

# Lebensqualität von Medizinstudenten

Eine Studie zur Arbeitsbelastung, Gesundheit und der Bedeutung partnerschaftlicher Beziehungen im Medizinstudium

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Humanmedizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

**Sebastian Klier**  
aus Leverkusen

Gießen 2009

Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
des Universitätsklinikums Gießen - Marburg

Direktor: Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Gutachter: Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Gutachter: Pd. Dr. med. Michael Franz

Tag der Disputation: 28.01.2010

## Verfassererklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Bonn, 30.04.2009

Sebastian Klier

## Danksagung

Ich bedanke mich bei Frau Dr. Regina Kurth für ihre fachliche, aber vor allem für ihre herzliche und moralische Unterstützung und ihre intensive Betreuung bei meiner Dissertation. Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. med. U. Gieler für seine Bemühungen und seine unkomplizierte und freundliche Art danken, ohne die der Abschluss dieser Arbeit nicht so reibungslos verlaufen wäre. Herrn PD Dr. H. B. Jurkat danke ich für die zuvorkommende Bereitstellung des Untersuchungsbogens, der bei der Konzeption und Durchführung dieser Dissertation von großem Wert gewesen ist.

Mein größter Dank gilt meiner Familie. Insbesondere meinen Eltern, Susanne und Lothar Klier, meinem Bruder Florian Klier und meiner Großmutter Klara Wittchen. Ohne Ihren Zuspruch und Ihre liebevolle und moralische Unterstützung wäre diese Arbeit in dieser Art und Weise nicht möglich gewesen. Auch danke ich meinem Onkel Herrn Karsten Wittchen und Herrn Prof. Dr. habil. Hans Ulrich Wittchen für ihre Ratschläge und Hilfestellung in der Endphase und Fertigstellung dieser Arbeit.

Meiner Freundin Miriam Selbeck danke ich für ihre Geduld und die Erkenntnis, dass ein langer Satz auch in drei verständliche, eigenständige Sätze verwandelt werden kann. Auch bedanke ich mich sehr bei meinem Freund Dr. Gero Ruppert für sein kritisches Auge und seine Kenntnisse in der Zeichensetzung. Vielen Dank gilt auch Katrin Bohm, die sich trotz Stress und beruflicher Zeitknappheit immer noch dem Korrekturlesen gewidmet hat.

## Inhaltsverzeichnis

### Glossar

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Stand der Forschung</b>	<b>4</b>
2.1 Medizinstudenten	4
2.1.1 Psychische Belastungen	4
2.1.2 Substanzmissbrauch und Abhängigkeit	5
2.1.3 Protektive Faktoren	6
2.2 Mediziner	6
2.2.1 Psychische und physische Gesundheit	7
2.2.2 Substanzmissbrauch und Abhängigkeit	7
2.2.3 Suizid	7
2.2.4 Pathogenese	8
2.2.5 Protektive Faktoren	8
2.3 Lebensqualität (LQ)	9
2.3.1 Definition und Konzepte	9
2.3.2 Historie und Entwicklung	10
2.3.3 Aktuelle neuzeitliche Konzepte	11
2.3.4 Health related Quality of life (HRQL)	12
2.3.5 Erfassung der Lebensqualitätsdimensionen	14
2.4 Grundlegende psychologische und theoretische Konzepte	15
2.4.1 Konflikte	15
2.4.1.1 Definition	15
2.4.1.2 Konfliktenstehungen	16
2.4.1.3 Konfliktsystematik	16
2.4.1.4 Konfliktebenen	16
2.4.1.5 Konfliktstile und Konfliktlösungen	17
2.4.2 Stress	18
2.4.2.1 Definition	19
2.4.2.2 Geschichtliche Hintergründe	19
2.4.2.3 Stresskonzepte	19

2.4.2.4	Stressoren und Stresssignale	20
2.4.2.5	Stressreaktionen	21
2.4.2.6	Stressphysiologie	21
2.4.2.7	Persönlichkeitstypen	22
2.4.3	Bewältigung (Coping)	23
2.4.3.1	Definition	23
2.4.3.2	Bewältigungsstrategien	23
2.4.3.3	Adaptation	24
2.4.4	Soziale Ressourcen	24
2.4.5	Soziale Netzwerke	25
2.4.5.1	Definition	25
2.4.5.2	Struktur	25
2.4.5.3	Soziale Unterstützung	26
2.4.5.4	Kriterien sozialer Unterstützung	26
2.4.6	Soziale Beziehungen	27
2.4.7	Partnerschaften	27
2.4.7.1	Definition	27
2.4.7.2	Bindungstheorie	28
2.4.7.3	Partnerschaftskonzepte	28
2.4.7.4	Sozialer Stress	29
2.4.7.5	Dyade und dyadisches Coping	30
<b>3.</b>	<b>Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>32</b>
3.1	Fragestellungen	32
3.2.	Hypothesen	32
<b>4.</b>	<b>Methodik</b>	<b>34</b>
4.1	Studienkollektiv	34
4.1.1	Rekrutierung der Stichprobe	34
4.2	Statistische Testverfahren	35
4.2.1	Der <i>SF-36</i> (Fragebogen zum Gesundheitszustand)	35
4.2.2	Das <i>IIP-D</i> (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme)	37
4.2.3	Die <i>SCL-90-R</i> (Symptom Checkliste-Revised)	39
4.2.4	Der <i>BeMus</i> (Beziehungsmusterfragebogen)	41

4.2.5 Fragebogen zu den Einstellungen und Belastungen von Medizinstudenten	46
4.2.6 Definierte Variablen	47
4.3 Statistische Berechnungen und Auswertungsverfahren	47
4.3.1 Normwertberechnungen für den <i>SF-36</i> und das <i>IIP-D</i>	48
<b>5. Ergebnisse</b>	<b>49</b>
5.1. Demographische Studiendaten	49
5.2. Auswertung wichtiger Einzelitems	49
5.2.1 Aktuelle und zukünftige Lebensqualität	49
5.2.2 Studienzufriedenheit	51
5.2.3 Arbeitsbelastung	52
5.3 Auswertung der Skalenergebnisse	53
5.3.1 Subjektive Beeinträchtigung des Privatlebens	53
5.3.2 Umgang mit den Belastungen des Studiums	54
5.3.3 Reaktion auf die Belastungen des Studiums	56
5.3.4 Beeinträchtigung durch psychische Symptome (SCL-90-R)	57
5.3.5 Subjektive Gesundheit (SF-36)	60
5.3.6 Interpersonelle Probleme (IIP-D)	62
5.3.7 Bedeutsamkeit und Zufriedenheit in der Partnerschaft	62
5.3.8 Beziehungsmuster (BeMus)	63
5.3.8.1 Vergleich der Selbsteinschätzung der Männer (RS) vs. Selbsteinschätzung der Frauen (RS)	64
5.3.8.2 Vergleich der Partnereinschätzung der Frauen (RO) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO)	64
5.3.8.3 Vergleich der Selbsteinschätzung der Frauen (RS) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO)	65
5.3.8.4 Vergleich der Selbsteinschätzung der Männer (RS) vs. Partnereinschätzung der Frauen (RO)	66
5.4. Korrelationen	66
5.4.1 Zusammenhänge mit der aktuellen Lebensqualität	66
5.4.1.1 Aktuelle Lebensqualität und Studienzufriedenheit	66
5.4.1.2 Aktuelle Lebensqualität und Belastungen im Studium	67
5.4.1.3 Aktuelle Lebensqualität und Symptombelastung (SCL-90-R)	67

5.4.1.4	Aktuelle Lebensqualität und Umgang mit den Belastungen im Studium	67
5.4.1.5	Aktuelle Lebensqualität und subjektive Gesundheit (SF-36)	68
5.4.2	Zusammenhänge mit der Studienzufriedenheit	68
5.4.2.1	Studienzufriedenheit und unerwartete Belastungen im Studium	68
5.4.2.2	Studienzufriedenheit und Symptombelastung (SCL-90-R)	69
5.4.2.3	Studienzufriedenheit und Umgang mit den Belastungen im Studium	69
5.4.2.4	Studienzufriedenheit und subjektive Gesundheit	70
5.4.3	Zusammenhänge mit den Beziehungsmustern (BeMus)	71
5.4.3.1	Beziehungsmuster (BeMus) und aktuelle Lebensqualität	71
5.4.3.2	Beziehungsmuster (BeMus) und Studienzufriedenheit	71
5.4.3.3	Beziehungsmuster (BeMus) und Partnerschaftszufriedenheit	71
5.4.4	Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit (SF-36)	72
5.4.4.1	Subjektive Gesundheit (SF-36) und Beziehungsmuster (BeMus)	72
5.4.4.2	Subjektive Gesundheit (SF-36) und Belastungen im Studium	72
<b>6.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>73</b>
6.1	Zusammenhänge zwischen der LQ und den Belastungen im Studium	73
6.2	Zusammenhänge der subjektiven Gesundheit mit der Arbeitsbelastung und den Bewältigungsstrategien im Studium	76
6.3	Zusammenhänge der partnerschaftlichen Beziehungen mit der LQ und der Arbeitsbelastung im Studium	80
6.4	Überlegungen zur Methodik und Repräsentativität des Untersuchungsverfahrens	84
6.5	Schlussfolgerungen und Perspektiven	86
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>89</b>

<b>8. Summary</b>	<b>92</b>
<b>9. Literaturverzeichnis</b>	
<b>10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b>	
<b>11. Anhang</b>	
11.1 Statistische Berechnungen	
11.2 Untersuchungsbogen	
11.3 Lebenslauf	

## Glossar

Abb.	Abbildung
BeMus	Beziehungsmusterfragebogen
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
ES	Effektstärke
et al.	et alii (und andere)
etc.	et ceterea
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
LQ	Lebensqualität
M	Median
MW	Mittelwert
n	Anzahl
RO	Reaktion des Objekts
RS	Reaktion des Subjekts
S.	Seite
s.o.	siehe oben
SASB	Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens
SCL-90-R	Symptom Checklist-Revised
SCLGSI	Symptom-Checklist -90-R Global Severity Index
SD	Standardabweichung
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
u.a.	und andere
UK	United Kingdom
US/USA	United States of America
vs.	versus
vgl.	vergleiche
W	Wunsch des Subjekts
z.B.	zum Beispiel
ZBKT	Zentrales Beziehungskonflikt Thema
ZMBM	Zwischenmenschlicher Beziehungs-Muster Fragebogen

## 1. Einleitung

Den Impuls für diese Arbeit zur Lebensqualität von Medizinstudenten gaben die Studienergebnisse zum Gesundheitsverhalten und der Lebensqualität von Medizinerinnen von *Jurkat* und *Reimer* (2001) und *Reimer et. al* (2001). Im Vergleich zur Norm hatten diese neben einer signifikant erhöhten Symptombelastung insbesondere auf Einbußen der subjektiven, psychischen und physischen Gesundheit und der Lebensqualität hingewiesen (vgl. auch Graham und Ramirez, 1997; Grassi und Magnani, 2000; Reimer und Jurkat 1996, 1997, 2000 und 2005; Reimer, Trinkaus und Jurkat, 2005). Angesichts der erheblichen berufsbedingten Anforderungen und Arbeitsbelastungen, die bereits während des Medizinstudiums bestehen, ist davon auszugehen, dass die spezifische Sozialisation der Mediziner ihren Ursprung bereits im Studium nimmt. Die Ergebnisse von *Jurkat* und *Reimer* (1995) deuten darauf hin, dass die Studierenden bereits sehr früh die Akzeptanz chronischer Überforderungen erlernen und die privaten und emotionalen Bedürfnisse hinter die beruflichen Anforderungen zurückstellen.

Bei einer Studiendauer von durchschnittlich 13,2 Semestern werden unter Berücksichtigung der Zahlen des *Statistischen Bundesamtes* (2005) von den Studierenden, die ein Medizinstudium begonnen haben, nach erfolgreicher Approbation lediglich 60% ärztlich tätig. Statistisch betrachtet zeigen sich für die Medizinstudierenden in Deutschland, über ein Zeitfenster der letzten 10 Jahre, rückläufige Absolventenzahlen (s. Abb.1). Beendeten im Jahre 1994 insgesamt 11.978 junge Mediziner das Studium mit der Approbation, waren es im Jahre 2002 hingegen nur 8.870 Absolventen und 2004 lediglich 8.896 approbierte Mediziner (Ärzttestatistik der Bundesärztekammer 12/2005). Daneben steht dem Trend rückläufiger Absolventenzahlen ein wachsendes Interesse am Medizinstudium entgegen. Laut den Angaben der *Zentralen Vergabestelle für Studienplätze* (ZVS) bewarben sich im WS 06/07 auf die 8.492 bundesweit vorhandenen Studienplätze insgesamt 33.570 Bewerber. Im Vergleich dazu waren es im WS 02/03 lediglich 23.651 registrierte Bewerber, die sich auf einen Studienplatz beworben hatten.

Die augenscheinliche Diskrepanz zwischen der wachsenden Popularität des Medizinstudiums und der gleichzeitig drastisch sinkenden Zahl ärztlich tätiger, junger Mediziner, führt letztlich zu der Frage nach den jeweiligen Wirkungszusammenhängen, bzw. der Kausalität dieser Entwicklung.

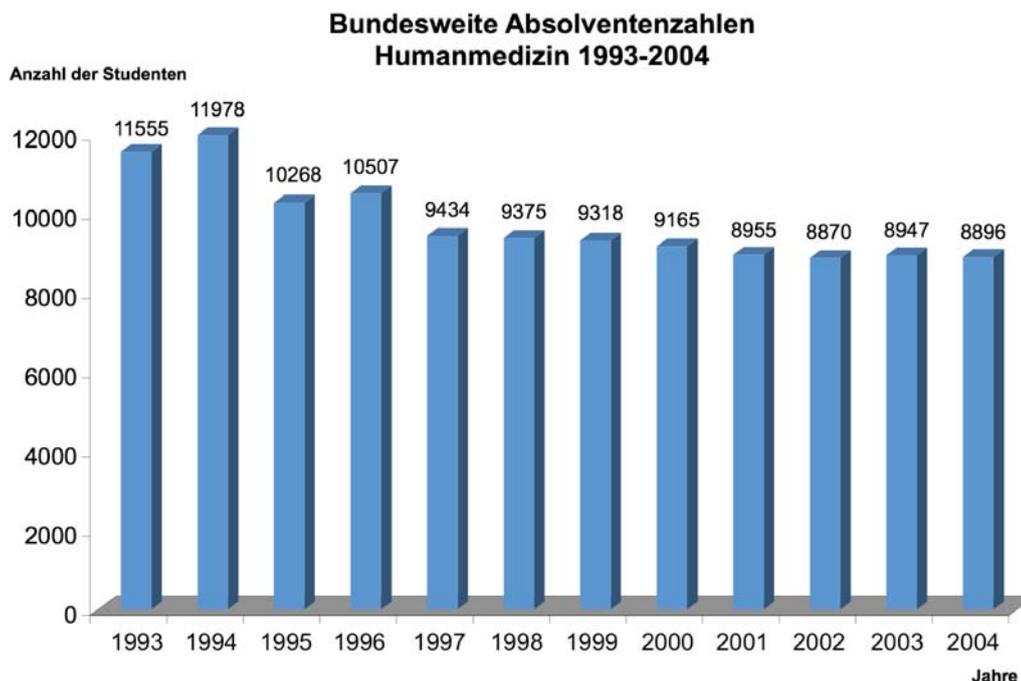


Abb. 1: Absolventenzahlen Humanmedizin (Statistisches Bundesamt, 2005)

Während *Stock* und *Krämer* (2000) in Untersuchungen zur allgemeinen Belastung von Studenten das Hochschulstudium als Hauptbelastungsquelle bezeichneten, ergab die *18. Sozialerhebung des deutschen Studentenwerks* (2006) im übergreifenden Fachvergleich die höchste Arbeitsbelastung für das Studienfach der Medizin. Allgemein gelten neben der hohen Arbeitsbelastung bestimmte Studienphasen als vermehrt stress- und konfliktbelastet. *Bachmann et al.* (1999) beschrieben die sog. *Transitionsphase*, die den Übergang vom Schulabschluss zum Studium beinhaltet, als Hauptbelastungsaspekt der frühen Studienphase. Daneben bezeichneten *Radcliffe* und *Lester* (2003) den Wechsel von vorklinischer zu klinischer Tätigkeit und den Beginn des ärztlichen Berufslebens als Hauptstress- und Konfliktquelle im weiteren Studienverlauf. Auch *Bjorksten et al.* (1983) sprachen von einer zunehmenden Belastung in der fortgeschrittenen Studienphase vor allem durch die sozialen Ressourcen und Netzwerke.

Obwohl sich im deutschen Sprachraum bisher nur wenige Studien mit den Belastungen von Medizinstudenten am Arbeitsplatz 'Hochschule' beschäftigt haben, ergaben Arbeiten von *Jurkat*, *Reimer* und *Schröder* (2000), *Dieckmann et al.* (2004) und *Seliger* und *Brähler* (2007) einen im Vergleich zur Norm signifikant schlechteren Gesundheitszustand der Studenten. Vergleichbare Ergebnisse beschrieben auch internationale Studien, die in diesem Zusammenhang vor allem die erhöhte Symptombelastung und den vermehrten Sucht- und Substanzmissbrauch im Studium fo-

kussiert haben (vgl. Mosley et al., 1994; Webb et al., 1996, Newbury-Birch und Kamali, 2000, Walshaw und Kamali, 2000, Choi, 2003, Sakic, et al. 2005, Veldi, Aluoja und Vasar, 2005; Dyrbye et al. 2006). Eine tatsächliche oder lediglich erwartete Belastung der Lebensqualität beschrieben in diesem Kontext Arbeiten von *Jurkat, Reimer und Schröder* (2000), *Raj et al.* (2000) sowie *Goldin et al.* (2007) und *Parkerson, Broadhead und Tse* (1990).

Die Vielzahl der Arbeiten zur Situation und den Belastungen der Studenten der Medizin verdeutlicht, dass es sich bei dieser Thematik weder um eine isolierte nationale Begebenheit, noch um ein Phänomen unifaktorieller Genese handelt. Neben Arbeiten aus dem angloamerikanischen Sprachraum beschrieben dies auch Studien aus *Norwegen* (Gude et al., 2005), *Hongkong* (Stewart et al., 1995 und 1997), *Korea* (Choi, 2003), *Thailand* (Saipanish, 2003), *Zentralafrika* (Vaz, Mbajjorgu und Acuda, 1998), *Malaysia* (Sherina, Rampal und Kaneson, 2004) und der *Türkei* (Akvardar et al., 2004).

Unter Berücksichtigung der dargestellten Erkenntnisse und Hintergründe ist das Ziel dieser Arbeit, die wirksamen Anforderungen und Belastungen im Medizinstudium darzustellen und diese im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation und der Lebensqualität der Studenten zu untersuchen. Im Mittelpunkt der Studie stehen vor allem die unterschiedlichen Facetten und Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität im Studium. Vor dem Hintergrund der erlebten Zufriedenheit und den Belastungen im Studium werden neben der psychischen und physischen Gesundheit der Studenten insbesondere die verhaltensbezogenen und interaktionellen Aspekte sozialer Beziehungen auf qualitative und quantitative Einbußen untersucht. Abschließend erfolgt unter Berücksichtigung der Studienhypothesen eine Auswertung und Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich ihrer Relevanz im Zusammenhang mit der Lebensqualität im Medizinstudium.

## 2. Stand der Forschung

### 2.1 Medizinstudenten

Wie bereits in vielen Studien beschrieben, stellen die hohen Leistungsanforderungen und die enorme Arbeitsbelastung die Hauptbelastungsquelle des Studiums dar (vgl. Vitalino et al., 1988; Wolf et al., 1991; Mosley et al., 1994; Ashton und Kamali, 1995; Vaz, 1998; Jurkat, Reimer und Schröder, 2000; Sherina, Rampal und Kaneson, 2004). Als weitere relevante Belastungsaspekte der universitären medizinischen Ausbildung gelten auch Faktoren wie Zeitdruck, Existenzängste und intrapersonelle Rollenkonflikte (File, Mabbutt und Shaffer, 1994; Dyrbye, Thomas und Shanafelt, 2005; Dyrbye et al., 2006).

Der hohe Arbeits- und Zeitaufwand im Studium geht dabei mit einem erheblichen Mangel an Freizeit für persönliche Interessen und das Privatleben einher. Gleichzeitig gelten eine ausreichende studienfreie Zeit, ein geringes Maß an Studienbelastungen und intakte, soziale Netzwerke als protektiv wirksame und stabilisierende Faktoren des individuellen Wohlbefindens und als essentiell für die Integrität einer Persönlichkeit (vgl. Parkerson, Broadhead und Tse, 1990; Rospenda, Halpert und Richman, 1994; Leppin und Schwarzer, 1997; Jurkat und Reimer, 2001). Nach *Jurkat und Reimer* (1995) beginnen die Studierenden jedoch sehr früh, private und emotionale Belange hinter die Anforderungen des Studiums zurückzustellen und chronische Belastungen zu akzeptieren. Enge Parallelen bestehen hier zu den späteren Berufsjahren als Mediziner, für die erhebliche Einbußen der subjektiven, psychischen und physischen Gesundheit beschrieben wurden. Zudem gilt eine erhöhte Morbidität für Sucht und Substanzmissbrauch in diesem Kontext als ausreichend gesichert.

#### 2.1.1 Psychische Belastungen

Die bisherige Studienlage verweist auf studienbedingte Belastungen, die durch Überforderungen der persönlichen Ressourcen zu manifesten psychischen Problemen führen können (vgl. Weissinger, 1996). Während Arbeiten von *Trockel, Bernes und Egget* (2000) und *Moo-Estrella et al.* (2005) Beeinträchtigungen durch Schlafstörungen beschrieben, haben Studien zur Belastung von Medizinstudenten eine signifikant erhöhte Belastung der psychischen Morbidität und Gesundheit dargestellt (vgl. Mosley et al., 1994; Stern, 1996; Guthrie et al., 1998; Jurkat, 1998; Jurkat, Reimer und Schröder, 2000; Choi, 2003). In einem Kollektiv von 245 Studierenden der

Medizin fanden sich nach *Jurkat, Reimer und Schröder* (2006) bei 71,9% der unteren Fachsemester (drittes vorklinisches Fachsemester) und 51,9% der oberen Semester (fünftes klinisches Fachsemester) Symptome wie Erschöpfung und Ermüdung. Depressive Symptome wurden von 16,9% der männlichen und 21,1% der weiblichen Probanden angegeben. Weitere Arbeiten haben auf eine signifikant erhöhte Symptombelastung durch depressive Symptome konstatiert (*Mosley et al.*, 1994; *Sakic et al.*, 2005 und *Dyrbye, Thomas und Shanafelt*, 2006). Weibliche Studierende beschrieben sowohl stärkere depressive und ängstliche Züge als auch Störungen der Körperwahrnehmung (vgl. *Kirsling, Kochar und Chan*, 1989). Auch Essstörungen, sexuelle Probleme und eine vermehrte Unzufriedenheit des sexuellen Erlebens wurden von Frauen signifikant häufiger angegeben als von Männern (s. *Dieckmann et al.*, 2004). Männliche Studenten beschrieben demgegenüber einen erhöhten Substanz- und Alkoholmissbrauch, der hauptsächlich im anglo-amerikanischen Sprachraum Untersuchungsgegenstand klinischer Studien war (*Clare*, 1990; *West et al.*, 1990; *Baldwin et al.*, 1991; *Croen et al.*, 1997).

### 2.1.2 Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

Unter dem Gesichtspunkt der Prävalenz von Substanzabhängigkeit und Alkoholmissbrauch lässt sich im Vergleich der vorliegenden Studiendaten eine übergreifend vergleichbare Situation der Studierenden aufzeigen. Arbeiten von *Ashton und Kamali* (1995) und *Webb et al.* (1996) haben den Substanzmissbrauch der dazu untersuchten Medizinstudenten in Großbritannien auf 20% beziffert. Daneben beschrieben *Wolf et al.* (1990) einen Missbrauch von Alkohol bei immerhin 17% der US-amerikanischen Medizinstudenten. Als Motivation zum Substanzmissbrauch wurde von über 90% der Befragten Glücksgefühle angegeben, die keine signifikanten geschlechtsabhängigen Unterschiede zeigten. Eine signifikante geschlechtsabhängige Variabilität bestand hingegen für Motivationsaspekte, wie Gewohnheit (Männer 35,9% vs. 26,6% Frauen), Aufregung und Stress (Männer 19,5% vs. 26,6% Frauen) und Gruppenzwang (Männer 32,7% vs. 18,3% Frauen). Das Risiko des Substanzmissbrauchs korrelierte signifikant mit den erlebten psychosozialen Beeinträchtigungen einschließlich der Studienbelastung und wurde zur Spannungsreduktion und zur Bewältigung von Einsamkeit und Depression eingesetzt (s. *Herzog et al.*, 1987 und *Wolf*, 1994). Die zum Missbrauch eingesetzten Substanzgruppen zeigen heterogene Verteilungsmuster. Der Hauptanteil mit 87,5% entfiel auf Alkohol; Nikotin und Marihuana hatten einen Anteil von jeweils 10,0%. Weitere bewusstseinsweiternde Substanzen waren deutlich seltener vertreten: Kokain mit 2,8%, Tranquilizer mit 2,3%, Opiate und Heroin mit 1,1% und Psychopharmaka mit einem Anteil von 0,4% (s. *Baldwin et al.*, 1991).

### 2.1.3 Protektive Faktoren

Neben den Aspekten einer erhöhten Morbidität und der Prävalenz für psychiatrische Erkrankungen und Substanzmissbrauch sind allerdings auch positive bzw. protektiv wirksame Faktoren identifiziert worden (s. Reimer et al., 2001). *Stewart et al.* (1995) beschrieben in diesem Zusammenhang, dass bereits zufriedenstellende Studienleistungen und eine Bestätigung des Studienerfolgs zu einer signifikanten Verminderung psychopathologischer Symptome beitragen. Voraussetzungen für eine gute psychische und physische Gesundheit der Studierenden sind ein stabiles Selbstvertrauen, ausreichende Erholungsmöglichkeiten und eine geringe Studienbelastung (vgl. Parkerson, Broadhead und Tse, 1990; Leppin und Schwarzer, 1997). Als äußerst effektive Schutzmechanismen haben sich insbesondere das Vorhandensein intakter und stabiler sozialer Netzwerke und eine hohe Partnerschaftszufriedenheit erwiesen (vgl. Leppin und Schwarzer, 1997; Reimer et al., 2001; Buddeberg-Fischer et al., 2002). Trotz dieser protektiven Mechanismen sozialer Unterstützung haben *Rospenda, Halpert und Richman* (1994) auch über relevante nachteilige Aspekte dieser Ressource berichtet. Von *Bjorksten et al.* (1983) wurde in diesem Kontext eine Belastung der Studienleistung angegeben, die als signifikante Belastung gerade von den oberen Studiensemestern beschrieben wurde.

## 2.2 Mediziner

Obwohl der Beruf des Mediziners weiterhin mit einem hohen Maß an Sozialprestige verbunden ist, belegen statistische Untersuchungen, dass bereits jeder sechste Arzt nach abgeschlossenem Studium in einem alternativen Berufsfeld wie dem Medizin-Controlling oder in der Pharmaindustrie tätig ist (vgl. Kmietowicz, 2002 und Kopetsch, 2002). Angesichts der rückläufigen Absolventenzahlen im Studienfach der Medizin verringert sich in erster Linie der Anteil junger Mediziner unter den beruflich tätigen Fachärzten. Lag der Anteil ärztlich tätiger Mediziner unter 35 Jahren im Jahre 1991 noch bei 27,4%, so beschreiben die Zahlen des Jahres 2005 mit 17% einen deutlich rückläufigen Trend. Angesichts der aktuellen Arbeitsbedingungen und der fehlenden Aussicht auf Verbesserungen mangelt es gerade jungen Mediziner an positiven Zukunftsperspektiven (s. Reimer und Jurkat, 1996). Im Bewusstsein schwindender medizinischer Fachkompetenzen in der Bundesrepublik Deutschland sind im Zuge dieser Entwicklung verstärkt Bemühungen unternommen worden, die Wirkungszusammenhänge und Ursachen zu erforschen.

### 2.2.1 Psychische und physische Gesundheit

In den bisher erfolgten Studien zur Gesundheit bei Medizinern wurden erhebliche Mängel sowohl der psychischen als auch der physischen Gesundheit beschrieben. Neben einer erhöhten Symptombelastung durch Depression und Substanzabhängigkeit wurde auch eine erhöhte Prävalenz von Burn-Out und Suizid festgestellt (vgl. Jurkat und Reimer, 1995; Mäulen, 1995 und 2005; Stern 1996; Böhle et al., 2001; Reimer et al., 2001; Jurkat, Vollmert und Reimer, 2003). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch auf internationaler Ebene. Insbesondere Studien im anglo-amerikanischen Sprachraum hatten hierbei eine erhöhte Prävalenz von Sucht und Substanzmissbrauch beschrieben (vgl. Brooke, Edwards und Taylor, 1991; Hughes et al., 1992; Harrison und Chick, 1994; Serry et al., 1994; Ramirez et al., 1996). Auch wurde in diesem Rahmen eine vermehrte Manifestation von Burn-Out angegeben. Diese wurde sowohl in internationalen Arbeiten von *Grassi* und *Magnani* (2000), *Garza et al.* (2004), *Saunders* (1992), *Prieto Albino et al.* (2002) als auch in nationalen Studien von *Amstutz*, *Neuenschwander* und *Modestin* (2001) und *Böhle et al.* (2001) beschrieben. Auf den Zusammenhang mit einer erhöhten Prävalenz depressiver Symptome verwiesen *Mundle* (2005) und *Firth-Cozens* (1997). Diese wurden von insgesamt 30% der dazu befragten jungen Ärzte angegeben, die sich im ersten Jahr ihrer Facharztausbildung befanden.

### 2.2.2 Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

Von *Bohigian*, *Croughan* und *Sanders* (1994) wurde die Lebenszeitprävalenz für eine Substanzabhängigkeit in den USA mit durchschnittlich 10-15% angegeben. Die Prävalenz des Substanzkonsums in der Bundesrepublik Deutschland wird auf 31,3% geschätzt, 17,8% der Betroffenen berichteten über ein dem Missbrauch zugrunde liegendes gesundheitliches, psychisches, soziales oder rechtliches Problem (Perkonigg et al., 2004). Nach Angaben von *Schifferdecker et al.* (1996) ist im Vergleich zur Normalbevölkerung von einer definitiv erhöhten Suchtgefährdung bei Medizinern auszugehen. *Reimer et al.* (2001) beschrieben in diesem Zusammenhang die Sonderstellung des Alkoholmissbrauchs.

