberzeugungen) der Studierenden des zweiten und vierten Semesters des Modellstudienganges

Die Stanine-Werte, mit deren Hilfe eine Übertragung der Rohdatenmittelwerte der drei IPC-Skalen (vgl. Kap. 2.4.2.3, sowie Tab. 35, 36) in eine verbale Klassifikation möglich wird, waren für die Studierenden beider Semester und alle Skalen im „durchschnittlichen“ Bereich (vgl. Tabelle 20). Die Studierenden des vierten Semesters hatten mit einem Stanine-Wert von 6 (MW = 36,84) eine höhere Internalität als die Studierenden des zweiten Semesters (Stanine-Wert: 5; MW = 35,29). Für die Skala der Externalität: Fatalismus zeigten die Studierenden des zweiten Semesters einen leicht

höheren Stanine-Wert: 5 (MW = 23,47) als die des vierten Semester mit einem Stanine-Wert von 4 (MW = 21,63). Die Studierenden beider Semester hatten für die Skala Externalität: Machtlosigkeit einen Stanine-Wert von 4.

Tabelle 20: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg. Stanine Werte werden aus auf-, bzw. abgerundeten Rohdaten mit Hilfe einer Normtabelle ermittelt (vgl. Tab. 35), die Stanine Werte 4, 5 und 6 werden verbal klassifiziert als durchschnittliche Internalität, bzw. Externalität (MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

Skala	Modellstudiengang Universität HH	
	Sem. 2, n = 38 MW / SD Stanine-Wert	Sem. 4, n = 19 MW / SD Stanine-Wert
I Internalität	35,29 / 4,01 5	36,84 / 3,25 6
C Externalität: Fatalismus	23,47 / 4,98 5	21,63 / 4,25 4
P Externalität: Machtlosigkeit	21,76 / 5,04 4	22,37 / 4,80 4

Ergebnisse des IPC (Kontrollüberzeugungen) der Studierenden des zweiten und vierten Semesters des Modellstudienganges nach Geschlecht getrennt

Beim Vergleich der Ergebnisse der weiblichen Studierenden des MSG mit ihren männlichen Kommilitonen, zeigten die Frauen eine durchschnittlich niedrigere Internalität (Stanine-Wert: 5; MW = 35,14) als die Männer mit einem Stanine-Wert von 6 (MW = 37,05). Bezüglich der Externalität war dieses Verhältnis bei beiden Skalen umgekehrt. Auf der C-Skala für Fatalismus hatten die Frauen einen höheren Stanine-Wert (5; MW = 23,22) als die Männer (Stanine-Wert: 4; MW = 22,2). Auf der P-Skala für Machtlosigkeit drückte sich der Unterschied nicht durch den Stanine-Wert aus (Frauen und Männer: 4). Hier hatten die weiblichen Studierenden einen etwas höheren Mittelwert = 22,46 als die männlichen Studierenden (MW = 21,05).

Alle ermittelten Stanine-Werte beim vorangegangenen Vergleich entsprechen nach der verbalen Klassifikation dem „durchschnittlichen“ Bereich (vgl. Tabelle 36); die Mittelwerte der Kreuzanalysenstichprobe des IPC liegen für die I-Skala bei einem MW = 34,4, für die P-Skala: MW = 23,2, für die C-Skala: MW = 23,9. Somit lagen die Studierenden des MSG sowohl im Vergleich der Semester, als auch im Vergleich der Geschlechter mit ihren Mittelwerten oberhalb des Norm-Mittelwertes der I-Skala und unterhalb der Norm-Werte der P- und C-Skala.

Zusammenfassung zu „Deskriptive Ergebnisdarstellung der Studierenden beider Kohorten des Modellstudienganges Medizin“ (Kapitel 3.1.4)

Alle dargestellten Ergebnisse sind im Folgenden unter dem Aspekt der unterschiedlichen Größe der beiden Semester des Modellstudienganges der Universität Hamburg zu sehen (zweites Semester n = 38, viertes Semester n = 19).

Die Einstellungen der Studierenden des zweiten Semesters zur Psychiatrie (ATP-30) waren leicht positiver, als die der Studierenden des vierten Semesters. Bei der Betrachtung der Gesamtheit der weiblichen Studierenden des Modellstudienganges gegenüber den männlichen Kommilitonen, waren die Frauen etwas positiver zur Psychiatrie eingestellt, wobei sie weniger Vorerfahrungen (mit Vorerfahrungen 48,6%) mit diesem Fach hatten, als die Männer (mit Vorerfahrungen 50%). Generell waren die Frauen sowohl mit als auch ohne gemachte Erfahrungen in der Psychiatrie ähnlich positiv eingestellt (ATP-Summenscores). Im Gegensatz dazu gab es bei den männlichen Studierenden eine deutlich positivere Bewertung des ATP-30 bei den Männern ohne Vorerfahrungen, als bei denen mit Vorerfahrungen in diesem Bereich.

Die Studierenden beider Semester gaben ein persönliches Interesse am Fach Psychiatrie an, zugleich wurde aber die Wahrscheinlichkeit, später in diesem Fachgebiet zu arbeiten, als gering eingeschätzt. Insgesamt bewerteten die weiblichen Studierenden des Modellstudienganges beides, sowohl ihr Interesse, als auch die zukünftige Arbeit in der Psychiatrie als etwas positiver als ihre männlichen Kommilitonen. In Hinblick auf die Persönlichkeitsbereiche (NEO-FFI) ergab sich kein einheitliches Bild beim Vergleich der Studierenden der Semester. Der Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Studierenden hingegen, zeigte in allen fünf Persönlichkeitsbereichen, unabhängig von der sozialen Erwünschtheit, vor allem in den Bereichen Neurotizismus und Verträglichkeit, höhere Mittelwerte der Frauen.

In Bezug auf Unterschiede in den Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen (IPC) der Studierenden zeichneten sich die Studierenden des vierten Semesters gegenüber denen des zweiten Semesters durch einen höheren Stanine-Wert auf der Skala für Internalität und durch einen niedrigeren Stanine-Wert auf der Externalitätsskala „Fatalismus“ aus. Die Stanine-Werte der Studierenden beider Semester sowohl für Internalität als auch für Externalität lagen dabei im durchschnittlichen Bereich.

3.2 Ergebnisse zur Befindlichkeit der Studierenden beider Ausbildungskonzepte

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse des HADS-D zu Befindlichkeitsstörungen (Herrmann et al. 1995) mit seinen beiden Subskalen HADS-D Angst und HADS-D Depression.

Der HADS-D wurde zur Betrachtung der Befindlichkeit der Studierenden beider Studiengänge zum Messzeitpunkt durchgeführt. Hiermit sollte ein möglicher Einfluss von Befindlichkeitsstörungen, wie Angst und Depression auf das Testergebnis eingeschätzt werden. Die vorliegenden Ergebnisse sollten auf mögliche Einflussfaktoren hin kontrolliert werden. Als Beurteilungszeitraum werden von den Autoren des HADS-D die vergangenen sieben Tage vorgegeben.

Die Betrachtung der Ergebnisse der HADS-D Angst- und Depressionsskala (vgl. Tabelle 21) zeigte, dass die Studierenden des Regelstudienganges sowohl auf der Angstskala als auch auf der Depressionsskala höhere Summenwerte (SW) erreichten, als die Studierenden des Modellstudienganges (Stud. des Regelstudienganges HADS-D-Angst: SW = 6,27, HADS-D-Depression: SW = 3,7; Stud. des MSGes HADS-D-Angst: SW = 4,97, HADS-D-Depression: SW = 2,75). Dieses Ergebnis spricht für eine höhere Belastung in diesen Symptombereichen bei den Studierenden des Regelstudienganges. Diese Unterschiede waren signifikant.

Nach Herrmann et al. (1995) lagen die Studierenden beider Studiengänge trotz der untereinander bestehenden Unterschiede dennoch im Normbereich der gesunden Kontrollpersonen mit Mittel- bzw. Medianwerten, die für die Angstskala bei 4-7, für die Depressionsskala bei 2-5 liegen können. Die Ergebnisse der Studierenden des Regelstudienganges waren demnach mit beiden HADS-D Subskalen im oberen Normbereich, die der Studierenden des Modellstudienganges waren mit der HADS-D-Angstskala eher unterdurchschnittlich normal.

Tabelle 21: HADS-D – Angst- und Depressionsskala der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (SW = Summenwerte, SD = Standardabweichung; Summenwerte minimal = 0, maximal = 21, Ordinalskala)

HADS-D-Skala	Modellstudiengang Universität HH	Regelstudiengang Universität D-E	p
	n = 57 SW / SD	n = 245 SW / SD	
HADS-D - Angst	4,97 / 3,16	6,27 / 3,42	0,0090
HADS-D - Depression	2,75 / 2,41	3,70 / 2,82	0,0203

Die Zuordnung der Summenrohwerte zu den entsprechenden Perzentilen der Angstska­la zeigte, dass ca. 47,1% der gesunden Kontrollgruppe („Personen aus studentischer und allgemeiner Kontrollgruppe ohne Angabe gesundheitlicher Probleme“, n = 279; Tabelle 12, Herrmann et al. 1995) geringere Summenwerte aufwiesen, als die Studierenden des Modellstudienganges im Durchschnitt. Damit erlebten weniger als die Hälfte der Personen der gesunden Kontrollgruppe eine geringere Ausprägung ihrer Angst als die Studierenden des Modellstudienganges.

Beim Vergleich der Summenrohwerte der Studierenden des Regelstudienganges mit den Werten der Kontrollgruppe, ergab sich ein Anteil von ca. 65% niedrigerer Summenwerte der gesunden Kontrollpersonen (vgl. Tabelle 12, Herrmann et al. 1995, Handanweisung). Somit gaben über 60% der Personen der Kontrollgruppe eine geringere Ausprägung ihrer Angst an, als die Studierenden des Regelstudienganges.

Die Einordnung der Ergebnisse der Summenrohwerte der Studierenden hinsichtlich der Depressionswerte machte deutlich, dass ca. 57% der gesunden Kontrollpersonen geringere Depressivitätswerte aufweisen, als durchschnittlich die Studierenden des Modellstudienganges. Der Vergleich der Studierenden des Regelstudienganges mit den gesunden Kontrollpersonen zeigt, dass ca. 70% der Kontrollpersonen geringere Depressivitätswerte aufwiesen als die Studierenden des Regelstudienganges im Schnitt (vgl. Tabelle 12, Herrmann et al. 1995, Handanweisung).

Zu beachten ist bei diesen Ergebnissen, dass sich alle Werte der Studierenden beider Studiengänge im gesunden Normbereich befanden.

Zusammenfassend zeigte die Beurteilung der subjektiven Befindlichkeit durch die HADS-D Skalen unabhängig davon, dass sich die Werte der Studierenden beider Studiengänge im Normbereich bewegten, sowohl auf der HADS-D Angstska­la als auch auf der HADS-D Depressionsskala signifikante Unterschiede. Die Studierenden des Regelstudienganges wiesen zum Zeitpunkt der Untersuchung ein höheres Angst- und Depressionsniveau auf. Der Beurteilungszeitraum wird von den Autoren auf die vergangenen sieben Tage vor dem Messzeitpunkt festgelegt.

3.3 Ergebnisse zu den Hypothesenbereichen

3.3.1 Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie

Die Operationalisierung der Hypothesen zu „Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie“ erfolgte anhand folgender standardisierter Fragebögen und Items:

Der Attitudes Towards Psychiatry – 30 Items (ATP-30) von Burra et al. und die Items: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie zukünftig im Bereich der Psychiatrie arbeiten werden?“; „Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse am Fach Psychiatrie?“ (ATP-30, S. 154 im Anhang; zusätzliche Zielvariablen, S. 156 im Anhang)

Hypothese 1: Die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie sind positiv.

Sowohl die Studierenden des MSG (ATP-30 Summenscore: 111,3; n = 57), als auch die Studierenden des REG (ATP-30 Summenscore: 107,3; n = 241) lagen mit ihren ATP-30 Summenscores über der rechnerischen Mitte (neutraler Mittelwert des ATP-30 = 90) und damit im positiven Bereich des ATP-30 (vgl. Tabelle 22). Die Studierenden beider Studiengänge zeigten im Durchschnitt eine positive Einstellung zur Psychiatrie.

Die Hypothese kann somit gestützt werden.

Der, in der internationalen Literatur verwendete Begriff „ATP-30 Summenscore“ (S), entspricht dem Mittelwert (MW) aller ausgewerteten ATP-30 Fragebögen einer zu untersuchenden Teilnehmergruppe. Zum besseren Verständnis kommt in den folgenden Tabellen und dem dazugehörigen Text des Ergebnisteils die Abkürzung (MW) anstelle von (S) zur Anwendung.

Tabelle 22: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E; n = 241
	MW +/- SD	MW +/- SD
ATP-30 Summenscores	111,3 +/- 13,3	107,3 +/- 13,4

Hypothese 2: Trotz positiver Einstellungen zur Psychiatrie ist die Motivation der Studierenden dort zu arbeiten gering ausgeprägt.

Zunächst wird auf die Ergebnisse zweier, im Fragebogen enthaltener, von den standardisierten Tests unabhängigen Items (S. 156, Fragebogen im Anhang) eingegangen. Danach werden diese Items in bezug auf mögliche positive Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30) betrachtet. Die Darstellung des Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ erfolgt hypothesengebunden; begleitend wird als weiterer, in engem Zusammenhang stehender Aspekt, die Variable „Interesse am Fach Psychiatrie“ dargestellt.

Generell bewerteten die Studierenden beider Studiengänge das Item „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ auf der visuellen Analogskala als eher negativ (vgl. Tabelle 23; visuelle Analogskala von 0 = sehr positiv bis 8 = sehr negativ). Die Studierenden des MSG wichen mit ihrem Mittelwert um 0,8 Punkte, die Studierenden des REG um 1,3 Punkte von der neutralen Mitte der Analogskala ab in den negativen Bereich. Die Studierenden des REG hielten es demnach mit einem MW von 5,3 für weniger wahrscheinlich, in Zukunft in der Psychiatrie zu arbeiten, als die Studierenden des MSG mit einem MW von 4,8 (vgl. Tabelle 23).

Die Studierenden beider Studiengänge lagen mit ihren Mittelwerten für das Item „Interesse am Fach Psychiatrie“ im positiven Bereich der visuellen Analogskala (vgl. Tabelle 23). Die Studierenden des MSG waren dabei mit einem Mittelwert von 2,5 weiter im positiven Bereich der Skala als die Studierenden des REG mit einem MW von 3,3. Bei Betrachtung der minimal / maximal gegebenen Werte für das Item „Interesse am Fach Psychiatrie“, wurde von den Studierenden des MSG das maximal negative Ende der Skala (Wert 8) nicht ausgeschöpft.

Tabelle 23: Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

Item	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 245
	MW / SD	MW / SD
Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie zukünftig im Bereich der Psychiatrie arbeiten werden?	4,8* / 1,9 minimaler angegebener Wert = 0 maximal angegebener Wert = 8	5,3 / 2,3 minimaler angegebener Wert = 0 maximal angegebener Wert = 8
Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse am Fach Psychiatrie?	2,5 / 1,3 minimaler angegebener Wert = 0 maximal angegebener Wert = 5,5	3,3 / 2,1 minimaler angegebener Wert = 0 maximal angegebener Wert = 8

*Skalierung: visuelle Analogskala von 0 = sehr positiv bis 8 = sehr negativ

Bei der Korrelationsberechnung zwischen den Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-Summenscores) und der Wahrscheinlichkeit, später in diesem Fachbereich zu arbeiten (Item: „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“), zeigte sich bei den Studierenden beider Studiengänge eine gleichsinnige Tendenz (vgl. Tabelle 24).

Je positiver die Studierenden den ATP-30 bewerteten, desto wahrscheinlicher war auch ihre Bereitschaft, zukünftig im Bereich der Psychiatrie zu arbeiten (Modellstudiengang: $R = -0,498$, $p \leq 0,0001$ und Regelstudiengang: $R = -0,586$, $p \leq 0,0001$). Die beiden Variablen ATP-30 Summenscores und „Arbeiten in der Psychiatrie“ korrelieren miteinander. Die hier „negative“ Korrelation resultiert aus der gegensinnigen Skalierung des ATP-30 und des Items „Arbeiten in der Psychiatrie“. Während die Analogskala des Items „Arbeiten in der Psychiatrie“ zum positiven Ende hin absteigt (maximal positiver Punkt = 0), sind die Summenscores des ATP-30 zum Positiven aufsteigend (maximal positiver Punkt = 150). Dementsprechend gibt es hier eine sinngemäß „positive“ Korrelation zwischen den Einstellungen zur Psychiatrie und der Wahrscheinlichkeit, in der Psychiatrie zu arbeiten.

Die Hypothese konnte demnach nicht gestützt werden.

Ganz ähnlich verhält es sich bei der Korrelation des ATP-30 mit dem Item „Interesse am Fach Psychiatrie“. Je positiver die Studierenden beider Studiengänge den ATP-30 beurteilten, desto größer war auch ihr Interesse an der Psychiatrie (Modellstudiengang: $R = -0,403$, $p = 0,0019$ und Regelstudiengang: $R = -0,572$, $p \leq 0,0001$). Der negative Korrelationskoeffizient entsteht auch hier wieder durch die gegensinnigen Skalierungen der Variablen (vgl. Text oben) und auch hier besteht eine „positive“ Korrelation zwischen den Einstellungen zur Psychiatrie und dem Interesse an diesem Fachgebiet.

Tabelle 24: Korrelation der Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30-Summscores) mit den Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ bei den Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (R = Korrelationskoeffizient nach Pearson, p = Signifikanzniveau) Skalierung; Items: visuelle Analogskala von 0 = sehr positiv bis 8 = sehr negativ, ATP-30: 5-Punkte-Likert-Skala mit 1 = starke Zustimmung und 5 = starke Ablehnung / ATP-30 Summscores: minimal negativer Wert = 30, maximal positiver Wert = 150

Item	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 245
	ATP-30	ATP-30
Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie zukünftig im Bereich der Psychiatrie arbeiten werden?	R = - 0,498, p ≤ 0,0001	R = - 0,586, p ≤ 0,0001
Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse am Fach Psychiatrie?	R = - 0,403, p ≤ 0,002	R = - 0,572, p ≤ 0,0001

Hypothese 3: Die Einstellungen der weiblichen Studierenden zur Psychiatrie sind positiver als die ihrer männlichen Kommilitonen.

Im MSG wiesen die weiblichen Studierenden ähnliche ATP-Summscores (MW = 111,7) auf wie die männlichen Studierenden (MW = 110,5).

Bei den Studierenden des REG war der ATP-30 Summscore der weiblichen Studierenden mit 110,3 signifikant ($p \leq 0,001$) höher als der Summscore der männlichen Studierenden mit 102,2 (vgl. Tabelle 25).

Als wichtiges Maß zur Bestimmung der praktischen Bedeutsamkeit eines experimentellen Effektes gilt die Effektstärke oder -größe. Die Effektgröße ε normiert die Unterschiede zwischen den experimentellen Gruppen auf die Streuung der Testwerte. Im Folgenden werden für signifikant gewordene Unterschiede der verglichenen Studierendengruppen die jeweiligen Effektgrößen berechnet, um auch eine Aussage über die Bedeutsamkeit eines Unterschiedes machen zu können. Nicht signifikante Ergebnisse sind in allen Tabellen mit „n.s.“ abgekürzt.

Für den signifikanten Unterschied in den ATP-30 Summscores der weiblichen gegenüber den männlichen Studierenden des Regelstudienganges wurde die Effektgröße $\varepsilon = 0,631$ bestimmt. Dies entspricht nach Bortz und Döring (1995) einem mittleren Effekt.

Die Hypothese konnte in Bezug auf die Studierenden des Regelstudienganges gestützt werden.

Tabelle 25: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen nach Geschlecht getrennt. (ATP-30-Summscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

ATP-30 Summenscores	Modellstudiengang Universität HH			Regelstudiengang Universität D-E		
	Weibliche Stud. n = 37 MW +/- SD	Männliche Stud. n = 20 MW +/- SD	p	Weibliche Stud. n = 152 MW +/- SD	Männliche Stud. n = 89 MW +/- SD	p
	111,7 +/- 13,7	110,5 +/- 12,8	n.s.	110,3 +/- 12,5	102,2 +/- 13,2	≤ 0,001

Hypothese 4: Studierende mit „psychiatrischen/psychotherapeutischen“ Vorerfahrungen weisen positivere Einstellungen zur Psychiatrie auf, als Kommilitonen ohne Vorerfahrungen.

Bei den Studierenden des MSG hatten diejenigen ohne psychiatrische Vorerfahrungen vergleichbare ATP-30 Summenscores (MW = 112,2), wie ihre Kommilitonen mit psychiatrischen Vorerfahrungen (MW = 110,4; p = nicht signifikant; vgl. Tabelle 26).

Die Studierenden des REG mit Vorerfahrungen in der Psychiatrie wiesen signifikant positivere Einstellungen zu Psychiatrie auf (MW = 110,5), als die Studierenden ohne Vorerfahrungen (MW = 105,4; p ≤ 0,002). Dieser signifikant gewordene Unterschied innerhalb des REG entspricht einer Effektgröße von $\varepsilon = 0,39$, nach Bortz und Döring (1995) wäre der Effekt klein bis mittel.

Die Hypothese konnte in Bezug auf die Studierenden des REG gestützt werden.

Nach dem Vergleich der Einstellungen zur Psychiatrie bei Studierenden mit psychiatrischen Vorerfahrungen gegenüber denen von Studierenden ohne Vorerfahrungen zunächst jeweils innerhalb des MSG und innerhalb des REG, wurde a posteriori ein Vergleich zwischen den beiden Studiengängen in Hinblick auf Einstellungen zur Psychiatrie und psychiatrischen Vorerfahrungen gemacht.

Es ergaben sich annähernd gleiche Summenscores bei den Studierenden beider Studiengänge mit Vorerfahrungen (Studierende des MSG mit Vorerfahrungen: MW = 110,4; Studierende des REG mit Vorerfahrung: MW = 110,5; vgl. Tabelle 26). Die

Einstellungen zur Psychiatrie der Studierenden beider Studiengänge ohne Vorerfahrungen unterschieden sich hingegen signifikant voneinander. Dabei hatten die Studierenden des MSG positivere Einstellungen (MW = 112,2) als die Studierenden des REG (MW = 105,4). Hierzu wurde eine Effektgröße, bzw. -stärke von $\varepsilon = 0,63$ ermittelt (Bortz und Döring, 1995: Effekt mittel – groß).

Tabelle 26: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) im Zusammenhang mit den psychiatrischen Vorerfahrungen bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Modellstudiengang Universität HH	Regelstudiengang Universität D-E	p
	MW +/-SD; n = 57	MW +/-SD; n = 241	
ATP-30 Summenscores mit Vorerfahrungen	110,4 / 16,9; n = 28	110,5 / 14,0; n = 93	n.s.
ATP-30 Summenscores ohne Vorerfahrungen	112,2 / 8,7; n = 29	105,4 / 12,6; n = 148	0,003
p	n.s.	≤ 0.002	

Hypothese 5: Die Einstellungen der Studierenden des Modellstudienganges zur Psychiatrie sind positiver als die der Studierenden des Regelstudienganges.

Zunächst erfolgt der Vergleich zwischen MSG und REG. Dann werden die Studierenden beider Studiengänge nach Semestern getrennt miteinander verglichen. Mögliche Unterschiede in den Einstellungen zur Psychiatrie können somit ggf. einem Ausbildungsabschnitt zugeordnet werden.

Die Studierenden des MSG waren signifikant ($p = 0,045$) positiver zur Psychiatrie eingestellt, als die Studierenden des REG (vgl. Tabelle 27). Für diesen Unterschied ergab sich eine Effektgröße von $\varepsilon = 0,3$. Dieser Effekt lässt sich verbal als klein bis mittel (Bortz und Döring, 1995) beschreiben.

Nach genauerer Betrachtung der Einstellungen der Studierenden durch die Aufteilung beider Studiengänge in ihre jeweiligen Semester und deren Vergleich miteinander, konnten die positiveren Einstellungen zur Psychiatrie der Studierenden des MSG keinem Ausbildungsabschnitt speziell zugeordnet werden (vgl. Tabelle 28).

Insgesamt sind die Einstellungen der Studierenden des MSG zur Psychiatrie positiver als die der Studierenden des REG.

Die Hypothese konnte gestützt werden.

Tabelle 27: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Modellstudiengang Universität HH	Regelstudiengang Universität D-E	p
	n = 57 MW +/- SD	n = 241 MW +/- SD	
ATP-30 Summenscores	111,3 +/- 13,3	107,3 +/- 13,4	≤0,045

Tabelle 28: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

ATP-30 Summenscores	MSG Universität HH	REG Universität D-E	p	MSG Universität HH	REG Universität D-E	p
	Sem. 4 n = 19	Sem. 5 n = 60		Sem. 2 n = 38	Sem. 2 n = 181	
	MW +/- SD	MW +/- SD		MW +/- SD	MW +/- SD	
	110,5 +/- 7,2	108,8 +/- 11,9		111,7 +/- 15,5	106,9 +/- 13,8	

A posteriori – weitere Ergebnisse zu „Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie“

Ferner wurden a posteriori zusätzlich zu den hypothesengebundenen Ergebnissen die Einstellungen der Studierenden beider Studiengänge zur Psychiatrie (ATP-30) in Hinblick auf die Ausrichtung ihrer Allgemeinen Hochschulreife betrachtet.

Sowohl im Modellstudiengang als auch im Regelstudiengang hatten die Studierenden mit einem geisteswissenschaftlich ausgerichteten Abitur die höchsten durchschnittlichen ATP-30 Summenscores (vgl. Tabelle 29a, 29b).

Dabei wiesen die Studierenden des MSG mit geisteswissenschaftlich ausgerichtetem Abitur mit MW = 115,1 höhere ATP-Summenscores auf, als die Vergleichsgruppe des REG (MW = 110,4). Die Studierenden beider Studiengänge mit einem eher naturwissenschaftlich ausgerichtetem Abitur zeigten die insgesamt niedrigsten ATP-30 Summenscores (Studierende des MSG: MW = 110,1; Studierenden des REG: MW =

106,4). Die Studierenden beider Studiengänge, die Ausrichtung ihrer Hochschulreife als „eher gemischt“ einordneten, beurteilten den ATP-30 leicht positiver, als ihre Kommilitonen mit naturwissenschaftlicher Ausrichtung, wobei dieser Unterschied eher gering war. Insgesamt zeigten die Studierenden des MSG in allen drei Bereichen der Ausrichtung ihres Abiturs positivere Werte in den Einstellungen zur Psychiatrie, als die Studierenden des REG. Zudem waren in beiden Studiengängen die Studierenden mit geisteswissenschaftlich ausgerichteter Hochschulreife der Psychiatrie gegenüber positiver eingestellt, als die Studierenden mit naturwissenschaftlich oder gemischt ausgerichtetem Abitur.

Tabelle 29a: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg nach Ausrichtung des Abiturs. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Ausrichtung des Abiturs der Studierenden des Modellstudienganges der Universität HH		
	„geisteswissenschaftlich“ n = 9 MW +/- SD	„naturwissenschaftlich“ n = 11 MW +/- SD	eher „gemischt“ n = 37 MW +/- SD
ATP-30 Summenscores	115,1 +/- 9,7	110,1 +/- 7,8	110,7 +/- 15,2

Tabelle 29b: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen nach Ausrichtung des Abiturs. (ATP-30-Summenscores: 30 = sehr negative Einstellung, 150 = sehr positive Einstellung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)

	Ausrichtung des Abiturs der Studierenden des Regelstudienganges der Universität D-E		
	„geisteswissenschaftlich“ n = 23 MW +/- SD	„naturwissenschaftlich“ n = 91 MW +/- SD	eher „gemischt“ n = 125 MW +/- SD
ATP-30 Summenscores	110,4 +/- 11,4	106,4 +/- 13,3	107,4 +/- 13,8

Zusammenfassung zu „Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie“ (Kap. 3.3.1)

Die Studierenden beider Ausbildungskonzepte hatten positive Einstellungen zur Psychiatrie. Sie lagen durchschnittlich mit ihren ATP-30 Summenscores oberhalb der rechnerisch neutralen Mitte des ATP-30. Damit konnte diese Hypothese gestützt werden.

Bei der Darstellung des Zusammenhanges zwischen den Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30) und dem Item „Arbeiten in der Psychiatrie“ wiesen beide Studierendengruppen gleichermaßen und entgegen der Erwartungen, eine Signifikanz im Sinne einer positiven Korrelation dieser zwei Bereiche auf. Dementsprechend konnte die Hypothese nicht gestützt werden. Die Studierenden mit positiveren Einstellungen zur Psychiatrie hielten eine mögliche spätere Tätigkeit in diesem Fachgebiet für wahrscheinlicher, als ihre Kommilitonen mit weniger positiven Einstellungen. Generell schätzen, trotz des beschriebenen Ergebnisses, die Studierenden beider Studiengänge die Wahrscheinlichkeit, zukünftig in der Psychiatrie zu arbeiten, eher negativ ein.

In Bezug auf Unterschiede in den Einstellungen der weiblichen gegenüber den männlichen Studierenden zur Psychiatrie konnte die Hypothese anhand von im Schnitt höheren ATP-30 Summenscores der Frauen beider Studiengänge gestützt werden. Signifikant wurde dieser Unterschied bei den weiblichen Studierenden gegenüber den männlichen Kommilitonen des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen.

Die Hypothese nach der Studierende mit psychiatrischen Vorerfahrungen positivere Einstellungen zur Psychiatrie aufweisen, als diejenigen ohne solche Vorerfahrungen, konnte nur in Teilen gestützt werden. Die Studierenden des Modellstudienganges zeigten ein gegenteiliges Ergebnis. Hier waren die Studierenden ohne Vorerfahrungen in der Psychiatrie ähnlich eingestellt, wie die Studierenden mit psychiatrischen Erfahrungen. Im Gegensatz dazu konnte die Hypothese durch das Ergebnis der Studierenden des Regelstudienganges gestützt werden. Dabei hatten die Studierenden mit psychiatrischen Vorerfahrungen signifikant höhere ATP-30 Summenscores als Kommilitonen ohne psychiatrische Vorerfahrungen.

Der direkte Vergleich der Ausbildungskonzepte miteinander, in Hinblick auf die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie (ATP-30), zeigte: Die Studierenden des

Modellstudienganges zeigten signifikant positivere Einstellungen zur Psychiatrie als die Studierenden des Regelstudienganges.

Die Ergebnisse der Hypothesen wurden ergänzt durch a posteriori durchgeführte Betrachtungen zum Vergleich der Studiengänge miteinander bezüglich des ATP-30, unter dem Aspekt der psychiatrischen Vorerfahrungen (korrigiert nach Bonferroni) und der Ausrichtung des Abiturs der Studierenden. Unterschiede wiesen die Studierenden ohne psychiatrische Vorerfahrungen auf; hier waren die Studierenden des Modellstudienganges signifikant positiver zur Psychiatrie eingestellt als die Vergleichsgruppe des Regelstudienganges. In beiden Studiengängen hatten die Studierenden mit geisteswissenschaftlich ausgerichtetem Abitur die höchsten ATP-30 Summenscores.

3.3.2 Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie in Anhängigkeit zentraler Persönlichkeitsbereiche

Hypothese: Studierende mit positiven Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie zeigen im zentralen Persönlichkeitsbereich „Offenheit für Erfahrungen“ signifikante Unterschiede zu Studierenden mit weniger Interesse am Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Operationalisierung der Hypothese erfolgte anhand folgender standardisierter Fragebögen:

Der ATP-30 (Attitudes Towards Psychiatry – 30 items) von Burra et al. 1982 und das NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren Inventar) nach Costa und McCrae 1992: ATP-30, S. 154; NEO-FFI, S. 151 des Anhangs.

Der Zusammenhang zwischen positiven Einstellungen zur Psychiatrie gemessen an hohen ATP-30 Summenscores und einer bestimmten Ausprägung des Persönlichkeitsbereiches Offenheit für Erfahrungen wird im Folgenden für beide Ausbildungskonzepte betrachtet, dargestellt. (weitere Persönlichkeitsbereiche vgl. Hypothese in Kapitel 3.3.3)

Bei den Studierenden beider Studiengänge korrelierten die Variablen ATP-30 und der Persönlichkeitsbereich „Offenheit für Erfahrungen“ positiv miteinander (Modellstudiengang: $R = 0,518$, $p \leq 0,0001$; Regelstudiengang: $R = 0,245$, $p \leq 0,0001$ vgl. Tabelle 30). Je positiver die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie, desto „offener für Erfahrungen“ waren sie.

Studierende mit hohen Werten im Persönlichkeitsbereich „Offenheit für Erfahrungen“ zeigen nach Borkenau und Ostendorf ein größeres Interesse und ein höheres Ausmaß an Beschäftigung mit neuen Erlebnissen, Eindrücken und Erfahrungen. Sie sind wissbegierig und experimentierfreudig, und sie sind „eher bereit, bestehende Normen kritisch zu hinterfragen und auf neuartige soziale, ethische und politische Wertvorstellungen einzugehen“ (Borkenau und Ostendorf, 1993, S. 28).

Demnach konnte die Hypothese gestützt werden.

Aufgrund der Ergebnisse des Persönlichkeitsbereiches „Verträglichkeit“ des NEO-FFI (vgl. Kapitel 3.3.3) wurde a posteriori zusätzlich zu den bestehenden Fragestellungen eine Korrelation zwischen dem ATP-30 und dem Bereich Verträglichkeit berechnet. Die Ergebnisse sind für die Studierenden beider Studiengänge ähnlich. Auch der Persönlichkeitsbereich Verträglichkeit korreliert positiv mit dem ATP-30 (Modellstudiengang: $R = 0,575$, $p \leq 0,0001$; Regelstudiengang: $R = 0,268$, $p \leq 0,0001$ vgl. Tabelle 30). Je positiver die Einstellungen zur Psychiatrie waren, desto „verträglicher“ waren die Studierenden des MSG und des REG. Die Studierenden mit höheren Werten im Persönlichkeitsbereich „Verträglichkeit“ bemühen sich nach Borkenau und Ostendorf eher, anderen Menschen zu helfen, haben ein stärkeres zwischenmenschliches Vertrauen und ein stärkeres Harmoniebedürfnis als Kommilitonen mit eher niedrigen Werten in diesem Bereich.

Tabelle 30: Korrelation der Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30-Summenscores) mit den Persönlichkeitsbereichen „Offenheit“ und „Verträglichkeit“ (NEO-FFI Mittelwerte) bei den Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. (R = Korrelationskoeffizient nach Pearson, p = Signifikanzniveau) Skalierung; NEO-FFI: 0 = starke Abneigung, 4 = starke Zustimmung, ATP-30: 5-Punkte-Likert-Skala mit 1 = starke Zustimmung und 5 = starke Ablehnung / ATP-30 Summenscores: minimal negativer Wert = 30, maximal positiver Wert = 150

	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 240
NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche	ATP-30	ATP-30
Offenheit für Erfahrungen	$R = 0,518$, $p \leq 0,0001$	$R = 0,245$, $p \leq 0,0001$
Verträglichkeit	$R = 0,575$, $p \leq 0,0001$	$R = 0,268$, $p \leq 0,0001$

Zusammenfassung zu „Einstellungen Medizinstudierender beider Ausbildungskonzepte zur Psychiatrie und Psychotherapie in Abhängigkeit zentraler Persönlichkeitsbereiche“ (Kap. 3.3.2)

Die Hypothese hinsichtlich eines möglichen Zusammenhanges zwischen positiven Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30) und höherer Ausprägung des Persönlichkeitsbereiches „Offenheit für Erfahrungen“ konnte mit einer deutlich positiven Korrelation zwischen den beiden Variablen für die Studierenden der beiden Studiengänge gestützt werden. Unterschiede zwischen dem Modellstudiengang und dem Regelstudiengang sind in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich. Bei der Betrachtung der Korrelationsberechnung nach Pearson ist wiederum die unterschiedliche Stichprobengröße zu berücksichtigen. Aufgrund der größeren Stichprobe der Studierenden des Regelstudienganges, resultiert eine ähnlich hohe Signifikanz trotz kleinerem Korrelationskoeffizienten R, wie bei der kleineren Stichprobe der Studierenden des Modellstudienganges. Die Ergebnisse zu den Persönlichkeitsbereichen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI werden im Kapitel 3.3.3 besprochen. Anlehnend an die Literatur wurde in oben genannter Hypothese des Kapitels 3.3.2 lediglich der Persönlichkeitsbereich „Offenheit für Erfahrungen“ herausgestellt.

Bei einem signifikant gewordenen Unterschied des Persönlichkeitsbereiches „Verträglichkeit“ des NEO-FFI (vgl. Kapitel 2.4.2.2) zwischen den Studierenden der beiden Ausbildungskonzepte wurde a posteriori auch dieser Persönlichkeitsbereich mit den Einstellungen zur Psychiatrie in Zusammenhang gesetzt. Es ergab sich eine positive Korrelation des ATP-30 mit dem NEO-FFI Bereich „Verträglichkeit“ für die Studierenden beider Studiengänge auch nach der Korrektur nach Bonferroni.

3.3.3 Zusammenhang zwischen zentralen Persönlichkeitsbereichen und Kontrollüberzeugungen Medizinstudierender und dem Ausbildungskonzept

Die Operationalisierung der Hypothesen zu „Zusammenhang zwischen zentralen Persönlichkeitsbereichen und Kontrollüberzeugungen Medizinstudierender und dem Ausbildungskonzept“ erfolgte mit folgenden standardisierten Fragebögen:

das NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren Inventar von Costa und McCrae, 1992, S. 151 des Anhangs) und der IPC-Fragebogen (Locus of Control von Krampen 1980, S. 158 des Anhangs)

Hypothese 1: Die Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg empfinden sich als „Offener für Erfahrungen“ als die Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen. Unterschiede in den Bereichen „Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit“ liegen nicht vor.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae besprochen. Die Studierenden MSG zeigten in den beiden Persönlichkeitsbereichen „Offenheit für Erfahrungen“ (MW = 2,82) und „Verträglichkeit“ (MW = 2,74) signifikant höhere Werte als die Studierenden des REG (Offenheit MW = 2,56; Verträglichkeit MW = 2,56; vgl. Tabelle 31). Die zur Bestimmung der Bedeutsamkeit errechnete Effektgröße ergab für „Offenheit für Erfahrungen“ einen Wert von $\epsilon = 0,53$. Dies entspricht einem mittleren Effekt nach Bortz et Döring (1995). Für den Bereich „Verträglichkeit“ ergab sich mit $\epsilon = 0,37$ eine kleine bis mittlere Effektgröße (Bortz et Döring, 1995).

Mit den Bereichen „Neurotizismus“, „Extraversion“ und „Gewissenhaftigkeit“ lagen die Studierenden des MSG im Mittel sehr ähnlich, bzw. gleich mit ihrer Vergleichsgruppe.

Unter dem Aspekt der sozialen Erwünschtheit zeigte sich von den bei Borkenau und Ostendorf als sozial erwünscht angegebenen Persönlichkeitsbereichen („Extraversion“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“) allein der Bereich „Verträglichkeit“ bei den Studierenden des MSG in höherer Ausprägung. In dem eher negativ behafteten

Bereich Neurotizismus waren die Werte der Studierenden des MSG und die Studierenden des REG vergleichbar.

Borkenau und Ostendorf (1993) geben an, mit dem Bereich „Offenheit für Erfahrungen“ das Interesse und das Ausmaß der Beschäftigungen mit neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken zu erfassen. Probanden mit hohen Punktwerten besitzen ein reges Phantasieleben, nehmen ihre Umwelt akzentuiert wahr und interessieren sich für persönliche und öffentliche Vorgänge. „Sie beschreiben sich als wissbegierig, intellektuell, phantasievoll, experimentierfreudig und künstlerisch interessiert. Sie sind eher bereit, bestehende Normen kritisch zu hinterfragen und auf neuartige soziale, ethische und politische Wertvorstellungen einzugehen. Sie sind unabhängig in ihrem Urteil, verhalten sich häufig unkonventionell, erproben neue Handlungsweisen und bevorzugen Abwechslung. Personen mit niedrigen Punktwerten neigen demgegenüber eher zu konventionellem Verhalten und zu konservativen Einstellungen. Sie ziehen Bekanntes und Bewährtes dem Neuen vor, und ihre emotionalen Reaktionen sind eher gedämpft“ (Borkenau und Ostendorf 1993, S. 28).

Der Bereich Verträglichkeit beschreibt nach Borkenau und Ostendorf (1993) in erster Linie interpersonelles Verhalten. Ein zentrales Merkmal von Probanden mit hohen Werten sei ihr Altruismus. „Sie begegnen anderen mit Verständnis, Wohlwollen und Mitgefühl; sie sind bemüht, anderen zu helfen und überzeugt, dass diese sich ebenso hilfsbereit verhalten werden. Sie neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen, zur Kooperativität, zur Nachgiebigkeit, und sie haben ein starkes Harmoniebedürfnis. Personen mit niedrigen Punktwerten beschreiben sich im Gegensatz dazu als antagonistisch, egozentrisch und misstrauisch gegenüber den Absichten anderer Menschen. Sie verhalten sich eher kompetitiv als kooperativ“ (Borkenau und Ostendorf 1993, S. 28). Die verträgliche Seite dieser Dimension erscheine somit eindeutig als sozial erwünschter, dennoch dürfe nicht übersehen werden, dass die Fähigkeit, für eigene Interessen zu kämpfen, in vielen Situationen hilfreich sei. „Verträglichkeit ist keine Tugend im Gerichtssaal, und in der Wissenschaft helfen Misstrauen und Skepsis, den Problemen auf den Grund zu gehen“ (Borkenau und Ostendorf 1993, S. 28).

Diese inhaltlichen Beschreibungen der Probanden mit hohen Werten in den Bereichen Offenheit und Verträglichkeit trifft entsprechend den Ergebnissen des NEO-FFI für die Studierenden des MSG im Vergleich eher zu, als für die Studierenden des REG. (Vergleich der Studierenden beider Studiengänge mit der Normstichprobe des NEO-FFI: siehe Tab. 33 und 34)

Die Hypothese konnte somit in Teilen gestützt werden.

Tabelle 31: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen. (NEO-FFI Skala: 0 = starke Abneigung, 4 = starke Zustimmung, MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

NEO-FFI-Skala	Modellstudiengang Universität HH	Regelstudiengang Universität D-E	p
	n = 57 MW / SD	n = 245 MW / SD	
Neurotizismus	1,66 / 0,60	1,66 / 0,66	n.s.
Extraversion	2,48 / 0,47	2,50 / 0,51	n.s.
Offenheit für Erfahrungen	2,82 / 0,47	2,56 / 0,51	0,0007
Verträglichkeit	2,74 / 0,49	2,56 / 0,48	0,0108
Gewissenhaftigkeit	2,65 / 0,56	2,69 / 0,57	n.s.

Nach Aufteilung der Studiengänge in ihre Semester und Vergleich der einander entsprechenden Ausbildungsabschnitte, sind oben beschriebene Ergebnisse stärker bei den Studierenden des ersten Ausbildungsjahres ausgeprägt (vgl. Tabelle 32a). Die Studierenden des zweiten Semesters des MSG hatten im Bereich „Offenheit für Erfahrungen“ einen signifikant höheren Wert (MW = 2,84) als die Studierenden des zweiten Semesters des REG mit einem Mittelwert von 2,56.

Gleiches gilt für den Bereich Verträglichkeit (Studierende zweites Semester des MSG MW = 2,71; Studierende zweites Semester des REG MW = 2,54; $p \leq 0,0426$). Der Effekt des signifikanten Unterschiedes für den Bereich „Offenheit für Erfahrungen“ entsprach einer Effektgröße von $\varepsilon = 0,56$, was nach der verbalen Klassifizierung nach Bortz et Döring (1995) eine mittlere Effektgröße bedeutet.

Bei den Studierenden am Ende des zweiten Ausbildungsjahres des MSG (Semester 4) und des REG (Semester 5) sind leichte Unterschiede dieser Persönlichkeitsbereiche vorhanden, aber geringer ausgeprägt und ohne statistische Signifikanz (vgl. Tabelle 32b). Für die Studierenden dieses Ausbildungsabschnittes ist im nach Borkenau und Ostendorf negativ bewerteten Bereich Neurotizismus ein Unterschied zwischen den Studierenden der Studiengänge festzustellen. Dabei hatten die Studierenden des MSG im Mittel höhere Werte, waren „leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen“ und erleben „häufiger negative Gefühlszustände“ (Borkenau und Ostendorf 1993, S. 27) als die Studierenden des REG.

Tabelle 32a: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten. (NEO-FFI Skala: 0 = starke Abneigung, 4 = starke Zustimmung, MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

NEO-FFI-Skala	Modellstudiengang Universität HH, Semester 2	Regelstudiengang Universität D-E, Semester 2	p
	n = 38 MW / SD	n = 181 MW / SD	
Neurotizismus	1,57 / 0,53	1,69 / 0,64	n.s.
Extraversion	2,51 / 0,51	2,49 / 0,51	n.s.
Offenheit für Erfahrungen	2,84 / 0,51	2,56 / 0,49	0,001
Verträglichkeit	2,71 / 0,50	2,54 / 0,46	0,043
Gewissenhaftigkeit	2,65 / 0,56	2,71 / 0,56	n.s.