### 2.2.3 Suizid

In Bezug auf die Suizidrate unter Medizinern wird eine im Vergleich zu Angehörigen ähnlicher Berufsgruppen 2,5-fach erhöhte Inzidenz beschrieben (s. Lindeman et al., 1996). Die Suizidrate von männlichen Medizinern zeigt sich um das Dreifache erhöht, bei weiblichen Medizinern wird eine Erhöhung um das Fünffache angegeben (Silverman, 2000). Insgesamt wurde eine gehäufte

Suizidierung in bestimmten Fachbereichen der Medizin festgestellt (s. Reimer und Jurkat, 2001; Reimer, Trinkaus und Jurkat, 2005). *Lindemann et al.* (1996) haben in diesem Kontext eine Suizidhäufung unter Psychiatern und Anästhesiologen beschrieben.

#### 2.2.4 Pathogenese

Im Vergleich zur Norm haben *Jurkat* und *Reimer* (2001) für Mediziner eine schlechtere Lebenszufriedenheit angegeben, die sowohl für die psychische als auch die physische Gesundheit beschrieben wurde. Laut diesen Ergebnissen sind davon vor allem die Mediziner betroffen, die ihren Beruf vor ihr Privatleben und ihre sozialen Beziehungen stellen. Bei der Pathogenese einer gegenüber der Norm schlechteren Lebenszufriedenheit wird den Arbeitsplatz bezogenen Stressoren eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Im Vordergrund stehen Faktoren wie die hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck, mangelnder Handlungsspielraum, hoher Verwaltungsaufwand, unbezahlte Überstunden, geringe Freizeit und Einschränkungen der sozialen und intimen Beziehungen (vgl. Stern, 1996; Graham und Ramirez, 1997 und Heuft et al., 2000). Nach Ergebnissen der Studien von *Jurkat*, *Reimer* und *Plewnia* (1999) und *Wegner et al.* (2002) führen diese Belastungen zu einer Zunahme intrapsychischer Rollenkonflikte zwischen dem subjektiven, engagierten und verständnisvollen Idealbild des Arztberufes und der realisierbaren Wirklichkeit am Arbeitsplatz (s. auch *Firth-Cozens* und *Greenhalgh*, 1997). Beschrieben wurden zudem signifikante Unterschiede in der Belastungsintensität zwischen den Fachdisziplinen. Demzufolge sind klinisch tätige Ärzte deutlich stärker betroffen als ihre Kollegen im niedergelassenen Bereich (s. *Jurkat* und *Reimer*, 1997 und 2001).

#### 2.2.5 Protektive Faktoren

Neben den Faktoren, die bei Medizinern für die signifikant schlechtere Lebensqualität angegeben werden, haben *Ramirez et al.* (1996) außerdem protektiv wirksame Aspekte dargestellt. Ein hohes Maß an sozialer Unterstützung sowie eine gute Selbstkontrolle am Arbeitsplatz und eine gute Erholungsfähigkeit und Zufriedenheit in der Partnerschaft und im Privatleben sind als die wichtigsten Faktoren für die individuelle Zufriedenheit und Integrität der Persönlichkeit beschrieben worden (vgl. Stern, 1996; Calnan et al., 2001; Sundquist und Johansson, 1999; *Jurkat* und *Reimer*, 2001 und *Reimer et al.*, 2001).

## 2.3 Lebensqualität (LQ)

### 2.3.1 Definition und Konzepte

Das Konzept der Lebensqualität unterliegt einer stark subjektiven, kultur- und sozialisationsabhängigen Prägung und bietet daher keine einheitliche oder allgemeingültige Definition. Empirisch gesehen repräsentiert es ein multidimensionales Konstrukt, so dass themenbezogene Aussagen bezüglich der Bedeutung nur vereinzelt möglich sind (vgl. Becker et al., 1997).<sup>1</sup> Andererseits ermöglicht die Multidimensionalität des Lebensqualitätskonzeptes eine breite Anwendbarkeit in unterschiedlichen Disziplinen, die sich im Wesentlichen auf die Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsökonomie, Sozialforschung und Psychiatrie beziehen (s. Stern, 1996; Aasland et al., 1997; Graham und Ramirez, 1997; Jurkat und Reimer, 2001).

Einschätzungen der individuellen Lebenszufriedenheit als auch kognitive und emotive Aspekte wie Hoffnungen, Ängste, Glück, Einsamkeit als auch Wünsche und Konflikte gelten als allgemein definitionswirksame Gehalte der LQ (Glatzer und Zapf, 1984). Hervorzuheben ist die ausgeprägte subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungskomponente, die *Bullinger* (2000) als Qualität der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionsassoziierten Lebenssituationen eines Individuums bezeichnete (vgl. auch Schipper, Clinch und Olweny, 1996; Offer, 1996; Fuhrer, 2000).

Für das Konzept der Lebensqualität existiert eine Vielzahl wissenschaftlicher Definitionsansätze. Trotz unterschiedlicher Betrachtungsweisen bestehen hierbei wesentliche Überschneidungen der Inhalte:

1. 'Die eigene individuelle Wahrnehmung der Lebenssituation steht in einem engen Zusammenhang mit den kulturellen Anschauungen und Wertesystemen bezüglich der erreichbaren Ziele, Erwartungen, Standards und Unsicherheiten des Einzelnen. Lebensqualität ist ein weit reichendes Konzept, das in komplexer Art und Weise neben der physischen Gesundheit den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, soziale Beziehungen und persönliche Glaubenseinstellungen berücksichtigt' (WHOQOL Group, 1995).
2. 'Lebensqualität schließt alle wichtigen Lebensbereiche ein und umfasst nicht nur das materielle und individuelle Wohlergehen, sondern auch immaterielle und kollektive Werte

---

<sup>1</sup> Übersetzung des Autors "...quality of life should not be considered as a uni-dimensional but as a multi-dimensional field to which a variety or battery of indicators might apply." aus *Becker, E., Jahn, T., Stieß, I., Wehling, P., Sustainability, 27, 1997.*

wie Freiheit, Gerechtigkeit, die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen und die Verantwortung gegenüber zukünftigen Generationen' (Noll, 1997).

3. Lebensqualität ist das Synonym für den Gebrauch all jener Errungenschaften, die uns eine funktionierende Wirtschaft bereithält, für ein menschenwürdiges Leben in einer Industriegesellschaft. Dazu gehören neben der materiellen Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Dienstleistungen ebenfalls mehr Gleichheit und Gerechtigkeit, Chancengleichheit in Ausbildung und Beruf' (Werner, 1995).

### 2.3.2 Historie und Entwicklung

Erstmalig in die Diskussion gebracht wurde der Begriff der Lebensqualität in den 20er Jahren durch den britischen Ökonomen *Arthur Cecil Pigou* (1877 bis 1959). Ausgangspunkt war die rasche industrielle Umgestaltung der Arbeits- und Sozialordnung in Europa im Rahmen des sich von England her ausbreitenden, sozial spannungsreichen Prozesses der Industriellen Revolution. Der soziale Fortschritt bestand zu dieser Zeit im Wesentlichen in der Überwindung des Mangels und der Ausweitung und Festigung des individuellen Lebensstandards. Eine Gefährdung der Lebensbedingungen drohte angesichts der zunehmenden Überbevölkerung und der befürchteten Erschöpfung der Rohstoff- und Energiequellen.<sup>2</sup>

Im Rahmen der zügig voranschreitenden Industrialisierung und des wirtschaftlichen Wachstums erblühte die Phase des Massenkonsums, die sich rasch als Markenzeichen der westlichen Welt etablierte. Auf dieser Grundlage entwickelte sich das Konzept der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung. Diese wurde in den späten 60er Jahren durch den US-amerikanischen Ökonomen *John Kenneth Galbraith* (1909 bis 2006) angestoßen. Das Konzept der Wohlfahrt symbolisierte zu dieser Zeit hauptsächlich den persönlichen und materiellen Wohlstand, wobei als Kehrseite der Medaille aber auch die sozial gesellschaftskritischen Aspekte der öffentlichen Armut in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wurden. Ausgehend von der Annahme, dass nicht von einer Konformität der Dimensionen 'mehr' und 'besser' auszugehen sei, wurden im Weiteren zunehmend Forderungen laut, der Qualität den Vorrang vor der Quantität zu gewähren (Noll, 1999).

Folgt man den Wachstumstheorien von *Rostow* (1971), so erschloss sich auf diese Phase des Massenkonsums die Suche nach neuen Qualitäten und Dienstleistungen. Dabei standen zunächst

---

<sup>2</sup> Besonders aufschlussreich ist hierbei die Differenzierung dreier unterschiedlicher Definitionsversuche von Wohlstand, vgl. dazu ebenfalls *Dahrendorf, R., Lebenschancen, 1979.*

die sozialen und ökonomischen Indikatoren der Lebensqualität im Vordergrund. Dieses beinhaltete Aspekte wie das Einkommen, die materielle Sicherheit, die politische Freiheit, Unabhängigkeit, sowie die soziale Gerechtigkeit und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. *Diener* und *Suh* (1997) formulierten die Verschiebung des Interessenmittelpunktes als Kennzeichen der Abkehr von materiellen Werten zugunsten immaterieller Werte. Neben Zufriedenheit, Zugehörigkeit und Selbstverwirklichung beinhaltete dies auch die langfristige Sorge um die Lebensbedingungen zukünftiger Generationen. Darauf folgend gewannen in den 70er Jahren Kriterien der neueren Wohlfahrt an Bedeutung, die vor allem die Betrachtung sozialer Aspekte von Individuen und die Relevanz des Einzelnen betonten. Hier standen individuelle Aspekte wie das subjektive Wohlbefinden und die subjektive Lebenszufriedenheit als Kriterien des neuen Bewusstseins im Vordergrund (vgl. Zapf, 1978; Diener und Suh, 1997).

Im Rahmen der neueren Wohlfahrtsforschung definierte der finnische Soziologe *Allardt* (1973) ein theoretisches Modell unter Berücksichtigung objektiver und subjektiver Dimensionen. Dies unterschied die beobachtete 'Wohlfahrt' (welfare) von dem subjektiv empfundenen 'Wohlbefinden' (happiness). Neben einer Kategorie der Grundbedürfnisse, die als Lebensstandard (level of living) definiert war, wurde die Kategorie der höheren Bedürfnisse der Lebensqualität abgegrenzt, die als 'Quality of life' bezeichnet wurde. Dieses mannigfaltige Konzept beinhaltete somit neben materiellen, immateriellen, objektiven und subjektiven Werten auch individuelle und kollektive Wohlfahrtskomponenten. Übergreifend betrachtet, hat sich das Konzept der LQ in den letzten beiden Jahrzehnten zu einem stark individuumsbezogenen Konzept gewandelt. Gleichzeitig ist die Etablierung verschiedener Schwerpunktbereiche zu verzeichnen, die im Folgenden weiter ausgeführt werden.

### 2.3.3 Aktuelle neuzeitliche Konzepte

Rückblickend auf die 60er Jahre hat sich das Konstrukt der Lebensqualität mittlerweile als populär und salonfähig herausgestellt und Einzug in den urbanen Sprachgebrauch gehalten. Basierend auf sozialwissenschaftlichen Ansätzen hat sich das Konzept der Lebensqualität mittlerweile zu einem strategischen und werbewirksamen Wirtschaftsgut gewandelt. Einen wesentlichen Anteil daran tragen die Phase der Wirtschaftsstagnation und die zunehmende Inflation, die dieser Entwicklung einen idealen Nährboden bieten. Daneben bestärkt das Interesse an einer Wiederbelebung alter Qualitäten zu Lasten neuzeitlicher Quantitäten die Gültigkeit und die Daseinsberechtigung des Lebensqualitätskonzeptes für den Einzelnen.

Retrospektiv betrachtet waren die Nachfrage und der Wunsch nach Selbstverwirklichung der optimalen Lebensbedingungen niemals so populär wie heute. Auf breiter Front wachsen medienwirksame Schlagworte wie 'Wellness' und 'Bio-Qualität'. Diese zieren neben Boulevardmagazinen, Einkaufsmärkten und Bäckereien ebenso alltägliche Nahrungsmittel wie Milchprodukte, Obst, Gemüse und verschiedenste Konsumartikel. Vermarktungsfähige Konzepte sprießen auf dem Nährboden streng biologisch erzeugter Produkte. Diese suggerieren dem Konsumenten nicht nur ein Mehr an Qualität sondern auch ein gesünderes, bewussteres und besseres Leben. Die Steigerung der Lebensqualität wird dabei zum Ausdruck für den Wunsch, es sich angesichts schlechter Zeiten besonders gut gehen zu lassen.

Im Zuge der Vermarktung des Lebensqualitätskonzeptes wurden im zunehmenden Maße auch die physischen Aspekte des Wohlbefindens fokussiert. Hinsichtlich der Terminologie werden die Begriffe 'Wellness' und 'Lebensqualität' mittlerweile äquivalent verwandt. In den vergangenen Jahren konnten sich im Rahmen dieser Entwicklung spezielle Berufszweige für Wellness und Gesundheitsmanagement etablieren, die sich in Berufsverbänden wie der *Awela*<sup>3</sup> oder dem *DWV*<sup>4</sup> organisiert zeigen. Zudem gibt es eine Vielzahl sogenannter Wellness-Akademien, die entsprechende Zertifizierungen und Ausbildungen in diesen Bereichen anbieten.

#### 2.3.4 Health related Quality of life (HRQL)

Von den Anfängen der Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung bis zum heutigen Kenntnisstand hat sich die Erforschung der LQ unter Berücksichtigung psychischer und sozialer Dimensionen vor allem mit den gesundheitsbezogenen Aspekten der Lebensqualität beschäftigt (vgl. Fletcher, 1992; Fitzpatrick, Fletcher und Gore, 1992; Guggenmoos - Holzmann et al., 1995). Die Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren hatte bis dato vorwiegend auf der Betrachtung objektivierbarer, klinisch somatischer Zielkriterien wie der Mortalität, der Morbidität und den klinischen Laborparametern basiert. Erst durch Arbeiten von *Furberg* und *Elinson* (1984) rückte die individuelle Gesundheit und der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand in den Vordergrund der Betrachtungen (s. Bullinger, Ravens-Sieberer und Siegrist, 2000). Im Zuge dieser Entwicklung kristallisierte sich im angloamerikanischen Sprachraum der Begriff der 'Health related Quality of Life' (HRQL) heraus (Schandry, 1993). Der Beginn der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung in Deutschland wird hingegen auf das Ende der 80er Jahre datiert

---

<sup>3</sup> Awela: Akademie für Lebensqualität und Gesundheitsförderung

<sup>4</sup> DWV: Deutscher Wellness Verband

(Bullinger und Pöppel, 1988). In der Anwendung und Evaluation der HRQL sah man sich anfänglich mit drei wesentlichen Problemen konfrontiert:

1. mit der grundsätzlichen Frage nach der Messbarkeit der Lebensqualität
2. mit der Frage nach der Konstruktion und Qualität der Messinstrumente
3. mit der Frage nach dem Nutzen, der durch diese Aussagen gewonnen werden kann

#### *Ziel und Nutzen der HRQL*

Das erklärte Ziel der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung war die empirische Abbildung des individuellen Gesundheitszustands (vgl. Bullinger, 1997). Das Konzept der HRQL berücksichtigte sowohl Populationen erkrankter als auch gesunder Kollektive von Individuen. Zudem ermöglichte es eine Bewertung klinischer und therapeutisch durchgeführter Interventionen. Aus subjektiver Sicht der Betroffenen entspricht die HRQL einem mehrdimensionalen Konstrukt, das aus körperlichen, emotionalen, mentalen, sozialen, spirituellen und verhaltensbezogenen Aspekten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit besteht (vgl. Schumacher, Klaiberg und Brähler, 2003). Das Konstrukt der HRQL umfasst insgesamt vier grundlegende Kategorien der Gesundheit (Patrick und Erickson, 1988):

1. die krankheitsbedingten körperlichen Beschwerden
2. die psychische Verfassung
3. die erkrankungsbedingten funktionalen Einschränkungen
4. die Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen

Über diese vier Grundbereiche hinaus definierte *Bullinger* (1991) weitere Komponenten des Befindens und Verhaltens, die bei der Erfassung der HRQL berücksichtigt werden können. Diese werden durch insgesamt fünf Kategorien repräsentiert und im Hinblick auf Wohlbefinden und Funktion interpretiert:

	<i>Wohlbefinden</i>	<i>Funktion</i>
<i>Physis</i>	Symptome	Mobilität
<i>Psyche</i>	Stimmung	Bewältigung
<i>Mental</i>	Fitness	Bedächtnis
<i>Sozial</i>	Einbindung	soziale Aktivität
<i>Verhalten</i>	zielführend	Rollenerfüllung

Tab.1: Interpretationsmodell der HRQL nach *Bullinger* (1991)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich mittlerweile als eigenständiges und reliables Evaluationskriterium in der Medizin entwickelt. Erfolgreiche Anwendung findet sie in unterschiedlichen Funktionsbereichen wie der medizinischen Soziologie, Psychologie, Gerontologie, Psychotherapieforschung und Rehabilitationsforschung (vgl. Ravens-Sieberer und Cieza, 2000). Die Popularität des Konstruktes der HRQL lässt sich anhand der Vielzahl medizinisch publizierter Arbeiten verdeutlichen. Während *Schumacher, Klaiberg und Brähler* (2003) bei einer Anfrage in der Online-Datenbank *Medline* unter der Verwendung des Suchbegriffs 'Quality of life' für den Zeitraum von 1966 - 2002 über 44.000 Arbeiten beschrieben, fanden sich auch in der psycho-logischen Literaturdatenbank *Psychinfo* im Jahre 2002 bereits über 11.000 Artikel (Schumacher, Klaiberg und Brähler, 2003). Gegenüber der bis zum Jahr 2002 existierenden Zahl von 47.000 Publikationen<sup>5</sup> wuchs diese Zahl auf über 72.000 Veröffentlichungen bis zum Jahre 2005.<sup>6</sup>

### 2.3.5 Erfassung der Lebensqualitätsdimensionen

Indikatoren der LQ-Dimensionen sind nach Auffassung von *Schäfer, Nölting und Illge* (2003) Faktoren wie der materielle Wohlstand, Freiheit, Gerechtigkeit und Sicherheit als auch Selbstverwirklichung, gesellschaftliche Teilhabe und Fürsorge. Bei der Erfassung subjektiver und objektiver Dimensionen der LQ stehen sowohl qualitative als auch quantitative Komponenten im Vordergrund. Dabei können die einzelnen Grundwerte auch im Widerspruch zueinander stehen: z.B. Freiheit vs. Gerechtigkeit oder Fürsorge vs. Selbstverwirklichung.

*Glatzer* (1990) beschrieb, dass die Lebensqualität einer Person angesichts der Vielzahl an Einflussfaktoren und der stark situativen und subjektiven Prägung als eine Art Leerformel zu betrachten ist. Entsprechend ist eine genaue Definition und Interpretation dieser erst nach ausreichender Spezifizierung und Operationalisierung der jeweiligen Indikatoren und Messinstrumente möglich (vgl. *Korczak*, 1995; *Noll*, 1997). Um valide und allgemeingültige Aussagen reproduzieren zu können, bedarf es dabei hoch sensitiver Messinstrumente, die dem Studienschwerpunkt entsprechend auf die zu untersuchenden Lebensqualitätsdimensionen abgestimmt sein sollten (*van Staveren*, 2001).

---

<sup>5</sup> Differenzierte Darstellung der betrachteten Zahlen unter Berücksichtigung des Zeitraums vom Jahre 2002 bis 07/2005; Quelle: *PubMed Library*.

<sup>6</sup> Nachforschungen des Autors unter dem Schlagwort „Quality of life“ bei der *PubMed Library* 07/2005.

## 2.4. Grundlegende psychologische und theoretische Konzepte

Wie bereits im Kontext der Erfassung der Lebensqualitätsdimensionen beschrieben, existieren zahlreiche Einflussfaktoren der Lebensqualität, die einer starken subjektiven Prägung unterliegen. Um valide Aussagen über die Lebensqualität der Medizinstudenten machen zu können, wurden neben dem Einfluss der psychischen und physischen Gesundheit außerdem Aspekte der Interaktion bzw. die Bedeutung sozialer Faktoren berücksichtigt. Unter Bezug auf die Studien zur Situation und den Belastungen der Medizinstudenten und Ärzte werden im Folgenden die hierbei zugrunde liegenden theoretischen Inhalte und relevanten psychologischen Konzepte vorgestellt.

### 2.4.1 Konflikte

Die Studienergebnisse zur Situation der Medizinstudenten beschreiben im Kontext der enormen Arbeitsbelastung und Leistungsvorgaben auch zeitliche Einschränkungen des Privatlebens. In diesem Zusammenhang spielen vor allem die Konflikte eine entscheidende Rolle, die sich aus den gegensätzlichen Anforderungen und Bedürfnissen der privaten und studentischen Rolle ergeben.

#### 2.4.1.1 Definition

Der Konstrukt 'Konflikt'<sup>7</sup> wird in den verschiedensten Wissenschaftsbereichen wie der Psychologie, der Psychiatrie, der Betriebswirtschaftslehre, der Soziologie und der Politikwissenschaft angewendet. Diese multimodale Anwendbarkeit verhindert nach *Glasl* (1997) eine allgemeingültige und einheitliche Definition. Den unterschiedlichen Definitionsansätzen ist jedoch gemein, dass der Begriff des Konflikts einen Antagonismus umschreibt. Dieser kennzeichnet das Gegenüberwirken zweier Antriebe (Schultz-Hencke, 1951). Allgemein stellen Konflikte einen bedeutenden Stressfaktor dar. Ein Konflikt kann nicht nur als Auslöser von Stress oder klinischen Symptomen gelten, sondern auch als dessen Begleiterscheinung auftreten. Als ursächlich dafür wird die Verminderung des aktiv gerichteten, problemorientierten Verhaltens bezeichnet. Gleichzeitig tritt ein ungerichteter oder vermeidender Verhaltensstil in den Vordergrund. Nach *Glasl* (1998) können Konflikte sowohl nützlich als auch schädlich sein und zu einer Verminderung der subjektiven Lebensqualität beitragen. Die Manifestation von Konfliktereignissen ist jedoch nicht an bestimmte Lebensphasen gebunden. Gewisse Lebensabschnitte wie die Adoleszenz und der Ruhestand werden aber oft als vermehrt konfliktbelastet bezeichnet. Nach *Krech et al.* (1992) existieren jedoch keine Studien, die eine allgemeingültige Aussage über die Konflikthäufung gewisser Lebensphasen ermöglichen.

---

<sup>7</sup> „Konflikt“, der; -[e]s, -e: lat. conflictus = Zusammenstoß, lat. conflare = zusammenschlagen, -prallen (Duden Deutsches Universalwörterbuch, 2005).

#### 2.4.1.2 Konfliktentstehungen

Die Entstehung eines Konfliktes bzw. den Konfliktprozess beschrieb *Benesch* (1995) als ein Aufeinanderstoßen zweier oder mehrerer Sachverhalte oder Verhaltenstendenzen. Die Konfliktentstehung ist immer auf einem Interessens-Gegensatz-Prinzip begründet (Regnet, 1992). Konflikte entstehen, sobald eine Person gleichzeitig inkompatible Ziele erreichen will. Werden bestimmte Zielobjekte gleichzeitig gewünscht oder gefürchtet oder wird ein Widerspruch zwischen Wissen und Tun empfunden, kann auch dies einen Konflikt auslösen. Die Verwendung des Konfliktbegriffs ist den Situationen und Ereignissen vorbehalten, in denen die Auflösung bestehender Strebungen aus unbestimmter Ursache nicht automatisiert und reibungslos verläuft. Konflikte sind dabei stets mit bestimmten Zielen verknüpft. Diese werden als sog. Zielobjekte bezeichnet.

#### 2.4.1.3 Konfliktsystematik

Die Betrachtung der Konfliktursache wird je nach Wissenschaftsansatz unterschiedlich definiert. Eine Definitionsmodell von *Glasi* (1998) beinhaltet die Einteilung nach subjektiven / persönlichen und objektiven / sachlichen Konfliktgegenständen oder Ursachen:

1. *objektive* (sachbezogene) Konflikte:
  - Ursachen oder Gegenstände außerhalb der Person bzw. biophysikalischer Art
2. *subjektive* (auf das Individuum bezogene) Konflikte:
  - Konflikte, die aus dem Menschen und seinem Wesen heraus entstehen

Gegenüber den umweltbezogenen, objektiven Konflikten beziehen sich die subjektiven Konflikte auf unterschiedliche Werte und Persönlichkeitseigenschaften eines Individuums. Diese berücksichtigen das Bewusstsein (Höher und Höher, 2000), die Wünsche, Bedürfnisse und Eigenschaften wie z.B. Ehrgeiz und Intoleranz, Habsucht, Herrschsucht und Unvollkommenheiten (Salman, 1998). Eine Sonderform subjektiver Konflikte stellen die gesellschaftlichen Konflikte dar, denen unterschiedliche, konkurrierende Gesellschaftsbilder zugrunde liegen (Bertelsmann, 1990). Unvereinbare Anforderungen, die aus einer oder zwei sozialen Rollen einer Person entstehen, werden als sogenannte Rollenkonflikte bezeichnet.

#### 2.4.1.4 Konfliktebenen

*Regnet* (1992) beschrieb, dass sich insgesamt zwei unterschiedliche Konfliktebenen voneinander abgrenzen lassen. Neben einer intrapsychischen / intrapersonalen Konfliktebene, die das Individuum betrifft, existiert eine weitere interpersonelle / soziale Konfliktebene, die sich auf die Inter-

aktion einzelner Individuen bezieht. Ein gewisses Maß an intrapersonalen Konflikten gilt nach *Ehrle* (1971) und *Moss* (1992) als förderlich für die Persönlichkeit, die Weiterentwicklung und Selbstverwirklichung eines Individuums.

Unter Betrachtung zeitlicher Dimensionen lassen sich die akuten, plötzlich auftretenden Konflikte von den chronischen und bereits länger andauernden Konflikten abgrenzen. Im Gegensatz zu den akuten Konflikten zeigen die chronischen Verläufe ein höheres gesundheitliches Gefährdungspotential. Dieses besteht sowohl für das Individuum selbst als auch für andere Personen im sozialen Netzwerk (Hoyer, Frank und Lauterbach, 1994; Ehrle, 1971). Neben den zeitlichen Differenzierungen besteht nach *Höher* und *Höher* (2000) und *Glasl* (1997) ein weiteres Unterscheidungsmerkmal des Konfliktes nach seiner psychischen Erscheinungsform:

1. der manifeste Konflikt (bewusst, offenkundig und formgebunden)
2. der latente Konflikt (unbewusst, schwelend und formlos)

Während der manifeste, bewusste Konflikt einer aktiven Beeinflussung zugänglich ist, entzieht sich der latente, unbewusste Konflikt der aktiven Beeinflussbarkeit und stellt somit ein erhöhtes Gefährdungspotential für das Individuum dar. Ursächlich dafür ist die fehlende Wahrnehmung und Verarbeitung des Konfliktobjekts. Das daraus resultierende Vermeidungsverhalten kann somit eine zusätzliche Konfliktbelastung bedeuten (Hoyer, Frank und Lauterbach, 1994).

#### 2.4.1.5 Konfliktstile und Konfliktlösung

Der jeweilige Umgang und das individuelle Verhalten in einer Konfliktsituation, das bei der Auseinandersetzung mit einem Konflikt zur Anwendung kommt, werden als Konfliktstil bezeichnet. Anhand der jeweiligen Vorgehensweise beschrieben *Hall* und *Hall* (1983) zwei unterschiedliche Ansätze:

1. die Orientierung an den persönlichen Zielen
2. die Orientierung an den sozialen Beziehungen

Neben der Ausrichtung eines Konfliktstils unterschieden *Blake* und *Mouton* (1964) fünf verhaltenstypisierende Konfliktstile. Die Systematik kann hierbei sowohl logisch-sachlich, emotional oder beziehungsorientiert sein und ist an der jeweiligen Kommunikationshaltung einer Person zu erkennen (Kellner, 1999):

- Konflikte vermeiden
- sich in Konflikten durchsetzen
- Kompromisse eingehen
- Konflikten nachgeben
- Konflikte kooperativ lösen

Die Maßnahmen zur Konfliktbewältigung orientieren sich an den zuvor vorgestellten Konfliktstilen eines Individuums. Per definitionem beschreibt die Konfliktlösung das Ziel der Verringerung bzw. die Beseitigung der dem Konflikt zugrunde liegenden Differenzen (Bertelsmann, 1990). Zur Lösung eines Konflikts können entweder Entscheidungen getroffen oder Kompromisse geschlossen werden. Dieses geschieht bei intrapsychischen Konflikten auf kognitiver Ebene. Interpersonelle Konflikte erfahren demgegenüber eine Verarbeitung auf Verhaltensebene. Während Diskrepanzen in der Konfliktlösung zu einer Störung des kognitiven Gleichgewichts führen können, wird durch eine Konfliktlösung das alte Gleichgewicht wiederhergestellt oder eine neue Situation geschaffen (Deutsch und Coleman, 2000).

Die Bewältigung einer Konfliktsituation kann durch Kooperation vereinfacht werden (Regnet, 1992). Diese bedarf einer ausreichenden Kommunikation, wobei die 'aktive Form' der Konfliktlösung als effektivste Form zur Auflösung eines Konfliktes bezeichnet wird (Kellner, 1999). Ein in diesem Zusammenhang heute häufig angewendetes integratives Modell zur Bewältigung von Konflikten wird als 'Coping' bezeichnet. Im Rahmen der Stressbewältigung wird dieses Modell im Detail betrachtet.

Generell problematisch ist die Lösung unbewusster Konflikte, die eine entscheidende Rolle bei der Entstehung psychischer und psychosomatischer Störungen spielt (Arbeitskreis OPD, 1996). Neben negativen oder destruktiven Aspekten können Konflikte nach *Coser* (1972) und *Deutsch* (1976) auch positive, sog. funktionale Auswirkungen haben. Durch Prozesse der Adaptation und Akkomodation können diese außerdem zu einer positiven Beeinflussung und Formung der Persönlichkeit beitragen (vgl. Piaget, 2000; Fiedler, 2001).

#### 2.4.2 Stress

Bei der Frage nach den lebensqualitätsbestimmenden Faktoren im Medizinstudium werden das hohe Maß der Leistungsanforderungen und der Leistungs- und Prüfungsstress als Hauptstressoren der universitären Ausbildung bezeichnet (vgl. Vitalino et al., 1988; Wolf et al., 1991; Mosley, et

al., 1994; Ashton und Kamali, 1995; Vaz, 1998; Jurkat, Reimer und Schröder, 2000; Sherina, Rampal und Kaneson, 2004). Sowohl der individuelle Leistungsanspruch, als auch die frequenten Prüfungsphasen und der wachsende Leistungs- und Zeitdruck erfordert ein erhebliches Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. Als Zeichen einer unzureichenden Stressbewältigung und einer chronischen Stressbelastung gelten Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit. Dieses kann zu psychischen und physischen Symptomen führen, die sich in Schlafproblemen, Erschöpfungs- und Angstzuständen sowie Depressionen manifestieren können. Auch wurde in diesem Kontext über Substanzmissbrauch, Burn-Out und Suizid berichtet (Zoccolillo, Murphy und Wetzell, 1986; Kirsling, Kochar und Chan, 1989; Mosley et al., 1994; Stewart et al., 1997; Reimer, Jurkat und Schröder, 2000 und Sakic, 2005).