Tabelle 32b: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten. (NEO-FFI Skala: 0 = starke Abneigung, 4 = starke Zustimmung, MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

NEO-FFI-Skala	Modellstudiengang Universität HH, Semester 4	Regelstudiengang Universität D-E, Semester 5	p
	n = 19 MW / SD	n = 64 MW / SD	
Neurotizismus	1,84 / 0,70	1,56 / 0,72	n.s.
Extraversion	2,42 / 0,40	2,49 / 0,48	n.s.
Offenheit für Erfahrungen	2,77 / 0,40	2,59 / 0,55	n.s.
Verträglichkeit	2,79 / 0,50	2,59 / 0,53	n.s.
Gewissenhaftigkeit	2,65 / 0,56	2,64 / 0,62	n.s.

Vergleich der Ergebnisse des NEO-FFI der Studierenden beider Studiengänge mit der Normstichprobe des NEO-FFI

Um die Ergebnisse aus den Persönlichkeitsbereichen der Studierenden auch generell einordnen zu können, wurden die beiden Studiengänge jeweils mit den Normwerten aus der Gesamtstichprobe des NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa, McCrae, S. 13) verglichen. Der NEO-FFI gibt keine Referenzgruppe für Studierende an.

Zur Prüfung, ob die vorliegende Stichprobe von den Normwerten des NEO-FFI abweichen, wurde zunächst die relative Häufigkeit der Personen berechnet, die im Normbereich lagen ($x \pm s$).

Tabelle 33: Vergleich der Ergebnisse des NEO-FFI der Studierenden des Modellstudiengangs der Universität Hamburg mit der Normstichprobe des NEO-FFI; Relative Häufigkeit der Teilnehmer (Prozentangabe), deren Werte im NEO-FFI im Normbereich lagen; Signifikanzen aus dem Chi-Quadrat-Test; Normstichprobe NEO-FFI: $n = 2112$; Studierende des Modellstudienganges: $n = 57$

NEO-FFI	Relative Häufigkeit
Subskala Neurotizismus	96,7%, signifikant
Subskala Extraversion	97,3%, signifikant
Subskala Offenheit	96,7%, signifikant
Subskala Verträglichkeit	94,2%, signifikant
Subskala Gewissenhaftigkeit	97,1%, signifikant

Die berechneten Häufigkeiten für die Studierenden des MSG weichen für alle NEO-FFI Untertests von der erwarteten Häufigkeit bei einer Normalverteilung (68,26%) ab. Zur Prüfung, ob die Häufigkeiten signifikant von den erwarteten 68,26% abweichen, wurde auch ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Als Ergebnis lagen alle Untertests der Studierenden des problemorientierten Studienganges signifikant oberhalb der 68,26%. In allen Bereichen lagen demzufolge mehr Studierende als erwartet im Normbereich, die Ergebnisse sind „übernormal“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 33 für den MSG und in Tabelle 34 für den REG aufgeführt.

Tabelle 34: Vergleich der Ergebnisse des NEO-FFI der Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen mit der Normstichprobe des NEO-FFI; Relative Häufigkeit der Teilnehmer (Prozentangabe), deren Werte im NEO-FFI im Normbereich lagen; Signifikanzen aus dem Chi-Quadrat-Test; Normstichprobe NEO-FFI: $n = 2112$; Studierende des Regelstudienganges: $n = 245$

NEO-FFI	Relative Häufigkeit
Subskala Neurotizismus	68,9%
Subskala Extraversion	74,9%, signifikant
Subskala Offenheit	66,9%
Subskala Verträglichkeit	70,2%
Subskala Gewissenhaftigkeit	70,0%

Es wird deutlich, dass die Häufigkeiten für die Studierenden des REG von der erwarteten Häufigkeit bei einer Normalverteilung (68,26%) kaum abweichen. In diesen Fällen wird davon ausgegangen, dass für die Studierenden keine Besonderheiten in den betreffenden Variablen vorlagen. Im anschließenden Chi-Quadrat-Test wurde eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung geprüft. Dies wurde für den Untertest Extraversion des NEO-FFI festgestellt, bei dem die Häufigkeit höher als in der Normstichprobe war.

Die Studierenden des REG bewegen sich demzufolge mit ihren Ergebnissen aus dem NEO-FFI bezüglich der relativen Häufigkeit im Normbereich der Normstichprobe des NEO-FFI. Die Studierenden des MSG bewegen sich mit ihren Ergebnissen aus dem NEO-FFI überhäufig im Normbereich der Normstichprobe des NEO-FFI.

Hypothese 2: Die Kontrollüberzeugungen der Studierenden beider Studiengänge unterscheiden sich. Bei vergleichbaren „internalen“ Kontrollüberzeugungen erleben sich die Studierenden des Modellstudienganges weniger „external“ gesteuert im Hinblick auf Gefühle der „Machtlosigkeit“ und des „Fatalismus“.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen von Krampen (1980) dargestellt.

Zunächst erfolgte - mit Hilfe der Daten aus den Tabellen 35 (vgl. Tab. A3, S. 31 der Handanweisung von Krampen) und 36 (Tab. 3, S. 19 der Handanweisung; IPC-Fragebogen) - die Umsetzung der „Roh“-Mittelwerte aus den Daten beider Studiengänge in eine verbale Einteilungsform der drei Skalen der Kontrollüberzeugungen. Die Mittelwerte der jeweiligen Skala (Skala I = Internalität; Skala P = Externalität, Machtlosigkeit; Skala C = Externalität, Fatalismus) wurden einem Stanine-Wert zugeordnet, danach wurde der ermittelte Stanine-Wert mit der entsprechenden verbalen Klassifikation abgeglichen. Die verbale Einschätzung der Stanine-Werte reicht über fünf Bereiche von weit unterdurchschnittlicher - bis zu weit überdurchschnittlicher – Externalität / bzw. Internalität.

Tabelle 35: Stanine-Normen für die IPC-Skalen

Stanine-Werte	Rohwerte-Bereich		
	I-Skala	P-Skala	C-Skala
1	8-25	8-15	8-15
2	26-29	16-18	16-18
3	30-32	19-20	19-20
4	33-34	21-22	21-22
5	35-36	23-25	23-25
6	37-38	26-27	26-28
7	39-40	28-29	29-30
8	41-43	30-32	31-33
9	44-48	33-48	34-48

Tabelle 36: Verbale Klassifikation der Stanine-Werte für den IPC-Fragebogen

Stanine-Werte	Verbale Klassifikation	
	I-Skala	P-Skala und C-Skala
1	Weit unterdurchschnittliche Internalität	Weit unterdurchschnittliche Externalität
2, 3	Unterdurchschnittliche Internalität	Unterdurchschnittliche Externalität
4, 5, 6	Durchschnittliche Internalität	Durchschnittliche Externalität
7, 8	Überdurchschnittliche Internalität	Überdurchschnittliche Externalität
9	Weit überdurchschnittliche Internalität	Weit überdurchschnittliche Externalität

Generell lagen die Studierenden des MSG und des REG mit den für ihre Ergebnisse ermittelten Stanine-Werten für alle drei Skalen des IPC im - nach der Klassifikation von Krampen (vgl. Tabellen 35, 36) - durchschnittlichen Bereich von 4 – 6. Für die Studierenden beider Studiengänge wurden in allen drei Skalen die gleichen Stanine Werte ermittelt. Unterschiede in den Ergebnissen der zu verglichenen Stichproben sind daher lediglich bei den Mittelwerten zu finden.

Bezüglich der internalen Kontrollüberzeugungen ergaben sich folgende Ergebnisse:

Studierende beider Studiengänge können mit einer ähnlichen Internalität mit einem jeweiligen Stanine-Wert von 5 und fast gleichen Rohmittelwerten beschrieben werden (vgl. Tabelle 37). Das Ausmaß an empfundener Selbstbestimmung ist hierbei für beide Studierendengruppen im durchschnittlichen Bereich.

Die externalen Kontrollüberzeugungen, zum einen durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit (P-Skala), zum anderen durch Fatalismus bedingt (C-Skala), zeigten nachstehende Ergebnisse:

Wie oben erwähnt, erreichten die Studierenden beider Studiengänge auf der P-Skala einen Stanine-Wert von 4 und auf der C-Skala den Stanine-Wert 5, was eine durchschnittliche Externalität für beide Skalen bedeutet. Die Studierenden des MSG und des REG empfanden sich demzufolge als gleichermaßen „fatalistisch“ oder „machtlos“, wobei beide Vergleichsgruppen mit dem Stanine-Wert von 4 (P-Skala) etwas weniger ein „Gefühl der Machtlosigkeit“, als ein „Gefühl des Fatalismus“ (Stanine-Wert 5, C-Skala) hatten. Bei der Betrachtung der Rohwerte waren lediglich im Bereich Fatalismus die Studierenden des MSG leicht niedriger (MW = 22,86 gegenüber MW = 23,77 der Studierenden des REG), was aber keine Auswirkungen auf den Stanine-Wert hatte (vgl. Tabelle 37).

Die Hypothese konnte bis auf die gleiche Internalität der Studierenden des Modell- und des Regelstudienganges nicht gestützt werden.

Tabelle 37: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen. Stanine Werte werden aus auf-, bzw. abgerundeten Rohdaten mit Hilfe einer Normentabelle ermittelt (vgl. Tab. 35), die Stanine Werte 4, 5 und 6 werden verbal klassifiziert als durchschnittliche Internalität, bzw. Externalität (MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

IPC-Skala	Modellstudiengang Universität HH n = 57	Regelstudiengang Universität D-E n = 245	p
	MW / SD Stanine-Wert	MW / SD Stanine-Wert	
I Internalität	35,81 / 3,82 5	35,82 / 4,19 5	n.s.
C Externalität: Fatalismus	22,86 / 4,79 5	23,77 / 5,17 5	n.s.
P Externalität: Machtlosigkeit	21,97 / 4,92 4	21,96 / 4,91 4	n.s.

Auch für die Auswertung der Ergebnisse des IPC wurden die Studierenden beider Studiengänge in ihre Semester unterteilt und die sich entsprechen Ausbildungsabschnitte miteinander verglichen (Tabelle 38a und 38b). Bei den Studierenden des ersten Ausbildungsjahres (Semester 2) zeigten sich in beiden Studiengängen wieder gleiche Stanine-Werte in allen drei Skalen (I-Skala = 5; C-Skala = 5; P-Skala = 4). Die Rohwerte der Studierenden des zweiten Semesters des MSG lagen geringfügig niedriger in den Bereichen Fatalismus und Machtlosigkeit.

Im zweiten Ausbildungsjahr hatten die Studierenden des vierten Semesters des MSG einen niedrigeren Stanine-Wert = 4 bezüglich des Fatalismus (Skala C) als die Studierenden des fünften Semesters des REG mit einem Wert von 5 (beide Werte entsprechen einer durchschnittlichen Externalität). Die Ergebnisse unterschieden sich nicht signifikant (vgl. Tabelle 38b).

Auf der Skala Externalität: Machtlosigkeit empfanden sich die Studierenden beider Semester des zweiten Ausbildungsjahres mit einem Stanine-Wert von 4 ähnlich; die Rohwerte der Studierenden des REG waren hier etwas niedriger (MW = 21,05 gegenüber MW = 22,37 der Studierenden des MSG). Der Stanine-Wert für die Internalitätsskala lag für beide Semester bei 6; damit fühlten sich die Studierenden der Semester vier und fünf der unterschiedlichen Studiengänge ähnlich internal und hatten

eine durchschnittlich höhere Internalität als ihre Kommilitonen in den jeweils zweiten Semestern.

Tabelle 38a: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten. Stanine Werte werden aus auf-, bzw. abgerundeten Rohdaten mit Hilfe einer Normtabelle ermittelt (vgl. Tab. 35), die Stanine Werte 4, 5 und 6 werden verbal klassifiziert als durchschnittliche Internalität, bzw. Externalität (MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

IPC-Skala	Modellstudiengang Universität HH Sem. 2, n = 38	Regelstudiengang Universität D-E Sem. 2, n = 181	p
	MW / SD Stanine-Wert	MW / SD Stanine-Wert	
I Internalität	35,29 / 4,01 5	35,46 / 4,14 5	n.s.
C Externalität: Fatalismus	23,47 / 4,98 5	24,01 / 4,94 5	n.s.
P Externalität: Machtlosigkeit	21,76 / 5,04 4	22,28 / 4,90 4	n.s.

Tabelle 38b: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten. Stanine Werte werden aus auf-, bzw. abgerundeten Rohdaten mit Hilfe einer Normtabelle ermittelt (vgl. Tab. 35), die Stanine Werte 4, 5 und 6 werden verbal klassifiziert als durchschnittliche Internalität, bzw. Externalität (MW = Mittelwerte, SD = Standardabweichung)

	Modellstudiengang Universität HH Sem. 4, n = 19	Regelstudiengang Universität D-E Sem. 5, n = 64	p
	MW / SD Stanine-Wert	MW / SD Stanine-Wert	
I Internalität	36,84 / 3,25 6	36,87 / 4,18 6	n.s.
C Externalität: Fatalismus	21,63 / 4,25 4	23,09 / 5,75 5	n.s.
P Externalität: Machtlosigkeit	22,37 / 4,80 4	21,05 / 4,85 4	n.s.

Vergleich der Ergebnisse des IPC der Studierenden beider Studiengänge mit der Normstichprobe des IPC

Die Studierenden aus beiden Studiengängen sollten in Hinblick auf ihre Kontrollüberzeugungen auch in einem allgemeinen Kontext betrachtet werden. Hierfür erfolgte ein Vergleich mit den Normwerten des IPC (IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen nach Krampen, 1980, S.30). Dabei ergab sich die Möglichkeit, sich auf zwei verschiedene Stichproben des Handbuches zu beziehen. Zum einen

wurden die Studierenden des MSG und des REG mit einer großen Kreuzanalysenstichprobe von 712 zufällig ausgewählter deutscher Erwachsener verglichen (S. 9, S.11 der Handanweisung), zum anderen wurden sie mit einer von der Probandenauswahl vergleichbaren, jedoch sehr viel kleineren Normstichprobe, bestehend aus 131 männlichen und weiblichen Studierenden (S. 31 der Handanweisung) verglichen. Die Ergebnisse für die Studierenden des MSG sind in Tabelle 39 und die für die Studierenden des REG in Tabelle 40 aufgeführt.

Tabelle 39: Vergleich der Ergebnisse des IPC - Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg mit der Kreuzanalysenstichprobe und der Normstichprobe „Studierende“; Relative Häufigkeit der Teilnehmer (Prozentangabe), deren Werte im IPC im Normbereich lagen; Signifikanzen aus dem Chi-Quadrat-Test; Kreuzanalysestichprobe n = 712; Normstichprobe „Studierende“ n = 131; Studierende des problemorientierten Studienganges: n = 57

IPC Kreuzanalysenprobe (Modellstudiengang)	Relative Häufigkeit
Subskala C	74,2%, signifikant
Subskala I	80,7%, signifikant
Subskala P	74,2%, signifikant
IPC Normstichprobe „Studierende“ (Modellstudiengang)	
Subskala C	95,7%, signifikant
Subskala I	97,0%, signifikant
Subskala P	95,0%, signifikant

Die berechneten Häufigkeiten für die Studierenden des MSG weichen für alle drei IPC-Skalen von der jeweils erwarteten Häufigkeit bei Normalverteilung (68,26%) ab. Um ein signifikantes Abweichen der Häufigkeiten vom Normbereich zu prüfen, wurde dann ein Chi-Quadrat-Test berechnet. Als Ergebnis lagen die Häufigkeiten der Skalen der Studierenden des MSG signifikant oberhalb der erwarteten Häufigkeit von 68,26%, wonach mehr Studierende als erwartet im Normbereich lagen. Dies gilt im Besonderen für den Vergleich mit der Normstichprobe „Studierende“, bei dem die Häufigkeiten der Studierenden des MSG für alle IPC-Skalen über 95% liegen.

Tabelle 40: Vergleich der Ergebnisse des IPC - Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen mit der Kreuzanalysenstichprobe und der Normstichprobe „Studierende“; Relative Häufigkeit der Teilnehmer (Prozentangabe), deren Werte im IPC im Normbereich lagen; Signifikanzen aus dem Chi-Quadrat-Test; Kreuzanalysestichprobe n = 712; Normstichprobe „Studierende“ n = 131; Studierende des problemorientierten Studienganges: n = 245

IPC Kreuzanalysenstichprobe (Regelstudiengang)	Relative Häufigkeit
Subskala C	74,2%, signifikant
Subskala I	80,7%, signifikant
Subskala P	74,2%
IPC Normstichprobe „Studierende“ (Regelstudiengang)	
Subskala C	58,9%, signifikant
Subskala I	71,6%
Subskala P	60,2%, signifikant

Im Vergleich mit der Normstichprobe „Studierende“ weichen die Häufigkeiten der Studierenden des REG bezüglich beider Externalitätsskalen (Skala C und Skala P) signifikant von der Normalverteilung (68,26%) ab. Der jeweilige Durchschnittswert ist hier „unternormal“ häufig als der Mittelwert der Normstichprobe. Hierbei ist zu beachten, dass der Umfang der untersuchten Stichprobe (Studierende des Regelstudienganges der Universität Essen mit n = 245) fast doppelt so groß ist, wie der Umfang der Normstichprobe „Studierende“ mit n = 131 Probanden.

Ein anderes Bild ergibt sich im Vergleich der Studierenden des REG mit der Kreuzanalysenstichprobe. Die Häufigkeiten der Skalen C und I liegen signifikant oberhalb der Normalverteilung (68,26%), d.h. die Ergebnisse liegen „übernormal“ häufig im Normbereich. Für die Skala P liegen die Studierenden in der Normalverteilung.

Zusammenfassung zu „Zusammenhang zwischen zentralen Persönlichkeitsbereichen und Kontrollüberzeugungen Medizinstudierender und dem Ausbildungskonzept“ (Kapitel 3.3.3)

Die Hypothese 1 (S. 82) bezüglich möglicher Unterschiede im zentralen Persönlichkeitsbereich „Offenheit für Erfahrungen“ wurde gestützt anhand der Ergebnisse des NEO-FFI für diesen Bereich. Die Studierenden des Modellstudienganges wiesen signifikant höhere Werte auf als die Studierenden des Regelstudienganges. Borkenau und Ostendorf (1993) würden die Studierenden des Modellstudienganges somit im Gegensatz zu ihren Kommilitonen aus dem Regelstudiengang durch eine in ihrer Persönlichkeit verwurzelte höhere Wertschätzung für neue Erfahrungen beschreiben. Sie wären demnach durchschnittlich wissbegieriger, kreativer, phantasievoller und unabhängiger in ihrem Urteil als ihre Kommilitonen des Regelstudienganges.

Es zeigten sich auch im zentralen Persönlichkeitsbereich „Verträglichkeit“ signifikant höhere Werte bei den Studierenden des Modellstudienganges. Nach Borkenau und Ostendorf hätten die Studierenden des Modellstudienganges im Gegensatz zu den Studierenden des Regelstudienganges eine stärkere Veranlagung zum Altruismus. Durchschnittlich wären sie verständnisvoller, wohlwollender, mitfühlender, mit einem stärkeren Vertrauen in ihre Mitmenschen und Bedürfnis nach Harmonie als die Studierenden der Vergleichsgruppe des Regelstudienganges.

Aufgrund der geschilderten Ergebnisse konnte der Teil der Hypothese nicht gestützt werden, nach dem sich die Studierenden der beiden Studiengänge in den Persönlichkeitsbereichen Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit nicht unterscheiden.

Bei dem Vergleich der einander entsprechenden Ausbildungsabschnitte beider Studiengänge, spiegelten sich die beschriebenen signifikant höheren Werte lediglich bei den Studierenden des jeweiligen zweiten Semesters wieder. Leichte Unterschiede ergaben sich in den Persönlichkeitsbereichen Neurotizismus, Extraversion und Gewissenhaftigkeit. Mit Ausnahme des Persönlichkeitsbereiches Verträglichkeit, fielen die von Borkenau und Ostendorf (1993) als sozial erwünscht beschriebenen Bereiche im Allgemeinen und im speziellen Vergleich der Ausbildungsabschnitte sehr uneinheitlich, bzw. gegensinnig aus. Gleiches gilt für den als sozial nicht erwünschten Bereich Neurotizismus, denn auch hier ist kein einheitlicher Trend bei den Studierenden beider Studiengänge erkennbar.

In Bezug auf Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen der Studierenden lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen. Die Studierenden beider Studiengänge zeichneten sich durch eine vergleichbare Internalität und Selbstverwirklichung aus. Dieser Teil der Hypothese 2 (S. 88) konnte dadurch gestützt werden.

Entgegen der Erwartung zeigten die Studierenden des Modellstudienganges sich nicht durch eine geringere Externalität aus, sowohl bezüglich der Externalität, die mit einem subjektiven Gefühl der Machtlosigkeit einhergeht, als auch bezogen auf die Externalität, die durch Fatalismus beschrieben ist. Der Teil der Hypothese konnte nicht gestützt werden.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie in Abhängigkeit vom Ausbildungskonzept und –inhalt untersucht. Hierbei spielten die Aspekte der zukünftigen Versorgung psychisch Kranker und der zukünftigen fachärztlichen Berufswahl der Studierenden eine wesentliche Rolle. Hierfür wurden Studierende eines problemorientierten und Studierende eines traditionellen Ausbildungskonzeptes befragt. Auf der Basis möglicher Unterschiede sollten studentische Einstellungen gegenüber der Psychiatrie verbessernde Ursachen erforscht werden.

Einerseits beschreiben Medizinstudierende das Fachgebiet der Psychiatrie für gewöhnlich als „intellektuelle Herausforderung“, andererseits bleibt die Psychiatrie häufig das Fachgebiet mit der geringsten Attraktivität in Bezug auf die spätere Berufswahl der Studierenden (Malhi et al., 2003). In einem „Ranking“ mit anderen großen Fachbereichen, wie Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie und Gynäkologie fanden Feifel et al. die Psychiatrie bei Studienanfängern auf dem letzten Platz der zukünftigen beruflichen Karrierewünsche (Feifel et al., 1999).

Als mögliche Gründe der Medizinstudierenden beschrieben Malhi et al. 2003 neben dem psychiatrischen Patientengut gesamtheitlich die Wahrnehmung, die die Studierenden von der Psychiatrie und der Psychotherapie hätten. Diese Fachbereiche würden als weniger wissenschaftlich angesehen, zudem würde vermutet, die klinische Behandlung sei weniger effektiv als in anderen Fachbereichen (Malhi et al., 2003).