#### 2.4.2.1 Definition

Trotz einer Vielzahl theoretischer Erklärungsmodelle existiert für das Konstrukt 'Stress' bisher noch keine allgemeingültige Definition (s. Laux, 1983; Schumacher et al., 2002). Die Zahl wissenschaftlicher Definitionsansätze, die sich laut *Seefeldt* (2002) auf über 200 beläuft, zeigt im Kern jedoch eine Gemeinsamkeit (s. Janke, 1976; Ulich, 1983; Greif, 1991). *Schröder* (1996) beschrieb dazu, dass Stress als physiologisch und psychologisch essentielle Zusatzleistung eines Individuums verstanden werden kann, mit der versucht wird, bestehende Problemlagen zu bewältigen.

#### 2.4.2.2 Geschichtliche Hintergründe

Die Stress-Grundlagenforschung geht auf humanwissenschaftliche Erkenntnisse des US-amerikanischen Physiologen *H.B. Cannon* (1871-1945) zurück. Popularität erlangte der Begriff 'Stress' allerdings erst in den 50er Jahren durch Publikationen des Humanmediziners *H. Selye* (1907 - 1982). Dessen Erkenntnisse und Definitionen des genannten 'Stress-Syndroms' und '*Allgemeinen Adaptationssyndrom*' (AAS) galten seinerzeit als revolutionäre, wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Gebiet der Stresslehre.

#### 2.4.2.3 Stresskonzepte

Trotz der Fülle vorhandener Stresskonzepte hat sich der 'transaktionale Ansatz' von *Lazarus* als international anerkanntes, kognitives Stresskonzept etabliert (Lazarus und Launier, 1978; Lazarus und Folkman, 1984). Stress wird dabei als ein relationales Konstrukt betrachtet, dass zwischen einer Person und ihrer inneren und äußeren Umwelt besteht. Der 'transaktionale Prozess' beinhaltet den individuellen Vorgang der Auseinandersetzung und die Bewältigung der externen oder internen Anforderungen der Umwelt. Wird die Auseinandersetzung mit den Anforderungen

vom Individuum als bedrohlich, schädigend, herausfordernd oder unüberwindbar empfunden, führt dies zur Entstehung von Stress. Neutrale oder positive Bewertungen der Anforderungen lösen dahingegen keine Stressimpulse aus. Ob sich eine Anforderung an das Individuum letztlich als Stress herausstellt, orientiert sich am Resultat eines individuell unterschiedlichen Bewertungsprozesses. Eine Abbildung und Darstellung dieser Zusammenhänge ermöglicht das Modell der Stresskaskade von *Lazarus*:

1. *primäre Bewertung* (primary appraisal) - Bewertung und Kategorisierung einer Anforderung als irrelevant, angenehm positiv oder unangenehm stressbedingend. Liegen stressbedingende Anforderungen vor, erfahren diese eine weitere Differenzierung in positiv herausfordernden Stress (Eu-Stress) oder bedrohenden, überfordernden Stress (Dis-Stress).
2. *sekundäre Bewertung* (secondary appraisal) - Bewertung als Reaktion auf eine als stressbedingend-kategorisierte Anforderung nach primärer Bewertung. Prüfung der eigenen Ressourcen, die zur Überwindung und Bewältigung der Anforderung zur Verfügung stehen. Diese können sowohl intellektueller, materieller, körperlicher als auch sozialer Natur sein.
3. *Neubewertung* (reappraisal) - Abschließende Bilanzierung des Erfolgsmaßes nach unternommenen Bewältigungsmaßnahmen im Sinne einer Beurteilung des Ist-Zustandes. Schlussfolgerungen daraus können modellhaft einem Erfahrungsgewinn für zukünftige, ähnliche Anforderungen dienen.

#### 2.4.2.4 Stressoren und Stresssignale

Im Alltag wirkt eine Vielzahl von Stressreizen auf das Individuum ein. Definitionsgemäß werden diese als 'Stressoren' bezeichnet. Diese können unterschiedlicher Struktur und Ursache sein. Neben beruflich bedingten sog. leistungs- und arbeitsplatzbezogenen Stressoren existieren auch ungerichtete äußere Stressreize. Dazu gehören neben Reizarmut und Reizüberflutung auch Schmerzreize und Gefahrensituationen. Situative Stressoren, z.B. Mangel, Verlust oder Entzug können für das Individuum Einschränkungen der eigenen Bedürfnisse bedeuten. Nach *Janke* (1976) existieren außerdem soziale Stressoren wie Konflikte und Ungewissheit, denen eine besondere Relevanz bei der Entwicklung von Stressreaktionen zugeschrieben wird. Die zeitlichen Wirkungen von Stressoren sind dabei für die Dauer der Stressreaktion entscheidend. Unter diesem Aspekt lassen sich nach *Elliot* und *Eisdorfer* (1982) vier Arten von Stressoren unterscheiden:

1. die akuten und zeitlich begrenzten Stressoren (acute time limited stressors)
2. Sequenzen von Stressoren (stressor sequences)
3. die chronisch-intermittierenden Stressoren (chronic intermittent stressors)
4. die chronisch-persistierende Stressoren (chronic persistent stressors)

Wie beschrieben stellt Stress eine Reaktion auf bestimmte Anforderungen der Umwelt dar, die in ihrer Entstehung neben der kognitiven Bewertung des Stressors vor allem auf der Abwägung vorhandener Ressourcen beruht (s. Zimbardo und Gerrig, 1999). Neben der kognitiven Auseinandersetzung bewirkt Stress auch körperliche Zusatzregulationen des Organismus. Diese werden als 'Stresssignale' bezeichnet und können sich in für die Umwelt sichtbaren, körperlichen und psychischen Reaktionen des Individuums äußern (s. Schwarzer, 2001).

#### 2.4.2.5 Stressreaktionen

Die akute Stressreaktion ist als Antwort des Organismus auf eine vorliegende Stresssituation zu verstehen. Diese kann auf emotionaler, kognitiver, verhaltensbezogener oder auf körperlicher Ebene ablaufen (Reschke und Schröder, 2001). Liegt eine chronische Stresssituation vor, können daraus für den Organismus potentiell schädigende Einbußen körperlicher oder psychischer Art resultieren (s. Frankenhäuser, 1978; Uexküll, 1979; Christensen und Shenk, 1991; ILO<sup>8</sup>, 1992). Diese können zu einer Demarkierung problematischer Persönlichkeitseigenschaften führen und sich in Verhaltensänderungen wie Rigidität, Intoleranz, Ängstlichkeit und Dominanz äußern (vgl. Bodenmann, 2002; Schwarzer und Rieckmann, 2002). Gerade im Zusammenhang mit der Prävalenz von Erkrankungen wird Stress als Hauptfaktor angegeben. Erkrankungen wie Herzinfarkt, Bluthochdruck, Magen-Darm-Leiden, Schlafstörungen und Erschöpfungszustände als auch Angstneurosen, Depressionen und Burn-Out gelten sogar als stressassoziierte Krankheitsbilder.

#### 2.4.2.6 Stressphysiologie

Studien auf molekularer Ebene belegen eine durch Stress getriggerte, neurophysiologische Reaktion des Organismus, die in einer vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen resultiert. Dazu zählen ACTH, Cortisol, Adrenomedullin, Leptin und Nitrate (s. Al-Ayadhi, 2005). Diese äußern sich in negativen Beeinträchtigungen der Immunfunktion und in einer erhöhten Infektanfälligkeit des Organismus. Dem Hormon Cortisol wird im Kontext der akuten Stressreaktion eine Schlüsselrolle zugeschrieben (Glaser et al., 1987 und 1991). Im Unterschied zu

---

<sup>8</sup> (ILO) - International Labour Organization (Internationale Arbeitsorganisation): Eine seit 1946 bestehende Sonderorganisation zur Reglementierung und Verordnung von Arbeitsrichtlinien mit weltweiter Vertretung der Vereinten Nationen.

akutem Stress führt chronischer Stress zu einer Modulation des Cortisol-Stoffwechsels, der physiologischerweise einer zirkadianen Rhythmik unterliegt.

#### 2.4.2.7 Persönlichkeitstypen

Betrachtet man die unterschiedliche Stressanfälligkeit von Individuen und die Prävalenz und Morbidität stressassoziierter Erkrankungen, so stehen diese in einem Zusammenhang mit den unterschiedlichen Persönlichkeitstypen. Gleiches gilt für die Manifestation psychopathologischer Reaktionsmuster wie depressive Symptome, Aggression, Angst und sozialer Rückzug (vgl. Weissinger, 1996).

*Friedmann* und *Rosemann* (1975) definierten unterschiedliche Persönlichkeitstypen, *Typ-A*, *Typ-B* und *Typ-C*, die durch charakteristische Verhaltensmuster gekennzeichnet sind. Der in der Arbeitswelt gefragte *Typ-A*-Charakter zeichnet sich insbesondere durch eine starke Neigung zu Leistungsstreben, Perfektionismus, aggressives Erfolgsstreben und Konkurrenzdenken aus. Dies geht mit einer vermehrten Adrenalinausschüttung einher, wodurch dieser Typ am häufigsten zu chronifizierendem Stress und psychosomatischen Störungen neigt. Der *Typ-B*-Charakter grenzt sich demgegenüber durch ein Mehr an innerer Ruhe und Entspanntheit ab. Im direkten Vergleich tendiert er weniger zu pathologischen Verhaltensstörungen und Erkrankungen. Der *Typ-C*-Charakter, auch als Cortisol Typ bezeichnet, reagiert auf Belastungen eher passiv und neigt bei anhaltendem Stress eher zu depressiven Störungen. Der erhöhte Cortisolspiegel wirkt sich zudem immunsupprimierend aus und geht mit einer erhöhten Infektanfälligkeit einher (vgl. Schedlowski, 1994; Kallus et al., 1995).

Neben dem Modell von *Friedmann* und *Rosemann* (1975) existiert außerdem ein vereinfachtes Persönlichkeitsmodell, das neben dem erlebten Stress auch den Umgang mit den Stressereignissen berücksichtigt und die Ausbildung psychischer Symptome beschreibt (Vitalino et al., 1988; Miller und Surtees, 1991):

1. *Resistors* (Stresslevel beginnen und enden niedrig)
2. *Persistors* (Stresslevel beginnen und bleiben hoch)
3. *Adapters* (Stresslevel beginnen hoch und enden niedrig)
4. *Maladapters* (Stresslevel beginnen niedrig und enden hoch)

### 2.4.3 Bewältigung (Coping)

Der Umgang der Studierenden mit den Anforderungen und Stressoren des Studiums zeigt unterschiedliche Bewältigungsstrategien, die in Abhängigkeit des Geschlechts, des Alters und des Studienfortschrittes variieren. Einfluss auf die individuellen Bewältigungskonzepte haben neben prädisponierenden Faktoren und vulnerablen Persönlichkeitsstrukturen (Stewart et al., 1997) auch psychosoziale Aspekte und sog. 'stressful life events' (s. O'Neil, Lancee und Freeman, 1986). Einen weiteren Einfluss hat daneben auch die familiäre Prädisposition für psychische Erkrankungen (Zocolillo, Murphy und Wetzell, 1986).

#### 2.4.3.1 Definition

Die Bewältigungsreaktion ist eine individuell unterschiedliche Verhaltensweise, die eingesetzt wird, um die Effekte einer vorhersehbaren oder bereits erfahrenen Stresssituation zu lenken bzw. zu kontrollieren (vgl. Stone und Neale, 1984). Bewältigung ist als funktionales Verhalten im Sinne eines dynamischen Prozesses zu verstehen. Dieser spezifiziert sich nach *Braukmann* und *Filipp* (1984) am jeweiligen Anlass und an der entsprechenden Zielvorgabe. Hierbei lässt sich das Bewältigungsverhalten in seiner Erscheinungsweise im Allgemeinen nicht von anderen ungerichteten Verhaltensweisen abgrenzen (vgl. Schröder, 1986).

Ob sich eine Copingstrategie als geeignet oder ungeeignet erweist, orientiert sich an der Art der Stresssituation und dem gewünschten Bewältigungsziel. Unzureichende und inadäquate oder vermeidende Bewältigungsstrategien wie Verleumdung, Vermeidung oder Projektion führen zu einer erhöhten Prävalenz und Morbidität für psychische und physische Erkrankungen (Stewart et al., 1997).

#### 2.4.3.2 Bewältigungsstrategien

In der Auseinandersetzung eines Individuums mit einer stressauslösenden Anforderung können unterschiedliche Strategien zur Anwendung kommen. Nach *Lazarus* (1991) werden zwei Funktionstypen unterschieden. Diese lassen sich nach Struktur und ihrer Konzeption in das 'problemorientierte / sachliche' und das 'intrapsychische / emotionale' Coping einteilen:

1. Das 'problemorientierte Coping' ist aufgabenbezogen und führt durch aktive, aktionale Verhaltensreaktionen wie Angriff oder Flucht zu einer unmittelbaren Veränderung der Situation.

2. Das 'intrapsychische/emotionszentrierte Coping' ist eine kognitive Auseinandersetzung, die durch Mechanismen der psychischen Abwehr wie Verdrängung, Rationalisierung, Verleugnung und Bagatellisierung auf die Reduktion negativer Emotionen ausgerichtet ist.

Neben diesen beiden Kategorien beschrieben *Laux* und *Weber* (1990) eine weitere expressive Bewältigungsform, die als Subkategorie des problemorientierten / aktionalen Coping betrachtet wird. Diese betrifft den Ausdruck von Emotionen wie die Entladung von Frustration und ist hauptsächlich im Kontext der interaktionsbezogenen, interpersonalen Bewältigung bedeutsam.

Vergleicht man die unterschiedlichen Strategien der Bewältigung miteinander, so wird das intrapsychische Coping im Allgemeinen als weniger effektiv beschrieben. Dieses wird darauf zurückgeführt, dass die Ursache der Bedrohung durch diese Art der Bewältigung nicht beseitigt wird und die Konfliktlösung lediglich zu einer temporären Veränderung der Ausgangssituation führt (vgl. Gebert und Rosenstiel, 1996).

#### 2.4.3.3 Adaptation

Nach Erkenntnissen von *Wolf* (1994) erfahren die individuellen Copingstrategien erst durch die Bewältigung unterschiedlicher Stresssituationen ihre volle Anpassung und Ausprägung. Im Rahmen dieser Anpassungsvorgänge kommt es im Laufe des Studiums zu einem Prozess, der zu konzeptionellen Veränderungen der individuellen Persönlichkeits- bzw. Charaktermerkmale beiträgt (Huxham, Lipton und Hamilton, 1985; Wolf et al., 1989; Wolf, 1994). US-amerikanische Studien bei Studenten mit *Typ-A* Persönlichkeitsmerkmalen beschrieben für die ersten beiden Studienjahre eine signifikante Verminderung typisierender Charaktermerkmale wie Ungeduld, Zeitdruck und aggressives Verhalten. Im dritten Studienjahr wurde dahingegen eine signifikante Zunahme dieser Persönlichkeitseigenschaften bemerkt (Wolf und Kissling, 1984).

#### 2.4.4 Soziale Ressourcen

Der Begriff der 'Ressource' beschreibt ein Konstrukt, zu dem zahlreiche Definitionsansätze angegeben werden. Der Ansatz der 'Schutzschildhypothese' geht von der Existenz protektiver Faktoren aus, die ein Individuum vor schädlichen Einflüssen potentieller Stressoren bewahren (vgl. Udris et al., 1992; Bengel, Strittmatter und Willmann, 1999). Die 'Pufferhypothese' beschreibt die Funktion der Ressource im Sinne eines Puffers, die in Stresssituationen somit zu einer Verringerung der Belastungseffekte führt (s. Seiffge-Krenke, 1994; Schwarzer und Jerusalem, 2002).

Ähnlich der Anwendung in der Gesundheitspsychologie findet der Begriff der Ressource in dieser Arbeit ausschließlich im sozialen Kontext Anwendung. Hierbei werden die Begriffe des *sozialen Netzwerks*, der *sozialen Unterstützung* und der *sozialen Beziehungen* nochmals gesondert betrachtet. *Hornung* und *Gutscher* (1994) bezeichneten diese als Faktoren, die einen erheblichen Anteil zur Erhaltung der individuellen Gesundheit beitragen.

## 2.4.5 Soziale Netzwerke

### 2.4.5.1 Definition

Das Konstrukt des sozialen Netzwerks betrachtet eine Person als zentralen Knotenpunkt im Netz einer Zahl von Individuen, die in einer bestimmten Beziehung zu dieser Person stehen (Bachmann, 1998; Bachmann et al., 1999). Die Stabilität eines sozialen Netzes wird durch die Dauerhaftigkeit der Beziehungen und die Intensität der sozialen Interaktionen definiert. Das soziale Netz, das nach *Preisendörfer* (1995) auf dem *Prinzip des sich Wiedersehens* basiert, umfasst die Interaktion der Individuen untereinander und gewährleistet neben Aufmerksamkeit und Anerkennung auch emotionale Unterstützung in Problemsituationen (Schwarzer, 2000). Die emotionale Bereicherung hilft sowohl negative Gefühle zu vermeiden als auch positive zu verstärken (Schilling und Wahl, 2002).

*Holahan et al.* (1997) bezeichnete die soziale Integration in einem Netzwerk als unabdingbare Voraussetzung für die Stabilität und das Wohlbefinden eines Individuums. Gleichzeitig bedeutet das Fehlen oder eine mangelnde Verfügbarkeit dieser Ressource eine Reduktion wichtiger Puffer- und Schutzeffekte in Stress- und Konfliktsituationen. Für das Individuum können daraus vor allem Defizite für die Prozesse der Stressbewältigung und der Stressverarbeitung resultieren (Holahan et al., in Zeidler und Endler, 1999; Reschke und Schröder, 2000). Entgegen den positiven und protektiven Eigenschaften eines sozialen Netzwerks, kann sich dieses auch als Überforderung herausstellen und sich als zusätzlicher Stressor und als Belastung des Individuums darstellen (Zapf und Frese, 1991).

### 2.4.5.2 Struktur

Die Struktur eines sozialen Netzes kann in verschiedene Ebenen unterteilt werden. *Lareiter* (2002) beschrieb insgesamt vier Säulen des sozialen Netzwerks:

1. die Struktur - die Größe, Vernetzung und Dichte
2. die Relation - die Interaktion (Art, Dauer und Frequenz der Beziehungen)
3. den Inhalt - die Funktion (Kontakt, Unterstützung und Belastung)
4. die Evaluation - die Zufriedenheit und Geborgenheit

Die Höhe des vorhandenen Sozialkapitals orientiert sich dabei sowohl an der Größe des Netzwerks als auch an der Qualität der Interaktion der Mitglieder. Eine besondere Rolle spielt hierbei die Dichte und Vernetzung der Interaktionspartner untereinander. Der positive Output eines intakten Netzwerks orientiert sich nach *Lin* (2001) vor allem an der Zahl der vorhandenen Beziehungen von Menschen aus möglichst unterschiedlichen Bereichen.

Allgemein stellen soziale Netzwerke die objektive Basis für 'die soziale Integration' und 'die soziale Unterstützung' eines Individuums dar. Gleichzeitig können mit Hilfe dieser beiden theoretischen Konstrukte Aussagen über die Funktion, die Qualität und die Bedeutung der sozialen Netzwerke für ein Individuum gemacht werden (House, 1987).

#### 2.4.5.3 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung kann als die Summe der sozialen Interaktionen eines Netzwerks betrachtet werden. Die subjektive Wahrnehmung und die Bewertung der sozialen Interaktionen stellen die maßgeblichen Kriterien der sozialen Unterstützung dar (Sommer und Fydrich, 1989). Die Funktion dieser liegt nach *Veiel* und *Baumann* (1989) vor allem in der Befriedigung und Erfüllung der individuellen Bedürfnisse.

Neben dem Vorhandensein eines Netzwerks tragen gerade die strukturellen Merkmale maßgeblich zur Qualität der sozialen Unterstützung bei (vgl. Marbach, 1994; Kohli und Künemund, 2001). Diese Unterstützung ist allerdings nicht per se vorhanden, sondern von den Handlungsressourcen und der Verfügbarkeit sozialer Netzwerke abhängig (Sommer und Fydrich, 1988). Entgegen den vorwiegend positiven Aspekten kann sich die soziale Unterstützung aber auch als negativ wirksam darstellen und als Bedrohung des eigenen Selbstwertgefühls oder als Gefährdung der Selbstständigkeit und Autonomie wahrgenommen werden (Künzel-Schön, 2000).

#### 2.4.5.4 Kriterien sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Darunter werden auch Ressourcen verstanden, die von anderen Personen zur Bewältigung schwieriger oder überfordernder Situationen zur Verfügung gestellt werden. Im Sinne einer zwischenmensch-

lichen Transaktion ergeben sich daraus unterschiedliche Modalitäten sozialer Unterstützung (House, 1987; Künzel-Schön, 2000):

1. die emotionale Beziehung (z.B. mögen, lieben oder sich einfühlen)
2. die instrumentale Hilfe (z.B. Güter und Dienstleistungen)
3. die Information (z.B. über die Umwelt)
4. die Abschätzung (z.B. Informationen, die für die Selbstbewertung von Bedeutung sind)

#### 2.4.6 Soziale Beziehungen

Wie auch bei den sozialen Netzwerken beschrieben, ist eine Trennung der Konstrukte der sozialen Beziehungen und der sozialen Unterstützung aufgrund ihrer strukturellen Gehalte nur stark eingeschränkt möglich. *Bachmann* (1998) beschrieb dazu, dass die diversen Beziehungsarten innerhalb eines sozialen Netzes in ganz unterschiedlichem Maße Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden nehmen.

Unter diesen Gesichtspunkten wurden in dieser Arbeit partnerschaftliche Beziehungen auf Zusammenhänge mit der Lebensqualität untersucht. Wie auch *Jurkat, Reimer* und *Schröder* (2000) beschrieben haben, tragen diese in einem besonderen Maße zum Erhalt der psychischen Integrität eines Individuums bei.

#### 2.4.7 Partnerschaft

##### 2.4.7.1 Definition

Eine Partnerschaft gilt als die intimste soziale Beziehungsform und als einer der wichtigsten Werte für das Lebensglück eines Individuums (s. *Köcher*, 1993). Der Austausch sozialer Unterstützung in einer Partnerschaft ist im Idealfall durch das Prinzip der 'Reziprozität' gekennzeichnet, das ein Gleichgewicht von Geben und Nehmen voraussetzt (*Marbach*, 1994). Nach *Asendorpf* und *Banse* (2000) definieren sich Partnerschaften sowohl durch die Sexualität als auch durch die Abhängigkeit und Bindung der Beziehungspartner. Die Entstehung und die Stabilität einer Partnerschaft beruht vor allem auf der Homogenität der Partner untereinander (vgl. *Bierhoff* und *Grau*, 2000). Starke Abweichungen und Konflikte zwischen den Partnern gelten derweil als integritätsgefährdende und destabilisierende Faktoren einer Partnerschaft (*Flüssmeier*, 1995; *Gottmann*, 1994; *Larson* und *Olson*, 1989). Daneben haben Studien auch einen signifikanten Zusammenhang

zwischen einer erhöhten Prävalenz von Partnerschaftsstörungen und psychischen und physischen Störungen der Partner beschrieben. Obwohl eine intakte Partnerschaft nicht per se mit einer besseren Gesundheit einhergeht, haben *Assh* und *Byers* (1996) und auch *Groth et al.* (2000) für instabile und unglückliche Beziehungen im Durchschnitt mehr gesundheitliche Probleme angegeben.

#### 2.4.7.2 Bindungstheorie

Der 'Bindungstheorie' von *Bowlby* (1969) zufolge werden die späteren Beziehungsmuster und Partnerschaftsmodelle bereits in frühester Kindheit internalisiert. Dabei werden vier Bindungsstile unterschieden (*Asendorpf und Banse, 2000; Bierhoff und Grau, 1999*):

1. sicher abhängig
2. sicher unabhängig
3. ängstlich unabhängig
4. ängstlich abhängig

Dem Modell nach bieten Partner mit einem sicheren Bindungsstil eine gute Voraussetzung für eine stabile Beziehung. Die Partnerschaft selbst ist hier durch eine hohe Homogenität der Partner untereinander gekennzeichnet. Daneben trägt eine starke Heterogenität der Partner zu einem Bindungsverhalten bei, das als unsicherer Bindungsstil bezeichnet wird und als ursächlich für die Entstehung von Partnerkonflikten gilt (*Pistole, 1994*).

#### 2.4.7.3 Partnerschaftskonzepte

Definitionsgemäß wird eine intime Partnerschaft durch die Komponenten der 'Beziehungsqualität' und der 'Beziehungsstabilität' bestimmt. Die Beziehungsqualität stützt sich auf subjektive Parameter wie die Zufriedenheit, Erfolg und Glück in der Beziehung, die mittels Selbsteinschätzung erhoben werden können (*Karney und Bradbury, 1995*). Die Beziehungsstabilität beschränkt sich hingegen auf den objektiven Status einer Partnerschaft. Dieser kann als stabil und anhaltend oder als instabil und vorübergehend bezeichnet werden. Obwohl inhaltlich keine Überschneidungen dieser Konstrukte bestehen, sind diese in ihrer Bedeutsamkeit untrennbar. Die Beziehungsqualität hat insgesamt eine höhere Wertigkeit und einen größeren Effekt auf die Beziehungsstabilität als umgekehrt (*Karney und Bradbury, 1995*).

Andere Konzepte wie 'die soziale Austauschtheorie' berücksichtigen als Klassifikationskriterien einer Partnerschaft vor allem die sozialen Interaktionsprozesse. *Levine* (1976) beschrieb drei Determinanten, die den Erhalt bzw. die Trennung einer Partnerschaft bedingen:

1. die *Attraktivität* der Beziehung (diese wird gesteigert durch Belohnung wie z.B. sexuelle Erfüllung)
2. die *Alternativen* (das Single-Dasein, andere Partner oder beruflicher Erfolg)
3. die *Barrieren* (der soziale Druck oder religiöse und moralische Konflikte)

Wie bei einer Kosten-Nutzen-Rechnung beurteilt jeder Partner, wie die Qualität der bestehenden Beziehung einzuschätzen ist. Das Ergebnis dieser Bewertung entscheidet letztlich über den Fortbestand oder die Beendigung der Partnerschaft.

#### 2.4.7.4 Sozialer Stress

Stress in einer Partnerschaft ist eine Sonderform von 'sozialem Stress'. Die hohe Intimität und Nähe zwischen den Interaktionspartnern bedingt eine gemeinsame Betroffenheit der Beziehungspartner. Mögliche Stressfolgen manifestieren sich für die Beziehungspartner in erheblichen Einbußen der Zeit für Gemeinsamkeit und gemeinschaftliche Aktivitäten (Karney und Bradbury, 1995; Christensen und Shenk, 1991; Bodenmann, 2003).

*Bodenmann, Perrez und Gottmann* (1996) beschrieben eine durch Stress bedingte Minderung der Kommunikationsqualität von ca. 40%, die zu einer erheblichen qualitativen Beeinträchtigung der partnerschaftlichen Kommunikation führt. Die Interaktion verläuft oberflächlicher, zudem sinkt das Akzeptanzniveau für andersartige Ansichten und Äußerungen des Beziehungspartners. Als weitere Stressfolge nehmen sowohl positives Verhalten als auch aktive positive Verstärkungen des Partners wie z.B. Lob, Komplimente, Zustimmung oder Wertschätzungen deutlich ab. An ihre Stelle tritt ein negativ geprägter Kommunikationsstil, der bei unzureichend ausgebildeten Bewältigungsmechanismen in eine 'paraverbale Negativität'<sup>9</sup>, wie einen sarkastischen oder lauten, aggressiven Tonfall umschlagen kann. Dieser Kommunikationsstil wird als nachhaltig schädigend beschrieben, da verbal keine negativen Inhalte kommuniziert werden und der negative Gehalt dadurch nochmals gesteigert wird (Gottman, 1994). Infolge dessen fühlt sich der Partner zurückgewiesen. Dieses trägt zu einer wesentlichen Irritation des Wir-Gefühls bei und geht mit einer zusätzlichen Schädigung des Vertrauens und einer Minderung des Verlangens nach emotionaler partnerschaftlicher Intimität einher (Bodenmann, Perrez und Gottmann, 1996). Dabei wird

---

<sup>9</sup> „Paraverbale Kommunikation enthält die nicht-inhaltlichen, hörbaren Bestandteile des Sprechens wie z.B. die Sprachmelodie, den Sprachfluss, die Tonhöhe, den Dialekt oder das Sprachniveau“ (Kreuzbauer und Madella-Mella, 2004).

gerade diese intime Form der zwischenmenschlichen Begegnung als besonders relevant für die Stabilität von Partnerschaften beschrieben (vgl. Antill und Cotton, 1987 in Bodenmann, 2001).

Neben diesen kommunikationsbedingten Belastungsaspekten einer Partnerschaft beschrieb *Bodenmann* (2000 und 2002) pathologische stressassoziierte Mechanismen. Das Modell der 'Stress-Scheidungstheorie' beinhaltet neben zeitlichen und kommunikativen auch gesundheitliche Defizite des Partners, die zu Beeinträchtigungen der Partnerschaft führen. Eine chronische Belastung der Gesundheit eines Beziehungspartners korreliert dabei negativ mit der Qualität der Partnerschaft (s. Burman und Margolin, 1992). Weitere Belastungsfaktoren sind ein vermehrter Pflegeaufwand und eine erhöhte Rücksichtnahme die zu Einschränkungen der gemeinsamen Aktivitäten sportlicher, sozialer, kultureller und sexueller Natur führen (Manne und Zautra, 1990 in Bodenmann, 2001).

#### 2.4.7.5 Dyade und dyadisches Coping

In der Psychologie und Anthropologie wird der Begriff der Dyade sinnbildlich für die Bezeichnung einer Zweiergruppe oder die Konstellation einer Paarbeziehung verwandt. Von besonderem Interesse ist die dyadische Beziehung in einer Partnerschaft, die sich nach *Lenz* (2003) durch einen gewissen Hang zur Sentimentalität auszeichnet und sich durch fünf Kriterien kennzeichnet. Neben einer gewissen Vorstellung der Einmaligkeit, Intimität und Hingabe spielt hierbei auch die Vorstellung der Ungebrochenheit und Mortalität der Dyade eine wichtige Rolle.