Das Interesse der Medizinstudierenden am Fachbereich Psychiatrie wurde in einigen internationalen Studien als rückläufig beschrieben: Seit den 1950ern mit 7 – 10% der Studierenden mit dem Berufswunsch „Facharzt der Psychiatrie“ (Albee, 1959; Nielsen, 1979) sank die prozentuale Angabe auf zwischen 2 – 5% der Studierenden (Ghadirian et Engelsmann, 1982; Feifel et al., 1999; Malhi et al., 2003). Auch in jüngeren deutschen Studien ist ein geringer Wunsch der Studierenden das Fach Psychiatrie als zukünftigen Beruf zu wählen dargestellt worden (Kuhnigk et al., 2007; Strebel et al., 2000). In der neuesten deutschen Studie gaben 4,5% der Medizinstudierenden die Psychiatrie als ihr bevorzugtes zukünftiges Fachgebiet an (Kuhingk et al., 2007).

Diese vorangegangenen Erkenntnisse anderer Studien zur Berufswahl Medizinstudierender wurden durch unsere Ergebnisse bestätigt. Nur ca. 5,7% der Studierenden des problemorientierten bzw. 5% der Studierenden des traditionellen

Ausbildungskonzeptes wünschten sich das Fachgebiet der Psychiatrie als mögliche zukünftige Berufswahl. Unabhängig vom Ausbildungskonzept rangierte das Fach Psychiatrie bei der zukünftigen Berufswahl damit auf dem letzten Listenplatz, zusammen mit den Fächern Orthopädie und Allgemeinmedizin.

Die Problematik dieses „Listenplatzes“ unterstützt die Gefahr eines zunehmenden Mangels an Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Einigkeit besteht in einem Mangel an psychiatrischen Fachärzten zur Versorgung psychisch Kranker insbesondere in ländlichen Gebieten der neuen Bundesländer. Die Kassenärztlichen Vereinigungen gaben Anfang 2006 die höchste Anzahl offener Planungsbereiche für psychotherapeutische Niederlassungen in Sachsen mit 21 offenen und in Sachsen-Anhalt mit 13 offenen Bereichen an. Sachsen-Anhalt verzeichnete Anfang 2006 bundesweit die meisten offenen Planungsstellen bei den Nervenärzten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). Die Problematik nicht besetzter KV-Sitze wird weiter verstärkt durch einen steigenden Altersdurchschnitt innerhalb der Ärzteschaft. Bundesweit waren Ende 2006 der Großteil der niedergelassenen Fachärzte (absolute Zahlen: 2.130 von insgesamt 2.504) der Psychiatrie und Psychotherapie im Alter von 40 – 59 Jahren (Bundesärztekammer, 2007). Bei einer sinkenden Entwicklung der Anzahl der Absolventen im Fachbereich Humanmedizin, 1993 zählte das statistische Bundesamt 11.555 Absolventen, im Jahr 2005 waren es 8.870 (Bundesärztekammer, 2007), ist eine zukünftige schwieriger werdende Besetzung freier Arztstellen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich in der Psychiatrie absehbar.

Da die Weichen für die spätere Facharztwahl der jungen Mediziner wesentlich während der Phase ihres Hochschulstudiums gestellt werden, spielen die Einstellungen Medizinstudierender zu den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich der Einstellungen gegenüber den psychiatrischen Patienten eine entscheidende Rolle für die zukünftige psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung. Wünschenswerte Langzeitstudien über die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie sind dennoch insgesamt, vor allem aber in Deutschland selten.

Die meisten Studien befassen sich vornehmlich mit den Einstellungen bzw. den Einstellungsänderungen Medizinstudierender vor und nach psychiatrischem Hochschulunterricht. Der Zeitpunkt der Durchführung einer Studie wurde dabei unterschiedlich gewählt. In wenigen Studien wurden die Studierenden zu Beginn der

medizinischen Ausbildung befragt (Feifel et al., 1999; Malhi et al., 2002), in anderen wurde der Zeitpunkt des Hochschulabschlusses für die Befragung ausgesucht (Baptista et al., 1993; Galletly et al., 1995). Andere Studien wiederum zeigten verschiedene Querschnittsergebnisse, indem sie Medizinstudierende verschiedener Semester gleichzeitig befragten (Araya et al., 1992; Kuhnigk et al., 2007). Die uneinheitliche Wahl des Testinstrumentes in den Studien zur Befragung der Studierenden zu ihren Einstellungen, ermöglicht zwar eine Interpretation der Ergebnisse aus verschiedenem Blickwinkel heraus, gleichzeitig wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich erschwert. Aus diesem Grund kam in unserer Studie ein weltweit relativ häufig genutztes Testinstrument (Alexander et Eagles, 1990; Sloan et al., 1996; Chung et Prasher, 1995) der 1982 von Burra et al. entwickelte und validierte Fragebogen „Attitudes towards psychiatry“ (ATP-30 items) in einer deutschen Version von Strebel et al. (2000) zur Anwendung. Es wurden dabei in der vorliegenden Studie die ursprünglichen 30 Items von Burra et al. ausgewertet; die fünf zusätzlichen Items in der erweiterten Fassung von Strebel et al. (ATP-35; Strebel et al., 2000) fanden keine Berücksichtigung in der Berechnung.

Die Interpretation der Ergebnisse kann unter anderem durch Unterschiede in zentralen Eigenschaften der Medizinstudierenden, wie Persönlichkeit und Befindlichkeit eingeschränkt werden. Weiterhin können Unterschiede in den Bedingungen, die die Studierenden in den jeweiligen Semestern vorfinden, die Interpretationsmöglichkeiten erschweren. Singer et al. beschrieben 1986 in einer Langzeitstudie mit Studierenden des ersten und des dritten Studienjahres eine Korrelation zwischen positiven Einstellungsänderungen zur Psychiatrie und dem jeweils in den Vorlesungen präsentierten lehrmethodischen oder klinischen Material, ebenso der Interaktion der Studierenden mit Patienten.

Um die Einflussmöglichkeiten der medizinischen Hochschulen auf die studentischen Einstellungen zur Psychiatrie besser erfassen zu können, berücksichtigen jüngere Studien zunehmend neben dem Einfluss des psychiatrischen Unterrichtes auch den Einfluss des medizinischen Ausbildungskonzeptes und der medizinischen Ausbildungsinhalte auf die Einstellungen der Studierenden. Als innovative Lehrkonzepte werden dabei solche beschrieben, die die verschiedenen medizinischen Fachbereiche in einer integrativen Lehre miteinander verbinden (Kelly et al., 1991). Durch das Ausbildungskonzept des problemorientierten Lernens der vorliegenden Studie wird die vertikale und horizontale Vernetzung der Fachbereiche gefördert. Die

Inhalte des Lehrplans förderten die psycho-sozialen Aspekte in der Humanmedizin. Ob eine gesamtheitliche Einbettung des Fachgebietes Psychiatrie in den Kontext der anderen klinischen Fachbereiche zu einer langfristigen Besserung der Einstellungen Medizinstudierender zu Psychiatrie führen kann, bleibt zu untersuchen.

Bisher haben sich nur wenige Studien mit den Zusammenhängen zwischen den Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und den Ausbildungskonzepten medizinischer Hochschulen befasst. Dabei wurden die Befragungen der Studierenden jeweils zu Beginn und am Ende einer psychiatrischen Unterrichtseinheit durchgeführt (Singh et al., 1998; McParland et al., 2003; Reuster et al., 2003). Die Studien beziehen sich dabei auf problemorientierte Curricula ausschließlich im Zusammenhang auf den psychiatrischen Unterricht; ob und in wieweit die gleichen Studierenden auch in anderen Fachbereichen der Medizin mit dem problemorientierten Ausbildungskonzept in Verbindung kamen, bleibt in den Studien i.d.R. unbeantwortet (s.u.).

Die Zusammenhänge, die sich aus dem Verhältnis zwischen dem medizinischen Ausbildungskonzept und den Einstellungen der Medizinstudierenden zum Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie in der vorliegenden Studie ergeben können, werden nachfolgend diskutiert.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich zur Literatur

Die Rücklaufquote der vorliegenden Studie kann mit 90,5 – 95% der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes und mit 75 – 90,5% der Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes für eine empirische Befragung als hoch eingeschätzt werden. Hierbei ist der unterschiedliche Verteilungsmodus der Fragebögen an die Teilnehmergruppen zu berücksichtigen. Während die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zum Ausfüllen des ausgeteilten Fragebogens ca. eine Woche Zeit bekamen, wurde der Fragebogen von den Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes im Rahmen einer Übung, bzw. Seminars unverzüglich ausgefüllt und an die Austeilenden zurückgegeben (vgl. Kap. 2.3). Die hohe Rücklaufquote der Befragung der Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes ist vermutlich durch die Unmittelbarkeit der Befragungsdurchführung zu erklären. Dass die Befragung der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes eine ebenfalls hohe Rücklaufquote zeigt, mag am wahrscheinlichsten auf eine stärker ausgeprägte soziale Kontrollfunktion innerhalb der relativ kleinen Gruppe der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg zurückzuführen sein.

Die ermittelte Rücklaufquote deutet vermutlich auch auf das bestehende Interesse der Medizinstudierenden gegenüber der Thematik der Befragung hin. Die hohe Rücklaufquote stützt die Aussagekraft der vorliegenden Studie.

Alle teilnehmenden Studierenden dieser Studie zeigten unabhängig von psychiatrischem Unterricht, vom Ausbildungskonzept und vom Studienort generell positive Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie (ATP-30 Summenscore = 111,3 der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes; ATP-30 Summenscore = 107,3 der Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes). Im Folgenden wird im Sinne der Verständlichkeit und Vergleichbarkeit mit den Angaben aus anderen Studien der Begriff: ATP-30 Summenscore (S) gebraucht. Dies entspricht den Angaben des Mittelwertes (MW) in den Tabellen der vorliegenden Studie bezüglich des ATP-30 im Ergebnisteil.

Diese generell positiven Einstellungen Medizinstudierender konnten bereits in vielen vorangegangenen Studien gezeigt werden (Burra et al., 1982; Alexander et al., 1990; Sloan et al., 1996).

In Deutschland beschrieben Strebel et al. (2000) positive Einstellungen zur Psychiatrie bei 105 Studierenden des achten Semesters der Universität Düsseldorf (ATP-30 Summenscore: $S = 104,6$) und auch bei der Untersuchung von Kuhnigk et al. (2007) mit 508 Studierenden aus den Semestern zwei, fünf, neun und zehn der Universität Duisburg-Essen zeigten sich grundsätzlich positive Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscore: $S = 106,85$).

Die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes wiesen signifikant positivere Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie (ATP-30 Summenscore = 111,3) auf, als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes (ATP-30 Summenscore = 107,3; $p = 0,045$). Die zentrale Hypothese unserer Studie: „die Einstellungen der Studierenden des Modellstudienganges zur Psychiatrie sind positiver als die der Studierenden des Regelstudienganges“ (vgl. Kap. 3.3.1, Hyp. 5) konnte durch dieses Ergebnis gestützt werden. Bei einer Darstellung der ATP-30 Summenscores beider Ausbildungskonzepte, aufgeteilt nach einander entsprechenden Semestern, sind die positiveren Einstellungen der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes noch als Trend zu sehen (vgl. Tbl. 28) – die Studierenden des zweiten Semesters des problemorientierten Ausbildungskonzeptes lagen mit ihrem ATP-30 Summenscore bei 111,7, die Studierenden des zweiten Semesters des traditionellen Ausbildungskonzeptes bei 106,9 (ähnlich beim vierten Semester des problemorientierten Ausbildungskonzeptes mit dem ATP-30 Summenscore 110,5 und fünften Semester des traditionellen Ausbildungskonzeptes mit dem ATP-30 Summenscore 108,8); ein signifikanter Unterschied konnte nach dieser Aufteilung jeweils nicht mehr dargestellt werden. Insgesamt kann dieses Ergebnis als deutliche Tendenz gesehen werden, dass die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes positivere Einstellungen zur Psychiatrie zeigten als die Studierenden der Vergleichsgruppe. Ob diese Ergebnisse sich auf das Ausbildungskonzept zurückführen lassen oder bereits zu Studienbeginn bestanden, kann nicht beantwortet werden.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen anderer Studien (Singh et al., 1998; McParland et al., 2003; Reuster et al., 2003), in denen kein signifikanter Unterschied zwischen den Einstellungen der Medizinstudierenden zur Psychiatrie in Abhängigkeit zum Ausbildungskonzept gefunden wurde, formulierten wir unsere zentrale Hypothese nicht im Einklang mit der Studienlage. Anders als in den vorangegangenen Studien, in denen ausschließlich über ein „psychiatric attachment“, bzw. über einen Psychiatrie-,

Psychosomatik- und Neurologie-Kurs (Reuster et al., 2003) im Zusammenhang mit dem problemorientierten Ausbildungskonzept berichtet wurde, sind in der vorliegenden Studie Medizinstudierende eines fächerübergreifenden problemorientierten Ausbildungskonzeptes befragt worden (vgl. Kapitel 1.2.2). Neben der Verknüpfung aller Fachgebiete der medizinischen Hochschulse semestre eins bis sechs wurden bei dem problemorientierten Ausbildungskonzept der vorliegenden Studie in allen beschriebenen Semestern psychosoziale Inhalte mitbehandelt. Als weiterer Unterschied zu o.g. Studien erfolgte zudem die Befragung der Studierenden im zeitlichen Rahmen vorab des offiziellen Hochschulunterrichtes im Fachbereich Psychiatrie, sozusagen unabhängig von dem Einflussfaktor eines psychiatrischen Kurses oder Praktikums (es wurde auch nicht, wie in anderen Studien der 1. Tag eines Psychiatrie-Kurses zum Anlass der Befragung genommen). Ihre Einstellungen zur Psychiatrie konnten daher lediglich von selbst erarbeiteten Inhalten, dem Unterricht anderer Fachbereiche und sonstiger Eindrücken an der Hochschule und im privaten Umfeld beeinflusst werden. Es wurde davon ausgegangen, dass damit die Einflussmöglichkeiten eines medizinischen Ausbildungskonzeptes und psychosozialer Ausbildungsinhalte besser erfassbar waren. Basierend auf der Kontinuität der psychosozialen Inhalte im problemorientierten Ausbildungskonzept, im Gegensatz zu der fächerorientierten und naturwissenschaftlich geprägten Struktur der Vorklinik und des fünften Semesters nach alter ÄAppO (ÄAppO, 1970/1999) wie es das traditionelle Ausbildungskonzept der vorliegenden Studie vorsah, gingen wir von einer positiveren Einstellung der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes gegenüber denen des traditionellen Ausbildungskonzeptes aus.

In der von McParland et al. (2003) veröffentlichten Studie, in der der ATP-30 (Burra et al., 1982) Verwendung fand, wurde zum einen nach den Einstellungsunterschieden von britischen Studierenden eines problemorientierten ($n = 191$) und eines traditionellen ($n = 188$) Ausbildungskonzeptes gesucht, zum anderen die Veränderungen der Einstellungen nach psychiatrischem Unterricht dargestellt. Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie nach der Teilnahme an dem Psychiatrie-Kurs. Der ATP-30 Summenscore (S) verbesserte sich dabei unabhängig vom Ausbildungskonzept von $S = 102,6$ vor auf $S = 107,7$ nach dem Kurs. Beim Vergleich dieses Ergebnisses von McParland et al. mit den Summenscores der vorliegenden Studie fällt sowohl im Modellstudiengang als

auch im Regelstudiengang ein hohes positives Summenscore-Level auf, das die Studierenden unserer Studie vorab eines psychiatrischen Unterrichtes zeigten. Einen Unterschied zwischen den Einstellungen zur Psychiatrie in Zusammenhang mit dem Ausbildungskonzept konnten McParland et al. weder vor noch nach dem psychiatrischen Unterricht beobachten. Dies könne darauf hindeuten, so eine mögliche Erklärung von McParland et al., dass die Gewichtung des Lehrinhaltes gegenüber der Lehrform bezüglich eines Einflusses auf Einstellungsänderungen der Studierenden noch unklar ist (McParland et al., 2003). Zu bedenken ist hierbei, dass der Inhalt der Lehre eher eine Vermittlung von Wissen und Kognition und weniger die Vermittlung von Erfahrungen steuern kann. Möglichkeiten der Umsetzung von erheblichen v.a. praxisbezogenen Aspekten des Medizinstudiums (Patientenkontakt, Praxisbezug, Erwerb von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten) sind eher im Ausbildungskonzept zu sehen.

Als wichtiges Ergebnis der Studie von McParland et al. (2003) kann gewertet werden, dass Einstellungsänderungen zur Psychiatrie und die Intention, das Fach Psychiatrie als späteren Beruf zu wählen, durch die studentischen Erfahrungen während der psychiatrischen Lehrveranstaltungen beeinflusst werden können. Studierende würden positivere Einstellungen entwickeln, wenn sie sich von den Psychiatern oder anderen Bezugspersonen während des klinischen Kurses ermutigt fühlten, wenn sie sich direkt in die Behandlung der Patienten einbezogen fühlten und wenn sie positive Behandlungserfolge beobachten konnten, räumten McParland et al. im Gegensatz zu ihrem o.g. und diskutierten Erklärungsversuch ein (McParland, 2003). Ähnliche Beobachtungen wurden auch in anderen Studien gemacht. So konnten auch Burra et al. (1982) und Sloan et al. (1996) Verbesserungen der Einstellungen durch den psychiatrischen Unterricht verzeichnen. In diesen Studien erhielten die Studierenden psychiatrischen Unterricht in einem über zwei Jahre dauernden Zeitraum. Sowohl die Zeitspanne als auch die Konzeption (kognitiv oder erfahrungsbasiert) des Unterrichts können demnach einen Einfluss auf die Einstellungen der Studierenden haben. Der Trend zur positiven Änderung der Einstellungen nach Absolvierung des Psychiatrie-Unterrichtes konnte häufig gezeigt werden (unter anderem Galletly, 1995; Guttman 1996; Kuhnigk et al., 2007).

Einige Studien führten allerdings auf, dass diese positiven Einstellungsänderungen keinen dauerhaften Bestand haben (Creed et Goldberg, 1987; Burra et al. 1982; Wilkinson et al., 1983). Demnach verblassen die positiven Einstellungen nach dem

psychiatrischen Unterricht während der weiteren Studienzeit wieder, bis bei den Studierenden des Abschlussjahres das geringste Interesse am Fachbereich Psychiatrie überhaupt gemessen wird (Araya et al., 1992). Möglicherweise bestehe hier ein Zusammenhang mit einem Enthusiasmus der Medizinstudierenden für das jeweilige Fach in dem gerade unterrichtet wird, so Creed et Goldberg (1987). Die Begeisterung würde hier lediglich den generellen Wunsch nach hervorragender akademischer Leistung widerspiegeln (Creed et Goldberg, 1987).

Differenziert zu betrachten sind die Rahmenbedingungen der zitierten Studien (Singh et al., 1998; McParland et al., 2003; Reuster et al., 2003). Im Gegensatz zur vorliegenden Studie wurden in der Studie von McParland et al. die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes im Rahmen des beschriebenen Psychiatrie-Kurses zum ersten Mal an die neue Lehrmethode herangeführt. Zuvor waren eben diese Studierenden genau wie ihre Vergleichsgruppe in einem traditionellen Ausbildungskonzeptes unterrichtet worden. Es wurde von McParland et al. (2003) ausschließlich das Fachgebiet der Psychiatrie in den unterschiedlichen Ausbildungskonzepten beschrieben; auf das Ausbildungskonzept der anderen medizinischen Fächer wurde nicht eingegangen. Auch die Zuordnungskriterien auf deren Basis die Studierenden dem jeweiligen Ausbildungskonzept zugewiesen wurden, fanden keine Erwähnung und können somit als weitere Einflussvariable nicht beurteilt werden. In der vorliegenden Studie hatten die Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg hingegen vor Antritt ihres medizinischen Hochschulstudiums die Möglichkeit der freiwilligen Wahl zwischen dem problemorientierten und dem traditionellen Ausbildungskonzept. Sehr ähnlich stellt sich die Studie von Singh et al. (1998) dar. In dieser wurden 45 Studierende eines traditionellen und 65 Studierende eines problemorientierten Ausbildungskonzeptes in Großbritannien am ersten und am letzten Tag ihres psychiatrischen Unterrichtes zu ihren Einstellungen zur Psychiatrie befragt. Die Befragung wurde unter anderem mit dem ATP-30 von Burra et al. (1982) durchgeführt. Es wurde eine signifikante Verbesserung der Einstellungen am Ende des Psychiatrie-Kurses in beiden Ausbildungskonzepten beobachtet: ATP-Summenscores (S) der Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes vorher: $S = 112,02$ und nacher: $S = 116,72$; ATP-Summenscores (S) der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes vorher: $S = 107,08$ und nacher $S = 113,35$ (Singh et al., 1998). Dabei konnte kein signifikanter Einstellungsunterschied zwischen den Ausbildungskonzepten festgestellt werden. Die Ergebnisse von Singh et al. vor Beginn des Psychiatrieunterrichtes sind

den Ergebnissen der vorliegenden Studie mit relativ hohen ATP-Summenscores sehr ähnlich. Interessanterweise wiesen die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes in der Studie von Singh et al. dabei den positiveren Trend auf. Vergleichbar mit der Studie von McParland et al. (2003) ist der Psychiatrie-Kurs auch bei Singh et al. (1998) die erste Lehrerfahrung der Studierenden mit dem problemorientierten Ausbildungskonzept. Auch aus dieser Studie geht nicht hervor, ob es für die Studierenden ein vollständiges fächerübergreifendes Lehrkonzept gab; Erwähnung findet nur die Teilnahme an einem „psychiatric attachment“.

Auch über die Freiwilligkeit der Teilnahme der Studierenden an dem Ausbildungskonzept wird nicht berichtet. Diese begleitenden Umstände der Befragungen schwächen die Aussagekraft beschriebener Studien bezüglich des Vergleichs der Ausbildungskonzepte ab und trugen zur Hypothesenerstellung unserer Studie mit bei.