#### *Dyadisches Coping*

Das dyadische Coping ist eine Form der interpersonellen Belastungsbewältigung, die als interaktives Zusammenspiel der Bewältigungsstrategien der Beziehungspartner zu verstehen ist. Es wird meist flankierend zu den individuellen Bewältigungsstrategien eingesetzt und in Anspruch genommen, wenn sich die eigenen Copingressourcen als unzureichend herausgestellt haben. Je häufiger ein Paar es bewerkstelligt Belastungen dyadisch zu bewältigen, desto höher ist auch das generelle Funktionsniveau eines Paares. Gleichzeitig konnte *Bodenmann* (1998a) im Rahmen einer Längsschnittstudie für Paare mit schwach ausgeprägten dyadischen und individuellen Copingkompetenzen eine wachsende Beziehungsunzufriedenheit nachweisen. Für die Stabilität und die Zufriedenheit im Verlauf der Partnerschaft wird das dyadische Coping der Beziehungspartner als maßgebliches Kriterium bezeichnet (Bodenmann, 1995, 1998a und 1998b).

### *Copingkonzepte*

Als dyadische Copingkonzepte gelten nach *Lenz* (2006) die Ansätze des beziehungsbezogenen Copings von *Coyne* und *Smith* (1991), das empathische Coping von *DeLongis* und *O'Brien* (1996) sowie das dyadische Coping von *Bodenmann* (2000). Der Ansatz von *Bodenmann* basiert vor allem auf der stresstheoretischen Sichtweise des transaktionalen Stresskonzepts von *Lazarus* (s.o.). Nach *Bodenmann* (2001) existieren insgesamt drei Reaktionsebenen der emotionsbezogenen dyadischen Interaktion:

1. Das *supportive dyadische Coping* berücksichtigt neben Stresssignalen des einen Partners ebenso verbale oder nonverbale Reaktionen des anderen Partners auf diese Stress-äusserungen.
2. Das *delegierte dyadische Coping* vermittelt und delegiert Anforderungen in Belastungssituationen an den Partner.
3. Das *gemeinsame dyadische Coping* ermöglicht eine gemeinsame Bewältigung der Belastungssituation durch beide Beziehungspartner.

Je besser es dem einzelnen Partner bzw. der Dyade gelingt, Stressoren im beruflichen und privaten Umfeld effizient zu bewältigen und Stress zu vermeiden, desto stabiler ist auch die Konstellation der Partnerschaft. Ein anhaltend dysfunktionales und eskalatives dyadisches Coping führt zu Unzufriedenheit und zur Trennung der Partnerschaft (*Bodenmann*, 2003).

### 3. Fragestellungen und Hypothesen

Unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten aktuellen Situation der Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland sollen anhand der Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit Aussagen zur Lebensqualität von Medizinstudenten getroffen werden. Als Leitfaden für die folgenden Fragestellungen und Hypothesen gelten die im Kapitel zwei eingeführten theoretischen Konzepte.

#### 3.1 Fragestellungen

- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der LQ der Studierenden und den Anforderungen und Belastungen im Studium? Zeigen sich hierbei Unterschiede zwischen den unteren und oberen Semestern und den Studenten weiblichen und männlichen Geschlechts?
- Bestehen Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit der Studierenden und den Belastungen im Studium und wie sind der Gesundheitszustand und die Symptombelastung der Medizinstudenten im Vergleich zur Norm? Gibt es Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit und den Bewältigungsstrategien im Studium?
- Bestehen Zusammenhänge zwischen den Beziehungsmustern (der Beziehung zum Partner/in) und der LQ und Partnerschaftszufriedenheit der Studierenden? Zeigen sich hierbei Unterschiede zwischen Frauen und Männern oder den unteren und oberen Studiensemestern?

#### 3.2 Hypothesen

In Bezug auf die zugrunde liegenden theoretischen und psychologischen Konzepte und unter Berücksichtigung der o.g. Fragestellungen lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

- Das Medizinstudium geht mit einer hohen Arbeits- und Stressbelastung der Studierenden einher. Positive Zusammenhänge mit der LQ werden für ein geringes Maß an Arbeitsbelastung und eine hohe Zufriedenheit im Studium beschrieben. Männer und Studenten der oberen Studiensemester beschreiben eine geringere Belastung und geben eine höhere LQ an als Frauen und Probanden der unteren Studiensemester.

- Die Angaben der Studenten zeigen im Vergleich zur Norm eine geringere subjektive Gesundheit und eine höhere Symptombelastung im Medizinstudium. Eine geringere allgemeine Gesundheit geht mit einer schlechteren LQ der Studenten einher und zeigt auch einen Zusammenhang mit einem sozial abgewandten Bewältigungsverhalten im Studium.
- Ein hohes Maß an sozial zugewandter Interaktion (mit dem Partner, den Eltern oder dem Freundeskreis) ist für die Bewältigung des Studiums von hoher Wichtigkeit und korreliert mit einer hohen LQ der Studenten. Studierende in einer festen Partnerschaft beschreiben ein geringeres Maß an Arbeitsbelastung und eine höhere Lebensqualität im Studium als Singles.
- Die Belastungen des Medizinstudiums gehen mit hohen Beeinträchtigungen der partnerschaftlichen Beziehung und des Privatlebens einher. Studierende der oberen Semester beschreiben neben einer geringeren Zufriedenheit in der Partnerschaft auch mehr Probleme in der Interaktion als Studenten der unteren Studiensemester.

## 4. Methodik

### 4.1 Studienkollektiv

Die vorliegende Arbeit wurde von April bis Juli des Sommersemesters 2005 an der *Justus-Liebig Universität* in Gießen (Hessen) als Querschnittstudie durchgeführt. Die Erhebung der Studiendaten erfolgte mittels Fragebogenverfahren bei insgesamt 157 Medizinstudenten des ersten bis zwölften Studienseesters (Median: 5. Semester;  $M = 5,2$ ). 52% der Probanden waren Singles ( $n = 81$ ) und 48% der Studenten ( $n = 76$ ) in einer Partnerschaft. Im Gegensatz zu Singles wurde dem Testbogen der Probanden mit Partner ein zusätzlicher Bogen beigelegt. Dieser war für den jeweiligen Beziehungspartner bestimmt und diente der Erhebung der Daten zur partnerschaftlichen Interaktion. Dadurch konnten neben den Daten der Medizinstudenten ( $n = 157$ ) auch Angaben von 46 weiteren Probanden berücksichtigt werden, die selbst keine Medizinstudenten waren. Der Gesamtstichprobenumfang beläuft sich somit auf insgesamt  $157+46 = 203$  Probanden.

Von den insgesamt 157 Medizinstudenten waren 62% der Probanden in den unteren Studiensemestern (1-6 Semester) ( $n = 98$ ). Ein geringerer Anteil von insgesamt 38% der Studenten befand sich in den oberen Semestern (7-12 Semester) ( $n = 59$ ). Der Altersdurchschnitt in den unteren Semestern lag bei 22,1 Jahren (Range 18-36) und den oberen Semestern bei durchschnittlich 25,9 Jahren (Range 22-37). Von den Studierenden lebten 41% ( $n = 64$ ) in einer Wohngemeinschaft und 36% alleine ( $n = 56$ ). 10% der Probanden ( $n = 15$ ) haben angegeben bei den Eltern zu wohnen. 14% lebten zusammen mit dem Beziehungspartner/-in ( $n = 22$ ). Lediglich 1,3% der Studierenden ( $n = 2$ ) gaben an bereits Kinder zu haben.

#### 4.1.1 Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung der Probanden erfolgte in regelmäßig stattfindenden Pflichtveranstaltungen des Studienseesters wie z.B. Seminaren, Praktika und Vorlesungen. Die Studierenden wurden dabei über den Inhalt und das Ziel der Studie informiert. Zugleich wurden zeitnahe Termine zur Abgabe der Testbögen vereinbart. Die Rücklaufquote betrug 84%. Von den insgesamt 250 ausgegebenen Studienbögen konnten bei der statistischen Auswertung letztlich 203 (81,2%) gültige Fragebögen berücksichtigt werden.

## 4.2 Statistische Testverfahren

Die Untersuchung des Studienkollektivs erfolgte mit Hilfe standardisierter Screeninginstrumente, die zu einer gemeinsamen Testbatterie zusammengefügt wurden. Zur Anwendung kamen international validierte, psychometrische Testverfahren wie der *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)* von Bullinger und Kirchberger (1998), die *Symptom Checkliste* von Derogatis (1982) - als deutsche Fassung (*SCL-90-R*) von Franke (1992) und das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)* von Horowitz, Strauss und Kordy (2000). Als weitere Testinstrumente wurden der *Beziehungsmusterfragebogen (BeMus)* von Kurth et al. (2002) und der *Fragebogen zu den Belastungen und Einstellungen von Medizinstudenten* von Jurkat, Reimer und Schröder (2000) eingesetzt.

### 4.2.1 Der SF-36 (Fragebogen zum Gesundheitszustand)

Der SF-36 ist ein international anerkanntes, etabliertes Testverfahren. Er dient der standardisierten, krankheitsübergreifenden Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes verschiedener Populationen in Bezug auf psychische, körperliche und soziale Aspekte (Stewart und Ware, 1992; McDowell und Newell, 1996). Im Rahmen internationaler Vergleichsstudien hat sich das in den USA entwickelte Testverfahren als psychometrisch zufrieden stellendes und zuverlässiges Instrument hoher interner Konsistenz herausgestellt (Bullinger und Kirchberger, 1998; Hardt et al., 2001). Der *Cronbachs Alpha* der Subskalen liegt zwischen  $\alpha = .57$  und  $\alpha = .94$ . Der SF-36 ist in über 40 Sprachen verfügbar, wobei hier auf den jeweiligen landesspezifischen Normstichproben basierend zuverlässige Referenzwerte für verschiedenste klinische Patientenkollektive zur Verfügung stehen. Für die Einsatzbereiche in der psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie beschreibt das amerikanische Testmanual unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten.

Die Normierung und Überprüfung der psychometrischen Testeigenschaften der deutschen Version des SF-36 erfolgte 1994. Die Stichprobengröße für die alten Bundesländer betrug  $n = 1932$ , die für die neuen Bundesländer  $n = 982$  (Bullinger, Kirchberger und Ware, 1995). Die Grundgesamtheit der Referenzpopulation ermöglicht eine repräsentative Abbildung der bundesdeutschen Bevölkerung in Privathaushalten ab 14 Jahren. Im Jahr 1998 wurde der SF-36 in den Bundesgesundheitsurvey des Robert-Koch-Institutes als Lebensqualitätsinstrument aufgenommen (Bullinger, Kirchberger und Ware 1995; Radoschewski und Bellach, 1999).

Die in dieser Arbeit verwandte Standardversion des SF-36 berücksichtigt ein Zeitfenster von vier Wochen und ist eine reduzierte Variante des von der *Medical Outcomes Study (MOS)* entwickelten Testverfahrens (Ware, 1987; Stewart und Ware, 1992; Ware und Sherbourne, 1992; Mc. Horney et al., 1993). Neben der hier vorliegenden Schriftform ist der SF-36 auch in einer Interviewform verfügbar. Alle Ergebnisse basieren dabei auf dem Selbstbericht der Befragten (Bullinger und Kirchberger, 1998).

### *Konzeption*

Die konzeptionelle Grundlage des SF-36 basiert auf dem von *Braedburn* (1969) beschriebenen Zweifaktoren-Modell der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Waltz, 1987). Der SF-36 ist dabei in zwei Hauptdimensionen unterteilt: die *körperliche (PHS)* und die *psychische Summenskala (MHS)*, für die eine typische Altersabhängigkeit und Geschlechtscharakteristik besteht (Bullinger und Kirchberger, 1994; Hardt et al., 2001). Insgesamt werden vier Bereiche der subjektiven Gesundheit erfasst (Bullinger und Kirchberger, 1994):

1. das psychische Befinden
2. die körperliche Verfassung
3. die sozialen Beziehungen
4. die funktionale Kompetenz der Befragten

Die Erfassung der subjektiven Gesundheit erfolgt durch insgesamt 36 Items. Auf einer fünf-stufigen Likert Skala (1 bis 5) wählen die Probanden die Antworten aus, die ihrem aktuellen Empfinden am ehesten entsprechen. Abgebildet wird die subjektive Gesundheit der Probanden auf insgesamt 8 Summenskalen (s.u.). Höhere Summenwerte entsprechen einem höheren subjektiven Gesundheitszustand (Bullinger und Kirchberger, 1994; Kirchberger, 2000):

1. die körperliche / physikalische Funktionsfähigkeit (KÖFU)
2. die körperliche Rollenfunktionen (KÖRO)
3. die körperlichen Schmerzen (SCHM)
4. die allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES)
5. die Vitalität und körperliche Energie (VITA)
6. die soziale Funktionsfähigkeit (SOFU)
7. die emotionale Rollenfunktionen (EMRO)
8. die seelische / psychische Funktionsfähigkeit (PSYC)

Für die Bearbeitung gelten keine festen zeitlichen Vorgaben. Im Testmanual wird die durchschnittliche Bearbeitungszeit mit einer Dauer von 10 Minuten angegeben.

#### 4.2.2 Das IIP-D (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme)

Das IIP ist ein international bewährtes, reliables Testverfahren zur Selbstbeurteilung und Erfassung interpersoneller Probleme IIP in der klinischen Individual- und Verlaufsdiagnostik (Horowitz, 1979; Horowitz et al., 1988). In der Psychotherapieerfolgskontrolle gilt es als fester Bestandteil von Kernbatterien und wird in der Persönlichkeitspsychologie bei Patienten mit physischen und somatischen Störungen und eingeschränktem Beziehungsverhalten eingesetzt (Strupp et al., 1997; Horowitz, Strauß und Kordy, 2000).

Sowohl für die amerikanische Originalversion und als auch für die deutsche Fassung des IIP liegen eine Reihe von Validierungsstudien vor. Die Überprüfung auf Reliabilität und Validität ergab interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) zwischen  $\alpha = .81$  und  $\alpha = .90$  (Barkham et al., 1994; Davis-Osterkamp und Kriebel, 1993). Die deutsche Version des IIP wurde als *IIP-D* von Strauß und Kordy (1987) vorgelegt. Im Bestreben nach einer möglichst hohen Vergleichbarkeit mit der Originalversion wurde auf eine Neukonstruktion des IIP verzichtet. Bei Veröffentlichung des Testhandbuches lagen daher zwar unterschiedliche klinische und nichtklinische Stichproben und Referenzwerte vor, doch genügten diese insgesamt nicht den Anforderungen einer repräsentativen Normstichprobe. Diese Lücke schlossen Horowitz, Strauß und Kordy (1994) mit einer Repräsentativbefragung, die an insgesamt 4.948 west- und ostdeutschen Probanden im Alter zwischen 14 bis 92 Jahren durchgeführt wurde.

#### *Konzeption*

Die theoretischen Ansätze des IIP weisen enge Beziehungen zu dem Konzept interpersonales Verhaltens auf (Wiggins, 1982). Gemäß dem *Zirkumplex-Modell* lassen sich interpersonelle Verhaltensweisen innerhalb eines zweidimensionalen Raumes mit zwei Hauptachsen beschreiben (Horowitz et al., 1997). Die erste Hauptachse repräsentiert die Dimension *Affiliation* und reicht von *Freundlichkeit* bis *Feindseligkeit*. Die zweite Hauptachse repräsentiert die Dimension *Dominanz* und reicht von *Dominanz* bis *Unterwürfigkeit* (Alden, Wiggins und Pincus, 1990; Horowitz, Dryer und Krasnaperova, 1997; Frommhold, 1998). Die Verwendung dieses theoretischen Modells ermöglicht eine Beschreibung und Bewertung extremer interpersonaler Verhaltensmuster auf *kognitiver* und *emotionaler* Ebene (Horowitz, Strauß und Kordy, 1994).

Prinzipiell provozieren bestimmte interpersonale Verhaltensmuster beim Gegenüber charakteristische Gegenreaktionen (s. Kiesler, 1983). Als Reaktion auf ein *dominant-feindseliges Verhalten* ist demnach ein häufig *unterwürfig-feindseliges Verhalten* zu beobachten. Ein *dominant-freundliches Verhalten* bedingt eine eher *submissiv-freundliche Verhaltensreaktion* (Horowitz, Rosenberg und Bartholomew, 1993). Interpersonelle Spannungen, die durch komplementäre Verhaltensreaktionen entstehen, erfordern eine Anpassung der Interaktionspartner an die gegebene Situation. Wird dabei gezwungenermaßen wiederholt an einer ungewollten Reaktionsweise festgehalten, fördert dieses Verhalten die erneute Entstehung interpersonaler Probleme, die zu einer weiteren Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und zu Unzufriedenheit führen kann (Horowitz, Strauß und Kordy, 2000).

Das IIP-D beinhaltet 64 Items, die auf einer Likert Skala von eins bis fünf codiert sind. Nach Aufsummierung der Einzelitems zu Skalen und nach Vergleich dieser mit den Summenwerten der Referenzpopulation ergibt sich daraus das durchschnittliche Ausmaß der interpersonalen Probleme einer Person. Entsprechend dem Zirkumplex-Modell (s. Abb. 2) existieren acht Skalen, die jeweils einem interpersonalen Thema zugeordnet sind und als *Oktanten* bezeichnet werden. Benachbarte Skalen stehen für ähnliche interpersonelle Probleme, während gegensätzliche interpersonelle Probleme auf den sich gegenüberliegenden Skalen abgebildet werden:

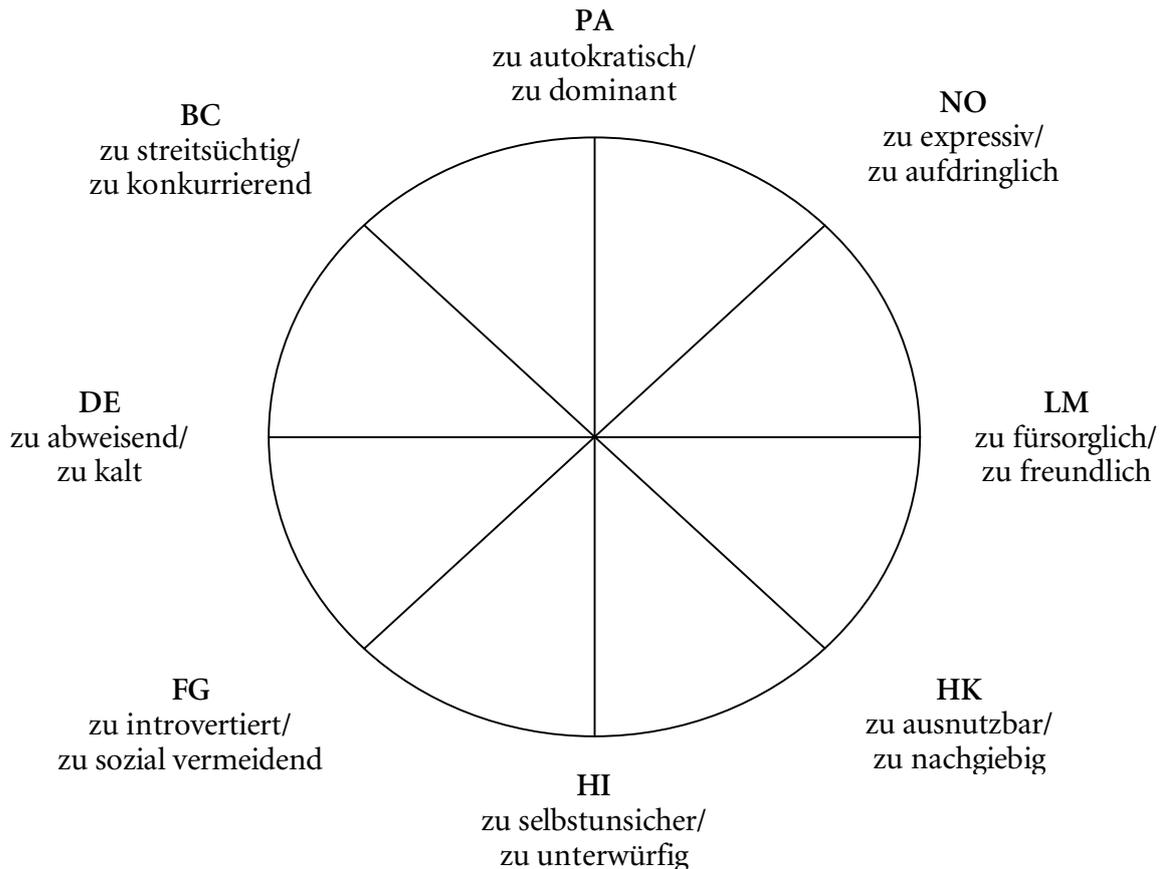


Abb.2: Das Zirkumplex-Modell des *IIP-D*

Die Bearbeitungszeit des IIP-D wird im Testmanual mit durchschnittlich 10 Minuten angegeben.

#### 4.2.3 Die SCL-90-R (Symptom Checkliste-Revised)

Bei der Symptom-Checkliste SCL-90-R handelt es sich um ein psychometrisches Testverfahren zur Selbstbeurteilung subjektiver Beeinträchtigungen durch psychische Symptome. Die Erfassung der Symptome beschränkt sich hierbei auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage. Zugleich ermöglicht dieses Vorgehen eine Abgrenzung situativer von überdauernden, subjektiven Symptomen (Franke, 2002). Die SCL-90-R wird zur Erfassung der psychischen Symptombelastung im psychologischen, psychiatrischen und medizinischen Kontext eingesetzt und gilt als reliables und international etabliertes Testinstrument in Klinik und Forschung (Brähler et al., 2001).

Die SCL-90-R stellt eine Weiterentwicklung der ursprünglich aus 58 Items bestehenden Hopkins-Symptom-Check-Liste (HSCL) dar, die von *Derogatis* (1982) für den amerikanischen Raum konzipiert wurde (Mattson, 1969; Derogatis, 1977; Franke, 1995). Die Validierung und Überprüfung der psychometrischen Testeigenschaften der SCL-90-R erfolgte in über 1000 inter-

nationalen Studien (Derogatis und Savitz, 1999). Die Normierung der deutschsprachigen Version wurde zu Anfang der 90'er Jahre von Franke (1992) veröffentlicht, das deutsche Manual zum SCL-90-R folgte 1995. Auch für die deutschsprachige Variante und die einzelnen Skalen der SCL-90-R ergaben sich gute interne Konsistenzen ( $r = .79$  und  $r = .89$ ), so dass die Retest-Reliabilität durchgängig als gut bewertet werden kann (Franke und Stäcker, 1995; Hessel et al., 2001).

### *Konzeption*

Die Erfassung der Symptombelastung der Probanden erfolgt im Ankreuzverfahren mit insgesamt 90 Items, die nach Likert von null bis vier skaliert sind. Hierbei soll von den Probanden angegeben werden wie sehr eine Belastung durch die jeweiligen Symptome über den Zeitraum der letzten sieben Tage vorlag (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark und 4 = sehr stark). Die 90 Items des SCL-90-R sind unter Vermeidung psychopathologischer Fachausdrücke sprachlich allgemein und gut verständlich formuliert und erfassen die dimensional-Übergänge normaler, alltäglicher Symptombelastung bis hin zur psychopathologischen Manifestation psychischer Symptome auf insgesamt neun Skalen (Franke, 2002):

1. Somatisierung
2. Zwanghaftigkeit
3. Unsicherheit im Sozialkontakt
4. Depressivität
5. Ängstlichkeit
6. Aggressivität / Feindseligkeit
7. phobische Angst
8. paranoides Denken
9. Psychotizismus

Auskunft über das Antwortverhalten geben die drei globalen Kennwerte des SCL-90-R, die eine genauere Einordnung der Symptombelastung ermöglichen:

1. Der **GSI (Global Severity Index)** misst die *durchschnittliche psychische Belastung* über alle 90 Items hinweg. Damit gilt der GSI als bester Indikator für das *Ausmaß* der insgesamt vorliegenden psychischen Belastung.
2. Der **PSDI (Positive Symptom Distress Index)** gilt als reines *Intensitätsmaß* und misst die *Intensität der Belastung* bei den Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde.

3. Der PST (**Positive Symptom Total**) ist ein einfaches Maß für die *Anzahl der Items*, bei denen von einer Belastung berichtet wurde, unabhängig von ihrem Ausmaß.

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer wird im Testmanual mit einem Zeitaufwand von 10-15 Minuten beschrieben.

#### 4.2.4 Der *BeMus* (Beziehungsmusterfragebogen)

Der *BeMus* ist ein von *Kurth et al.* (2002) entwickeltes Untersuchungsverfahren zur Erfassung zwischenmenschlicher Beziehungsmuster. Die theoretische Grundlage des Testverfahrens basiert auf dem Zirkumplex-Modell. Als Instrument zur Selbstbeurteilung sowohl des eigenen als auch des erwarteten Beziehungsverhaltens einer wichtigen Bezugsperson wird der *BeMus* hauptsächlich in den Anwendungsbereichen wie z.B. der allgemeinen Psychotherapie und Psychosomatik eingesetzt. Da zwischenmenschliche Beziehungen unterschiedlich erlebt werden können und vielfältige Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bestehen, war die Idee des *BeMus*, Beziehungsmuster zu einer bestimmten Person einschätzen zu lassen.

Prinzipiell kann der *BeMus* auf alle relevanten Bezugspersonen angewendet werden, wobei in dieser Arbeit die Beziehungsmuster zum Partner/in und dem/der besten Freund/in erhoben wurden. Die Konzeption und psychometrische Überprüfung auf Validität erfolgte anhand einer repräsentativen Stichprobe. Auch die Test - Retest – Reliabilität der Skalen, die anhand einer studentischen Stichprobe überprüft wurden, stellten sich als befriedigend heraus (*Kurth et al.*, 2002).

#### *Konzeption*

Das von *Kurth et. al* (2002) konzipierte Untersuchungsverfahren ist das Ergebnis einer mehrjährigen Entwicklungsarbeit beginnend mit dem *ZMBM* (Zwischenmenschlicher Beziehungsmuster Fragebogen) von *Kurth et al.* (1999). Die theoretischen Grundlagen des *ZMBM* bilden die *ZBKT Methode* (Zentrales Beziehungskonflikt Thema) nach *Luborsky* (1977) und das *SASB-Modell* (Structural Analysis of Social Behavior) nach *Benjamin* (1974), die im Folgenden zur Darstellung kommen.

#### *Die ZBKT Methode (Zentrales Beziehungskonflikt Thema)*

Die *ZBKT Methode* orientiert sich an frühen Auffassungen *Sigmund Freuds* und erfasst die repetitiven, beziehungsbildenden Interaktionsmuster von Individuen. Inhaltlich werden dabei die

Betrachtungen fokussiert, die sich in den Schilderungen des Probanden wiederholenden, prototypischen Beziehungserfahrungen bzw. charakteristische *Subjekt-Objekt-Beziehungsmuster* erkennen lassen. Dazu wird neben dem Wunsch des Subjekts (W) und der Reaktion des Objekts (RO) auch die Reaktion des Subjekts (RS) entsprechend eines Prozessschemas ( $W \rightarrow RO \leftrightarrow RS$ ) erfasst. Früh internalisierte und sich wiederholende, konflikthafte Beziehungsmuster werden dabei als das *zentrale Beziehungsmuster* bezeichnet (Kächele und Dahlbender, 1993).

#### *Das SASB-Modell (Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens)*

Das von *Benjamin* (1974) beschriebene SASB-Modell zur Messung interpersonaler Beziehungen ermöglicht eine Abbildung des zwischenmenschlichen Verhaltens in einem kreisförmigen zweidimensionalen Raum (Zirkumplex Modell) mit den beiden Hauptachsen *Interdependenz* und *Affiliation* (Langenbach, Hartkamp und Tress, 1999). Es gibt drei Ebenen, die als die *transitive*, die *intransitive* und die *Introjektebene* bezeichnet werden:

1. Die *transitive* Ebene: Der Fokus ist *aktiv* auf die Bezugsperson gerichtet. Die eigene Handlung gilt der Bezugsperson mit dem Zweck diese zu beeinflussen oder eine Aussage über sie zu treffen. Hier reicht die *Affiliationsachse* von *lieben* bis *angreifen* und die *Interdependenzachse* von *Freiraum gewähren* bis *Kontrolle ausüben*.
2. Die *intransitive* Ebene: Der Fokus ist *reaktiv* und auf die Person selbst bezogen, im Sinne einer Reaktion auf das, was sich in Form einer Anforderung oder Aussage auf die eigene Befindlichkeit bezieht. Hier reicht die *Affiliationsachse* von *zurückweichen* bis *sich liebevoll öffnen* und die *Interdependenzachse* von *unabhängig handeln* bis *sich unterwerfen*.
3. Die *Introjektebene*: Der Fokus liegt hier bei der Person selbst (*ich im Umgang mit mir selbst*). Die *Affiliationsachse* reicht von *Selbstliebe* bis *Selbsthass* und die *Interdependenzachse* von *Spontaneität* bis *Selbstkontrolle*.

#### *Der ZMBM (Zwischenmenschlicher Beziehungs-Muster Fragebogen)*

Der ZMBM ist aus zwei Teilen aufgebaut: Im ersten Teil schätzt der Proband sein Verhalten (RS) als Reaktion auf das Beziehungsverhalten der jeweiligen Bezugsperson ein ( $RO \leftrightarrow RS$ ). Die Konstruktion der Items ist wie folgt: Es werden jeweils zweimal acht Ausgangssituationen vorgegeben, die das interpersonelle Verhalten darstellen: acht für die *transitive* und acht für die *intransitive* Ebene. Nach *Benjamin* (1984) folgen darauf vier theoriegeleitete Reaktionsmöglich-

keiten, zwei *ähnliche* und zwei *entgegengesetzte*, die nach der ZBKT Methode ( $RO \leftrightarrow RS$ ) in einem Item verbunden werden. Der Aufbau ist wie folgt:

- Beispiel für eine *ähnliche* Verhaltensreaktion: 'Wenn der andere mich angreift (RO), dann greife auch ich ihn an (RS)'.
- Beispiel für eine *entgegengesetzte* Verhaltensreaktion: 'Wenn sich der andere durchsetzt (RO), dann unterwerfe ich mich (RS)'.

Im dem sich anschließenden zweiten Teil des ZMBM geht es im umgekehrten Sinne um die Einschätzung des Verhaltens der Bezugsperson (RO), das als Reaktion auf das Interaktionsverhalten des Probanden verstanden wird ( $RS \leftrightarrow RO$ ). Die Items sind analog zum ersten Teil (s.o.). Sowohl für den ersten als auch den zweiten Teil des ZMBM ergeben sich jeweils  $2 \times 8 \times 4 = 64$  Items. Daraus folgen für die Einschätzung einer Bezugsperson  $2 \times 64 = 128$  Items. Da der ZMBM sowohl die *bessere* als auch die *schlechtere Beziehung* zur Bezugsperson einschätzt und zudem  $2 \times 8$  weitere Items für die Introjektenebene existieren, ergeben sich daraus für den ZMBM insgesamt  $(2 \times 128) + (2 \times 8) = 272$  Items.

Das dem ZMBM zugrunde liegende Zirkumplexmodell konnte annähernd bestätigt werden, die interne Konsistenz und Retest - Reliabilität war befriedigend. Allerdings war der ZMBM mit 272 Items und 136 möglichen Skalen insgesamt sehr umfangreich und unübersichtlich konzipiert. Sorgfältige faktorenanalytische Untersuchungen von Kurth et al. (2002) ergaben ein vereinfachtes Zirkumplex-Modell, bei dem der ursprüngliche Testumfang des ZMBM auf ein Viertel der Items reduziert werden konnte. Dieses Modell wurde Grundlage des BeMus (s. Abb. 3).

### *Der BeMus*

Wie der ZMBM zeigt auch der BeMus eine Gliederung in zwei Teile. Im ersten Teil schätzt der Proband sein eigenes Beziehungsverhalten (RS) als Reaktion auf ein bestimmtes Verhalten der Bezugsperson ein ( $RO \leftrightarrow RS$ ). Dem BeMus Modell entsprechend (s. Abb.3) gibt es acht transitive, interpersonale Verhaltensweisen der Bezugsperson (RO) denen vier mögliche Reaktionsmöglichkeiten des Subjektes (RS) folgen können:

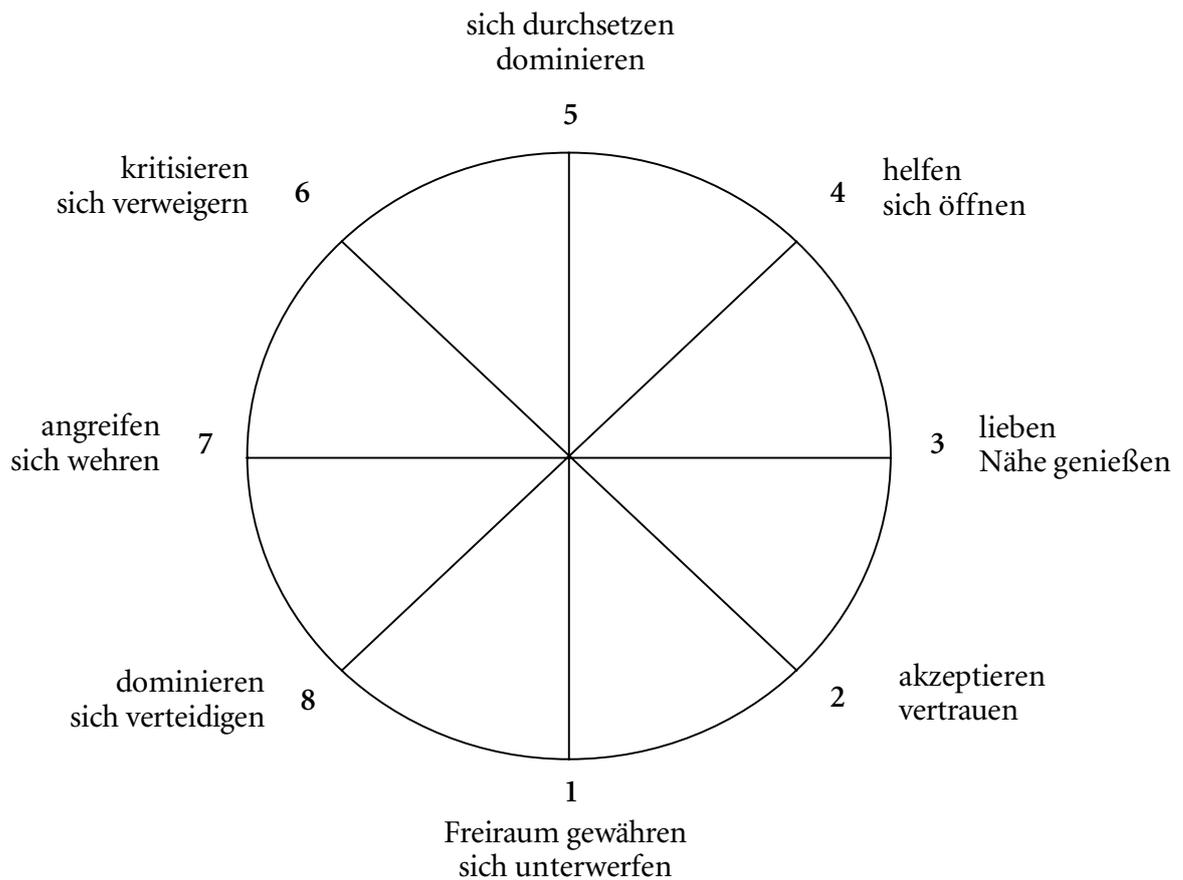


Abb.3: Das Zirkumplex-Modell des *BeMus*

Für jedes der 8 x 4 = 32 Items bewertet der Proband auf einer fünf-stufigen Likert Skala (1 bis 5) inwieweit jede dieser Reaktionen auf ihn zutrifft oder nicht (s. Abb. 4):

Sein / Ihr Verhalten	Meine eigene Reaktion	
Wenn Er/ Sie folgendes tut (RO)...	Dann tue Ich folgendes (RS)...	nicht zutreffend weniger mittelmäßig mehr stark zutreffend
Er / Sie wendet sich mir liebevoll zu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ich gehe auch liebevoll auf ihn / sie ein.</li> <li>- ich weise ihn / sie zurück.</li> <li>- ich genieße seine / ihre Nähe.</li> <li>- ich wehre mich gegen seine / ihre Nähe.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Abb. 4. Itembeispiel aus dem ersten Teil des *BeMus* (RO↔RS)

Im zweiten Teil des *BeMus* geht es um die Einschätzung des Beziehungsverhaltens der Bezugsperson (RO) als Reaktion auf das Verhalten des Probanden (RS↔RO). Die Verhältnisse sind hierbei analog zum ersten Teil, allerdings spiegelsymmetrisch. Entsprechend bestehen auch hier acht

Verhaltensmöglichkeiten des Subjekts (RS), denen jeweils vier Reaktionsmöglichkeiten der Bezugsperson (RO) folgen. Nach Aufsummierung der Einzelitems des ersten und zweiten Teils ergeben sich  $2 \times 32 = 64$  Items für die Einschätzung einer Bezugsperson. Zusätzlich beschreibt der Proband mit weiteren 8 Items das Ausmaß an *Selbstliebe* oder *-zweifel*, das er selbst in der Beziehung zur jeweiligen Bezugsperson erlebt. Die Gesamtsumme des BeMus beläuft sich auf insgesamt  $64 + 8 = 72$  Items.

Die Skalenbildung des BeMus erfolgte nach oben gezeigten Zirkumplex-Modell (Abb.3). Die Skalen wurden als Mittelwert der vier Items gebildet, die dem Modell nach eine ähnliche Reaktion, aber vier unterschiedliche Ausgangssituationen haben (s.u.). Entsprechend dieser Konzeption existieren insgesamt acht Skalen (*s1-s8*) für die Reaktion des Subjekts (RS) und acht (*o1-o8*) für die Reaktion des Objekts (RO) (s. Abb. 3). Um einen Faktor der allgemeinen Antworttendenz zu eliminieren, wurden die Items der Skalen ipsatiert (Bortz, 1999). Beispiel für die Skalenbildung anhand der Skala 'lieben/Nähe genießen' (*s3*), die folgende vier Items beinhaltet:

1. *Wenn der Andere sich mir liebevoll zuwendet, gehe ich auch liebevoll auf ihn ein.*
2. *Wenn der Andere sich mir liebevoll zuwendet, genieße ich seine Nähe.*
3. *Wenn der Andere mich angreift, gehe ich dennoch liebevoll auf ihn ein.*
4. *Wenn der Andere mich angreift, genieße ich seinen Angriff.*

Für die Bearbeitung im Ankreuzverfahren wird im Testmanual ein Zeitaufwand von durchschnittlich 10 Minuten angegeben.

#### *BeMus-k (Kurzversion des BeMus)*

Unter Berücksichtigung des Testumfangs wurde aus zeitökonomischen Gründen für die vorliegende Arbeit die Kurzversion des BeMus der *BeMus-k* verwandt. Auch dieser ist aus zwei Teilen aufgebaut. Der erste Teil beinhaltet die *Selbsteinschätzung* (RO↔RS) und der zweite Teil die *Einschätzung der Bezugsperson* (RS↔RO).

Im Unterschied zur Langversion gibt es statt der acht jedoch nur vier Ausgangssituationen, auf die jeweils vier mögliche Reaktionsmöglichkeiten folgen. Hierbei werden nur die Hautdimensionen 'sich durchsetzen', 'liebevoll umgehen', 'sich unterordnen' und 'angreifen' verwendet und auf die Zwischendimensionen verzichtet. Daraus ergeben sich jeweils  $4 \times 4 = 16$  Items, sowohl für (RO↔RS) als auch (RS↔RO) und insgesamt  $2 \times 16 = 32$  Items für die Einschätzung einer Bezugsperson. Durch die Betrachtung der Bezugspersonen 'Beziehungspartner/in' und 'bester Freund/in'

und durch den Verzicht auf die Introjektenebene beläuft sich die Gesamtitemanzahl auf insgesamt  $2 \times 32 = 64$  Items.

Da im Gegensatz zur Langversion beim BeMus-k nur vier Hauptdimensionen (s.o.) zur Verfügung stehen, erfolgte die Skalenbildung als Mittelwert der vier Items, die dem Modell nach eine identische Reaktion, aber vier unterschiedliche Ausgangssituationen haben: Skalenbildung am Beispiel (RS), Skala (s3) 'liebevoll umgehen':

1. *Wenn der Partner liebevoll mit mir umgeht, dann gehe ich liebevoll mit ihm um.*
2. *Wenn der Partner sich unterordnet, dann gehe ich liebevoll mit ihm um.*
3. *Wenn der Partner mich angreift, dann gehe ich liebevoll mit ihm um.*
4. *Wenn der Partner sich durchsetzt, dann gehe ich auch liebevoll mit ihm um.*

Daraus ergaben sich beim BeMus-k jeweils vier Skalen (s1, s3, s5, s7) für die Reaktion des Subjekts (RS) und vier (o1, o3, o5, o7) für die Reaktion des Objekts (RO).

1. *sich durchsetzen (s1/o1)*
2. *liebevoll umgehen (s3/o3)*
3. *sich unterordnen (s5/o5)*
4. *angreifen (s7/o7)*

Wie für die Langversion des BeMus konnte auch für den BeMus-k eine befriedigende Validität und Reliabilität nachgewiesen werden (s. Kurth et al., 2002). Die Bearbeitungszeit für den BeMus-k beträgt durchschnittlich 8 Minuten.

#### **4.2.5 Fragebogen zu den Einstellungen und Belastungen von Medizinstudenten**

Das von Jurkat, Reimer und Schröder (2000) entwickelte Testverfahren ist ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung der subjektiv erlebten Arbeitsbelastungen im Medizinstudium und der hierbei wahrgenommenen Beeinträchtigungen des Privatlebens.

##### *Konzeption*

Inhaltlich lassen sich zwei Teile voneinander abgrenzen. Im ersten Teil werden Angaben zur Studienwahl und motivationale Aspekte des Studiums erfasst. Im darauf folgenden zweiten Teil werden von den Probanden Angaben zur aktuellen Studiensituation gefordert. Relevante Aspekte

dabei sind z.B. die Studienzufriedenheit, die Arbeitsbelastungen und die unerwarteten Belastungen und die Auswirkungen des Studiums auf das Privatleben der Studierenden. Das Testverfahren wurde in seiner ursprünglichen Version zur Erfassung der LQ bei Medizinern konzipiert. Dieses machte eine Selektion und Beschränkung auf studienrelevante Items des Testverfahrens erforderlich. Die insgesamt 17 Items sind im Ankreuzverfahren zu bearbeiten und nach Likert von (0 bis 5) skaliert. Die Bearbeitungszeit wird mit fünf Minuten angegeben.

#### 4.2.6. Definierte Variablen

Zur besseren Darstellung der umfangreichen Studienergebnisse wurden die unten aufgeführten Summenskalen gebildet und entsprechend in die statistischen Berechnungen einbezogen:

1. *unerwartete Belastungen* (8 Items, z.B. hohe Arbeitsbelastung und wenig Freizeit)
2. *Unzufriedenheit und Belastungen* (7 Items, z.B. Ermüdung, Angst und Depression)
3. *sozial zugewandte Bewältigungsstrategien* (4 Items, z.B. Kontakt zum Partner, den Freunden oder den Eltern)
4. *sozial abgewandte Bewältigungsstrategien* (3 Items, Alkoholkonsum, sozialer Rückzug und Nikotinmissbrauch)

Daneben wurden auch folgende Einzelitems des Fragebogenverfahrens zur statistischen Auswertung der Studiendaten herangezogen:

1. *die Lebensqualität (aktuelle und zukünftige)*
2. *die Studienzufriedenheit*
3. *die Arbeitsbelastung*
4. *die Bedeutsamkeit und Zufriedenheit in der Partnerschaft*

### 4.3 Statistische Berechnungen und Auswertungsverfahren

Die Berechnung der statistischen Ergebnisse und Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11.0 und 12.0. durchgeführt. Gruppenunterschiede innerhalb der Stichprobe wurden mithilfe von *T-Tests* bzw. varianzanalytischen Verfahren untersucht. Korrelative Zusammenhänge wurden mittels *Pearson-Korrelation* analysiert. Die Berechnungen der nicht normal verteilten Skalen des SF-36 erfolgte durch *Mann - Whitney - U -Tests* bzw. *Spearman - Rang- Koeffizienten*. Unterschiede zwischen Nominaldaten wurden mit dem Fisher - Exakt - Test

überprüft. Hinsichtlich der Signifikanzniveaus und Kennzeichnung im Studienkontext gilt für alle Ergebnisse:  $^*(p < .05)$  = signifikant;  $^{**}(p < .01)$  = hoch signifikant;  $^{***}(p < .001)$  = sehr hoch signifikant; n.s. = nicht signifikant. Zur Beurteilung des Ausmaßes signifikanter Mittelwertunterschiede wurde die Effektstärke (ES) nach *Cohens (d)* bestimmt.

#### 4.3.1 Normwertberechnungen für den SF-36 und das IIP-D

Die Skalen-Normwerte (*MW*, *SD*) des SF-36 und die des IIP-D wurden nach Geschlechts- und Alterskohorten gebildet. In der Stichprobe der Medizinstudenten waren allerdings nur drei Alterskohorten vertreten, die also nicht direkt mit den Normwerten verglichen werden konnten. Um die Daten der Medizinstudenten mit der Normstichprobe vergleichen zu können, wurden deshalb die Normwerte der zugehörigen Alterskohorten mit den entsprechenden mathematischen Verfahren wie folgt zusammengefasst: Im ersten Schritt wurden sowohl für den SF-36 als auch für den IIP-D aus den Normtabellen die Mittelwerte (*MW*) und die Standardabweichungen (*SD*) für die jeweiligen Altersgruppen in der Population entnommen. Nach Berechnung der angepassten Mittelwerte der Normstichprobe folgte für das Mischungsverhältnis der Unterstichproben in der Studentenchprobe im zweiten Schritt die Berechnung der angepassten Standardabweichung der Populationsdaten für das jeweilige Unterstichprobenverhältnis. Wie in diesem Kontext empfohlen, wurde die Effektstärke (ES) als Quotient der Mittelwertdifferenz (Studentenchproben *MW* - Populations *MW*) und der angepassten Standardabweichung aus der Norm berechnet. Abschließend wurde der Unterschied zwischen den Studenten und der Population mit dem T-Test Verfahren für eine Stichprobe auf Signifikanz hin überprüft. Im letzten Schritt erfolgten die Berechnungen der Effektstärken und die T-Test Verfahren.

## 5. Ergebnisse

### 5.1. Demographische Studiendaten

Das Alter der Probanden lag mit durchschnittlich 23,5 Jahren (Range 18-37) etwas unter dem der Hochschulstudierenden in der Bundesrepublik Deutschland mit 24,9 Jahren. Im Studienkollektiv waren 38,2% der Probanden Männer (n=60) und 61,8% Frauen (n=97). Ähnliche Verhältnisse zeigten sich auch in den Angaben des *Statistischen Bundesamtes* 2006.

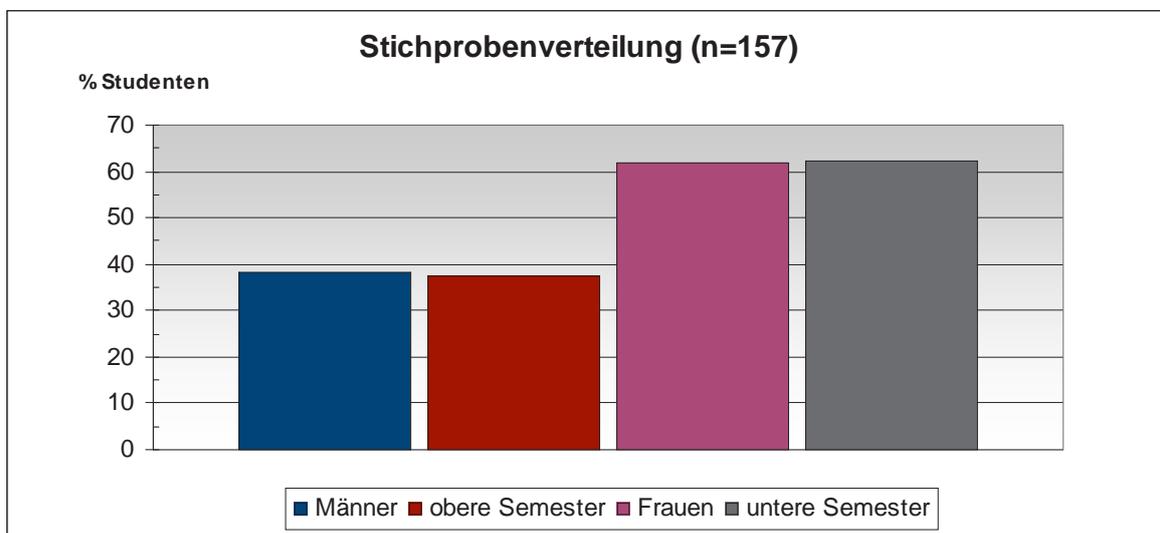


Abb. 5: Ergebnisse der Stichprobenverteilung der männlichen vs. weiblichen Studierenden sowie der unteren vs. oberen Semester

### 5.2. Auswertung wichtiger Einzelitems

Zum Zweck einer besseren Veranschaulichung wurden wichtige Einzelitems im ersten Schritt in ihren Häufigkeiten dargestellt und in einem zweiten Schritt mittels *Fischer-Exakt-* und *Chi-Quadrat-Testverfahren* auf Unterschiede untersucht.

#### 5.2.1 Aktuelle und zukünftige Lebensqualität

Insgesamt beschrieben 56,1% der Studenten eine *gute* aktuelle Lebensqualität im Studium. Nur 12,2% haben diese mit *sehr gut* bewertet. Ein Viertel der Studienteilnehmer (25,2%) äußerten eine *mäßige* und 6,5% der Studierenden eine *schlechte* aktuelle Lebensqualität (s. Abb. 6).

Im Vergleich zur aktuellen LQ wurde die zukünftig erwartete LQ von den Studenten insgesamt besser bewertet. 13,5% der Studenten beschrieben diese mit *sehr gut* und 66,5% mit *gut*. 16,8% der Probanden bezeichneten ihre zukünftig erwartete Lebensqualität als *mäßig* und 3,2% als *schlecht*.

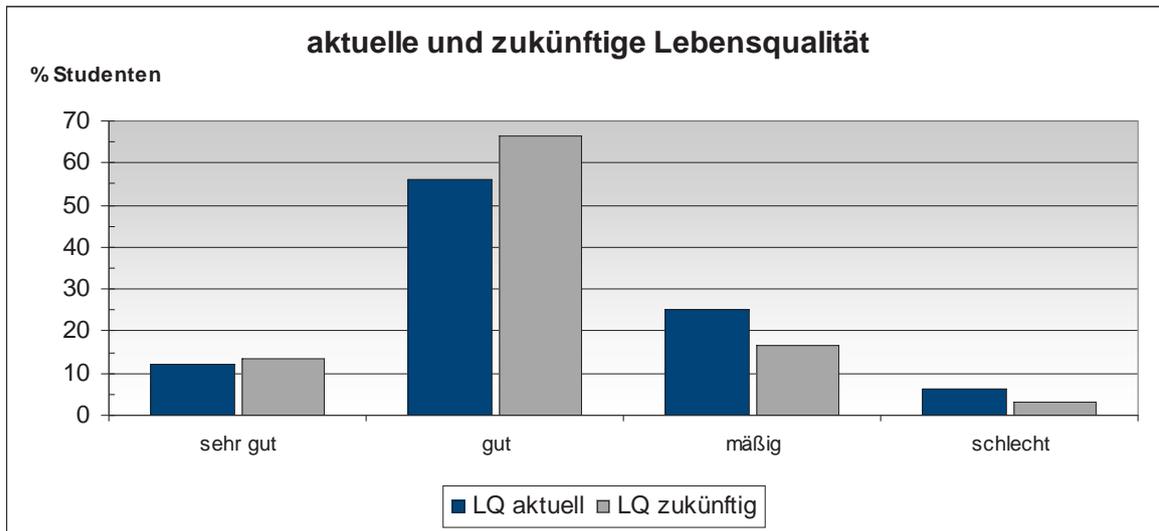


Abb. 6 : Ergebnisse zur aktuellen und zukünftigen Lebensqualität<sup>10</sup> des gesamten Studienkollektivs (n=157)

#### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Im Vergleich zu den weiblichen Kommilitonen (64,6%) haben signifikant mehr der männlichen Studenten ihre aktuelle Lebensqualität mit *gut* / *sehr gut* angegeben (74,6%;  $p > .05$ ). Auch die zukünftige Lebensqualität wurde von mehr Männern (84,7%) als Frauen (77,3%;  $p > .05$ ) als *gut* / *sehr gut* beschrieben.

#### *Untere vs. obere Semester*

Gegenüber den oberen Studiensemestern (63,7%) haben signifikant mehr Studenten der unteren Semester ihre aktuelle Lebensqualität als *gut* / *sehr gut* beschrieben (71,1%;  $p > .05$ ). Ähnliche Verhältnisse zeigten sich auch in den Angaben zur zukünftig erwarteten Lebensqualität. Diese war von 83,5% der Probanden der unteren Semester und von 74,1% der oberen Semester mit *gut* / *sehr gut* bewertet worden ( $p > .05$ ).

<sup>10</sup> Die Kategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“ wurden aufgrund sehr kleiner Häufigkeiten zusammen als Kategorie „schlecht“ dargestellt.

### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Entgegen der Hypothese einer höheren Lebensqualität bei Studierenden mit Partner (62,2%) haben signifikant mehr Singles (74%) ihre aktuelle LQ als *gut / sehr gut* beschrieben ( $p > .05$ ). Auch die Angaben zur zukünftig erwarteten LQ bestätigten, dass die zukünftige Lebensqualität von mehr Singles (81,4%) als Studenten mit Partner (78,4%) als *gut / sehr gut* eingeschätzt wurde ( $p > .05$ ).

### 5.2.2 Studienzufriedenheit

Wurde die Studienzufriedenheit von knapp der Hälfte der Probanden (48,8%) als *hoch* eingeschätzt, waren es nur 12,3% die eine *sehr hohe* Zufriedenheit angegeben haben. Nur *mäßig zufrieden* mit dem Studium äußerten sich knapp ein Viertel der Studienteilnehmer (25,2%). Eine *geringe* Zufriedenheit beschrieb ein Anteil von 4,1% der Studenten (vgl. Abb. 7).

### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Eine *hohe / sehr hohe* Zufriedenheit im Studium beschrieben signifikant mehr männliche (66,1%) als weiblichen Studenten (57,3%;  $p > .05$ ).

### *Untere vs. obere Semester*

Insgesamt waren es signifikant mehr Studenten der unteren als der oberen Semester, die sich zufrieden mit ihrem Studium geäußert haben ( $p > .05$ ). Eine *hohe / sehr hohe* Zufriedenheit wurde von 65% der unteren und von 53,5 % der oberen Studiensemester angegeben.

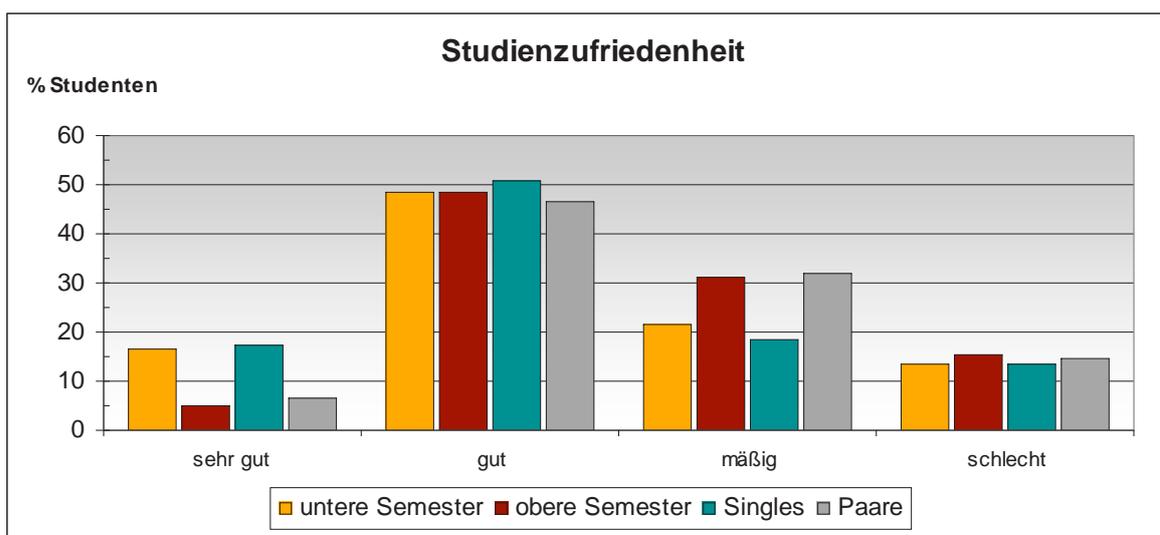


Abb.7: Ergebnisse zur Studienzufriedenheit<sup>10</sup> der unteren vs. oberen Semester und der Singles vs. Probanden mit Partner (n=157)

### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Singles beurteilten ihre Zufriedenheit im Studium signifikant besser als Probanden mit Partner ( $p > .01$ ). Diese wurde von 67,9% der Singles als *hoch* / *sehr hoch* beschrieben. Gleichzeitig bestätigten dies nur 52,7% der Probanden in Partnerschaft.

### 5.2.3 Arbeitsbelastung

Das Maß der Arbeitsbelastung im Medizinstudium wurde insgesamt als hoch bewertet (vgl. Abb. 8). Dieses wurde von 59,4% und somit von über der Hälfte der Studenten als *hoch* / *sehr hoch* angegeben. 38,5% beschrieben ein *mittelstarkes* und nur 1,9% der Probanden ein *geringes* Maß an Arbeitsbelastung.

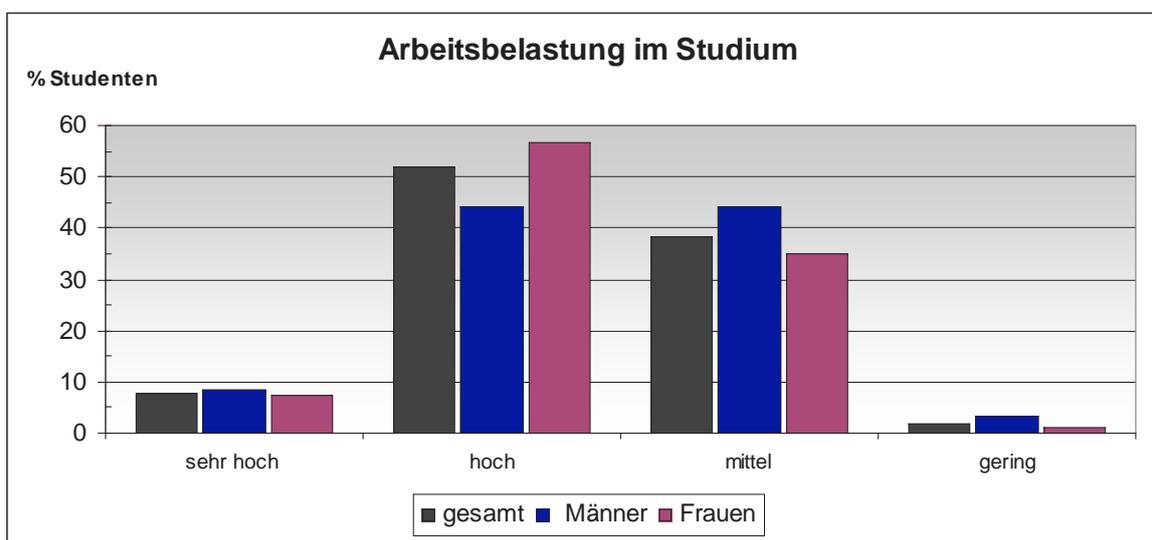


Abb.8: Ergebnisse zur Arbeitsbelastung<sup>11</sup> des gesamten Studienkollektivs sowie der männlichen und weiblichen Studenten (n=157)

### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Von Frauen wurde insgesamt eine höhere Arbeitsbelastung angegeben als von Männern ( $p > .05$ ). Diese wurde von 64,6% der Frauen und 52,6% der Männer als *hoch* / *sehr hoch* beschrieben (s. Abb. 8).

### *Untere vs. obere Semester*

Die Arbeitsbelastung im Studium wurde von 61,9% der Probanden der unteren Semester als *hoch*

<sup>11</sup> Die Kategorien „gering“ und „sehr gering“ wurden aufgrund sehr kleiner Häufigkeiten zusammen als Kategorie „gering“ dargestellt.

bis *sehr hoch* eingeschätzt. Gleichzeitig waren es signifikant weniger Studenten der oberen Semester (56,9%), die ein solches Maß an Belastungen angegeben haben (56,9%;  $p > .05$ ) (s. Abb.9).

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

70,3% der Probanden mit Partner haben das Maß der Arbeitsbelastung als *hoch* / *sehr hoch* bewertet. Dies beschrieben mit 50,6% signifikant weniger Studenten die Singles waren (s. Abb. 9).