In Deutschland wurde 2003 von Reuster et al. eine Studie zu den Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie im Zusammenhang mit dem Ausbildungskonzept vorgestellt. An der TU in Dresden wurden 56 Studierende eines problemorientierten Ausbildungskonzeptes mit dem erweiterten ATP-30 Fragebogen (Burra et al., 1982; Strebel et al., 2000) zu Beginn und am Ende eines Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie Kurses zu ihren Einstellungen zur Psychiatrie befragt. Als Vergleichsgruppe wurden 72 Studierende eines traditionellen Ausbildungskonzeptes mit demselben Fragebogen zu Beginn und am Ende ihres Psychiatrie-Kurses untersucht. Der ATP-30 wurde nach Items ausgewertet. Als Ergebnis wiesen beide Vergleichsgruppen signifikant positive Änderungen in Items wie „Effektivität psychiatrischer Behandlung“ auf. Die absolute Anzahl der ATP-30 Items, die nach dem Psychiatrie-Kurs eine signifikante Änderung anzeigten, war bei den Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes mit 22 von 48 Items beachtlich höher, als bei den Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes mit 7 von 48 Items. Das Ergebnis trägt dem Umstand Rechnung, dass die Studierenden, die ansonsten in einem traditionellen Ausbildungskonzept eingebunden waren, sich nicht freiwillig für ein problemorientiertes Kurscurriculum der Psychiatrie entscheiden konnten. Im Gegensatz hierzu basierte in der vorliegenden Studie die Teilnahme der Studierenden am Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg auf der freiwilligen Wahl vor Beginn des Studiums (vgl. Kap. 1.2). Der Charakter einer unliebsamen Pflichtveranstaltung und die Schwierigkeiten eines erstmalig durchgeführten Projektes sehen auch Reuster et al.

als verantwortlich für das Resultat ihrer Untersuchung an: „Die Ergebnisse unserer Untersuchung dürfen als wichtige Hilfe bei der Bemühung um Optimierung des DIPOL-Kurses Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik gelten.“ (Reuster et al., 2003). Zu berücksichtigen ist, dass in der vorliegenden Studie für die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes der Universität Duisburg-Essen von vornherein keine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Ausbildungskonzepten und damit auch in Verbindung stehenden Inhalten bestand. Eine mögliche Vorauswahl der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg ist hier denkbar. Diese Thematik wird im Verlauf der Diskussion vertiefend behandelt. Die Wichtigkeit der freien Wahl eines Ausbildungskonzeptes für die Studierenden wird durch die Ergebnisse von Reuster et al. (2003) anschaulich, gleichzeitig begünstigt die freie Wahlmöglichkeit der Studierenden grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit einer Vorauswahl von Studierenden.

Die aufgeführten Ergebnisse unterstützen die Bedeutung einer Verbesserung des medizinischen Ausbildungskonzeptes durch die vertikale und horizontale Vernetzung der Fachbereiche untereinander, sowie durch den deutlichen Einbezug psychosozialer Aspekte von Beginn des Studiums an, wenn studentische Einstellungen gegenüber dem Fachbereich der Psychiatrie positiv beeinflusst werden sollen. Unser Ergebnis der positiveren Einstellungen der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zur Psychiatrie ohne vorherige Teilnahme am psychiatrischen Unterricht könnte andeuten, dass Einstellungen zur Psychiatrie vom Beginn der Hochschulausbildung an durch Lehrkonzept und Lehrinhalte positiv beeinflusst werden können. Eine positive Selektion derjenigen Studierenden, die sich für das POL-Konzept entschieden, muss ebenfalls in Erwägung gezogen werden.

Bleibt der letztgenannte Punkt ausgeklammert, stützen umgekehrt die Ergebnisse die Schlussfolgerung, dass theoretisch orientierte Lehrmethoden mit wenig Praxisbezug, einer fehlenden Vernetzung der Fachbereiche und spätem Kontakt mit somatischen und vor allem psychiatrischen Patienten, die persönlichen Erfahrungen und Einstellungen der Medizinstudierenden nicht ausreichend fördern.

Das vorliegende Ergebnis ist zunächst spezifisch, aufgrund der einzigartigen Form des Modellstudienganges Medizin, als ein Pilotprojekt der Universität Hamburg anzusehen. Dennoch ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf alle medizinischen Fachbereiche in ganz Deutschland, bei konsequenter, fächerübergreifender Durchführung des problemorientierten Ausbildungskonzeptes, denkbar.

Der direkte Kontakt mit psychiatrischen Patienten zeigte bei medizinischen Laien einen größeren Effekt auf die Einstellungsänderungen als die didaktische Lehre (Wolf et al., 1996). Dieses Ergebnis kann auch auf Studierende der Medizin übertragen werden (McParland et al., 2003) und macht den direkten Kontakt zwischen den Studierenden und psychisch Kranken nach Möglichkeit über den gesamten Zeitraum des Studiums zu einer unerlässlichen Bedingung für positive Einstellungen zur Psychiatrie. Aufgrund der Erkenntnis, dass junge Ärzte sich im Umgang mit Patienten der Psychiatrie nicht wohl fühlen (Williams, 1997), bedarf es einer Erweiterung des medizinischen Lehrangebotes für spezielle Arzt-Patienten-Übungen. Um positive Einstellungen der Studierenden bis zum Ende ihres Studiums aufrechtzuerhalten, sollte das medizinische Ausbildungskonzept einen möglichst früh beginnenden und konstant fortgeführten Kontakt zu psychiatrischen Patienten sicherstellen. Dies ist auch in Bezug auf den meist erst im späteren Verlauf des Studiums stattfindenden psychiatrischen Unterricht als wichtig anzusehen (Walton 1969; Galletly et al., 1995; Ney et al., 1990).

Die Scheu der Studierenden vor der Arbeit mit schwierigen Patientengruppen wurde als nicht eingeschränkt auf das Fachgebiet der Psychiatrie beschrieben, sondern schließt die „schwierigen Patienten“ anderer Fachgebiete generell mit ein. Daher besteht die Forderung nach einer vernetzten Lehre über die Fächergrenzen hinaus (Feifel et al., 1999). Als eine Gegenstimme zu frühzeitigem direkten Patientenkontakt der Studierenden im Fachbereich der Psychiatrie, hielten Calvert et al. (1999) den vorklinischen medizinischen Ausbildungsabschnitt aufgrund seiner, vom späteren Praxisalltag enthobenen Situation, für einen eher ungünstigen Zeitpunkt der Einflussnahme auf die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie. Die relativ beschützte Umgebung während des medizinischen Studiums könne nicht einen ähnlich einschneidenden Effekt haben, wie die spätere Arbeitsumgebung der jungen Ärzte, so Calvert et al. (1999). Zu erwägen wäre hierbei z.B., die Studierenden schon während des Medizinstudiums abgegrenzte eigenverantwortliche Tätigkeiten im späteren Arbeitsumfeld (Universitätskliniken, bzw. Lehrkrankenhäuser) übernehmen zu lassen, um die Verantwortung des ärztlichen Berufes schon frühzeitig zu verdeutlichen. Nach Sivakumar et al. (1986) wäre die frühe Auseinandersetzung der Studierenden mit und die Sensibilisierung der Studierenden für die speziellen Bedürfnisse von psychisch Kranken dennoch lohnenswert, da sich die Einstellungen der jungen Mediziner nach Eintritt ins Berufsleben eher verschlechtern würden.

Die Formung von negativen Sichtweisen der Studierenden auf das Fach Psychiatrie und angrenzende Fachbereiche sehen Feifel et al. (1999) zeitlich vor Beginn eines offiziellen psychiatrischen Unterrichtes. In ihrer Studie ergab eine Befragung von Studienanfängern, dass diese eine zukünftige Berufswahl des Fachgebietes Psychiatrie als weniger attraktiv ansahen, als eine Karriere in anderen klinischen Fächern. Zudem könne vermutet werden, dass einige der negativen Einstellungen der Medizinstudierenden auf falsche oder unvollständige Annahmen zurückzuführen seien (Feifel et al., 1999). Das Ziel der medizinischen Ausbildung sollte somit die Korrektur dieser bereits vorhandenen negativen Einstellungen sein, indem das Wissen um die Effektivität psychiatrischer Behandlungsmethoden, der wissenschaftlichen Grundlagenforschung der Psychiatrie und der klaren Nosologie des Faches Psychiatrie vermittelt wird. Andere Studien zeigten, dass die studentischen Einstellungen gegenüber einem medizinischen Fachgebiet während des Studiums durch die engagierte und kenntnisreiche Präsentation der Ausbilder verbessert werden können, wobei ein charismatischer Lehrender in der Psychiatrie einen größeren Einfluss auf die Einstellungen habe, als zu erwarten wäre (Shelley et Webb, 1986). Die Erfahrungen während der medizinischen Hochschulausbildung hätten einen entscheidenden Einfluss auf die endgültige Wahl des späteren Facharztgebietes, resümierten Feifel et al. (1999).

Bekannt ist, dass neben Ausbildungskonzept und -inhalten auch andere Faktoren Einfluss auf die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie nehmen können. Faktoren, wie das Geschlecht, die psychiatrische Vorerfahrung oder zentrale Persönlichkeitsbereiche sind gegeben oder können nur bedingt bis gar nicht beeinflusst werden. Sie wurden in der vorliegenden Studie untersucht, um einen Eindruck von der Gewichtung der verschiedenen Einflüsse auf die studentischen Einstellungen zu erlangen und somit wiederum einen Rückschluss auf vorliegende Ergebnisse ziehen zu können.

Die Hypothese: „Die Einstellungen der weiblichen Studierenden zur Psychiatrie sind positiver als die ihrer männlichen Kommilitonen“ (vgl. Kap. 3.3.1, Hyp. 3) konnte in Teilen gestützt werden. Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied in den Einstellungen zeigte sich bei den Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes. Hier wiesen die weiblichen Studierenden signifikant positivere Einstellungen zur Psychiatrie auf als ihre männlichen Kommilitonen (ATP-30 Summenscore weibliche Studierende = 110,3; ATP-30 Summenscore männliche

Studierende = 102,2; $p = \leq 0,001$). Dieses Ergebnis stützt die o.g. Hypothese und entspricht den überwiegenden Ergebnissen der Literatur. Vielfach wurden zuvor die Einstellungsunterschiede in Abhängigkeit des Geschlechtes beschrieben. Auch McParland et al. (2003) konnten zeigen, dass die weiblichen Studierenden mit ihren ATP-30 Summenscores (S) signifikant positiver lagen (S = 104,5) als ihre männlichen Kommilitonen (S = 101,1). Die weiblichen Studierenden beurteilten dabei regelmäßig die sogenannten psycho-sozialen Disziplinen eindeutig positiver als ihre männlichen Kommilitonen (Alexander et Eagles, 1986, 1990; Fabrega, 1994; Kuhnigk et al., 2007). Zudem konnten weibliche Studierende sich eher für eine Karriere im Fachbereich Psychiatrie entscheiden als die männlichen Studierenden (Shelley et Webb, 1986). Bei Chung und Prasher (1995) konnten weibliche Studierende durch den psychiatrischen Hochschulunterricht besser motiviert werden und wiesen sowohl vor als auch nach dem psychiatrischen Unterricht signifikant positivere Einstellung zur Psychiatrie auf.

Einige Studien zeigten im Gegensatz dazu keine deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Einstellungen Medizinstudierenden zur Psychiatrie (Strebel et al., 2000; Singh et al., 1998). In der Studie von Singh et al. (1998) waren die ermittelten ATP-30 Summenscores (S) der männlichen Studierenden (S = 109,49) denen der weiblichen Studierenden auf einem insgesamt deutlich positivem Niveau sehr ähnlich (S = 108,81). Die insgesamt positiven Ergebnisse könnten hier einen Erklärungsansatz bieten.

Vergleichbar mit dem Ergebnis von Singh et al. (1998) zeigten die weiblichen wie auch die männlichen Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes der vorliegenden Studie sehr ähnliche positive Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores: weibliche Studierende S = 111,7 und männliche Studierende S = 110,5); es konnte keine geschlechtsbezogene Tendenz beschrieben werden. Demzufolge entsprechen die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes in unserer Studie den Ergebnissen aus der Mehrzahl vorangehender Studien, hingegen zeigen die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes eine Abweichung von den gängigen in der Literatur beschriebenen Ergebnissen, da auch die männlichen Studierenden positive Einstellungen aufwiesen.

Betrachtet man nur die Ergebnisse der weiblichen Studierenden beider Ausbildungskonzepte, zeigen sich sehr ähnliche ATP-30 Summenscores auf einem hohen positiven Niveau (vgl. Tbl. 25), demnach besteht hier kein deutlicher Unterschied. Auffallend ist der im Vergleich wesentlich höhere positive ATP-30

Summenscore (S) der männlichen Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes ($S = 110,5$) gegenüber dem der männlichen Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes ($S = 102,2$). Eine mögliche Erklärung für diese „untypischen“ positiven Einstellungen der männlichen Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes bietet die Vorauswahl der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg. Durch die in Kapitel 1.2.2. beschriebene Wahlfreiheit des Ausbildungskonzeptes vor Beginn des humanmedizinischen Studiums an der Universität Hamburg, könnten männliche Studierende mit anderen Eigenschaften, Interessen oder Persönlichkeitsmerkmalen als der Durchschnitt der männlichen Humanmedizinstudierenden in Deutschland, vorausgewählt bzw. selektiert worden sein. Andererseits könnte der Einfluss der von Beginn des Studiums an einsetzenden psychosozialen Inhalten auf die Einstellungen der männlichen Studierenden nicht unerheblich sein und somit zu den positiven Einstellungen zur Psychiatrie geführt haben. Eine Frage, auf die die vorliegenden Ergebnisse keine Antwort liefern können. Die mögliche Bedeutung einer durch das Gesamtkonzept des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg hervorgerufenen „konstruktiven Stimmung“ aller beteiligten Studierenden sollte ebenfalls in Erwägung gezogen werden.

Betrachtet man die prozentuale Geschlechtsverteilung innerhalb der beiden Teilnehmergruppen, so fanden sich in den Vergleichsgruppen mit jeweils ca. 64% deutlich mehr weibliche als männliche Studierende. Diese prozentuale Geschlechtsverteilung ist vergleichbar mit der an anderen deutschen Hochschulen im Fachbereich Medizin.

Zu bedenken ist, ob ein prozentual zunehmender Frauenanteil im medizinischen Studium bei den generellen Ergebnissen bezüglich der Einstellungen zur Psychiatrie eine positive Änderung der Ergebnisse begünstigt, zumal die geschlechtsspezifisch positiveren Einstellungen der weiblichen Studierenden beschrieben wurden. Das Interesse der weiblichen Studierenden am Fachbereich Psychiatrie zusammen mit einem größeren Anteil an weiblichen Studierenden der Humanmedizin, könnte einen positiven Einfluss auf die Anzahl der Absolventen mit dem Berufswunsch „Psychiater“ haben.

Ähnlich den Ergebnissen der zuletzt beschriebenen Hypothese, stellte sich das Ergebnis der Hypothese „Studierende mit psychiatrisch bzw. psychotherapeutischen Vorerfahrungen weisen positivere Einstellungen zur Psychiatrie auf, als Kommilitonen

ohne Vorerfahrungen“ (vgl. Kap. 3.3.1, Hyp. 4) dar. Auch hier konnte die Hypothese zum Teil gestützt werden. Die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes mit Vorerfahrungen wiesen signifikant positivere Einstellungen auf, als die Studierenden ohne solche Erfahrungen (ATP-Summenscores: $S = 110,5$ mit Vorerfahrungen; $S = 105,4$ ohne Vorerfahrungen; $p \leq 0,002$). Dass Studierende mit psychiatrischer und psychotherapeutischer Vorerfahrung signifikant positivere Einstellungen zur Psychiatrie haben ist u.a. von Alexander und Eagles (1990) und Brockington et al. (1993) in der Literatur beschrieben worden.

Keinen nennenswerten Unterschied in den Einstellungen zur Psychiatrie beobachteten wir bei den Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes. Unabhängig von gemachten Vorerfahrungen zur Psychiatrie zeigten die Studierenden ähnlich positive Einstellungen (ATP-Summenscores: $S = 110,4$ bzw. $112,2$). Insgesamt gaben die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes um ca. 10% mehr gemachte psychiatrische Vorerfahrungen an als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes (vgl. Tbl. 19). Sowohl die positiven Einstellungen unabhängig von Vorerfahrungen, als auch die prozentual häufiger gesammelten Vorerfahrungen mit der Psychiatrie, mögen ein weiterer Hinweis darauf sein, dass eine Vorauswahl der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg stattgefunden hat.

Beim a posteriori Vergleich der Einstellungen Studierender der beiden Ausbildungskonzepte miteinander und bezüglich ihrer Vorerfahrungen, unterschieden sich interessanterweise die Studierenden ohne Vorerfahrungen deutlich voneinander. Dabei waren die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes mit einem ATP-30 Summenscore = $112,2$ hochsignifikant positiver eingestellt, als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes mit dem ATP-30 Summenscore = $105,4$. Durch dieses Ergebnis wird die Vermutung gestärkt, dass die psychosozialen Inhalte des problemorientierten Ausbildungskonzeptes einen wichtigen Einfluss auf die Einstellungen der Studierenden haben. Hier zeigten auch die Studierenden ohne Vorerfahrungen mit der Psychiatrie (Famulaturen, Nachtwachen, eigene Erfahrungen / Selbsterfahrungen, psychisch kranke Angehörige, etc.) deutlich, dass sie gegenüber dem Fachbereich Psychiatrie positiv eingestellt sind.

Durch dieses Ergebnis wird ebenfalls die Bedeutung des möglichst früh einsetzenden, konstant fortgeführten und vor allem persönlichen Kontaktes zwischen Studierenden und psychiatrischen Patienten gestützt. Als konkreter Vorschlag zur Umsetzung könnte

z.B. jeder Medizinstudierende einen psychisch kranken Patienten in der ambulanten Behandlung über sechs Jahre hinweg während seines gesamten Studiums betreuend begleiten.

Der Einfluss einer möglichen Vorauswahl von Studierenden mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen im problemorientierten Ausbildungskonzept wurde bereits diskutiert. Die Beobachtung von Blumberg und Daugherty am Beispiel eines problemorientierten Ausbildungskonzeptes (1989), dass nicht jedes Ausbildungskonzept für jeden Studierenden gleichermaßen geeignet erscheint, stützt diese Möglichkeit einer Vorauswahl von Studierenden. 1999 verglichen Kuhink und Schauenburg in ihrer Studie Medizinstudierende eines problemorientierten und eines traditionellen Ausbildungskonzeptes hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale, Kontrollüberzeugungen und Befindlichkeit miteinander. Die Autoren konnten zeigen, dass die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes im Persönlichkeitsbereich „Offenheit“ deutlich höhere Ergebnisse aufwiesen, als die Studierenden der Vergleichsgruppe.

In der vorliegenden Studie konnte dieses Ergebnis gestützt werden (vgl. Hypothese Kap. 3.3.2 und 3.3.3). Die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zeigten eine signifikant höhere Ausprägung im Persönlichkeitsbereich „Offenheit für Erfahrungen“ als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes. Bei der Untersuchung aller fünf Persönlichkeitsbereiche zeigten die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zudem eine signifikant höhere Ausprägung im Bereich „Verträglichkeit“. Da die Persönlichkeitsbereiche als tendenziell eher zeitstabil gelten, ist davon auszugehen, dass die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes bereits vor Beginn ihres Studiums „offener“ und „verträglicher“ waren, als die Studierenden ihrer Vergleichsgruppe. Weiter könnte vermutet werden, dass sich besonders angehende Medizinstudierende mit o.g. Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale für die Teilnahme am Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg freiwillig gemeldet haben. Diesbezüglich sind zukünftige Studien zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen der Studierenden vor Aufnahme ihres Studiums und vor der Wahl eines Ausbildungskonzeptes notwendig.

Es konnte in der vorliegenden Studie auch eine positive Korrelation zwischen positiven Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie und hohen Werten in den

Persönlichkeitsbereichen „Offenheit für Erfahrungen“ und „Verträglichkeit“ gezeigt werden (vgl. Kap. 3.3.2). In diesen Persönlichkeitsbereichen zeigten die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes, wie oben beschrieben, eine signifikant höhere Ausprägung, so dass die Persönlichkeitsbereiche als ein Grund für die positiveren Einstellungen der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes mitberücksichtigt werden müssen.

Als ein weiteres, die Vermutung der Vorauswahl stützendes Ergebnis der vorliegenden Studie, kann gesehen werden, dass die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes häufiger als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes angaben, eine geisteswissenschaftlich ausgerichtete Hochschulreife zu haben (15,8% vs. 9,5%) und andererseits weniger häufig als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes eine naturwissenschaftlich geprägte Hochschulreife absolviert zu haben (19,3% vs. 38,3%). Diejenigen Studierenden mit eher humanistischem Hintergrund zeigten, wiederum unabhängig vom Ausbildungskonzept, die positivsten Einstellungen zur Psychiatrie (vgl. Tbl. 29). Auch Kuhnigk et al. (2007) vermuteten, dass die Studierenden mit einer humanistischen Vorbildung eher zu einer positiveren Einstellung zur Psychiatrie tendieren, als die Studierenden mit gemischter und die wiederum als die Studierenden mit einer naturwissenschaftlichen schulischen Vorbildung. Hiernach kann auch die häufigere geisteswissenschaftliche Hochschulreife der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes in der vorliegenden Studie als eine mögliche Ursache für die positiveren Einstellungen bedacht werden.

Insgesamt stützen eine höhere Ausprägung einzelner Persönlichkeitsbereiche und bestimmte Schwerpunkte der schulischer Vorbildung die Vermutung zum einen der Vorauswahl der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg und zum anderen des - vom Ausbildungskonzept unabhängigen - Einflusses auf die Einstellungen zur Psychiatrie. Da im Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen zum Befragungszeitpunkt keine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Ausbildungskonzepten und -inhalten bestand, ist eine Vorauswahl an Studierenden mit besonderen Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen, im Sinne des traditionell-naturwissenschaftlichen Ausbildungskonzeptes, hier nicht zu erwarten.

Es mag vermutet werden, dass es nicht ein optimales Ausbildungs- und Lehrkonzept passend für alle Studierenden gibt, vielmehr sollte dieser Trend die zukünftige

Entwicklung der Ausbildungsforschung beeinflussen und die Möglichkeit verschiedener parallel verlaufende Konzepte fördern.

Neben den Persönlichkeitsbereichen gelten Kontrollüberzeugungen als relativ zeitstabile Persönlichkeitsmerkmale (Krampen, 1980). In der Untersuchung von Kuhnigk und Schauenburg (1999) wurde eine geringere Ausprägung beider Externalitätsskalen (Fatalismus und Machtlosigkeit) bei den Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes beobachtet. Dies konnte durch die vorliegende Studie nicht gestützt werden (vgl. Hypothese Kap. 3.3.3): Die Kontrollüberzeugungen der Studierenden beider Ausbildungskonzepte unterschieden sich weder im Bereich der Internalität, noch im Bereich der Externalität voneinander.