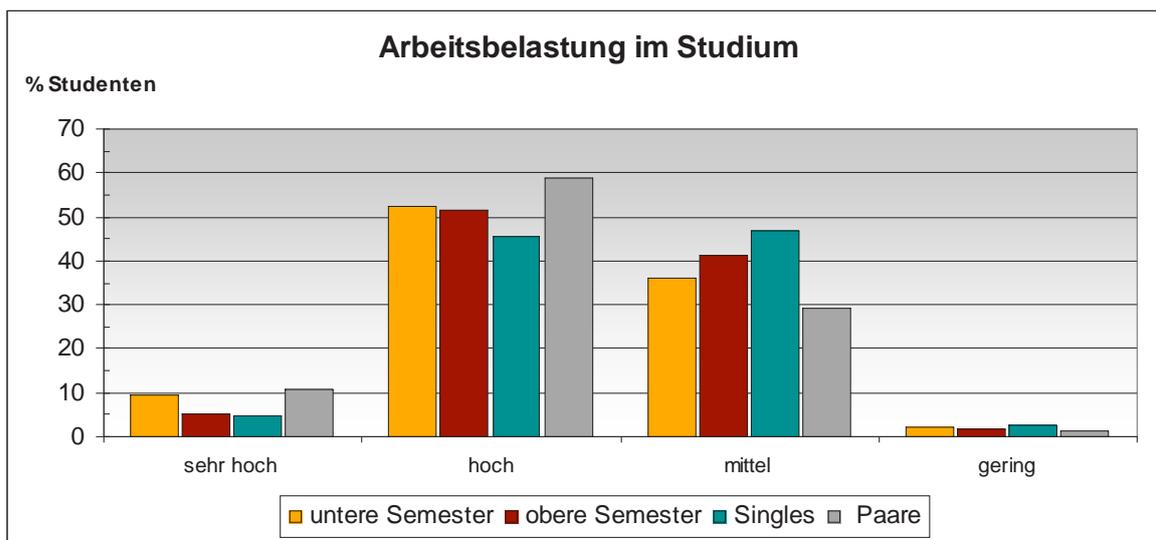


Abb. 9: Ergebnisse zur Arbeitsbelastung<sup>11</sup> der unteren und oberen Semester sowie der Singles und Studenten mit Partner (n=157)

## 5.3 Auswertung der Skalenergebnisse

Nach den Ergebnissen der Einzelitems werden im folgenden Kapitel die mittels *T-Test* Verfahren untersuchten Unterschiede der Häufigkeiten der einzelnen Skalen dargestellt.

### 5.3.1 Subjektive Beeinträchtigungen des Privatlebens

Einbußen des Privatlebens wurden von den Studenten in unterschiedlicher Weise geäußert (s. Abb. 10). 44,5 % der Probanden beschrieben eine häufige Beeinträchtigung durch *zeitliche Einschränkungen*. Von knapp der Hälfte der Studenten (48%) wurde angegeben *häufig nicht abschalten zu können*. Das Argument *Probleme des Studiums häufig mit nach Hause zu nehmen* äußerten 40,7% der Studenten und 38,6% einen häufigen *Mangel an Zeit für den Partner*. Die folgenden Untersuchungen zu den unterschiedlichen Häufigkeiten der Skala 'Beeinträchtigungen des Privat-

*lebens'* wurden aufgrund einer nicht vorhandenen Normalverteilung der Variablen mittels *Mann-Whitney-U-Testverfahren* durchgeführt.

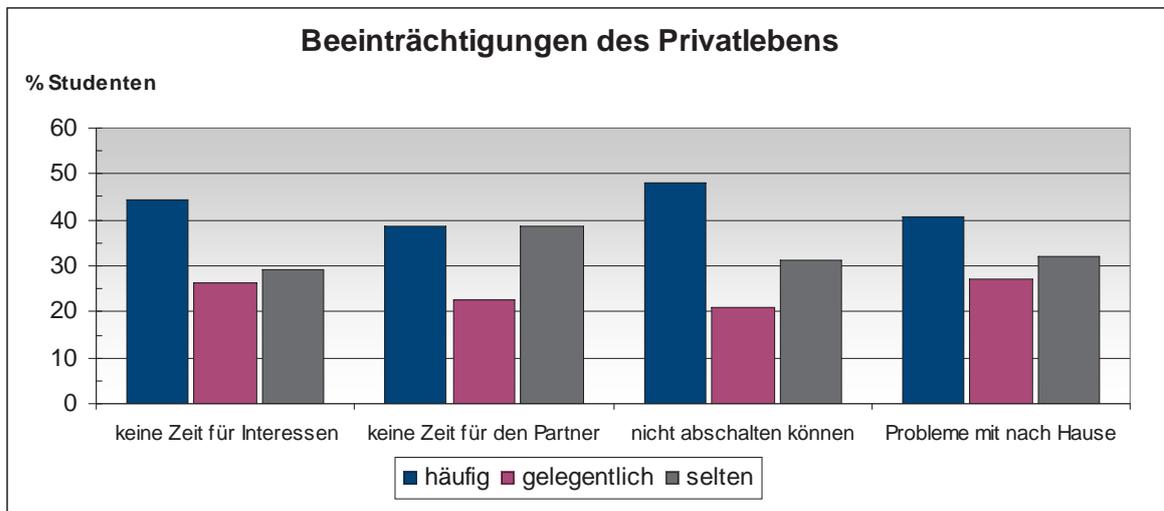


Abb.10: Ergebnisse zu den Beeinträchtigungen des Privatlebens<sup>12</sup> des gesamten Studienkollektivs (n=157)

#### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Im Unterschied zu den männlichen Studenten wurden Einbußen des Privatlebens von Frauen signifikant häufiger beschrieben ( $p > .01$ ).

#### *Untere vs. obere Semester*

Auch von Studierende der unteren Studiensemester wurden Beeinträchtigungen des Privatlebens häufiger angegeben als von Probanden der oberen Studiensemester ( $p > .05$ ).

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Im Vergleich zu Singles, wurden Einbußen des Privatlebens signifikant häufiger von Studierenden mit Partner beschrieben ( $p > .01$ ).

### 5.3.2 Umgang mit den Belastungen des Studiums

Im Umgang mit den Belastungen des Studiums wurden unterschiedliche Strategien der Bewältigung angegeben. Die *sozial zugewandten Bewältigungsstrategien* wurden hierbei signifikant häufiger

<sup>12</sup> Aufgrund sehr kleiner Häufigkeiten der Kategorie *immer* wurde diese der Kategorie „häufig“ beigefügt. Gleiches galt für die Kategorien „nie“ und „sehr selten“, die als Kategorie „selten“ dargestellt wurden (s. Abb. 10, 11, 12 und 13).

figer benannt als die *sozial abgewandten* (s. Abb. 11 und 12). Als *häufig / sehr häufig* beschrieben 76,8% der Studenten den *Kontakt zu den Freunden*, 58,1% den *Kontakt zu den Eltern* und 90,4% den *Kontakt zum festen Partner*. Ein nur sehr geringer Anteil von 3,2% der Probanden beschrieb *professionelle Hilfe* gesucht zu haben. Die Untersuchungen der unterschiedlichen Häufigkeiten der Skala 'sozial zugewandte Bewältigungsstrategien' erfolgten mittels *Mann-Whitney-U-Test*.

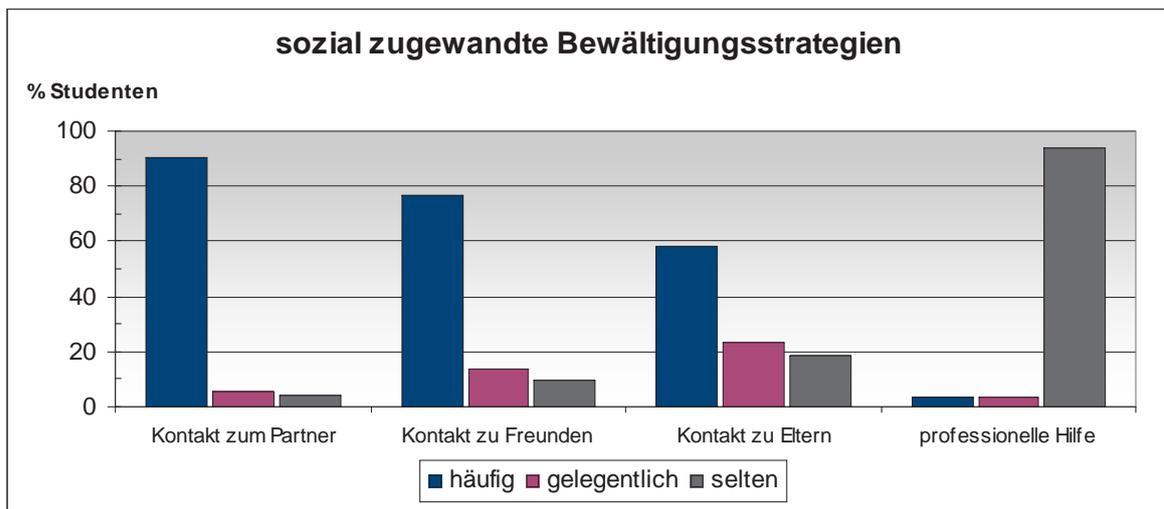


Abb.11: Ergebnisse zu den sozial zugewandten Bewältigungsstrategien<sup>12</sup> des gesamten Studienkollektivs (n=157)

Bei den sozial vermeidenden Bewältigungsstrategien (s. Abb.12) beschrieben 23,9% der Studenten *sozialen Rückzug* und 13,6% *Nikotinmissbrauch*. Von 8,4% der Probanden wurde ein häufiger *Alkoholmissbrauch* und von 2,6% ein Missbrauch von *Medikamenten* angegeben.

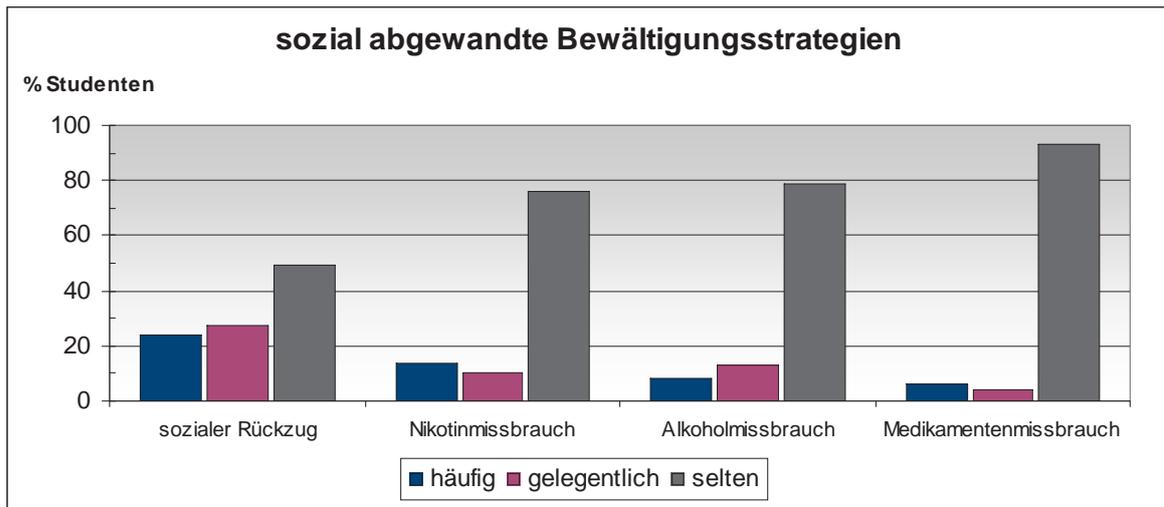


Abb.12: Ergebnisse zu den sozial abgewandten Bewältigungsstrategien<sup>12</sup> des gesamten Studienkollektivs (n=157)

#### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Im Unterschied zu den männlichen Probanden beschrieben Frauen signifikant häufiger ein sozial zugewandtes Bewältigungsverhalten im Umgang mit den Belastungen im Studium ( $p > .001$ ).

#### *Untere vs. obere Semester*

Auch Probanden der unteren Studiensemester haben signifikant häufiger die sozial zugewandte Bewältigungsstrategien angegeben als Studenten der oberen Studiensemester ( $p > .01$ ).

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Signifikante Unterschiede zwischen den Studenten mit und ohne Partner bei den Strategien im Umgang mit den Belastungen im Studium bestanden nicht.

### 5.3.3 Reaktion auf die Belastungen des Studiums

Als Folge der Belastungen des Studiums beschrieben die Studenten insgesamt eine hohe Symptombelastung (s. Abb. 13). 63,9% der Probanden haben dabei *häufige Ermüdungs- und Erschöpfungszustände* angegeben. Daneben berichteten 49% über *Lustlosigkeit* und 41% über *Aggressivität* und *Reizbarkeit*. Als weitere Belastungen wurden *Zynismus* (34,8%), *ängstliches Verhalten* (27,8%) und *depressive Symptome* (14,9%) beschrieben.

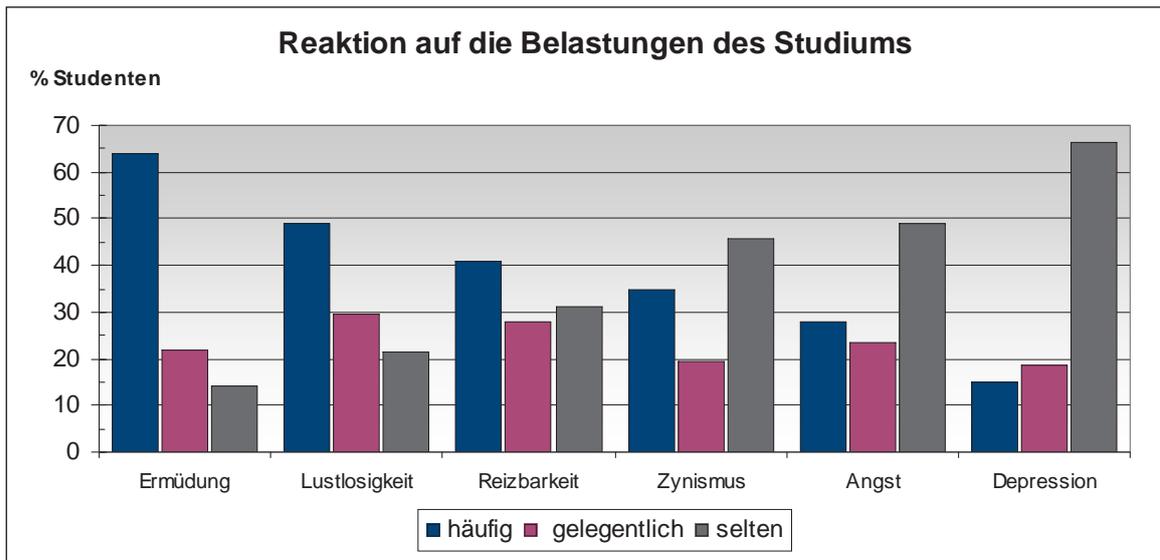


Abb.13: Ergebnisse zur Reaktion auf die Belastungen des Studiums<sup>12</sup> des gesamten Studienkollektivs (n=157)

#### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Der Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Probanden ergab, dass von Frauen signifikant häufiger Reaktionen auf die Belastungen des Studiums beschrieben wurden ( $p > .01$ ).

#### *Untere vs. obere Semester*

Als Reaktion auf die Belastungen des Studiums haben Studenten der unteren Semester häufiger über eine Symptombelastung berichtet als Studenten der oberen Semester ( $p > .01$ ).

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Im Unterschied zu Singles beschrieben Probanden mit Partner wesentlich häufiger Reaktionen auf die Belastungen des Studiums ( $p > .01$ ).

### 5.3.4 Beeinträchtigung durch psychische Symptome (SCL-90-R)

Der Vergleich der Ergebnisse zur psychischen Symptombelastung mit denen der Norm (n=800) ergab eine signifikant geringere Belastung der Medizinstudenten ( $p > .01$ ). Über alle Skalen lag die Effektstärke bei .14 (Range: 0 bis .21)<sup>13</sup>. Die Ergebnisse zur geschlechtsspezifischen Symptombelastung werden im Folgenden dargestellt:

<sup>13</sup> Generell können Effektstärken positive als auch negative Werte annehmen. Diese sagen allerdings nur etwas über die Richtung des Effektes aus. Da in dieser Arbeit bei den Durchschnitts- und Rangeangaben der Effektstärken allerdings eher das Ausmaß des Effektes von Interesse war, wurde diese in Form von Beträgen angegeben.

*Männer des Studienkollektivs vs. Männer der Normpopulation*

Gegenüber der Norm waren männliche Studenten durch psychische Symptome insgesamt weniger belastet ( $p > .05$ ) (s. Tab. 2). Die durchschnittliche Effektstärke war hierbei mit .19 (Range: 0 bis .35) klein. Nur auf der Skala *Aggressivität* und *Psychotizismus* zeigten die Skalensummenwerte im Vergleich zur Norm eine höhere Belastung der männlichen Studenten.

SCL-90-R - Männer Studienkollektiv vs. Männer Normpopulation						
SCL-90-R	Kollektiv (n=60)		Norm (n=400)		ES	p
	M	SD	M	SD		
<i>Somatisierung</i>	0,37	0,45	0,36	0,49	.02	n.s.
<i>Zwanghaftigkeit</i>	0,79	0,66	0,77	0,6	.03	n.s.
<i>Unsicherheit</i>	0,52	0,49	0,74	0,64	-.35	**
<i>Depressivität</i>	0,56	0,55	0,64	0,58	-.14	*
<i>Angst</i>	0,37	0,42	0,42	0,47	-.11	*
<i>Aggressivität</i>	0,55	0,68	0,45	0,43	.21	*
<i>phobische Angst</i>	0,15	0,28	0,21	0,4	-.16	*
<i>paranoides Denken</i>	0,57	0,67	0,62	0,55	-.09	n.s.
<i>Psychotizismus</i>	0,37	0,49	0,31	0,41	.14	*

SCL-90-R - Symptom Checkliste. Alters- und geschlechtsparallelisierte Normstichprobe.  
M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke. Signifikanzniveau :  $p > .05$ . \*,  $p > .01$ . \*\* und  $p > .001$ . \*\*\*. n.s: nicht signifikant.

Tab. 2: Ergebnisse zur subjektiven Beeinträchtigung durch psychische Symptome (SCL-90-R) der männlichen Studenten vs. Männer der Normpopulation

*Frauen des Studienkollektivs vs. Frauen der Normpopulation*

Im Vergleich zur Norm beschrieben weibliche Studenten eine durchweg geringere Symptombelastung ( $p > .05$ ). Die Effektstärke über alle Skalen war mit .16 (Range: 0 bis .28) allerdings gering (s. Tab 2.). Hochsignifikant Ergebnisse zeigten sich auf der Summenskala *Angst* (ES. -21;  $p < .01$ ).

SCL-90-R - Frauen Studienkollektiv vs. Frauen Normpopulation						
SCL-90-R	Kollektiv (n=97)		Norm (n=400)		ES	p
	M	SD	M	SD		
<i>Somatisierung</i>	0,39	0,36	0,44	0,44	-.12	*
<i>Zwanghaftigkeit</i>	0,74	0,5	0,83	0,6	-.15	*
<i>Unsicherheit</i>	0,71	0,62	0,8	0,59	-.15	*
<i>Depressivität</i>	0,67	0,52	0,75	0,61	-.15	*
<i>Angst</i>	0,4	0,34	0,53	0,49	-.28	**
<i>Aggressivität</i>	0,48	0,54	0,57	0,56	-.16	*
<i>phobische Angst</i>	0,15	0,25	0,2	0,3	-.17	*
<i>paranoides Denken</i>	0,55	0,53	0,63	0,49	-.16	*
<i>Psychotizismus</i>	0,27	0,38	0,31	0,38	-.11	*

SCL-90-R - Symptom Checkliste. Alters- und geschlechtsparallelisierte Normstichprobe.  
M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke. Signifikanzniveau:  $p > .05$ . \*,  $p > .01$ . \*\*  
und  $p > .001$ . \*\*\*, n.s: nicht signifikant.

Tab. 3: Ergebnisse zur *subjektiven Beeinträchtigung durch psychische Symptome* (SCL-90-R) der weiblichen Studenten vs. Frauen der Normpopulation

#### *Männer vs. Frauen des Studienkollektivs*

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen ergab, dass von Männern eine stärkere Belastung durch *Psychotizismus* (ES. 24;  $p > .01$ ) und *Aggressivität* angegeben wurde (ES.12;  $p > .05$ ). Weibliche Probanden beschrieben eine stärkere *Unsicherheit im sozialen Kontakt* (ES. 33;  $p < .01$ ) und eine höhere Symptombelastung durch *Depressivität* (ES. 22;  $p < .01$ ) als Männer.

#### *Untere vs. obere Semester*

Probanden der oberen Semester haben insgesamt ein stärkere Belastung durch psychische Symptome angegeben als Studenten der unteren Semester. Die Effektstärke über alle Skalen war mit .15 (Range: 0 bis .27) gering. Neben einer signifikant stärkeren Belastung durch *Aggressivität* (ES .05) und *Psychotizismus* (ES .12), beschrieben die Probanden zudem eine stärkere Belastung durch *phobische Angst* (ES .19), *Unsicherheit im sozialen Kontakt* (ES .22) und *paranoides Denken* (ES .27;  $p > .01$ ).

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Im Vergleich zu den Probanden mit Partner wurde von Singles eine deutlich stärkere Belastung durch psychopathologische Symptome beschrieben. Die durchschnittliche Effektstärke war mit .12 (Range: 0 bis .20) jedoch gering. Singles äußerten eine stärkere Belastung durch *Zwanghaftigkeit*

(ES .07;  $p > .05$ ), *Unsicherheit im sozialen Kontakt* (ES .12;  $p > .05$ ) und *Psychotizismus* (ES .20;  $p > .01$ ). Studierende mit Partner haben nur eine stärkere Belastung durch *Somatisierung* angegeben (ES .08;  $p > .05$ ).

### 5.3.5 Subjektive Gesundheit (SF-36)

Im Vergleich zur Norm haben die Medizinstudenten ihren subjektiven Gesundheitszustand insgesamt deutlich schlechter eingeschätzt (s. Tab. 4). Die Effektstärke über alle Skalen war mit .66 (Range: 0 bis .95) hoch. Die Angaben zur subjektiven Gesundheit ergaben eine geringere *körperliche* und *emotionale Rollenfunktion*, eine geringere *soziale Funktionsfähigkeit* und *allgemeine Vitalität*, sowie ein schlechteres *psychisches Wohlbefinden*.

#### *Männer des Studienkollektiv vs. Männer der Normpopulation*

Wie bereits für das Studienkollektiv beschrieben (s. Tab. 4), haben auch männliche Probanden eine im Vergleich zu Norm signifikant schlechtere subjektive Gesundheit angegeben. Mit .73 (Range: 0 bis .88) war die Effektstärke über alle Skalen entsprechend hoch. Wie in der Tabelle drei dargestellt, waren die Bereiche in denen Einbußen der Gesundheit beschrieben wurden identisch mit denen des Gesamtkollektivs (s.u.).

#### *Frauen des Studienkollektivs vs. Frauen der Normpopulation*

Die Ergebnisse der weiblichen Studenten ergaben eine im Vergleich zur Norm stärkere Beeinträchtigung ihrer subjektiven Gesundheit (s. Tab. 4). Die durchschnittliche Effektstärke der Skalen war mit .70 (Range: 0 bis .98) ebenfalls sehr hoch. Zwar wurden von Frauen keine Einbußen ihrer *körperlichen Rollenfunktion* angegeben, doch waren die Bereiche in denen signifikante Belastungen der subjektiven Gesundheit beschrieben wurden, identisch mit denen der männlichen Studenten.

SF-36- Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit des Studienkollektivs vs. Normpopulation												
SF-36	gesamt (n=157)				Männer (n=60)				Frauen (n=97)			
	M	SD	ES	p	M	SD	ES	p	M	SD	ES	p
körperliche Funktionsfähigkeit	97.3	5.3	.17	n.s.	98.0	4.0	.19	n.s.	96.9	5.9	.20	n.s.
körperliche Rollenfunktion	84.7	28.1	-.37	**	82.2	30.8	-.76	***	86.2	26.4	-.15	n.s.
körperliche Schmerzen	85.2	19.5	-.09	n.s.	84.0	21.4	-.23	n.s.	85.9	18.4	.03	n.s.
allgemeine Gesundheitswahrnehmung	74.1	16.5	-.12	n.s.	74.5	16.6	-.11	n.s.	73.9	16.6	-.12	n.s.
allgemeine Vitalität	52.1	16.2	-.77	***	54.7	15.3	-.70	***	50.5	16.6	-.76	***
soziale Funktionsfähigkeit	80.6	19.4	-.63	***	78.6	18.3	-.81	***	81.1	20.1	-.50	***
emotionale Rollenfunktion	71.2	37	-.95	***	74.0	38.2	-.88	***	69.4	36.4	-.98	***
psychisches Wohlbefinden	64.5	15.7	-.58	***	67.6	15.9	-.50	***	62.6	15.4	-.56	***

SF-36 - Subjektive Gesundheit. Alters- und geschlechtsparallelisierte Normstichprobe. M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke. Signifikanzniveau : p>.05. \*, p>.01. \*\* und p>.001. \*\*\*. n.s: nicht signifikant.

Tab. 4: Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit (SF-36) des gesamten Studienkollektiv sowie der männlichen und weiblichen Studenten vs. Normpopulation

#### *Untere vs. obere Semester*

Im Vergleich zu den Studenten der oberen Studiensemester beschrieben die Probanden der unteren Semester eine schlechtere subjektive Gesundheit durch eine geringere *emotionale Rollenfunktion* (ES. 15; p>.05) und *körperliche Funktionsfähigkeit* (ES. 19; p>.05). Über alle Skalen war die Effektstärke mit .17 (Range: 0 bis .19) eher gering.

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Singles bewerteten ihre subjektive Gesundheit insgesamt schlechter als Probanden mit Partner. Über alle Skalen zeigte sich eine mittelhohe Effektstärke .23 (Range: 0 bis .46). Signifikante Beeinträchtigungen der Gesundheit (p>.05) wurden auf den Skalen der *körperlichen Rollenfunktion* (ES .15), der *allgemeinen Gesundheitswahrnehmung* (ES .12) und auf der Skala der *körperlichen Schmerzen* (ES .18) angegeben. Geringere Belastungen der Gesundheit zeigten sich auf der Skala *psychisches Wohlbefinden* (ES -.23; p>.01) und der Skala *Vitalität* (ES -.46; p>.001).

### 5.3.6 Interpersonelle Probleme (IIP-D)

Die Untersuchung auf interpersonelle Probleme erbrachte im Vergleich der Medizinstudenten mit der Normpopulation keine signifikanten Unterschiede.

#### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Der Vergleich der weiblichen mit den männlichen Studenten ergab, dass Männer sich *streitsüchtiger / konkurrierender* (ES .15;  $p > .05$ ) als auch *abweisender / kälter* in der Interaktion (ES .10;  $p > .05$ ) beschrieben. Frauen bezeichneten sich hingegen als *selbstunsicherer / unterwürfiger* (ES .18;  $p > .05$ ) und als *ausnutzbarer / nachgiebiger* (ES .11;  $p > .05$ ). Über alle Skalen war die Effektstärke mit .14 (Range: 0 bis .18) eher klein.

#### *Untere vs. obere Semester*

Im Unterschied zu den Studenten der unteren Semestern beschrieben sich die der oberen Semester in der Interaktion sowohl *autokratischer / dominanter* (ES .57;  $p > .001$ ), *abweisender / kälter* (ES .28;  $p > .01$ ), *streitsüchtiger / konkurrierender* (ES .21;  $p > .05$ ), als auch *introvertierter / sozial vermeidender* (ES .13;  $p > .05$ ) und *expressiver / aufdringlicher* (ES .24;  $p > .05$ ). Mit ES. 29 (Range: 0 bis .57) war die durchschnittliche Effektstärke auf mittelstarkem Niveau.

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Während sich Singles in ihrer Interaktion als *ausnutzbarer / freundlicher* beschrieben haben (ES .20;  $p > .05$ ), haben sich Probanden mit Partner sowohl *streitsüchtiger / konkurrierender* (ES .28;  $p > .01$ ), *autokratischer / dominanter* (ES .22;  $p > .05$ ), *introvertierter / sozial vermeidender* (ES .15;  $p > .05$ ) als auch *selbstunsicher / unterwürfiger* (ES .14;  $p > .05$ ) bezeichnet. Über alle Skalen zeigte sich eine kleine Effektstärke .20 (Range: 0 bis .28).

### 5.3.7 Bedeutsamkeit und Zufriedenheit in der Partnerschaft

Als *hoch / sehr hoch* beschrieben 94,2% der Studenten den *Stellenwert der Partnerschaft*. 82,6% der Studenten mit Partner beschrieben eine *hohe Zufriedenheit* in der Partnerschaft (Abb.14).

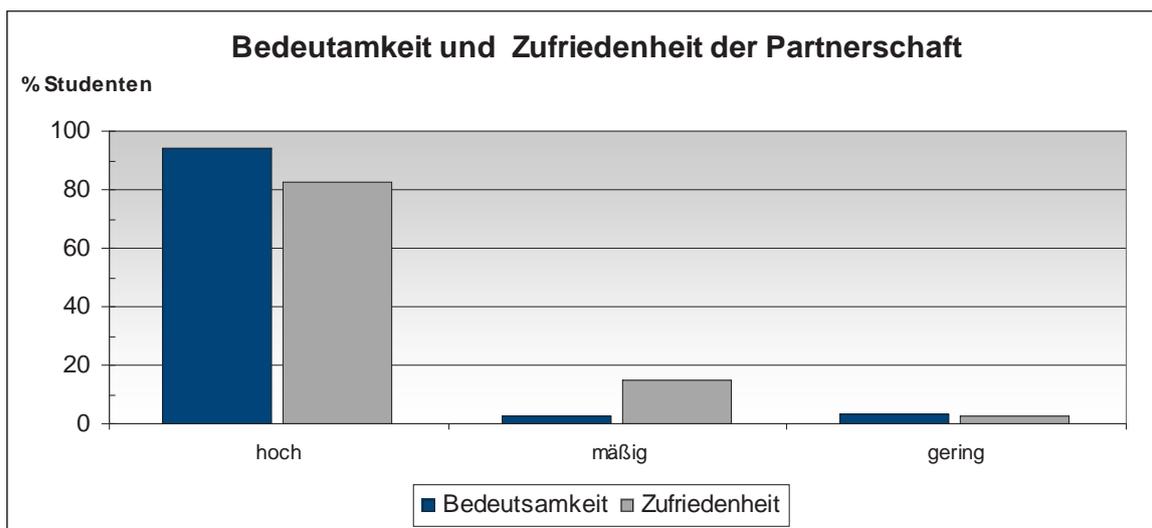


Abb.14: Ergebnisse zur Bedeutsamkeit und Zufriedenheit der Partnerschaft<sup>14</sup> des gesamten Studienkollektivs (n=157)

#### *Männliche vs. weibliche Studenten*

Mit 94,8% wurde von signifikant mehr Frauen als Männern (92,9%;  $p > .05$ ) die *Bedeutsamkeit der Partnerschaft* als *hoch* bewertet. Zugleich waren es mehr Männer (86,6%) als Frauen (80%), die eine *hohe Zufriedenheit der Partnerschaft* angegeben haben ( $p > .05$ ).

#### *Untere vs. obere Semester*

Im Vergleich zu den Studenten der oberen Semester (93,1%) wurde die *Bedeutsamkeit der Partnerschaft* von mehr Studenten der unteren Semester als *hoch* eingeschätzt (94,8 %;  $p > .05$ ). Auch waren es mehr Studenten der unteren (86,4%) als der oberen Semester (77,4%), die ihre *Zufriedenheit in der Partnerschaft* als *hoch* bewerteten ( $p > .01$ ).

#### *Singles vs. Probanden mit Partner*

Die *Bedeutsamkeit der Partnerschaft* wurde von mehr Probanden mit Partner als *hoch* bewertet (96%) als von Probanden die Singles waren (92,6%;  $p > .01$ ).

### 5.3.8 Beziehungsmuster (BeMus)

Die Einschätzung der partnerschaftlichen Beziehungsmuster wurde bei den Probanden in Form einer *Selbsteinschätzung (RS)* und als *Partnereinschätzung (RO)* durchgeführt. Bei der *Selbstein-*

<sup>14</sup> Aufgrund der gemeinsamen graphischen Darstellung der Aspekte *Bedeutsamkeit* und *Zufriedenheit* der Partnerschaft wurden jeweils die beiden höchsten und niedrigsten Kategorien zu einer gemeinsamen Kategorie zusammengefasst.

*schätzung* (RS) beschrieben sowohl die Probanden als auch deren Partner ihr eigenes Interaktionsverhalten gegenüber ihrem Partner. Demgegenüber wurde bei der darauf folgenden *Partnereinschätzung* (RO) das jeweilige Verhalten des Partners bewertet.

### 5.3.8.1 Vergleich der *Selbsteinschätzung* der Männer (RS) vs. *Selbsteinschätzung* der Frauen (RS)

Im Vergleich zu den Frauen beschrieben sich die Männer sowohl *liebvoller und untergeordneter* als auch weniger *durchsetzungsstark* und weniger *angriffsfreudig* als Frauen sich selbst beschrieben (s. Tab. 5). Die Effektstärke über die Skalen stellte sich mit .44 (Range: 0 bis .60) als mittelstark dar.

BeMus Selbsteinschätzung (RS) der Männer (n=61) vs. Selbsteinschätzung (RS) der Frauen (n=61)						
BeMus	(RS) Männer		(RS) Frauen		ES	p
	M	SD				
<i>sich durchsetzen</i>	0,04	0,15	0,08	0,15	-.29	*
<i>liebvoll umgehen</i>	0,27	0,16	0,20	0,14	.43	**
<i>sich unterordnen</i>	-0,08	0,15	-0,15	0,17	.41	**
<i>angreifen</i>	-0,22	0,13	-0,13	0,16	-.61	***

BeMus - (RS) vs. (RS). M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke.  
Signifikanzniveau:  $p > .05$ . \*,  $p > .01$ . \*\* und  $p > .001$ . \*\*\*, n.s: nicht signifikant.

Tab. 5: Vergleich der *Selbsteinschätzung* der Männer (RS) vs. *Selbsteinschätzung* der Frauen (RS)

### 5.3.8.2 Vergleich der *Partnereinschätzung* der Frauen (RO) vs. *Partnereinschätzung* der Männer (RO)

In der Bewertung des Partners beschrieben Frauen ihren Partner *weniger untergeordnet*, aber auch *liebvoller* und weniger *angriffsfreudig* als Männer ihre Partnerin (s. Tab.5). Die Effektstärke der Skalen war mit .34 (Range: 0 bis .44) auf mittelstarkem Niveau.

BeMus Partnereinschätzung (RO) der Frauen (n=61) vs. Partnereinschätzung (RO) der Männer (n=61)						
BeMus	(RO) Frauen		(RO) Männer		ES	p
	M	SD	M	SD		
<i>sich durchsetzen</i>	0,05	0,12	0,03	0,13	.10	n.s.
<i>liebevoll umgehen</i>	0,27	0,17	0,20	0,17	.44	**
<i>sich unterordnen</i>	-0,14	0,15	-0,10	0,15	-.27	*
<i>angreifen</i>	-0,18	0,15	-0,14	0,15	-.30	**

BeMus - (RO) vs. (RO). M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke.  
Signifikanzniveau : p>.05. \*, p>.01. \*\* und p>.001. \*\*\*. n.s: nicht signifikant.

Tab. 6: Vergleich der Partnereinschätzung der Frauen (RO) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO).

### 5.3.8.3 Vergleich der Selbsteinschätzung der Frauen (RS) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO)

Frauen beschrieben sich gegenüber ihrem Partner *durchsetzungsstärker* als der Partner sie beschrieb (s. Tab. 6). Daneben wurden Frauen von ihrem Partner *untergeordneter* eingeschätzt als Frauen sich selbst einschätzten. Über alle Skalen ergab sich eine mittlere Effektstärke von .34 (Range: 0 bis .36).

BeMus Selbsteinschätzung (RS) der Frauen (n=61) vs. Partnereinschätzung (RO) der Männer (n=61)						
BeMus	(RS) Frauen		(RO)Männer		ES	p
	M	SD	M	SD		
<i>sich durchsetzen</i>	0,08	0,15	0,03	0,13	.36	**
<i>liebevoll umgehen</i>	0,20	0,14	0,20	0,17	.00	n.s.
<i>sich unterordnen</i>	-0,15	0,17	-0,10	0,15	-.31	**
<i>angreifen</i>	-0,13	0,16	-0,14	0,15	.06	n.s.

BeMus - (RS) vs. (RO). M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke  
Signifikanzniveau : p>.05. \*, p>.01. \*\* und p>.001. \*\*\*. n.s: nicht signifikant.

Tab. 7: Vergleich der Selbsteinschätzung der Frauen (RS) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO)

#### 5.3.8.4 Vergleich der *Selbsteinschätzung* der Männer (RS) vs. *Partnereinschätzung* der Frauen (RO)

Männer beschrieben sich gegenüber ihre Partnerin *untergeordneter* als die Partnerin ihn beschrieb. Daneben wurden Männer von ihrer Partnerin als *angriffsfreudiger* eingeschätzt als sie sich selbst beschrieben. Die Effektstärke über die Skalen war mit .34 (Range: 0 bis .40) mittelstark.

BeMus Selbsteinschätzung (RS) der Männer (n=61) vs. Partnereinschätzung (RO) der Frauen (n=61)						
BeMus	(RS) Männer		(RO) Frauen		ES	p
	M	SD	M	SD		
<i>sich durchsetzen</i>	0,04	0,15	0,05	0,12	-.07	n.s.
<i>liebevoll umgehen</i>	0,27	0,16	0,27	0,17	.00	n.s.
<i>sich unterordnen</i>	-0,08	0,15	-0,14	0,15	.40	**
<i>angreifen</i>	-0,22	0,13	-0,18	0,15	-.28	*

BeMus - (RS) vs. (RO). M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, ES: Effektstärke.  
Signifikanzniveau : p>.05. \*, p>.01. \*\* und p>.001. \*\*\*. n.s: nicht signifikant.

Tab. 8: Ergebnisse zur Selbsteinschätzung der Männer (RS) vs. Partnereinschätzung der Frauen (RO)

## 5.4 Korrelationen

Nach dem ersten Teil der Untersuchungen folgte die Betrachtung der Studienergebnisse in Hinblick auf signifikante Zusammenhänge der Zielvariablen. Die Berechnungen wurden mittels *Pearson-Korrelationskoeffizienten* für normal verteilte Studiendaten und mittels *Spearman-Rang-Koeffizienten* für die nicht normal verteilten Daten des SF-36 zum subjektiven Gesundheitszustand durchgeführt.

### 5.4.1 Zusammenhänge mit der *aktuellen Lebensqualität*

#### 5.4.1.1 Aktuelle Lebensqualität und Studienzufriedenheit

Die Zusammenhänge zwischen der aktuellen Lebensqualität und der Studienzufriedenheit waren sehr hoch signifikant ( $r = .36$ ,  $p > .001$ ). Je höher die Zufriedenheit im Studium beschrieben wurde, desto höher bewerteten die Studenten auch ihre aktuelle Lebensqualität.

#### 5.4.1.2 Aktuelle Lebensqualität und Belastungen im Studium

Die *aktuelle Lebensqualität* der Studenten zeigte einen negativen Zusammenhang mit der *Arbeitsbelastung* ( $r = -.22$ ;  $p > .001$ ) und den *unerwarteten Belastungen im Studium* ( $r = -.18$ ;  $p > .01$ ). Je größer der *Mangel an Freizeit* ( $r = -.31$ ;  $p > .001$ ), je *weniger Zeit für den Partner* ( $r = -.21$ ;  $p > .01$ ), je *weniger Ablenkung* ( $r = -.16$ ;  $p > .01$ ) oder je *häufiger Probleme des Studiums in das Privatleben* angegeben wurden ( $r = -.22$ ;  $p > .001$ ), desto schlechter beschrieben die Studenten ihre aktuelle Lebensqualität.

#### 5.4.1.3 Aktuelle Lebensqualität und Symptombelastung (SCL-90-R)

Die subjektive Beeinträchtigung durch psychische Symptome (SCLGSI) korrelierte negativ mit der aktuellen Lebensqualität ( $r = -.24$ ;  $p > .001$ ) (s. Tab. 9). Ein signifikant negativer Zusammenhang mit der aktuellen Lebensqualität konnte dabei für alle Skalen des SCL-90-R nachgewiesen werden.

Korrelation Lebensqualität und Symptombelastung SCL-90-R		
SCL-90-R	r	p
Somatisierung	-0,19	**
Zwanghaftigkeit	-0,22	***
Unsicherheit im sozialen Kontakt	-0,13	*
Depressivität	-0,35	***
Ängstlichkeit	-0,20	**
Aggressivität	-0,13	**
phobische Angst	-0,11	*
paranoides Denken	-0,22	***
Psychotizismus	-0,14	**
Pearson-Korrelationskoeffizient. Signifikanzniveau: $p > .05$ . *, $p > .01$ . ** und $p > .001$ . ***, n.s: nicht signifikant.		

Tab. 9: Korrelation der aktuellen Lebensqualität mit der Symptombelastung (SCL-90-R)

#### 5.4.1.4 Aktuelle Lebensqualität und Umgang mit den Belastungen im Studium

Es fanden sich Zusammenhänge zwischen dem Umgang mit den Belastungen im Studium und der LQ der Studenten. Hierbei positiv korreliert mit der LQ waren die *sozial zugewandten Bewältigungsstrategien* ( $r = .07$ ;  $p > .05$ ) wie der *Kontakt zu den Eltern* ( $r = .12$ ;  $p > .01$ ) und die *Inanspruchnahme professioneller Hilfe* ( $r = .13$ ;  $p > .01$ ). Daneben bestand eine negativer Zusammen-

hang zwischen der aktuellen LQ und den *sozial abgewandten Bewältigungsstrategien* ( $r = -.04$ ;  $p > .05$ ) wie dem *sozialen Rückzug* ( $r = -.16$ ;  $p > .01$ ), dem *Alkohol-* ( $r = -.06$ ;  $p > .05$ ) oder dem *Medikamentenmissbrauch* ( $r = -.13$ ;  $p > .01$ ).

#### 5.4.1.5 Aktuelle Lebensqualität und subjektive Gesundheit (SF-36)

Ein Zusammenhang bestand auch zwischen der subjektiven Gesundheit und der aktuellen Lebensqualität der Studenten. Dieser konnte für alle Skalen des SF-36 nachgewiesen werden konnte (vgl. Tab. 10). Je höher die Studenten ihre subjektive Gesundheit beschrieben, desto höher beschrieben sie auch ihre aktuelle Lebensqualität.

Korrelation Lebensqualität und Subjektive Gesundheit SF-36		
SF-36	r	p
<i>körperliche Funktionsfähigkeit</i>	.13	**
<i>körperliche Rollenfunktion</i>	.19	**
<i>körperliche Schmerzen</i>	.06	*
<i>allg. Gesundheitswahrnehmung</i>	.23	***
<i>Vitalität</i>	.53	***
<i>soziale Funktionsfähigkeit</i>	.22	***
<i>emotionale Rollenfunktion</i>	.22	***
<i>psychisches Wohlbefinden</i>	.56	***
Spearman-Rang-Koeffizient. Signifikanzniveau: $p > .05$ . *, $p > .01$ . ** und $p > .001$ . ***. n.s: nicht signifikant.		

Tab. 10: Korrelation der aktuellen Lebensqualität mit der subjektiven Gesundheit (SF-36)

### 5.4.2 Zusammenhänge mit der *Studienzufriedenheit*

#### 5.4.2.1 *Studienzufriedenheit* und *unerwartete Belastungen im Studium*

Ein negativer Zusammenhang fand sich für die *Studienzufriedenheit* und die *unerwarteten Belastungen im Studium* ( $r = -.20$ ;  $p > .001$ ) (s. Tab. 11). Außer für den Aspekt des *unerwartet hohen Detailwissens* zeigten sich alle Aspekte als durchgängig hoch bis sehr hoch signifikant.

Korrelation Studienzufriedenheit und unerwartete Belastungen im Studium		
<i>Unerwartete Belastungen</i>	<b>r</b>	<b>p</b>
- hohe Arbeitsbelastung	-.26	***
- wenig Freizeit	-.21	***
- großes gefordertes Detailwissen	-.18	***
- seltener Patientenkontakt	-.12	**
- Stress im Umgang mit Patienten	-.14	**
- hohe emotionale Belastung	-.26	***
- Hierarchie im Krankenhaus	-.47	***
- unzureichendes Detailwissen	-.11	*
Pearson-Korrelationskoeffizient. Signifikanzniveau: $p > .05$ . *, $p > .01$ . ** und $p > .001$ . ***. n.s: nicht signifikant.		

Tab. 11: Korrelation Studienzufriedenheit mit den unerwarteten Belastungen im Studium

#### 5.4.2.2 Studienzufriedenheit und Symptombelastung (SCL-90-R)

Ein hohes Maß an Symptombelastung durch *Zwanghaftigkeit* ( $r = -.12$ ;  $p > .05$ ), *Aggressivität* ( $r = -.06$ ;  $p > .05$ ), *phobische Angst* ( $r = -.08$ ;  $p > .05$ ) und vor allem durch *Depressivität* ( $r = -.23$ ;  $p > .001$ ) korrelierte negativ mit der Studienzufriedenheit der Studenten.

#### 5.4.2.3 Studienzufriedenheit und Umgang mit den Belastungen im Studium

Wie in den Hypothesen angenommen bestand ein Zusammenhang zwischen der Studienzufriedenheit und den *sozial zugewandten Bewältigungsverhalten*. Dieser ließ sich allerdings nur für den *Kontakt zu den Eltern* nachweisen (s. Tab.12). Negativ korreliert mit der Studienzufriedenheit waren die sozial abgewandten Bewältigungsverhalten ( $r = -.13$ ;  $p > .05$ ).

Korrelation Studienzufriedenheit und Umgang mit den Belastungen im Studium		
<i>Umgang mit Belastungen</i>	<b>r</b>	<b>p</b>
<i>Kontakt zu den Freunden</i>	.04	n.s.
<i>Kontakt zu den Eltern</i>	.14	**
<i>Kontakt zum Partner-/in</i>	-.13	*
<i>erhöhter Alkoholkonsum</i>	-.01	n.s.
<i>vermehrter Nikotinmissbrauch</i>	-,08	*
<i>sozialer Rückzug</i>	-.11	*
<i>Beanspruchung professioneller Hilfe</i>	-,31	***
<i>Medikamentenmissbrauch</i>	-.20	**
Pearson-Korrelationskoeffizient. Signifikanzniveau: $p > .05$ . *, $p > .01$ . ** und $p > .001$ . ***. n.s.: nicht signifikant.		

Tab. 12: Korrelation Studienzufriedenheit mit dem Umgang mit den Belastungen im Studium

#### 5.4.2.4 Studienzufriedenheit und subjektive Gesundheit (SF-36)

Je höher die Studenten ihren Gesundheitszustand einschätzten, desto höher beschrieben sie auch ihre Zufriedenheit im Studium (s. Tab.13). Außer für die gesundheitlichen Aspekte der *körperlichen Rollenfunktion* und der *allgemeinen Gesundheitswahrnehmung* konnte für alle Skalen des SF-36 ein hoch bis sehr hoch signifikanter Zusammenhang mit der Studienzufriedenheit nachgewiesen werden

Korrelation Studienzufriedenheit und subjektive Gesundheit		
SF-36	r	p
<i>körperliche Funktionsfähigkeit</i>	-.14	**
<i>körperliche Rollenfunktion</i>	-.02	n.s.
<i>körperliche Schmerzen</i>	-.14	**
<i>allg. Gesundheitswahrnehmung</i>	-.05	n.s.
<i>Vitalität</i>	-.30	***
<i>soziale Funktionsfähigkeit</i>	-.21	***
<i>emotionale Rollenfunktion</i>	-.17	**
<i>psychisches Wohlbefinden</i>	-.35	***

Spearman-Rang-Koeffizient. Signifikanzniveau : p>.05. \*, p>.01. \*\* und p>.001. \*\*\*. n.s: nicht signifikant.

Tab. 13: Korrelation der Studienzufriedenheit mit der subjektiven Gesundheit (SF-36)

### 5.4.3 Zusammenhänge mit den *Beziehungsmustern* (BeMus)

#### 5.4.3.1 *Beziehungsmuster* (BeMus) und aktuelle Lebensqualität

Je weniger *durchsetzungsstark* sich der Proband und je *liebvoller* und weniger *angriffsfreudig* er sowohl das eigene Verhalten als auch das des Partners eingeschätzte, desto höher war auch die aktuelle Lebensqualität (s. Tab. 14). Je *untergeordneter* der Partner hingegen beschrieben wurde, desto geringer war die Lebensqualität.

#### 5.4.3.2 *Beziehungsmuster* (BeMus) und Studienzufriedenheit

Je *liebvoller* sich der Proband und je *untergeordneter* und weniger *angriffsfreudig* er sowohl sich als auch den Partner beschrieb, desto geringer war auch die Zufriedenheit im Studium (s. Tab. 14).

#### 5.4.3.3 *Beziehungsmuster* (BeMus) und Partnerschaftszufriedenheit

Je weniger *durchsetzungsstark* und *angriffsfreudig* und je *liebvoller* der Proband sich selbst beschrieb, desto höher war die Partnerschaftszufriedenheit. Wurde ein *untergeordnetes Verhalten* in der Selbsteinschätzung positiv für die Partnerschaftszufriedenheit bewertet, korrelierte ein untergeordnetes Verhalten des Partners negativ mit der Partnerschaftszufriedenheit. (s. Tab. 14).

Korrelation BeMus	Lebensqualität		Studienzufriedenheit		Partnerschaftszufriedenheit	
	r	p	r	p	r	p
<i>s1</i>	-.11	*	.03	n.s.	-.23	**
<i>s3</i>	.27	**	-.08	*	.41	***
<i>s5</i>	.06	n.s.	-.23	**	.26	**
<i>s7</i>	-.21	**	.30	**	-.44	***
<i>o1</i>	.23	**	-.05	n.s.	-.02	n.s.
<i>o3</i>	.21	**	-.03	n.s.	.06	n.s.
<i>o5</i>	-.09	*	-.18	*	-.10	*
<i>o7</i>	-.32	***	.26	**	.06	n.s.

Pearson-Korrelationskoeffizient. Signifikanzniveau: \* $p > .05$ ; \*\* $p > .01$  und \*\*\* $p > .001$ . n.s. nicht signifikant.  
Skalen: s1/o1: sich durchsetzen; s3/o3: liebevoll umgehen; s5/o5: sich unterordnen; s7/o7: angreifen

Tab.14: Korrelation der Beziehungsmuster (BeMus) mit der Lebensqualität, der Studienzufriedenheit und der Partnerschaftszufriedenheit (n=157)

#### 5.4.4 Zusammenhänge mit der *subjektiven Gesundheit* (SF-36)

##### 5.4.4.1 *Subjektive Gesundheit* (SF-36) und *Beziehungsmuster* (BeMus)

Zusammenhänge zwischen der allgemeinen subjektiven Gesundheit und den partnerschaftlichen Beziehungsmustern konnten sowohl für die *Selbsteinschätzung* (RS) als auch für die *Partnereinschätzung* (RO) nachgewiesen werden.

Je weniger *durchsetzungsstark* ( $r=.09$ ;  $p > .05$ ), je *angriffsfreudiger* ( $r=.09$ ;  $p > .05$ ) sich die Probanden und je weniger *untergeordnet* ( $r=-.20$ ;  $p > .01$ ) und je *aggressiver* ( $r=-.14$ ;  $p > .05$ ) sie ihren Partner beschrieben, desto höher war auch die allgemeine subjektive Gesundheit der Studenten.

##### 5.4.4.2 *Subjektive Gesundheit* (SF-36) und *Belastungen im Studium*

Insgesamt wurde ein negativer Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung der subjektiven Gesundheit beschrieben ( $r=-.12$ ;  $p > .01$ ). Je unerwarteter die Belastungen eintraten, desto höher waren auch die Belastungen der Gesundheit ( $r=.17$ ;  $p > .01$ ).

## 6. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse in Hinblick auf die Fragestellungen und Hypothesen überprüft und im Kontext der bestehenden Literatur betrachtet. Anhand dessen erfolgt im Anschluss daran die Diskussion der Ergebnisse im Kontext der Lebensqualität im Studium. Zur besseren Überschaubarkeit werden die Studienergebnisse hierbei mit einem Verweis auf das entsprechende Testverfahren bzw. die jeweilige Referenzquelle versehen.<sup>15</sup> Abschließend folgen die Überlegungen zum methodischen Vorgehen und zur Repräsentativität der Ergebnisse sowie die Schlussfolgerungen und der Ausblick dieser Studie.

### 6.1 Zusammenhänge zwischen der LQ und den Belastungen im Studium

#### Darstellung

Die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Lebensqualität im Studium besteht wird bestätigt (II). Dabei korreliert ein hohes Maß an Arbeitsbelastung mit einer geringen Lebensqualität und Zufriedenheit im Studium. Unterschiede zeigen sich sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen den Studenten der unteren und oberen Studiensemester. Die Annahme einer höheren Lebensqualität und geringeren Arbeitsbelastung bei Männern im Vergleich zu Frauen kann ebenfalls bestätigt werden. Demgegenüber lässt sich die Hypothese einer höheren Lebensqualität und geringeren Arbeitsbelastung der oberen Studiensemester jedoch nur zum Teil halten. Diese zeigen in den Ergebnissen im Vergleich zu den unteren Semestern zwar eine geringere Arbeitsbelastung allerdings auch eine geringere Lebensqualität im Studium.

#### Einordnung der Literatur

Die Studienergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der LQ bestätigen, zeigen Parallelen zu den Ergebnissen von *Jurkat, Reimer und Schröder (2001)*. Diese haben Medizinstudenten hinsichtlich ihrer erwarteten Belastungen und Folgen der späteren ärztlichen Tätigkeit untersucht und einen negativen Zusammenhang zwischen der erwarteten Arbeitsbelastung und der LQ im Studium beschrieben. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch *Jurkat und Reimer (2001)* in einer Studie zur Lebenszufriedenheit von Medizinerinnen (vgl. Stern, 1996).

---

<sup>15</sup> I. = (*BeMus*) Beziehungsmusterfragebogen ; II. = Fragebogen zu den Einstellungen und Belastungen von Medizinstudenten; III. = (*SF-36*) Fragebogen zum Gesundheitszustand; IV. = (*IIP-D*) Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme; V. = (*SCL-90-R*) Symptom Checkliste-Revised.

Ein insgesamt sehr hohes Maß an Arbeitsbelastung im Medizinstudium haben auch die Ergebnisse der 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (2006) dargestellt. Im bundesweiten, fachübergreifenden Vergleich der Hochschulfächer wurde hierbei sogar die höchste Arbeitsbelastung für das Studienfach der Medizin beschrieben. In Anlehnung an die Ergebnisse von *Stock und Krämer* (2000), die das Studium als Hauptbelastungsquelle des studentischen Lebens bezeichnet haben, können die hohen Leistungsanforderungen und die enorme Arbeitsbelastung im Studium als lebensqualitätsbestimmende Faktoren betrachtet werden (vgl. Vitalino et al., 1988; Wolf et al., 1991; Mosley, et al., 1994; Ashton und Kamali, 1995; Vaz, Mbajiorgu und Acuda, 1998; Jurkat, Reimer und Schröder, 2000; Sherina, Rampal und Kaneson, 2004).

Die sich in den Ergebnissen zur Arbeitsbelastung darstellenden geschlechtsspezifischen Unterschiede des Studienkollektivs zeigen Parallelen zu thematisch entsprechenden Arbeiten von *Richardson und Burke* (1991), *Publiesi* (1995) und *Zvonkovic und Anisa* (1996). Die im Vergleich zu Frauen deutlich geringere Arbeitsbelastung der Männer wird den unterschiedlichen Rollenkonzepten und geschlechtstypischen Verhaltensweisen zugeschrieben (s. Sieverding, 1999; Buddeberg-Fischer, 2003). Unterschiedliche Ergebnisse der unteren und oberen Studiensemester zur Arbeitsbelastung wurden auch von *Jurkat, Reimer und Schröder* (2001) beschrieben. *Voltmer, Kieschke und Spahn* (2008) haben dies im Zusammenhang mit einer erhöhten Risikokonstellation und einem überhöhten Arbeitseinsatz sowie einer vermehrten Verausgabungsbereitschaft betrachtet. Daneben beschrieben *Stosch* (1999) und *Wiesemann et al.* (2003) ein geringeres Maß an Arbeitsbelastung in den klinischen Studiensemestern. Zudem wurde von *Stewart* (1997) und *Bachmann et al.* (1999) auf ein erhöhtes Maß an Arbeits- und Stressbelastung für die 'Transitionsphase' zu Beginn des Studiums hingewiesen. Die Ergebnisse der oberen Semester, die im Vergleich zu denen der unteren Semester trotz einer geringeren Arbeitsbelastung eine geringere Lebensqualität aufzeigen, wurden ähnlich auch von *Goldin et al.* (2007) beschrieben. Als mögliche Erklärung wurde in diesem Kontext auch auf eine Zunahme psychischer Symptome hingewiesen.

### Schlussfolgerung

Betrachtet man die hohe Arbeitsbelastung im Studium so könnte diese auch als Maß der Stress- und Konfliktbelastung betrachtet werden. Insgesamt ist das Studium mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden, der zu erheblichen Einbußen des Privatlebens zu führen scheint. Diese wurden von den Studenten in unterschiedlicher Weise angegeben (II). Konflikte und Stress entstehen nach *Regnet* (1992) aus der Gegensätzlichkeit der jeweiligen Anforderungen, zwischen den Bedürfnissen des Privatlebens einerseits und den Arbeits- und Leistungsvorgaben des Studiums andererseits. Der Grad der Dissonanz zwischen der privaten und der studentischen Rolle

kann hierbei exemplarisch für das Ausmaß dieses Konfliktes stehen. Ob und in welchem Umfang daraus Stress entsteht, ist definiert als das Ergebnis, das aus der Auseinandersetzung mit dem Konflikt und aus dessen Bewertung folgt (Lazarus und Folkman, 1984).

Die Ergebnisse der Männern und Frauen, die ein unterschiedliches Maß an Arbeitsbelastung aufzeigen, lassen auf unterschiedliche Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen dem Selbstkonzept der Studenten und dem Berufskonzept bzw. der Studienrolle schließen (Sieverding, 1992). Während das Selbstkonzept der Männer auf stereotypen Vorstellungen einer Berufsrolle basiert und der berufliche Erfolg und das soziale Ansehen hierbei im Vordergrund stehen, ist das feminine Selbstkonzept durch stark abweichende Verhaltenskonzepte und eine kommunikative und sozial orientierte Familienrolle geprägt (s. Firth-Cozens, 1986; Buddeberg-Fischer, 2001; Buddeberg-Fischer et al., 2003; Kiessling et al., 2004). Entsprechend verwundert es nicht, dass Männer eine deutlich geringere Arbeitsbelastung beschrieben haben als Frauen (II). Die männliche Berufsrolle, die durch einen vermehrt leistungsorientierten und konkurrierenden *Typ-A* Persönlichkeitsstil geprägt ist, scheint insgesamt eine höhere Konformität mit der Studienrolle und ein geringeres Konflikt- und Stresspotential erreichen zu können (Supe, 1998). Dieser Interaktionsstil scheint der Bewältigung der Arbeitsbelastung und hohen Leistungsvorgaben des Medizinstudiums und die der zuträglich zu sein. Dahingegen zeigen sich bei Frauen andere Verhältnisse. Im Unterschied zu Männern scheint der feminine, kooperative Kommunikations- und Interaktionsstil eine geringere Passung mit den Anforderungen des Studiums zu bedeuten und ein höheres Maß an Konflikten und Stress im Studium zu unterhalten (vgl. Buddeberg-Fischer, 2001).

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Ergebnisse zur Lebensqualität, so ist es nicht verwunderlich, dass sich auch hier unterschiedliche Ergebnisse zwischen den weiblichen und männlichen Studenten zeigen (II). Folgt man den Anschauungen von *Martin* (1992), so beinhaltet das Leben einer Person ein stetiges Streben nach einem Gleichgewicht bzw. das Bemühen nach Erfüllung von Wunsch und Wirklichkeit. Der Grad der Lebenszufriedenheit repräsentiert dabei das Maß der Konformität des Ist- und Soll-Zustandes der aktuellen Lebensbedingungen (Bayard 1997; Brinckman und Campbell, 1971). Versteht man die Lebensqualität als Maß der Lebenszufriedenheit so ist es nicht überraschend, dass Männer durch eine höhere Konformität mit der Studienrolle auch eine höhere Lebensqualität im Studium beschrieben als Frauen.

Neben Geschlecht und Geschlechtsrollenverhalten ist die Beurteilung der Lebensqualität und Arbeitsbelastung offensichtlich auch abhängig von der Studienphase. Die Lebensqualität wurde

von den Studenten der unteren Semester insgesamt höher bewertet als von den Studenten der oberen Semester. Dahingegen wurde die Arbeitsbelastung von Studenten der oberen Semester deutlich geringer angegeben als von Studenten der unteren Semester. Einen möglichen Erklärungsansatz sehen *Niemi und Vainiomäki* (1999) und *Slotnick* (2001) in einem Adaptionsprozess an die Leistungsvorgaben des Studiums. Dieser wird als *professionelle Identität* bezeichnet und ist durch das Erlernen von Wissen und Fähigkeiten und durch das Vorhandensein adäquater Kontrollüberzeugungen definiert (Lu, 1994; Aurora et al., 2005). Als Merkmal dieser Professionalisierung lässt sich das leistungsorientierte und konkurrierende Interaktionsverhalten der Studenten der oberen Semester einordnen, das als Zeichen der Anpassung an das Studium verstanden werden kann. Gleichzeitig ist dieses Verhalten charakteristisch für den so genannten *Typ-A* Persönlichkeitsstil, für den *Wolf und Kissling* (1984) eine Zunahme im Studienverlauf beschrieben haben. Der Umgang mit der Arbeitsbelastung und den Leistungsvorgaben des Studiums in den oberen Semestern, der offenbar mit einer Reduktion der sozialen Unterstützung einhergeht zeigt Parallelen zu den Ergebnissen von *Voltmer et al.* (2007). Diese haben über ein erhöhtes Maß an Arbeitseinsatz und Verausgabungsbereitschaft bei Medizinstudenten berichtet. Insgesamt könnten die unterschiedlichen Ergebnisse der unteren und oberen Studiensemester als Indiz für einen Prozess, im Sinne der Entwicklung einer Professionalisierung betrachtet werden und als Beispiel für die bereits im Studium erlernte, pathologische Sozialisation der Mediziner gesehen werden (vgl. Jurkat und Reimer, 1995; Baldwin, Dodd, Wrate, 1997).