Bezüglich der ebenfalls untersuchten Erfassung von Angst und Depression mittels der HADS-D Skala (Herrmann et al., 1995; vgl. Kap. 3.2) konnte die Beobachtung von Kuhnigk und Schauenburg (1999) bestätigt werden, dass die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes eine bereits unterdurchschnittliche, aber im Vergleich zu den Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes dennoch signifikant höhere psychische Belastung (in den Bereichen Angst und Depression) angaben. Diese Beobachtung ist eher gering zu bewerten, da sich sämtliche Werte im Rahmen der Werte der Normstichprobe gesunder Probanden bewegen.

Die deskriptive Gegenüberstellung der Studierenden des Semesters zwei ($n = 38$) und vier ($n = 19$) des Modellstudienganges Medizin (problemorientiertes Ausbildungskonzept, vgl. Kap. 3.1.4) zeigte, dass die Studierenden beider Jahrgänge des Modellstudienganges Medizin sich in ihren Einstellungen zur Psychiatrie, in ihren Ausprägungen der Persönlichkeitsbereiche und in den Kontrollüberzeugungen ähnlich waren. Ein möglicher Einfluss der Zeit, im Sinne einer längeren Studienzeit der Studierenden des Semesters vier im problemorientierten Ausbildungskonzept, ist nicht erkennbar. Im Rahmen der Thematiken des in vorliegender Studie angewandten Fragebogens und in Bezug auf Studierende verschiedener Semester, bzw. Kohorten eines problemorientierten Ausbildungskonzeptes, ist keine bisher verfügbare Literatur bekannt. In der Aufteilung aller Studierenden des Modellstudienganges Medizin nach Geschlecht, konnten etwas deutlichere geschlechtsspezifische Unterschiede

beschrieben werden. Diesbezüglich zeigten die männlichen Studierenden mit psychiatrischen Vorerfahrungen weniger positive Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-Summenscore = 108,3) als die Kommilitonen ohne psychiatrische Vorerfahrungen (ATP-Summenscore = 112,7). Aufgrund der rein deskriptiven Beschreibung wird von einer etwaigen Beurteilung abgesehen.

Zusammenfassend können die Einstellungen der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zur Psychiatrie als positiv, unabhängig vom Geschlecht und unabhängig von psychiatrischen Vorerfahrungen beschrieben werden. Dies mag darauf hindeuten, dass das problemorientierte Ausbildungskonzept mit einer intensiveren Vernetzung der vorklinischen und klinischen Fächer, mit der Förderung des Erlernens und Vertiefens praxisnaher medizinischer Fähigkeiten und Fertigkeiten und mit dem intensiven Einbezug der psychosozialen Aspekte des Medizinstudiums zur positiven Einstellungsbildung der Studierenden zur Psychiatrie schon vor Beginn eines fachspezifischen Unterrichtes beigetragen hat. Durch die stärkere Ausprägung der zeitstabilen Persönlichkeitsmerkmale „Offenheit“ und „Verträglichkeit“, durch die häufiger gemachten psychiatrischen Vorerfahrungen und durch eine häufiger vorhandene geisteswissenschaftlich geprägte Hochschulreife bei den Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes, ist aber auch die Wahrscheinlichkeit einer besonderen Vorauswahl der Studierenden gegeben, die bei der Beurteilung berücksichtigt werden muss. Diese Überlegung mag dadurch gestützt werden, dass kein Einfluss eines „Zeitfaktors“ auf die Einstellungen der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes ersichtlich ist: Unabhängig davon, ob die Studierenden seit zwei oder seit vier Semestern im problemorientierten Ausbildungskonzept studieren, sind ihre Einstellungen zur Psychiatrie ähnlich.

4.2 Methodendiskussion

In der Interpretation der Ergebnisse müssen folgende Punkte Berücksichtigung finden. Aufgrund der internationalen Vergleichbarkeit teststatistischer Verfahren entschieden wir uns für den ATP-30 Fragebogen von Burra et al. (1982), und somit gegen eine Untersuchung auf der Basis von individuellen Interviews. Der ATP-30 Fragebogen ist auf seine Objektivität, Reliabilität und Validität hin geprüft und lässt sich als standardisiertes und quantitatives Meßverfahren statistisch gut verarbeiten. Obwohl auch Interviews quantitativ und standardisiert durchgeführt werden können, steht die Praktikabilität einer schriftlichen Erhebungsmethode hier im Vordergrund.

Wir führten die Studie als Querschnittsuntersuchung durch. Hierbei können nur die Daten der Einstellungen zur Psychiatrie Studierender verschiedener Semester und Ausbildungskonzepte, studentischen Persönlichkeitsmerkmale, Befindlichkeit und Kontrollüberzeugungen zum Zeitpunkt der Untersuchung dargestellt werden. Somit ist eine Querschnittsuntersuchung von vornherein in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

Als eine weitere Einschränkung ist aufzuführen, dass die Befragung der beiden Teilnehmergruppen an unterschiedlichen Orten (Hamburg; Essen) durchgeführt wurde. Insgesamt ist das „Lebensumfeld“ der Teilnehmergruppen verschieden, d.h. die Teilnehmer wurden nicht nur an unterschiedlichen Orten befragt, sie leben auch an unterschiedlichen Orten. Da sowohl Hamburg, als auch Essen eine urbane Umgebung darstellen und beide Städte sich zwar in unterschiedlichen Bundesländern, nicht aber in unterschiedlichen Ländern befinden, ist der Einfluss hier eher als gering zu werten. Darüber hinaus muss ein unterschiedlicher Befragungszeitpunkt der Teilnehmergruppen (Befragung der Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen 2002; Befragung der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg 2003) berücksichtigt werden. Der hier mögliche Jahreseffekt kann insgesamt gegenüber dem größeren Einfluss des Ausbildungskonzeptes eher vernachlässigt werden.

Die unterschiedlichen Bedingungen der Untersuchungssituation (vgl. Kap. 3.2) der Studierendengruppen führten hingegen zu einer weiteren Einschränkung der Aussagekraft. Durch das Ausfüllen des Fragebogens zu Hause (Studierende des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg) oder mit den Kommilitonen zusammen in einem Raum des Universitätsgeländes (Studierende des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen) kann durchaus ein Einfluss auf das Verhalten der Teilnehmer entstanden sein, z.B. wenn Tischnachbarn beim

Ausfüllen des Fragebogens gegenseitig ihre Antworten einsehen können. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass Bias im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht auftreten. Es hat demnach keinen Versuchsablauf unter exakt vergleichbaren Bedingungen gegeben.

Eine Randomisierung der Studierendengruppen war im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich. Auch die Gruppe der Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg bestand ausschließlich aus Studierenden, die das problemorientierte Ausbildungskonzept gewählt und es folglich dem traditionellen Ausbildungskonzept vorgezogen hatten. Diese Vorauswahl ist im Verlauf der vorliegenden Diskussion mehrfach kritisch betrachtet worden und muss als potentieller Einflussfaktor in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Weitere Variablen, die die Einstellungen zur Psychiatrie (abhängige Variable) beeinflusst haben könnten (Störvariablen), wie z.B. Geschlecht, psychiatrische Vorerfahrungen, Persönlichkeitsmerkmale, wurden in der Untersuchung miterfasst und zuvor diskutiert.

Zukünftig wäre eine Längsschnittstudie wünschenswert, insbesondere auf der Basis der Einführung neuer Lehrmethoden im Rahmen der Umsetzung der ÄAppO von 2002. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass eine Befragung der Studierenden direkt vor Beginn der Lehrveranstaltungen des Hochschulstudiums einige Fragen bezüglich möglicher Einflussfaktoren auf die Einstellungen zur Psychiatrie beantworten könnte. Ein möglicher Einfluss durch die Vorauswahl der Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes hätte durch eine „Vorabuntersuchung“ des gesamten Semesters eventuell erfasst werden können. Für die vorliegende Untersuchung wäre eine Studierendengruppe des problemorientierten Ausbildungskonzeptes ohne die beschriebene Wahlmöglichkeit zwar wissenschaftlich sinnvoll gewesen, sie ließ sich jedoch auf der Basis der rechtlichen Gegebenheiten nicht umsetzen.

Anzumerken ist ferner die sehr unterschiedlich Größe der Vergleichsgruppen unserer Studie (61 vs. 280). Da es sich in beiden Studiengängen i.d.R. um Gesamtpopulationen handelt, wird die Aussagekraft der Ergebnisse dadurch nicht gemindert. Darüber hinaus hat die unterschiedliche Gruppengröße Berücksichtigung in den statistischen Berechnungen gefunden.

Widersprüchlich erscheinen die Ergebnisse in der Korrelation zwischen positiven Einstellungsänderungen und der verbalisierten positiven Wahrscheinlichkeit, zukünftig in der Psychiatrie zu arbeiten. Dieses Ergebnis ist vordergründig nicht in Einklang zu

bringen mit dem gleichzeitig von den Studierenden abgegebenen letzten Ranglistenplatz der Psychiatrie in der Berufswunschwahl. Unsere Hypothese diesbezüglich konnte nicht gestützt (vgl. Kap. 3.3.1) werden. Dieses Ergebnis stellte sich unabhängig vom Ausbildungskonzept dar. Ähnliche Ergebnisse erbrachten die Untersuchungen von Strebel et al. (2000) und Kuhnigk et al. (2007). Dort wurde ein Missverhältnis zwischen grundsätzlich moderat positiven Einstellungen auf der einen Seite und dem geringen Wunsch das Fach Psychiatrie als zukünftigen Beruf zu wählen auf der anderen Seite beobachtet. Kuhnigk et al. (2007) interpretierten das Ergebnis wie folgt: Es impliziere die Besonderheit der Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie: Psychiatrie, Psychotherapie und die Interaktion mit psychisch kranken Patienten würden von den Studierenden auf einem abstrakten Level als wichtig und relevant betrachtet. Hierbei könnte die soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen. Im konkreten Fall käme das studentische Wissen jedoch nicht zur Anwendung (z.B. Betrachtung ihrer eigenen Rolle als Arzt deren Grenzen) und das Fachgebiet der Psychiatrie würde nicht als zukünftiger Beruf gewählt.

Ein mögliches Ausfüllen des Fragebogens unter dem Einfluss einer sozialen Erwünschtheit muss auch in der vorliegenden Studie berücksichtigt werden, erscheint aber tendenziell eher unwahrscheinlich.

Eine mögliche weitere Erklärung könnte der von Creed und Goldberg (1987) beschriebene generelle Wunsch der Studierenden nach akademischer Höchstleistung sein, wobei der von den Autoren beschriebene Enthusiasmus für das jeweils auf dem Lehrplan stehende Fachgebiet (Creed et Goldberg, 1987) bei den Teilnehmern dieser Studie nicht zum tragen kommt: Die Befragung der beiden Teilnehmergruppen wurde vor Beginn eines psychiatrischen Unterrichtes durchgeführt. Dennoch kann eine gewisse Eigendynamik im Sinne einer Begeisterung für das Fachgebiet der Psychiatrie während des Ausfüllens des Fragebogens nicht ausgeschlossen werden.

Da das beschriebene Missverhältnis zwischen der abstrakten positiven Einstellung der Studierenden und deren konkreten negativen Handelns auch bei den Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zu finden war, konnte ein positiver Effekt kontinuierlicher psychosozialer Inhalte alleine für die Berufswahl nicht nachgewiesen werden. Es mag ein Zusammenspiel aus kontinuierlichem Bezug zu psychosozialen Aspekten, frühen und anhaltenden Patientenkontakt (auch psychiatrische Patienten) und eine Verbesserung der Ausbildungsinhalte- und konzepte im Fachbereich Psychiatrie notwendig sein, um sowohl die Einstellungen zur Psychiatrie als auch den

„Berufswunsch Psychiatrie“ nachhaltig zu verbessern. Eine mögliche Grundlage der Veränderung für den Fachbereich Psychiatrie für Studierende der Medizin könnte z.B. ein „Kerncurriculums“ der „World Psychiatric Association and the World Federation for Medical Education“ bilden. Hierbei soll mit Hilfe der Ausbildung für eine neue Generation von Medizinern die Lücke zwischen dem Fachbereich Psychiatrie und den anderen Disziplinen der Medizin überbrückt werden. Alle zukünftigen Ärzte sollen über die Kompetenzen verfügen die man braucht, um psychische Krankheiten zu erkennen und adäquat zu behandeln. Zudem soll von dem „Kerncurriculum“ ein genereller Impuls im Sinne einer weltweiten „Fallstudie“ ausgehen und der Förderung der vorsorgenden und präventiven Medizin dienen.

4.3 Fazit und Ausblick

Unstrittig bleibt, aus der Perspektive der medizinischen Versorgung, die Notwendigkeit einer größeren Anzahl an Absolventen der Humanmedizin mit dem Berufswunsch „Psychiatrie und Psychotherapie“. Durch die in Deutschland in den letzten 45 Jahren vollzogene Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung (stationärer gegenüber ambulanter Patientenbetreuung, Durchschnittsdauer des Krankenhausaufenthalts, medikamentöse Therapie) wird ein deutlicher Schwerpunkt auf die ambulante Versorgung der Patienten gelegt (Bauer et Kunze, 2001), die möglichst durch Fachärzte der Psychiatrie zu besetzen sind. Die heutige psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung wird vielfach durch Fachärzte anderer Disziplinen geleistet. Etwa 40% der psychiatrischen Komorbiditätsrate eines unausgelesenen Patientenguts wird zuerst von Allgemeinmedizinern gesehen und z.T. nicht als solche erkannt (Kruse et al., 1999). Wünschenswert sei laut Kruse et al. (1999) auch die Verbesserung der Kenntnisse der psychiatrischen Nosologie von fachfremden Ärzten. Zur richtigen Behandlung dieser Patienten bedarf es neben des Wissens über die psychiatrische Krankheitslehre ebenso einer positiven Einstellung gegenüber den psychisch Kranken und dem psychiatrischen Versorgungssystem. Es wurde gezeigt, dass junge Ärzte sich im Umgang mit Patienten der Psychiatrie nicht wohl fühlen (Williams et al. 1997). Hier scheint auch ein deutlicher Handlungsbedarf für die Ausbildung an den medizinischen Hochschulen in Deutschland zu bestehen.

Neue Regelungen für die Ausbildung und Qualifikation von Medizinern (ÄAppO, 2002), welche stärkere Vernetzungen zwischen den einzelnen Fachdisziplinen sowie interdisziplinäre medizinische Bereiche fördern, sind in Deutschland mit der ÄAppO 2002 flächendeckend geschaffen worden. Eine weitergehende Erforschung der Auswirkungen erscheint gerade jetzt notwendig, um die Umsetzung und ggf. die Eignung der Regularien zu untersuchen, inwieweit durch sie eine positive Änderung (Qualität der Lehre, Einstellungen, Berufswahl) der Lehre für den Fachbereich der Psychiatrie verzeichnet werden kann.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie gezeigt haben, dass die Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie und Psychotherapie unabhängig vom Ausbildungskonzept positiv sind. Die Einstellungen Medizinstudierender eines problemorientierten Ausbildungskonzeptes sind dabei signifikant positiver als die der Studierenden eines traditionellen Ausbildungskonzeptes. Geschlecht und psychiatrische Vorerfahrungen und / oder

psychotherapeutische Erfahrungen scheinen einen deutlichen positiven Einfluss auf studentische Einstellungen innerhalb des traditionellen Ausbildungskonzeptes zu haben. Dieser Einfluss ist im problemorientierten Ausbildungskonzept bei grundsätzlich positiveren Einstellungen nicht nachweisbar. Die zentralen Persönlichkeitsbereiche „Offenheit für Erfahrungen“ und „Verträglichkeit“ korrelieren mit positiven Einstellungen zur Psychiatrie. Hierbei stellen sich die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes als signifikant „offener für Erfahrungen“ und „verträglicher“ als die Studierenden der Vergleichsgruppe dar. Die medizinische Ausbildung nach problemorientiertem Konzept erscheint insgesamt als ein Einflussfaktor auf die studentischen Einstellungen zur Psychiatrie. Als mögliche Begründungen können die vertikale und horizontale Vernetzung der medizinischen Fachbereiche, die Verbesserung der Lehrinhalte mit einer Förderung psychosozialer Inhalte von Beginn des Studiums an, ein früher und kontinuierlicher Praxisbezug, wie z.B. Patientenkontakt und der Erwerb der Fähigkeiten zum lebenslangen, aktiven Lernen in Betracht gezogen werden. Offen bleibt, wie hoch der Einflussfaktor des Ausbildungskonzeptes einzuschätzen ist und welche Gewichtung andere Einflussfaktoren, wie psychiatrische Vorerfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale auf die Einstellungen zur Psychiatrie haben.

Um die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Einstellungen zur Psychiatrie und auf die spätere Berufswahl besser einschätzen zu können, ist neben der kontinuierlichen und konstruktiven Verbesserung von Lehrkonzept und –inhalt eine regelmäßige Hinterfragung und Evaluation der resultierenden Ergebnisse unerlässlich und Voraussetzung für eine langfristige Verbesserung der studentischen Einstellungen zu dem Fachgebiet der Psychiatrie und den Absolventen mit dem Berufswunsch des Psychiaters.

5 Zusammenfassung

Von zentraler Bedeutung für die zukünftige ärztliche Versorgung psychisch kranker Menschen sind die Einstellungen Medizinstudierender zum Fach der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Verbesserung medizinischer Ausbildungskonzepte und Ausbildungsinhalte stellt eine Möglichkeit der Hochschulen dar, auf die studentischen Einstellungen Einfluss zu nehmen. In der vorliegenden Studie wurden Studierende des zweiten und vierten Semesters ($n = 61$) eines problemorientierten Ausbildungskonzeptes (Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg) und Studierende des zweiten und fünften Semesters ($n = 280$) eines traditionellen Ausbildungskonzeptes (Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen) zu ihren Einstellungen zur Psychiatrie befragt. Die Befragung erfolgte im Rahmen einer Querschnittsstudie mittels verschiedener Testinstrumente (Attitudes towards psychiatry – 30 items plus fünf weitere Items, NEO-FFI, IPC, HADS-D). Die Studierenden beider Ausbildungskonzepte wurden vor dem ersten fachbezogenen psychiatrischen Unterricht befragt. Die vollständig ausgefüllten Fragebögen wurden mittels des Statistikprogrammes SAS 9.1 ausgewertet. Es kamen nach Prüfung der Testverfahren der t-Test für unabhängige Stichproben oder der U-Test nach Mann und Whitney zur Anwendung. Korrelationen wurden mit der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson berechnet. Die Ergebnisse der Auswertung zeigen, dass bei insgesamt positiven Einstellungen zur Psychiatrie die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes positivere Einstellungen aufwiesen als die Studierenden der Vergleichsgruppe. Diese positiven Einstellungen waren, anders als bei den Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes, unabhängig von Geschlecht und psychiatrischen Vorerfahrungen. Die Studierenden des problemorientierten Ausbildungskonzeptes zeigten eine höhere Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale „Offenheit für Erfahrungen“ und „Verträglichkeit“ als die Studierenden des traditionellen Ausbildungskonzeptes. Weiterhin hatten die Studierenden des Modellstudienganges häufiger Vorerfahrungen mit der Psychiatrie und eher ein humanistisch ausgerichtetes Abitur als die Studierenden der Vergleichsgruppe.

Wahrscheinlich ist, dass das problemorientierte Ausbildungskonzept mit seiner Vernetzung der medizinischen Fachbereiche, frühem Praxisbezug und kontinuierlicher Integration psychosozialer Lehrinhalte einen Einfluss auf die Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie hat. Bedacht werden muss hierbei ein möglicher Einfluss von Faktoren, die nicht im Rahmen einer medizinischen Hochschulausbildung

beeinflusst werden können, wie z.B. das Geschlecht, die persönlichen Vorerfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale.

6 Abkürzungs-, Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ATP-30	Attitudes-Towards-Psychiatry-30 items
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BWG	Hamburger Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CHE	Zentrum für Hochschulentwicklung
C-Skala	Externalitätsskala: Fatalismus
d.h.	das heißt
D-E	Duisburg-Essen
DIPOL	Dresdner integrativen problem- und praxisorientiertem Lernen
etc.	et cetera
GMC	General Medical Council
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale
HH	Hamburg
i.d.R.	in der Regel
IPC	IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen
I-Skala	Internalitätsskala

Kap.	Kapitel
MSG	Modellstudiengang der Universität Hamburg
MW	Mittelwert
N	Stichprobenumfang
n	Gesamtzahl
n.s.	nicht signifikant
NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar
Nr.	Nummer
o.g.	oben genannt
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PBLC	problem-based learning curriculum
PIM	Prüfung im Modellstudiengang
POL	problemorientiertes Lernen
P-Skala	Externalitätsskala: Machtlosigkeit
R	Korrelationskoeffizient
REG	Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen
S	ATP-30 Summenscore
S.	Seite
s.u.	siehe unten
SD	Standardabweichung
Sem.	Semester
TU Dresden	Technische Universität Dresden
u.	und

u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WS	Wintersemester
z.B.	zum Beispiel
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
z.Zt.	zur Zeit
ZVS	Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen
ε	Effektgröße

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Verbale Klassifikation der Stanine-Werte für den IPC-Fragebogen**
- Tab. 2: Rücklauquote der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 3: Geschlecht der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 4: Durchschnittsalter der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 5: Nationalität der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 6: Fachgebietwunsch Erstwahl der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 7: Ausrichtung der Allgemeinen Hochschulreife der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 8: Wohnen am Studienort. Studierende des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 9: Fachgebietwunsch Erstwahl der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg**
- Tab. 10: Ausrichtung der Allgemeinen Hochschulreife der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg**
- Tab. 11: Wohnen am Studienort. Studierende des Modellstudienganges der Universität Hamburg**
- Tab. 12: Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 13: Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten**
- Tab. 14: Psychiatrische Vorerfahrungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg nach Geschlecht getrennt**
- Tab. 15: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) der Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges**
- Tab. 16: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) der weiblichen und männlichen Studierenden des Modellstudienganges im Zusammenhang mit psychiatrischen Vorerfahrungen**
- Tab. 17: Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ bei Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg**
- Tab. 18: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg**
- Tab. 19: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche bei weiblichen und männlichen Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg**
- Tab. 20: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des 2. und 4. Semesters des Modellstudienganges der Universität Hamburg**

- Tab. 21: HADS-D - Angst und Depressionsskala der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 22: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 23: Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 24: Korrelation der Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) mit den Items „Arbeiten im Bereich der Psychiatrie“ und „Interesse am Fach Psychiatrie“ bei den Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 25: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen nach Geschlecht getrennt**
- Tab. 26: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) im Zusammenhang mit den psychiatrischen Vorerfahrungen bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 27: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 28: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten**
- Tab. 29a: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg nach Ausrichtung des Abiturs**
- Tab. 29b: Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) bei Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen nach Ausrichtung des Abiturs**
- Tab. 30: Korrelation der Einstellungen zur Psychiatrie (ATP-30 Summenscores) mit den Persönlichkeitsbereichen „Offenheit“ und „Verträglichkeit“ (NEO-FFI Mittelwerte) bei den Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 31: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen**
- Tab. 32a: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten**
- Tab. 32b: NEO-FFI Persönlichkeitsbereiche der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten**
- Tab. 33: Vergleich der Ergebnisse des NEO-FFI der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg mit der Normstichprobe des NEO-FFI**
- Tab. 34: Vergleich der Ergebnisse des NEO-FFI der Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen mit der Normstichprobe des NEO-FFI**
- Tab. 35: Stanine-Normen für die IPC-Skalen**

Tab. 36: Verbale Klassifikation der Stanine-Werte für den IPC-Fragebogen

Tab. 37: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen

Tab. 38a: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten

Tab. 38b: IPC Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg und des Regelstudiengang der Universität Duisburg-Essen in vergleichbaren Ausbildungsabschnitten

Tab. 39: Vergleich der Ergebnisse des IPC- Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Modellstudienganges der Universität Hamburg mit der Kreuzanalysenstichprobe und der Normstichprobe „Studierende“

Tab. 40: Vergleich der Ergebnisse des IPC- Kontrollüberzeugungen der Studierenden des Regelstudienganges der Universität Duisburg-Essen mit der Kreuzanalysenstichprobe und der Normstichprobe „Studierende“

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Aufteilung der Blöcke des Modellstudiengangs Medizin der Universität Hamburg

Abb. 2: Verteilung der POL-Fälle auf die Blöcke im Modellstudiengang Medizin

7 Literaturverzeichnis

(ÄAppO, 2002)

Approbationsordnung für Ärzte. Bundesgesetzblatt. BGBl. 2002; BGBl. Teil I Nr. 44, S. 2405 (27.Juni 2002)

(ÄAppO, 1970 / 1999)

Approbationsordnung für Ärzte von 1970/1999. Bundesgesetzblatt. BGBl. 1970; I S. 1458, in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juli 1987 (BGBl. I S. 1593), (BGBl. III 2122-1-6) zuletzt geändert durch Achte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 11. Februar 1999 (BGBl. I S. 140)

Abschlussbericht des Modellstudienganges Medizin an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg. Modellversuch: „Problemorientiertes Lernen in der ärztlichen Ausbildung“ gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Modellversuchs der Bund-Länder-Kommision, Berichtszeitraum 01.10.2001 bis 31.05.2006

Albee G W: Mental Health, Manpower Trends, New York 1959: Basic Books 82

Alexander D A, Eagles J M: Attitudes of men and women medical students to psychiatry. Medical Education 1986; 20: 449 – 455

Alexander D A, Eagles J M : Changes in attitudes towards psychiatry among medical students : correlation of attitude shift with academic performance. Medical Education 1990; 24, 452 – 460

Allport, G W (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), Handbook of social psychology (pp. 798-844). Worcester, MA: Clark University Press.

Amelang M, Borkenau P: Über die faktorielle Struktur und externe Validität einiger Fragebogen-Skalen zur Erfassung von Dimensionen der Extraversion und emotionalen Labilität. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1982; 3: 119 – 146

Angeleitner A, Ostendorf F: Personality factors via self – and peer ratings based on a representative sample in German trait – descriptive terms. Vortrag auf dem First European Congress of Psychology, Amsterdam, Niederlande, 2 – 7 Juli 1989

Araya R I, Jadresic E, Wilkinson G: Medical students` attitudes to psychiatry in Chile. Medical Education 1992; 26: 153 – 156

Bagozzi R P, Burnkrant R E: Attitude Measurement and Behavior Change: A Reconsideration of Attitude Organization and Its Relationship to Behavior. W L Wilkie (Ed.), Advanced in Consumer Research, Vol. VI, Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 1979

Baptista T, Pérez CS, Méndez L, Esqueda L : The attitudes toward psychiatry of physicians and medical students in Venezuela. Acta Psychiatr Scand 1993; 88: 53 – 59

Bargel T, Ramm M: Das Studium der Medizin. Erfahrungen, Probleme und Forderungen aus studentischer Sicht. Kurzfassung 1993. Reihe Bildung-Wissenschaft-Aktuell 20 / 93. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, Bonn

Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T: Psychiatric reform in Germany. Acta Psychiatr Scand 2001; 104, 27 – 34

Blumberg P, Daugherty S R: Implications of Changing Student Characteristics for Program Evaluations in a Problem-Based Curriculum. Teaching and Learning in Medicine 1989; 1, 135 – 139

Borkenau P: Toward an understanding of trait interrelations: Acts as instances for several traits. Journal of Personality and Social Psychology 1986; 51: 371 – 381

Borkenau P: The multiple classification of acts and the big five factors of personality. Journal of Research in Personality 1988; 22: 337 – 352

Borkenau P: Traits as ideal-based and goal-derived social categories. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58: 381 – 396

Borkenau P: Implicit personality theorie and the five-factor model. *Journal of personality* 1992; 60: 295 – 327

Borkenau P, Ostendorf F: Retrospective estimates of act frequencies: How accurately do they reflect reality? *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 626 – 638

Borkenau P, Ostendorf F: Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: A study of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences* 1990; 11: 515 – 524

Borkenau P, Ostendorf F: Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren. *Diagnostica* 1991; 37: 29 – 41

Borkenau P, Ostendorf F: NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI). Handanweisung 1993, Göttingen: Hogrefe

Bortz J et Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 1995 Berlin: Springer

Bortz J: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 1999, S. 262

Bramness J G, Fixdal T C, Vaglum P: Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 84, 340 – 345

Brockington I F, Hall P, Levings J, Murphy C: The Community's Tolerance of the Mentally Ill. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162, 93 – 99

Brook P: Who's for Psychiatry? *Brit. J. Psychiat.* 1983; 142, 361 – 365

Bundesärztekammer: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2006, Diagramme und Tabellen; letzte Änderung 19.03.2007 im Internet unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008> (12.06.2007)

Burra P, Kalin R, Leichner P, Waldron J J, Handforth J R, Jarrett F J, Amara I B: The ATP 30 – a scale for measuring medical students`attitudes to psychiatry. Medical Education 1982; 16: 31 – 38

Burger W, Dudenhausen J W, Kiessling C, Scheffner D, Wilke A: Reform des Medizinstudiums: Positive Erfahrungen an der Charité Berlin. Dtsch Arztebl 2003; 100: A 686-689

Butzlaff M, Gardeik K, Dahmen J, Doll H, Polacsek O, Schlett C: Alumnibefragung Humanmedizin der Universität Witten / Herdecke, in Zusammenarbeit mit dem Centrum für Hochschulentwicklung CHE, Gütersloh 2006, im Internet: <http://wga.dmz.uni-wh.de/orga/file/Medizin/alumnibefr.pdf>, Stand: 13.04.2007

Calvert S, Sharpe M, Power M, Lawrie S: Does Undergraduate Education have an Effect on Edinburgh Medical Students`Attitudes to Psychiatry and Psychiatric Patients? J Nerv Ment Dis 1999; 187 (12), 757 - 761

Camp D L, Hollingworth M A, Zaccaro D J, Cariaga-Lo L D, Richards B F: Does a Problem-based Learning Curriculum Affect Depression in Medical Students? Acad Med 1994; 69 (No. 10), 25 -27

Cattell R B: The description of personality: Basic traits resolved into clusters. Journal of Abnormal and Social Psychology 1943; 38: 426 – 506

Centrum für Hochschulentwicklung. CHE Alumni-Ranking Medizin. Ergebnisse einer vergleichenden Absolventenbefragung Humanmedizin des Centrums für Hochschulentwicklung. Juni 2004; Arbeitspapier 57

Chung M C, Prasher V P: Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. Psychological Reports 1995; 77, 843 – 847

Church A T, Katigbak M S: Internal, external, and self-report structure of personality in a non-Western culture: An investigation of cross-language and cross-cultural generalizability. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57: 857 – 872

Clark D C, Zeldow P B: Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA* 1988, Nov. 4; 260 (17), 2521 – 2528

Coles C R: Differences between conventional and problem-based curricula in their students' approaches to studying. *Medical Education* 1985; 19, 308 – 309

Costa P T, McCrae R R: The NEO PI/FFI manual supplement. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources 1989

Costa P T, McCrae R R: The NEO Personality Inventory (NEO-PI). In S R Briggs & J M Cheek (Hrsg.), 1992, *Personality measures: Development and Evaluation* (Bd. 1). Greenwich, CT: JAI Press

Creed F, Goldberg D: Doctors' interest in psychiatry as a career. *Medical Education* 1987; 21, 235 – 243

Creed F, Goldberg D: Students' attitudes towards Psychiatry. *Med Educ* 1987; 21, 227 - 34

Crowne D P, Marlowe D: The approval motive. New York: Wiley, 1964

De Raad, B: The replicability of the big five personality dimensions in three word-classes of the Dutch language. *European Journal of Personality* 1992; 6: 15 – 29

Digman J M, Takemoto Chock N K: Factors in the natural language of personality: Reanalysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research* 1981; 16: 149 – 170

Eaton J S, Goldstein L S: Psychiatry in Crisis. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 642 – 645

Eggert D: Eysenck – Persönlichkeits-Inventar. 1974. Göttingen: Hogrefe

Fabrega H, Ulrich R, Keshavan M: Gender Differences in How Medical Students Learn to Rate Psychopathology. J Nerv Ment Dis 1994; 182: 471 – 475

Feifel D, Yu Moutier C, Swerdlow N R: Attitudes Toward Psychiatry as a Prospective Career Among Students Entering Medical School. Am J Psychiatry 1999; 156: 1397 – 1402

Fishbein M, Ajzen I (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fiske D W: Consistency of factorial structures of personality ratings from different sources. J Abnorm Psychol 1949; 44: 329 - 344

Frey D, Stahlberg, D, Gollwitzer P M: Einstellung und Verhalten: Die Theorie des überlegten Handelns und die Theorie des geplanten Verhaltens. 1993; In: Frey, D. & Irle, M. Theorien der Sozialpsychologie (S. 361 - 384). Bern: Hans Huber Verlag.

Galletly C A, Schrader G D, Chesterman H M, Tsourtos G: Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. Medical Education 1995; 29, 449 – 451

Ghadirian A M, Engelsmann F: Medical students` attitude towards psychiatry: a ten-year comparison. Medical Education 1982; 16: 39 – 43

General Medical Council (GMC). Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. London 2003

Goldberg L R: An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. J Abnorm Psychol 1990; 59: 1216 – 1229

Helmchen H, Linden M (Hrsg.): Die Differenzierung von Angst und Depression. Springer-Verlag, Berlin 1986

Herrmann C, Buss U, Snaith R P: HADS-D, Hospital and Depression Scale- Deutsche Version, Testdokumentation und Handanweisung. Hans Huber, Göttingen 1995

Herrmann C: International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. J Psychosom Res 1997; 42 (1): 17 - 41

Huebner L A, Royer J A, Moore J: The assessment and remediation of dysfunctional stress in medical school. J. Med. Educ. 1981; 56: 547 – 558

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer: Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung, Ärztestatistik zum 31.12.2002; Online im Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.1687> (11.04.2007)

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Anzahl offener Planungsbereiche in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Niederlassungsmöglichkeiten nach Arztgruppen, Stand: Anfang 2006; Grafiken im Dokument I Ärzte; Online im Internet: <http://www.kbv.de/themen/125.html> (05.06.2007)

Kelly B, Raphael B, Byrne G: The evaluation of teaching in undergraduate psychiatric education: students' attitudes to psychiatry and the evaluation of clinical competency. Medical Teacher; 1991, Vol. 13, No. 1, 77 – 87

Klages L: Die Grundlagen der Charakterkunde. Barth, Leipzig 1926

Klein D F: Endogenomorphie depression. Archives of General Psychiatry 1974; 31, 447 – 454

Kok L P: The Relationship between personality and the attitude to psychiatry of medical students. Singapore Med J 1987; 28 (6), 526-9

Krampen G, Brandtstädter J: Kognitionspsychologische Analysen erzieherischen Handelns: Instrumentalitätstheoretische Ansätze. Hofer. M. (Ed.) Informationsverarbeitung und Entscheidungsverhalten von Lehrern. München: Urban & Schwarzenberg. 1981. 222-254

Krampen G: IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen

Kruse J, Heckrath C, Schmitz N: Problems in G.P.'s diagnosis and treatment of psychological disorders. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1999; 49: 14 - 29

Kuhnigk O, Schauenburg H, Rüger U: Ausbildungskonzept und Ausbildungsqualität – vergleichende Untersuchung von Medizinstudierenden eines traditionellen und eines Reformstudienganges. Med. Ausbildung. 1998; 15: 2 – 8

Kuhnigk O: Erlernen biomathematischer Kenntnisse in der medizinischen Ausbildung als Grundlage für "Evidenz basierte Medizin". Der Blockkurs „Wissenschaftliches Arbeiten“ im Modellstudiengang Medizin an der Universität Hamburg auf der Grundlage des „problemorientierten Lernens“ Master These MME Bern

Kuhing O, Strebel B, Schilauske J, Jueptner M: Attitudes of Medical Students Towards Psychiatry. Advanced in Health Sciences Education. 2007; 12: 87 - 101

Kuhnigk O, Schauenburg H: Psychiatrische Befindlichkeit, Kontrollüberzeugungen und Persönlichkeit von Medizinstudierenden eines traditionellen und eines Reformstudienganges. PPmP Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1999; 49: 29 – 36

Lau A Y H, Offord D R: A Study of Student Attitudes Toward a Psychiatric Clerkship. Medical Education 1976; 51: 919 – 928

Levenson H: Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 261 – 262, o. Verl., o.O., 1972

Levenson H: Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *J Pers Assess* 1974; 38, 377 - 383

Lloyd C, Gartrell N K: Psychiatric Symptoms in Medical Students. *Students. Compr. Psychiat.* 1984; 25, 6

Mahler J: A comparative study of locus of control. *Psychologia* 1974; 17, 135 – 139

Malhi G S, Parker G B, Parker K, Kirkby K C, Boyce P, Yellowlees P, Hornabrook C, Jones K: Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 36: 416 – 423

Malhi G S, Parker G B, Parker K, Carr V J, Kirkby K C, Yellowlees P, Boyce P, Tonge B: Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107 (6), 424-9

McCrae R R, Costa P T: Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52, 81 – 90

McParland M, Noble L M, Livingston G, McManus C: The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Medical Education* 2003; 37: 447 – 454

Mitchell R E, Matthews J R, Grandy T G, Lupo J V: The question of stress among first-year medical students. *J. Med. Educ.* 1983; 58: 367 – 372

Moore G T, Black S D, Style C B, Mitchell R E: The Influence of the New Pathway Curriculum on Harvard Medical Students. *Acad. Med.* 1994; 69, 983 – 989

Moore-West M, Harrington D L, Mennin S P, Kaufman A, Skipper B J: Distress and Attitudes Toward the learning Environment: Effects of a Curriculum Innovation. *Teaching and Learning in Medicine* 1989; 1, 151 – 157

Moos R H, Yalom I D: Medical students` attitudes toward psychiatry and psychiatrists. Ment Hyg. 1966; 50 (2), 246 – 256

Mowbray R M, Davies B M, Biddle N: Psychiatry as a career choice. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1990; 24: 57 – 64

Murrhardter Kreis: Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 26. Robert-Bosch-Stiftung. Bleicher, o.O. 1990

Neufeld VR, Woodward CA, MacLeod SM. The McMaster M. D. programme: a case study of renewal in medical education. Acad Med 1989, 64: 423-32

Ney P G, Tam W W K, Maurice W L: Factors that determine medical students interest in psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1990; 24, 65 – 76

Nielsen A C: The magnitude of declining psychiatric career choice. J Med Educ 1979; 54: 632 - 637

Nielsen III A C, Eaton J S: Medical Students`Attitudes About Psychiatry. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 1144 – 1154

Norman W T: Toward an adequate taxonomy of personality attitudes. Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. Journal of Abnormal and Social Psychology 1963; 66: 574 - 583

Ostendorf F: Sprache und Persönlichkeitsstruktur: Zur Validität des Fünf-Faktoren Modells der Persönlichkeit. 1990. Regensburg: Roderer

Ostendorf F, Angleitner A: On the generality and comprehensiveness of the five-factor model of personality. Evidence for five robust factors in questionnaire data. 1992. In G V Caprara & G van Heck (Hrsg.), *Modern Personality Psychology: Critical reviews and new directions* (S. 73 – 109). New York: Harvester Wheatsheaf.

Pan P C, Lee P W H, Lieh-Mak F F: Psychiatry as compared to other career choices: a survey of medical students in Hong Kong. *Medical Education* 1990; 24, 251 – 257

Peabody D, Goldberg J R: Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57: 552 - 567

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches*. Dubuque, Iowa: Brown.

Pitts F N, Winokur G, Stewart M A: Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students. *Am J Psychiatry* 1961; 118, 333 – 340

Reuster T, Kallert T W, Winiecki P, Nitsche I: Einstellungswandel gegenüber dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie im Gefolge einer praxis- und problemorientierten Lehrmethode (DIPOL). *Med Ausbild* 2003; 20: 218 – 225

Rotter J B: The role of the psychological situation in determining the direction of human behavior. *Nebr Symp Motiv* 1955; 3, 245 – 268

Rotter J B, Seemann M, Liverant S: Internal versus external control of reinforcement: A major variable in behavior theory, in: *Decisions, values, and groups*. hrsg. von Washburne N F, Volume 2, Pergamon, London 1962, 473 – 516

Rotter J B: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966, 80

Rotter J B: An introduction to social learning theory; in: Applications of a social learning theory of personality; Rotter J B, Chance J E, hrsg. von Phares E J, Holt, Rinehart & Winston, New York 1972, 1 – 43

Rotter J B: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. J Consult Clin Psychol 1975; 43, 56 – 67

Samuel-Lajeunesse B, Ichou P: French Medical Students' Opinion of Psychiatry. Am J Psychiatry 1985; 142:12, 1462 – 1466

Saslow G: Psychiatric problems of medical students. J Med Educ 1956; 31, 27 – 33

Schauenburg H, Kuda M, Rüger U: Unterschiedliche Kontrollüberzeugungen bei ost- und westdeutschen Studierenden. Z Psychosom Med 1992; 38, 158 – 168

Scher M E, Carline J D, Murray J A: Specialization in Psychiatry: What Determines the Medical Student's Choice Pro or Con? Comprehensive Psychiatry 1983; Vol. 24, No. 5: 459 – 468

Schmidt H G, Dauphinee W D, Vimla L P: Comparing the effects of problem based and conventional curricula in an international sample. J. Med. Educ. 1987; 62, 222

Schneewind K A, Pfeiffer P: Elterliches Erziehungsverhalten und kindliche Selbstverantwortlichkeit. In: Schneewind K A & Lukesch H (Ed.) Familiäre Sozialisation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1978, 190 - 205

Schneewind K A, Schröder G, Cattell R B: Der 16-Persönlichkeitsfaktoren-Test (16-PF). 1984. Göttingen: Hogrefe

Shelley R K, Webb M G T: Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? Medical Education 1986; 20, 330 – 334

Sherif, M., & Sherif, C. W. (1969): Social Psychology (Int. Rev. Ed.). New York: Harper & Row.

Singer P, Dornbush R L, Brownstein E J, Freedman A M: Undergraduate Psychiatric Education and Attitudes of Medical Students Towards Psychiatry. Comprehensive Psychiatry 1986; Vol. 27, No. 1: 14 – 20

Singh S P, Baxter H, Standen P, Duggan C: Changing the attitudes of “tomorrow`s doctors” towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. Medical Education 1998; 32, 115 – 120

Sivakumar K, Wilkinson G, Toone B K, Greer S: Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. Psychological Medicine 1986; 16, 457 – 460

Sloan D, Browne S, Meagher D, Lane A, Larkin C, Casey P, Walsh N, O`Callaghan E: Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. Eur Psychiatry 1996; 11: 407 – 411

Snaith, R P: The concepts of mild depression. Br J Psychiatry 1987; 150, 387 – 393

Soufi H.E., Raoof A M S: Attitudes of medical students towards psychiatry. Medical Education 1992; 26, 38 – 41

Statistisches Bundesamt: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050, Wiesbaden, 2006 Online in Internet: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/bevoelkerungsprojektion2050i.pdf> (11.04.2007)

Stavarakaki C, Vargo B: The relationship of Anxiety and Depression: A Review of the Literature. Brit J Psychiatry 1986; 149, 7 – 16

Strebel B, Obladen M, Lehmann E, Gaebel W : Einstellungen von Studierenden der Medizin zur Psychiatrie. Nervenarzt 2000; 71: 205 – 212

Stroebe W: Grundlagen der Sozialpsychologie I. 1980 Verlag: Klett-Cotta

Taintor Z, Nielsen A C: The extent of the problem: A review of the evidence concerning the declining choice of psychiatric careers. J Psychiatr Educ 1981; 5: 63 – 87

Triandis H C: Einstellungen und Einstellungsänderungen. 1975 Weinheim: Beltz. (Original: 1971. Attitude and Attitude Change. New York: Wiley)

Tupes E C, Christal R C: Recurrent personality factors based on trait ratings. 1961. Technical Report. USAF, Lackland Air Force Base, Texas

Von Troschke J. Qualitätssicherung und –entwicklung der hochschulischen Aus- und Weiterbildung in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften. GMS Z Med Ausbild. 2007; 24 (1): Doc69

Walton H J: Personality Correlates of a Career Interest in Psychiatry. Brit. J. Psychiat. 1969; 115: 211-19

Walton H, Gelder M: Core curriculum in psychiatry for medical students. Medical Education 1999; 33: 204 - 211

Weiner B, Frieze I, Kukla A, Reed L, Rest S, Rosenbaum R: Perceiving the causes of success and failure. In: Jones E E, Kanouse D E, Kelley H H, Nisbett R E, Valins S, Weiner, B (Ed.) Attribution: Perceiving the causes of behavior. Morristown: General Learning Press. 1971, 95 - 120

Weissman S H, Haynes R A, Killian C D, Robinowitz C: A Model to Determine the Influence of Medical School on Students` Career Choices: Psychiatry, A Case Study. Acad. Med. 1994; 69: 58 – 59

Williams C, Milton J, Strickland P, Ardagh-Walter N, Knapp J, Wilson S, Trigwell P, Feldman E, Sims A C P: Impact of medical school teaching on preregistration house officers` confidence in assessing and managing common psychological morbidity: three centre study. BMJ 1997; 315:917 – 918 (11 October)

Williams P A, Tarnopolsky D, Hand D: Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. Psychol Med 1980; 10, 101 – 114

Wilkinson D G, Toone B K, Greer S: Medical students` attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. Psychological Medicine 1983; 13, 655 – 658

Wolf G, Pathare S, Craig T, Leff J: Public education for community care. A new approach. The British Journal of Psychology 1996; 168: 441-447

Wood D F. Problem based learning. BMJ Volume 326, 8 February 2003

Zigmond A S, Snaith R P: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67, 361 – 370

Zoccolillo M, Murphy G E, Wetzel R D: Depression among Medical Students. J Affect Disord 1986; 11, 91 – 96

8 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter, der Projektleitung des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg und der jetzigen kommissarischen Direktorin des Institutes und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Frau Prof. Dr. phil. Monika Bullinger, die mir vorliegende Dissertation im Rahmen des Modellstudienganges Medizin ermöglichte, für ihre wissenschaftliche Begleitung der Arbeit und zeitnahe Durchsicht der Entwürfe.

Weiterhin gilt mein herzlichster Dank dem Leiter des Prodekanats für Lehre des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und damaligem Projektleiter des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg Herrn Dr. med. Olaf Kuhnigk, MME (Bern), für seine wissenschaftliche Unterstützung bei der Konzeption und Durchführung der Arbeit. Ich bedanke mich besonders für die stets gute Zusammenarbeit sowie seine gewissenhaften und zeitnahen Korrekturen.

Herrn Dr. med. Bernd Strebel, Oberarzt in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Klinikums Lüdenscheid gilt mein herzlicher Dank für die Unterstützung bei der Datenauswertung der vorliegenden Dissertation.

Frau Dipl. Psych. Aenne Meike Böthern, ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin im Modellstudiengang Medizin, jetzt wissenschaftliche Mitarbeiterin im Prodekanat für Lehre des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf danke ich ebenfalls herzlich für ihre profunde Unterstützung bei statistischen Fragen.

Im Besonderen danken möchte ich auch den Studierenden des Modellstudienganges Medizin der Universität Hamburg und den Studierenden des Regelstudienganges Medizin der Universität Duisburg-Essen für Ihre Teilnahme an der Befragung.

Abschließend und ausnehmend möchte ich an dieser Stelle meiner Familie, insbesondere meinen beiden Eltern und meinem Lebenspartner danken für ihre weitreichende Unterstützung, unerschöpfliche Geduld und ihren stetigen Ansporn, die Arbeit zur Vollendung zu bringen.

9 Lebenslauf

Christin Haufs	geb. am 15. August 1977 in Nürnberg, als erstes Kind der Eheleute Frau Karin Elke Haufs und Herrn Rolf Haufs	
Schulausbildung	Dietrich-Bonhoeffer-Gymnasium, Quickborn	1987 – 1996
Studium	Rechtswissenschaften an der Universität Hamburg	1997 - 1998
	Humanmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ab 1998	
	Ärztliche Vorprüfung	2001
	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung	2002
	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung	2004
	Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung und Approbation Herbst 2005	
	Praktisches Jahr: Klinikum Nord Heidberg, Hamburg und Krankenhaus Alten Eichen, Hamburg	2004 / 2005
	Weiterbildung zur Fachärztin Allgemeinmedizin	
Berufliche Tätigkeit	- Assistenz in der Abteilung Chirurgie: Kreiskrankenhaus Wolgast	2006 / 2007
	- Assistenz in der Abteilung Innere Medizin: St. Elisabeth Krankenhaus Damme	seit Sommer 2007
Dissertation	Beginn einer experimentellen Dissertation unter Herrn Prof Dr. rer. nat. Dikomey, Institut f. Biophysik u. Strahlenbiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	2003
	Mitarbeit (Hiwi) beim Modellstudiengang Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	2001 – 2004
	Wechsel des Dissertationsthemas zu vorliegender Dissertation unter Frau Prof Dr. phil. Bullinger	seit Frühjahr 2004
	Kongressvorstellung der Ergebnisse: AMEE Kongress in Edinburgh 2004, GMA Kongress in Berlin 2004, DGPPN Kongress in Berlin 2004	

10 Erklärung

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den 20.02.2008

11 Anhang



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Modellstudiengang Medizin der
Universität Hamburg

Projektleiter

Dr. med. Olaf Kuhnigk

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Telefon: (040) 42803-9273

Telefax: (040) 42803-6251

dollase@uke.uni-hamburg.de

www.uke.uni-hamburg.de/studium/medizin/

Modellstudiengang Medizin UKE Martinistraße 52 20246 Hamburg

Sekretariat

Rita Dollase

**An die
Studierenden
Im Modellstudiengang Medizin
UKE**

2. März 2004

Liebe Studierende,

der Modellstudiengang Medizin der Universität Hamburg führt in Ihrem Semester eine Untersuchung durch, an der bereits Medizinstudierende verschiedener Fakultäten in Deutschland teilgenommen haben.

Mit Hilfe von Fragebögen sollen Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren, wie z.B. Persönlichkeit, Befindlichkeit oder auch unterschiedliche Ausbildungskonzepte untersucht werden.

Bitte versuchen Sie die Fragen möglichst spontan nach Ihrem persönlichen Empfinden zu beantworten. Füllen Sie den vorliegenden Fragebogen, dessen Bearbeitung ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen wird, alleine und in Ruhe aus.

Nur eine möglichst offene und vollständige Bearbeitung liefert repräsentative und somit aussagefähige Ergebnisse. Innerhalb der Tests können Wiederholungen auftreten. Dies lässt sich leider nicht vermeiden, da die verschiedenen Testverfahren nur vollständig ihre Aussagekraft behalten.

Die Fragebogenerhebung erfolgt anonym. Die erhobenen Daten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Mitarbeit, bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne per E-mail: o.kuhnigk@uke.uni-hamburg.de zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. O. Kuhnigk



LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND



Rheinische Kliniken Essen

- Kliniken/Institut der Universität Essen -

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Markus Gastpar

Briefanschrift

Rheinische Kliniken Essen – Postfach 10 30 43 – 45030 Essen

Fragebogennummer: _____ Universität/Abteilung: _____

Liebe Kommilitoninnen und Kommilitonen, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Essen führt in Ihrem Semester eine Untersuchung durch, an der Medizinstudierende verschiedener Fakultäten in Deutschland teilnehmen.

Mit Hilfe von Fragebögen sollen Einstellungen zur Psychiatrie und Psychotherapie in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren, wie z.B. Persönlichkeit, Befindlichkeit oder auch dem Verlauf innerhalb der klinischen Ausbildung untersucht werden.

Im Rahmen einer eigenen Veranstaltung werden wir Sie, nach Abschluß der Studie, über die Ergebnisse informieren. Der Termin wird über „das schwarze Brett“ der Psychiatrie bekanntgegeben.

Bitte versuchen Sie die Fragen möglichst spontan nach Ihrem persönlichen Empfinden zu beantworten. Füllen Sie den vorliegenden Fragebogen, dessen Bearbeitung ca. 15-20 Minuten in Anspruch nehmen wird, bitte allein und in Ruhe aus.

Nur eine möglichst offene und vollständige Bearbeitung liefert repräsentative und somit aussagekräftige Ergebnisse und hilft uns die Lehre in der Psychiatrie und Psychotherapie zu verbessern.

Innerhalb der Tests können Wiederholungen auftreten. Dies läßt sich leider nicht vermeiden, da die verschiedenen Testverfahren nur vollständig ihre Aussagekraft behalten.

Die Fragebogenerhebung erfolgt anonym. Die erhobenen Daten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und sind ausschließlich für den internen Gebrauch bestimmt.

Gegen Kurs- oder / Semesterende werden Sie erneut einen kürzeren Fragebogen von uns erhalten, der es uns ermöglicht eventuelle Verlaufsveränderungen zu erfassen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. B. Strebel

Dr. O. Kuhnigk

J. Schilauske

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung:

Dr. O. Kuhnigk: Telefon 0201-7227-141

Biographische Daten

1. Wie ist Ihr **Geschlecht**?

1. männlich ☐
2. weiblich ☐

2. Welche **Nationalität** haben Sie?

1. deutsch ☐
2. andere: ☐ _____

3. Wie **alt** sind Sie?

_____ Jahre

4. Haben Sie **Kinder**?

1. nein ☐
2. ja, ☐ und zwar _____ Kinder

5. Welches medizinische **Fachgebiet** streben Sie an?

1. _____ 2. _____ 3. _____

6. Welche Ausrichtung hatte Ihr **Abitur**?

1. geisteswissenschaftlich: ☐ 2. naturwissenschaftlich: ☐ 3. eher „gemischt“: ☐

7. **Beginn des Studiums der Humanmedizin?**

SS 19 _____ WS 19 _____/_____ SS 20 _____ WS 20 _____/_____

8. **Wohnung am Studienort:**

- | | |
|---|---|
| 1. bei den Eltern ☐ | 4. eigene Wohnung ☐ |
| 2. priv. Untermiete ☐ | 5. in Wohngemeinschaft ☐ |
| 3. Studentenwohnheim ☐ | |
| 3.1. Gruppenwohnung ☐ | |
| 3.2. Einzelwohnung ☐ | |

9. Haben Sie in irgendeiner Form **psychiatrische Vorerfahrungen** (z.B. Famulatur, Nachtwachen, eigene Erfahrungen/ Selbsterfahrungen, psychisch kranke Angehörige, etc.)

1. nein ☐
2. ja, ☐ und zwar _____
- _____

Dieser Fragebogen umfaßt 60 Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnten. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 60 Aussagen steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

SA (starke Ablehnung), wenn Sie der Aussage auf keinen Fall zustimmen oder sie für völlig unzutreffend halten.

A (Ablehnung), wenn Sie der Aussage nicht zustimmen oder sie für unzutreffend halten.

N (neutral), wenn die Aussage weder richtig noch falsch, also weder zutreffend noch unzutreffend ist.

Z (Zustimmung), wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder sie für zutreffend halten.

SZ (starke Zustimmung), wenn Sie der Aussage nachdrücklich zustimmen oder sie für völlig zutreffend halten.

Es gibt auch bei diesem Fragebogen keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte beantworten Sie jede dieser Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich.

Kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Falls Sie Ihre Meinung nach dem Ankreuzen einmal ändern sollten, streichen Sie Ihre erste Antwort bitte deutlich durch. Bitte bewerten Sie die 60 Aussagen zügig, aber sorgfältig. Lassen Sie bitte keine Aussage aus. Auch wenn Ihnen die Entscheidung schwerfallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	SA	A	N	Z	SZ
1. Ich bin nicht leicht beunruhigt.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen. ...	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so daß ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Wenn ich unter starkem Streß stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	☐	☐	☐	☐	☐
	SA	A	N	Z	SZ

	SA	A	N	Z	SZ
14. Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich bin kein sehr systematisch vorgehender Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich fühle mich selten einsam oder traurig.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich glaube, daß es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören läßt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten, als mit ihnen zu wetteifern.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ich ziehe es gewöhnlich vor, Dinge allein zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ich glaube, daß man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zuläßt.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ich habe oft das Gefühl, vor Energie überzuschäumen.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
	SA	A	N	Z	SZ

	SA	A	N	Z	SZ
38. Ich glaube, daß wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schiefgeht. .	☐	☐	☐	☐	☐
42. Ich bin kein gut gelaunter Optimist.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	☐	☐	☐	☐	☐
44. In Bezug auf meine Einstellungen bin ich nüchtern und unnachgiebig....	☐	☐	☐	☐	☐
45. Manchmal bin ich nicht so verläßlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Ich bin selten traurig oder deprimiert.	☐	☐	☐	☐	☐
47. Ich führe ein hektisches Leben.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	☐	☐	☐	☐	☐
51. Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ich bin ein sehr aktiver Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ich bin sehr wißbegierig.	☐	☐	☐	☐	☐
54. Wenn ich Menschen nicht mag, so zeige ich ihnen das auch offen.	☐	☐	☐	☐	☐
55. Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
56. Manchmal war mir etwas so peinlich, daß ich mich am liebsten versteckt hätte.	☐	☐	☐	☐	☐
57. Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen.	☐	☐	☐	☐	☐
58. Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	☐	☐	☐	☐	☐
59. Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.	☐	☐	☐	☐	☐
60. Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	☐	☐	☐	☐	☐

Dieser Fragebogen umfaßt 35 Aussagen, die Einstellungen zum Fachgebiet der Psychiatrie untersuchen. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage für Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 35 Aussagen steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

- SA** (starke Ablehnung), wenn Sie der Aussage auf keinen Fall zustimmen oder sie für völlig unzutreffend halten.
- A** (Ablehnung), wenn Sie der Aussage nicht zustimmen oder sie für unzutreffend halten.
- N** (neutral), wenn die Aussage weder richtig noch falsch, also weder zutreffend noch unzutreffend ist.
- Z** (Zustimmung), wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder sie für zutreffend halten.
- SZ** (starke Zustimmung), wenn Sie der Aussage nachdrücklich zustimmen oder sie für völlig zutreffend halten.

Es gibt auch bei diesem Fragebogen keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte beantworten Sie jede dieser Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich.

Kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Falls Sie Ihre Meinung nach dem Ankreuzen einmal ändern sollten, streichen Sie Ihre erste Antwort bitte deutlich durch. Bitte bewerten Sie die 35 Aussagen zügig aber sorgfältig. Lassen Sie bitte keine Aussage aus. Auch wenn Ihnen die Entscheidung schwerfallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

Möglicherweise werden Sie den Eindruck haben, daß eine Aussage schon einmal im Fragebogen vorgekommen ist. Dies ist nicht der Fall; versuchen Sie daher bitte nicht, sich an die vorherige Aussage zu erinnern, sondern beantworten Sie die Frage direkt. Beurteilen Sie jede Aussage einzeln und unabhängig von den vorherigen Aussagen.

*Anmerkung zur Studie: Die grau unterlegten Fragen 5, 17, 22, 31, 35 betreffen die deutschsprachige erweiterte Version ATP-35 von Strebel und al. (2000). Diese fünf Items fanden in den Berechnungen der Ergebnisse der vorliegenden Studie keine Berücksichtigung. Diese Anmerkung und die Kennzeichnung der Fragen ist erst nachträglich eingefügt worden und nicht in den Original-Fragebögen zu finden.

	SA	A	N	Z	SZ
1. Psychiatrie reizt mich nicht, weil man dafür kaum Wissen und Fähigkeiten des Medizinstudiums gebrauchen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Psychiater reden viel und tun wenig.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Psychiatrische Kliniken unterscheiden sich nur wenig von Gefängnissen..	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich würde gern Psychiater werden.	☐	☐	☐	☐	☐
5.* In der Psychiatrie hat man es überwiegend mit unbequemen, „schwierigen“ Patienten zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wer Psychiater werden will, drückt sich eigentlich vor „richtiger Medizin“.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Psychiater scheinen nur über Sex zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Die Anwendung von Psychotherapie ist letztlich Betrug, denn es gibt keine klaren Beweise für ihre Wirksamkeit.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Der Unterricht im Fach Psychiatrie verbessert auch das Verständnis für internistische und chirurgische Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐
	SA	A	N	Z	SZ

	SA	A	N	Z	SZ
10. Nach Meinung der meisten „höheren Semester“ ist der Psychatriekurs nützlich gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Psychiatrie ist ein anerkanntes Fachgebiet der Medizin.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Psychiatrische Erkrankungen erfordern mindestens soviel Beachtung wie somatische Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Psychiatrie hat kaum wissenschaftliche Grundlagen.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Durch die inzwischen verfügbaren Therapieverfahren geht es den meisten psychiatrischen Patienten besser.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Psychiater sind im allgemeinen genau so stabil wie andere Ärzte.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlungen führen dazu, daß Patienten sich zu viele Gedanken über Ihre Beschwerden machen.	☐	☐	☐	☐	☐
17.* Wegen der schlechten Prognose der meisten psychiatrischen Patienten ist die Arbeit in der Psychiatrie uninteressant.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Es ist interessant, die einer psychiatrischen Erkrankung zugrunde liegenden Ursachen herauszufinden.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Psychiater können nur sehr wenig für ihre Patienten tun.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ein wesentlicher Beitrag zur Behandlung psychisch Kranker muß von psychiatrischen Krankenhäusern geleistet werden.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Wenn ich nach den drei spannendsten medizinischen Fachgebieten gefragt werden würde, würde ich Psychiatrie nicht dazu zählen.	☐	☐	☐	☐	☐
22.* Die Arbeit in der Psychiatrie führt zu stärkeren emotionalen Belastungen als die Arbeit in den somatischen Fächern.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Derzeit ist Psychiatrie das wichtigste Fach des Medizinstudiums.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Psychiatrie ist derart unwissenschaftlich, daß sich selbst Psychiater nicht darüber einig sind, welche die eigentlich dafür grundlegenden Wissenschaften sind.	☐	☐	☐	☐	☐
25. In letzter Zeit wurde die psychiatrische Behandlung ziemlich effektiv. ..	☐	☐	☐	☐	☐
26. Die meisten der sogenannten Fakten in der Psychiatrie sind in Wirklichkeit lediglich vage Spekulationen.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Wenn man sich mit psychiatrischen Patienten genauer beschäftigt, sind sie genauso menschlich wie andere Patienten auch.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Psychiatrische Arbeit ermöglicht die Entwicklung von wirklich lohnenden Beziehungen.	☐	☐	☐	☐	☐
	SA	A	N	Z	SZ

	SA	A	N	Z	SZ
29. Es ist häufig interessanter mit psychiatrischen Patienten als mit anderen Patienten zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Psychiatrie ist ein derart strukturloses Fachgebiet, daß ein effektiver Unterricht kaum möglich ist.	☐	☐	☐	☐	☐
31.* Psychiater verordnen zu viele Medikamente und kümmern sich zu wenig um die eigentlichen Probleme ihrer Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ich kann mir gut vorstellen, daß Psychotherapie ein effektives Therapieverfahren ist.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Meiner Meinung nach sind Psychiater nicht immer Ärzte wie andere Ärzte auch.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Psychiater ziehen aus ihrer Arbeit weniger Befriedigung als Ärzte anderer Fachrichtungen.	☐	☐	☐	☐	☐
35.* Falls ein Student Interesse an Psychiatrie äußert, riskiert er, als merkwürdig oder verschroben angesehen zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	SA	A	N	Z	SZ

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen Ihre Antwort frei auf der entsprechenden Linie an. Machen Sie bitte nur ein Kreuz.

1. Wie wahrscheinlich ist es, daß Sie zukünftig im Bereich der Psychiatrie arbeiten werden?

Sehr wahrscheinlich | | Sehr unwahrscheinlich

2. Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse am Fach Psychiatrie?

Sehr hoch | | Sehr niedrig

3. Wie schwer würde es Ihnen fallen, einem Patienten vorzuschlagen, einen Psychiater konsiliarisch hinzuzuziehen?

Sehr schwer | | Sehr leicht

4. Wie schwer würde es Ihnen fallen, einem Patienten vorzuschlagen, einen Psychotherapeuten konsiliarisch hinzuzuziehen?

Sehr schwer | | Sehr leicht

5. Wie wird das Fach Psychiatrie nach Ihrer Erfahrung vom medizinischen Personal (Ärzte, Pflegende, Funktionsdiagnostik, Verwaltung, u.a.) im somatischen Bereich beurteilt?

Sehr positiv | | Sehr negativ

Die folgenden Fragen beziehen sich auf ihre allgemeine und seelische Verfassung. Beantworten Sie bitte jede Frage so, wie es für Sie in der letzten Woche am ehesten zutraf und lassen Sie bitte auch hier keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

HADS-D

Ich fühle mich angespannt oder überreizt ☐ meistens ☐ oft ☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich ☐ überhaupt nicht	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst ☐ fast immer ☐ sehr oft ☐ manchmal ☐ überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher ☐ ganz genau so ☐ nicht ganz so sehr ☐ nur noch ein wenig ☐ kaum oder gar nicht	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend ☐ überhaupt nicht ☐ gelegentlich ☐ ziemlich oft ☐ sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte ☐ ja, sehr stark ☐ ja, aber nicht allzu stark ☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen ☐ überhaupt nicht	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren ☐ ja, stimmt genau ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte ☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum ☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen ☐ ja, so viel wie immer ☐ nicht mehr ganz so viel ☐ inzwischen viel weniger ☐ überhaupt nicht	Ich fühle mich rastlos, muß immer in Bewegung sein ☐ ja, tatsächlich sehr ☐ ziemlich ☐ nicht sehr ☐ überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf ☐ einen Großteil der Zeit ☐ verhältnismäßig oft ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft ☐ nur gelegentlich/nie	Ich blicke mit Freude in die Zukunft ☐ ja, sehr ☐ eher weniger als früher ☐ viel weniger als früher ☐ kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich ☐ überhaupt nicht ☐ selten ☐ manchmal ☐ meistens	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand ☐ ja, tatsächlich sehr oft ☐ ziemlich oft ☐ nicht sehr oft ☐ überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen ☐ ja, natürlich ☐ gewöhnlich schon ☐ nicht oft ☐ überhaupt nicht	Ich kann mich an einem guten Besuch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen ☐ oft ☐ manchmal ☐ eher selten ☐ sehr selten

Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung. Sie haben die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

„Ich bin ein lebhafter Mensch“	---	--	-	+	++	+++
Ist diese Aussage für Sie sehr falsch , durchkreuzen Sie bitte:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist diese Aussage für Sie falsch , durchkreuzen Sie bitte:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist diese Aussage für Sie eher falsch , durchkreuzen Sie bitte:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist diese Aussage für Sie eher richtig , durchkreuzen Sie bitte:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist diese Aussage für Sie richtig , durchkreuzen Sie bitte:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist diese Aussage für Sie sehr richtig , durchkreuzen Sie bitte:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie auch hier alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Bitte denken Sie nicht über einzelne Aussagen nach, sondern bearbeiten Sie den Fragebogen zügig.

1. Es hängt hauptsächlich von mir und meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition innehave oder nicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe das Gefühl, daß das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeit, mich vor Pech zu schützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich habe schon oft festgestellt, daß das, was passieren soll, auch eintritt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.	---	--	-	+	++	+++
12. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	---	--	-	+	++	+++
13. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	---	--	-	+	++	+++
14. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischen kommt.	---	--	-	+	++	+++
15. Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muß ich zu anderen freundlich sein.	---	--	-	+	++	+++
16. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, daß ich zur rechten Zeit an der rechten Stelle bin.	---	--	-	+	++	+++
17. Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.	---	--	-	+	++	+++
18. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	---	--	-	+	++	+++
19. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	---	--	-	+	++	+++
20. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von anderen Autofahrern ab.	---	--	-	+	++	+++
21. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	---	--	-	+	++	+++
22. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.	---	--	-	+	++	+++
23. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	---	--	-	+	++	+++
24. Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	---	--	-	+	++	+++

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.