## 6.2 Zusammenhänge der subjektiven Gesundheit mit der Arbeitsbelastung und den Bewältigungsstrategien im Studium

### Darstellung

Die Angaben der Studenten bestätigen die Hypothese einer im Vergleich zur Norm geringeren subjektiven Gesundheit im Studium (III). Die angenommene und häufig zitierte, erhöhte Symptombelastung kann allerdings nicht nachgewiesen werden (IV). Es bestätigt sich die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen der subjektiven Gesundheit und der Lebensqualität im Studium. Wie erwartet zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Reduktion der sozialen Zuwendung in der Bewältigung des Studiums und der subjektiven Gesundheit (II) + (III). Ebenfalls kann in diesem Kontext die Hypothese eines negativen Zusammenhangs zwischen den sozial abgewandten Bewältigungsstrategien und der Lebensqualität bestätigt werden. Gleichzeitig geht ein hohes Maß an sozialer Unterstützung in der Bewältigung des Studiums mit einer hohen Lebensqualität und Zufriedenheit der Studenten einher.

### Einordnung der Literatur

In der Literatur werden Einbußen der Gesundheit von Medizinstudenten beschrieben, die häufig im Zusammenhang mit einem vermehrten Alkohol- und Substanzmissbrauch dargestellt worden sind (vgl. Wolf und Kissling, 1984; Parkerson, Broadhead und Tse, 1990; Skalská et al., 2000; Raj et al., 2000). Parallelen zu diesen Ergebnissen zeigen die Untersuchungen bei Ärzten. Auch für diese wurden im Vergleich zur Norm erhöhte Beeinträchtigungen der Gesundheit beschrieben (s. Stern, 1996; Reimer et al., 2001; Reimer und Jurkat, 2001; Jurkat, Vollmert und Reimer, 2003; Trinkaus und Jurkat, 2005). Ergänzende Untersuchungen von *Baldwin, Dodd und Wrate* (1997) zur Gesundheit junger Mediziner haben beschrieben, dass ein verändertes Gesundheitsbewusstsein bereits im Studium zu bemerken ist. *Voltmer, Kieschke und Spahn* (2008) haben in diesem Kontext auf ein hohes Maß an Verausgabungsbereitschaft und resignative Erschöpfung im Studium hingewiesen. Die Ergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und der Lebensqualität der Studenten darstellen, zeigen Parallelen zu den Ergebnissen von *Schumacher, Klaisberg und Brähler* (2003). Diese haben in einer Studie zu den diagnostischen Verfahren der Lebensqualität und des Wohlbefindens, die subjektive Gesundheit als ein wesentliches Kriterium der Lebensqualität bezeichnet. Die individuelle Gesundheit gilt allgemein als Hauptkriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Fletcher et al., 1992; Guggenmoos-Holzmann et al., 1995; Bullinger, 1999).

Betrachtet man die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien hinsichtlich ihrer Bedeutung für die subjektive Gesundheit, so haben *Grossmann et al.* (1987), *Mosley et al.* (1994) und Untersuchungen von *Stewart et al.* (1997) über einen positiven Effekt eines sozial zugewandten Copings für die Gesundheit der Studenten berichtet (s. auch Schwarzer, 2000b; Schwarzer und Rieckmann, 2002; Ikeda et al., 2008). Einen Zusammenhang zwischen der Zuwendung zu den sozialen Ressourcen und einer höheren Lebenszufriedenheit wurde von *Schumacher, Gunzelmann und Brähler* (1996) beschrieben. Daneben haben *Wolf und Kissling* (1984) unterschiedliche Bewältigungsstrategien und Veränderungen des Interaktionsverhaltens im Studienverlauf angegeben. Studenten der unteren Semester zeigen insgesamt eine höhere soziale Abhängigkeit in der Bewältigung der Belastungen und Anforderungen des Studiums als Studenten der oberen Semester (Kissling et al., 2004; Wiseman, Mayselless und Sharabany, 2006). Die Reduktion der sozialen Unterstützung in den oberen Semestern, die in einem Zusammenhang mit einer geringeren subjektiven Gesundheit steht, zeigt Parallelen zu den Ergebnissen von *Voltmer, Kieschke und Spahn* (2008). Diese haben von einer Abnahme gesunder Verhaltens- und Erlebensmuster und über eine erhöhte Risikokonstellation und Gesundheitsgefährdung bei Medizinstudenten des ersten und fünften Studiensemesters berichtet.

### Schlussfolgerung

Die Studienergebnisse, die im Vergleich zur Norm eine erhöhte Belastung der subjektiven Gesundheit der Studenten bestätigen, stehen in einem Zusammenhang mit der hohen Arbeits- und Stressbelastung im Studium. Diese geht mit einem hohen zeitlichen Aufwand für das Studium einher, der erhebliche Einbußen des Privatlebens und auch Einschränkungen in der Interaktion mit den sozialen Netzwerken bedeutet. Dabei ist die Wichtigkeit ausreichender sozialer Unterstützung und protektiver Pufferfunktion der sozialen Netzwerke gerade für die Stress- und Konfliktbewältigung und die Integrität einer Person wiederholt beschrieben worden (s. Mosley et al., 1994; Leppin und Schwarzer, 1997; Stewart et al., 1997; Holahan et al., 1999).

Die Ergebnisse, die bereits bei Studenten der unteren Studiensemester eine Belastung der subjektiven Gesundheit erkennen lassen, scheinen offensichtlich im Zusammenhang mit der Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung in der frühen Studienphase zu stehen. Angesichts der fehlenden Erfahrungen und mangelnden Fähigkeiten der Studienanfänger ist anzunehmen, dass die sozialen Ressourcen die einzige, zuverlässige Maßnahme zur Bewältigung der Belastungen und Anforderungen des Studiums darstellen. Angesichts fehlender, alternativer Bewältigungsstrategien können die beschriebenen Beeinträchtigungen der Gesundheit in den unteren Semestern somit als Ausdruck eines Mangels an sozialer Unterstützung betrachtet werden (s. auch Bachmann et al., 1999).

Neben diesen Ergebnissen scheint es auf den ersten Blick verwunderlich, dass auch Studenten der oberen Studiensemester eine ähnlich hohe Belastung ihrer subjektiven Gesundheit angegeben haben. Im Gegensatz zu den unteren Semestern beschrieben diese eine deutlich geringere Arbeitsbelastung im Studium, die im Kontext mit einer höheren Konformität und Professionalisierung in den oberen Semestern zu stehen scheint. Möglicher Erklärungsansatz für diese im Vergleich zur Norm erhöhte gesundheitliche Belastung, könnte der leistungsorientierte, dominante, abweisende und konkurrierende Interaktionsstil der oberen Semester sein. Dieser ist als Kennzeichen der Professionalisierung im Studium zu verstehen und steht in einem Zusammenhang mit der Reduktion sozialer Unterstützung im Umgang mit dem Studium. Berücksichtigt man die positive Schutzfunktion sozialer Ressourcen für die physische und psychische Gesundheit und die Integrität der Persönlichkeit, so verwundert es nicht, dass in den oberen Semestern auch eine deutlich höhere Symptombelastung zu beobachten ist. Insgesamt liegt diese unterhalb der Norm. Allerdings ist im Vergleich zu den unteren Semestern eine deutlich höhere Belastung durch 'Aggressivität', 'Unsicherheit im sozialen Kontakt', 'paranoides Denken' und 'Psychotizismus' zu bemerken.

Unter Betrachtung der Angaben der oberen Semester lassen sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die Anpassung an die Leistungsvorgaben im Studium auch als Hinweis für eine beeinträchtigte Sozialisation deuten. Gleichzeitig können die Ergebnisse der unteren Semester als Hinweis dafür verstanden werden, dass diese Beeinträchtigung ihren Ursprung bereits in der frühen Studienphase nimmt.

Im Kontext dieser auffälligen Sozialisation im Medizinstudium ist es interessant, dass männliche Studenten trotz einer deutlichen Reduktion der sozialen Unterstützung und einer höheren Belastung ihrer subjektiven Gesundheit, eine höhere LQ und Zufriedenheit im Studium beschrieben als Frauen. Dieses scheint im Zusammenhang mit dem maskulinen Selbstkonzept und Rollenverhalten zu stehen, dass nach *Raitzel* (2003) mit einem Hang zu risikoreichen Gesundheitsverhalten einhergeht. Auch der *Typ-A* Persönlichkeitsstil sowie das negative Coping und die schlechtere subjektive Gesundheit der Studenten, beschrieben Männer deutlich weniger konfliktbelastet als Frauen. Die Professionalisierung im Studium scheint offensichtlich eine bessere Passung mit dem männlichen Selbstkonzept und der Berufsrolle zu ermöglichen (Sieverding, 2002). Nach *Sieverding* (2004) scheint das Männlichkeitsideal, dass sie als 'Macho-Männlichkeitsideal' und mit dem Synonym des 'Marlboro-Mann' Ideals umschrieb, bei der Toleranz der Belastungen im Studium eine entscheidende Rolle zu spielen. Die Selbstwahrnehmung und der Selbstbericht über körperliche Beschwerden werden somit erheblich durch das männliche Selbstkonzept moduliert. Es ist davon auszugehen, dass männliche Studenten folglich auch das introvertierte, konkurrierende und reduzierte, sozial zugewandte Verhalten im Umgang mit dem Studium als wenig konfliktbelastet betrachten. *Lemle* und *Mishkind* (1989) beschrieben dass der Alkoholkonsum als Zeichen reiner Maskulinität betrachtet wird, wobei dieses Phänomen bereits zu Zeiten des alten Roms beschrieben wurde (s. *Jellinek*, 1977 in *Page*, 1997). Es verwundert daher nicht, dass Untersuchungen zum Substanzmissbrauch bei Medizinstudenten den Alkohol als häufigste Missbrauchssubstanz nachgewiesen haben (s. *Ashton* und *Kamali*, 1995; *Webb et al.*, 1998).

Frauen die sich im Gegensatz zu Männern in der Bewältigung des Studiums deutlich sozial zugewandter beschrieben, zeigen eine bessere subjektive Gesundheit, allerdings auch eine höhere Belastung durch psychische Symptome (vgl. *Sieverding*, 2005). Parallelen zeigen diese Ergebnisse zu den Untersuchungen der *18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks* (2006). Diese haben eine allgemein gesteigerte Prävalenz für psychische Erkrankungen bei weiblichen Studenten herausgestellt (s. auch *Kirsling*, *Kochar* und *Chan*, 1989; *Schwarzer* und *Leppin*, 1989). Vor dem Hintergrund der Geschlechtsrollenforschung können die hier vorliegenden Studienergebnisse auf

die stark emotionale und sozial zugewandte feminine Familienrolle und das weibliche Selbstkonzept zurückgeführt werden (Sieverding, 2002). Es verwundert daher nicht, dass Frauen die gesundheitliche Belastung und Anforderungen des Studiums offenbar anders beurteilen als Männer. Ähnliche Ergebnisse beschrieb auch *Sieverding* (2005), die den bewussten Umgang mit Stress und Konflikten als typisch weibliche Bewältigungsstrategien kennzeichnete. Ihrer Ansicht nach bietet das feminine, sozial zugewandte Coping durch die bewusstere Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung einen deutlich höheren Schutz vor körperlichen Erkrankungen.

### 6.3 Zusammenhang der partnerschaftlichen Beziehungen mit der LQ und der Arbeitsbelastung im Studium

#### Darstellung

Die Studienergebnisse widerlegen die Hypothese, dass Studenten mit Partner eine höhere Lebensqualität und eine geringere Arbeitsbelastung beschreiben als Singles (II). Auch kann die Annahme bestätigt werden, dass Beeinträchtigungen des Privatlebens bei Studenten in Partnerschaft mit einer hohen Arbeitsbelastung und einer geringen Zufriedenheit in der Partnerschaft einhergehen. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen einer geringen Partnerschaftszufriedenheit und einer hohen Arbeitsbelastung sowie einer geringen Zufriedenheit und Lebensqualität im Studium. Wie angenommen beschrieben Studenten der oberen Semester eine geringere Zufriedenheit in der Partnerschaft und signifikant häufigere Probleme in der Interaktion als Studenten der unteren Studiensemester (II + IV).

#### Einordnung der Literatur

Die Ergebnisse, die im Vergleich zu Studenten mit Partner eine höhere Lebensqualität bei Singles belegen, stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen vieler Studien, die einen hohen Stellenwert und einen positiven Nutzen partnerschaftlicher Beziehungen beschrieben haben. Hierbei wurde in erster Linie auf die höhere Lebensqualität und die Zufriedenheit von Personen in partnerschaftlichen Beziehungen hingewiesen (vgl. Gove, Style und Hughes, 1990; Ingelhart, 1990; Gohm, et al., 1998). Diese Effekte werden auf ein hohes Maß an sozialer Unterstützung und auf einen positiven Nutzen der Partnerschaft für die Gesundheit zurückgeführt (Mastekaasa, 1995). Einen positiven Effekt sowohl für die psychische als auch die physische Gesundheit beschrieben *Stroebe* und *Stroebe* (1991) als auch *Schwarzer* und *Leppin* (1992).

Gegenüber diesen Ergebnissen haben *Bjorksten et al.* (1983) darauf hingewiesen, dass sich das Bestehen einer Partnerschaft nur bei einer stabilen und intakten Paarbeziehung positiv auf die Lebensqualität und Gesundheit einer Person auswirkt. Als wesentliches Kriterium für das Funktionieren und die Qualität einer Partnerschaft gelten ein hohes Maß an Homogenität der Beziehungspartner und eine intakte dyadische Interaktion in der Partnerschaft (Bodenmann, 1998b und Antill und Cotton, 1987). *Birchler, Weiss und Vincent* (1975) haben den Faktor Zeit hierbei als Hauptaspekt für das Funktionieren einer partnerschaftlichen Beziehung bezeichnet. Zeitliche Einschränkungen der gemeinschaftlichen Aktivitäten bedeuten derweil eine zusätzliche Belastung der partnerschaftlichen Intimität (s. auch Karney und Bradbury, 1995; Bodenmann, 2003). Nach Studien von *Bodenmann, Perrez und Gottmann* (1996) erfährt die partnerschaftliche Kommunikationsqualität unter Stress eine erhebliche Minderung um ca. 40%. Daneben haben *Flüssmeier* (1995) und *Gottmann* (1994) Stress und Konflikte als integritätsgefährdende und destabilisierende Faktoren einer Partnerschaft identifiziert.

Neben dem positiven Einfluss und dem Puffereffekt sozialer Unterstützung kann diese Ressource durch inadäquate Interaktion infolge eines Ungleichgewichts aus Geben und Nehmen auch eine Belastungsquelle darstellen (Rospenda, Halpert und Richman, 1994; Bjorksten et al., 1983). *Von Hippel* (2000) bemerkte, dass diese belastenden Effekte sowohl auf Beziehungsebene als auch auf freundschaftlicher oder familiärer Ebene des Netzwerks entstehen können. Daneben beschrieb er einen negativen Zusammenhang zwischen den Belastungen durch die sozialen Beziehungen und der subjektiven Lebenszufriedenheit.

Der Stellenwert sozialer Beziehungen ist insgesamt stark abhängig vom Maß der sozialen Eingebundenheit und der Relevanz für die Stress- und Konfliktbewältigung. *Sieverding* (1992) konnte nachweisen, dass Frauen aufgrund ihrer femininen Rolle neben höheren Ansprüchen an ihre sozialen Kontakte auch eine höhere soziale Eingebundenheit angeben als Männer. Dieses äußert sich vor allem in einer wesentlich größeren Diskrepanz zwischen dem Selbst- und dem Karrierekonzept. Demgegenüber beschreiben Männer eine deutlich höhere Konformität zwischen Berufskonzept und der maskulinen Geschlechtsrolle. Diese wird durch ein vermehrtes Leistungsstreben charakterisiert, das das berufliche Ansehen und den beruflichen Erfolg in den Vordergrund stellt (Sieverding, 1992).

### Schlussfolgerung

Die Studienergebnisse, die eine höhere LQ bei Singles bestätigen, erscheinen auf den ersten Blick verwunderlich. Partnerschaftliche Beziehungen im Studium bedeuten demnach offensichtlich

eine zusätzliche Belastung für die Lebensqualität im Studium. Dabei wird das Bestehen einer Partnerschaft in der Literatur insgesamt als förderlich für die Lebensqualität und die subjektive Zufriedenheit beschrieben. Dieser Umstand wird auf die höhere soziale Eingebundenheit und den positiven Einfluss auf die individuelle Gesundheit zurückgeführt (Mastekaasa, 1995). Zu berücksichtigen gilt es jedoch, dass diese Ergebnisse nur von einer intakten partnerschaftlichen Beziehungssituation ausgehen.

Die Angaben der Studenten verweisen auf enorme Einbußen der partnerschaftlichen Beziehungen durch das Medizinstudium. Im Vergleich der unteren und oberen Semester zeigt sich eine deutlich geringere Partnerschaftszufriedenheit in den oberen Studiensemestern. *Bjorksten et al.* (1983) haben nachgewiesen, dass sich die Existenz einer Partnerschaft allerdings nur bei einer stabilen und intakten Paarbeziehung positiv auf die Lebensqualität auswirkt. Im umgekehrten Sinne können Beeinträchtigung der partnerschaftlichen Beziehung folglich auch als Belastung der Lebensqualität verstanden werden. Diese Annahme gründet sich auf die sozialen Austauschtheorien. Intakte Beziehung und der positive Effekt einer Partnerschaft basieren demnach auf dem Prinzip der 'Reziprozität', das als ein Gleichgewicht aus Geben und Nehmen verstanden wird. Im Vergleich mit den Studenten der unteren Semester wurde ein deutlich konkurrierenderes, aggressiveres und negativeres Interaktionsverhalten von Studenten der oberen Semester beschrieben. Dieses ging mit einem signifikant geringeren Maß an Partnerschaftszufriedenheit einher, wobei diese Ergebnisse wenig verwunderlich sind. Laut *Bodenmann* (1998b) sowie *Antill* und *Cotton* (1987) gelten derweil gerade ein hohes Maß an Homogenität und eine gute dyadische Interaktion als Hauptkriterien für die Stabilität und Zufriedenheit einer intakten Partnerschaft.

Unter Berücksichtigung der Kriterien einer intakten Partnerschaft und der hohen zeitlichen Anforderungen und Arbeitsbelastung im Studium, scheint sich die partnerschaftliche Beziehung offenbar als zusätzliche Belastung für die Studenten darzustellen. Hinweise dafür finden sich auch in den Ergebnissen, die einen Zusammenhang zwischen einer geringen Partnerschaftszufriedenheit und einer hohen Zufriedenheit im Studium beschreiben. Daneben wurde von *Rospenda, Halpert* und *Richman* (1994) auf einen negativen Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und den Studienleistungen im Medizinstudium hingewiesen. Neben der Möglichkeit einer Belastung durch eine partnerschaftliche Beziehung, wurden von *von Hippel* (2000) auch Belastungen durch freundschaftliche, elterliche oder berufliche Beziehungen angegeben.

Im Unterschied zu dem hohen Maß an sozialer Eingebundenheit in den unteren Studiensemestern, könnte der konkurrierende, aggressive Interaktionsstil und die Reduktion der sozialen Unterstützung in den oberen Semestern folglich auch als Indiz und als Ausdruck einer Belastung durch die sozialen Netzwerke verstanden werden. Ähnliche Ergebnisse beschrieben auch *Bjorksten et al.* (1983), die gerade bei Studenten der oberen Studiensemester auf hohe Beeinträchtigungen durch die sozialen Ressourcen hingewiesen haben.

Betrachtet man die signifikante Reduktion der sozialen Unterstützung in den oberen Semestern, so steht dieses Verhalten im Zusammenhang mit einer signifikant geringeren Arbeitsbelastung als in den unteren Semestern. Offenbar sind diese Ergebnisse lassen sich im Kontext mit der Professionalisierung im Studium einordnen, die offenbar das Ergebnis eines Lernprozesses darstellen. Dieser wird in der Sozialpsychologie unter dem Begriff der *Equity-Theorie* beschrieben, der als Bewertungsprozess verstanden werden kann. Hierbei steht das Abwägen von Schaden und Nutzen im Vordergrund, der durch die Zuwendung und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung erreicht werden kann. Fällt das Ergebnis der Bewertung zu Ungunsten des Nutzens aus, führt dies zu einer Minderung der Zuwendung oder sogar zum Abbruch der sozialen Beziehungen (Festinger und Carlsmith, 1959).

Abgesehen von diesen Ergebnissen, ergab die Auswertung der Selbsteinschätzung der partnerschaftlichen Beziehungsmuster (BeMus) ein stereotyp-non-konformes Bild. Während weibliche Probanden in der Interaktion mit ihrem Partner einen eher maskulinen und durchsetzungsstarken Verhaltensstil beschrieben, wurde von den Männern ein deutlich femininer, angepasster und liebevoller Interaktionsstil angegeben. Dieses Phänomen in der gegengeschlechtlichen Interaktion beschrieb auch *Swain* (1992). Demnach streben Männer und Frauen in der jeweils gegengeschlechtlichen Interaktion nach einer möglichst hohen Homogenität (s. auch *Winstead, Delerga und Rose*, 1997). Angesichts der Wichtigkeit einer intakten dyadischen Interaktion und Homogenität für die Qualität und Stabilität einer Partnerschaft scheint dieses Verhalten der Konfliktvermeidung zuträglich zu sein (*Reid und Fine*, 1992). *Seidler* (1992) führte dies in erster Linie auf die fehlende Konkurrenz zwischen Männern und Frauen zurück. Zugleich ist diese bei Männerfreundschaften von wesentlicher Bedeutung. Die Selbsteinschätzung und Partnereinschätzung des *BeMus* zeigt auch, dass das Verhalten des Partners sowohl von den weiblichen als auch den männlichen Probanden konform der Geschlechtsrolle eingeschätzt wurde. Das Phänomen, dass Personen, obwohl sie sich selbst nicht als stereotyp konform bezeichnen, trotzdem aber ein gängiges geschlechtsstereotypes Verhalten reproduzieren, wurde auch von *Abele* (1995) beschrieben.

## 6.4 Überlegungen zur Methodik und zur Repräsentativität des Untersuchungsverfahrens

Die Erfassung der Lebensqualität ist mit einer Reihe konzeptioneller Probleme verbunden. Dies ist auf das latente und multidimensionale Konstrukt der Lebensqualität zurückzuführen, das sich der direkten Beobachtbarkeit des Betrachters entzieht. Um repräsentative und valide Aussagen über die Lebensqualität machen zu können, ist daher vor jeder Untersuchung eine genaue Auswahl und Definition themenrelevanter Zielkriterien erforderlich. Die Aussagen der daraus gewonnenen Ergebnisse sind stark themenbezogen und eine Interpretation nur in Anlehnung die zuvor definierten Untersuchungskriterien möglich.

Bei der methodischen Konzeption dieser Studie wurden die zu untersuchenden Faktoren und Teilbereiche der Lebensqualität im Medizinstudium vorab genau definiert. Anschließend wurden unterschiedliche Testverfahren selektiert, die dem Prinzip der Erfassung der bereichsspezifischen Lebensqualität Rechnung tragen. Neben den *Einstellungen und Belastungen im Studium* wurde die physische und psychische Gesundheit mit dem *SF-36* und die Symptombelastung der Studierenden mit dem *SCL-90-R* untersucht, die als reliable Testverfahren gelten. Ein besonderer Schwerpunkt dieser Arbeit lag in der Betrachtung sozialer Aspekte, wobei die Einordnung partnerschaftlicher Beziehungen für die Lebensqualität im Studium im Vordergrund stand. Die Untersuchungen dazu erfolgten durch etablierte Untersuchungsverfahren wie dem *Fragebogen zu den interpersonellen Problemen (IIP-D)* und dem *zwischenmenschlichen Beziehungsmusterfragebogen (BeMus-k)*.

Die Kombination der o.g. Testverfahren ermöglicht eine mehrdimensionale Betrachtung der Lebensqualität im Studium, die als bereichsspezifische Untersuchung betrachtet werden kann. Im Vergleich zu den allgemeinen Untersuchungsverfahren zur Lebensqualität wie der *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* von Diener, Emmons, Larsen und Griffin (1985) oder dem *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)* von Fahrenberg et al. (2000) zeigen die bereichsspezifischen Testverfahren eine geringere Anfälligkeit gegenüber intervenierenden Variablen, wie den kognitiven und affektiven Prozessen und der aktuellen Stimmung zum Zeitpunkt der Datenerhebung (Filipp und Buch-Bartos, 1994; Suls und Mullen, 1982; Schwarz, 1987; Schwarz und Strack, 1991).

Als Kritikpunkte hinsichtlich des Vorgehens und der Untersuchungsmethodik dieser Arbeit, lassen sich folgende Argumente anführen: Insgesamt mangelt es an thematisch vergleichbaren Arbeiten

und Ergebnissen anderer bundesdeutscher Hochschulen. Ein Vergleich mit anderen Fachbereichen und die Einordnung der vorliegenden Ergebnisse der Medizinstudenten sind daher nur stark begrenzt möglich.

Für die Medizinstudenten an der *Justus-Liebig-Universität* in Giessen können die Ergebnisse dieser Arbeit als begrenzt repräsentativ betrachtet werden. Als Kritikpunkt kann die fehlende Gleichverteilung der Studenten der unteren und oberen Semester angeführt werden. Hier wäre eine homogenere Stichprobenverteilung der Semestergruppen wünschenswert gewesen. Als weiterer Kritikpunkt in Hinblick auf die Datenerhebung könnte das Vorgehen, bzw. die Rekrutierung der Studenten in Seminaren und Vorlesungen angeführt werden. Eine strenge Selektion der Probanden nach dem Zufallsprinzip wäre hier auch aus Datenschutzgründen allerdings nur schwer durchführbar gewesen.

Ein weiterer Aspekt sind auch die bereits vor Studienbeginn bestehenden Belastungen und Prädispositionen für psychische und physische Erkrankungen der Studenten. Diese wurden durch die als Querschnittsstudie durchgeführte Untersuchung allerdings nicht erfasst. Eine als Längsschnittstudie konzipierte Arbeit hätte hier sicherlich eine bessere Aussage über die Baseline ermöglicht und auch eine exaktere Abbildung der tatsächlichen Veränderungen im Studienverlauf leisten können. Allerdings konnte dieses aufgrund des damit verbundenen zeitlichen Aufwands nicht im Rahmen dieser Dissertation geleistet werden.

Wünschenswert wäre auch eine Betrachtung regionaler, bzw. ortsgebundener Einflussfaktoren des Studienortes, wie z.B. das Freizeit- und Sportangebot und die lokale Erreichbarkeit gewesen. Gleichzeitig fehlt es auch hier an vergleichbaren Daten an anderen bundesdeutschen Hochschulstädten.

Als weiteres Argument könnte auch der Umfang des Testbogens und der damit verbundene zeitliche Aufwand als Kritikpunkt betrachtet werden. Demgegenüber steht die hohe Rücklaufquote von 84% Prozent die auf ein hohes Interesse an der Thematik der Lebensqualität im Medizinstudium schließen lässt.

## 6.5 Schlussfolgerung und Perspektiven

Die Ergebnisse zur Lebensqualität von Medizinstudenten scheinen alarmierend. Zwar sind die vorliegenden Ergebnisse nicht eindeutig und prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale bei den Studenten, die sich für ein Medizinstudium entscheiden bisher nicht untersucht worden. Trotzdem lassen die vorliegenden Ergebnisse in der Tendenz darauf schließen, dass das Medizinstudium in seiner bisherigen Form im Zusammenhang mit der 'pathologischen' Sozialisation der Studenten betrachtet werden kann. Im Kontext der Studien bei Medizinerinnen könnte diese beeinträchtigte Sozialisation im Medizinstudium als wesentlicher Faktor für die im Vergleich zur Norm schlechtere Lebensqualität und das gestörte Gesundheitsverhalten in der ärztlichen Profession betrachtet werden.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse daraufhin, dass den chronischen Anforderungen und den enormen Leistungsvorgaben des Medizinstudiums nur durch eine individuelle Verhaltensänderung, bzw. eine Anpassung der Studenten an die Leistungsvorgaben des Studiums entsprochen werden kann. Dieses geht mit einem erheblichen Maß an Risikobereitschaft und mit Einbußen des sozialen Lebens einher, wobei bereits zu Anfang des Studiums ein hohes Maß an Arbeits- und Verausgabungsbereitschaft zu bestehen scheint (s. auch Voltmer, Kieschke, Spahn, 2008). Die Studienergebnisse die unterschiedliche Bewältigungsstrategien in den unteren und oberen Semestern darstellen, lassen sich angesichts der geringeren Gesundheit und Lebensqualität und der Reduktion sozialer Unterstützung im Studium als Hinweis für einen pathologischen Sozialisationsprozess sehen. Neben den damit einhergehenden Einschränkungen des Privatlebens scheint auch die Akzeptanz chronischer Belastungen ihren Anfang bereits im Studium zu nehmen.

Betrachtet man die Auswirkungen der beeinträchtigten Sozialisation im Medizinstudium, in Hinblick auf ihre Bedeutung für die späteren Berufsjahre als Mediziner, so fehlt es an Konzepten, die dieser Situation durch alternative Lehrkonzepte begegnen. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass der Reformstudiengang der Medizin (RSM), der an den Hochschulen *Berlin, Köln, Aachen, Bochum, Hannover, Heidelberg* und *Witten Herdecke* bereits angeboten wird dieser Aufgabe nicht im erforderlichen Maße gerecht werden kann. Schließlich werden hierbei vor allem die Aspekte einer wenig praxisorientierten und mehr theoretisch ausgelegten medizinischen Ausbildung fokussiert. Die Ergebnisse erster Studien zeigen, dass die im Rahmen dieser Reformierung durchgeführten Umstrukturierungen des Curriculums sich nicht für alle Studenten als vorteilhaft erweisen. So wurde das *problemorientierte-Lernen (POL)*, das die zentrale Lehrform des

Reformstudiengangs darstellt, in den bisherigen Längsschnittstudien nur für Studenten der unteren Semester als vorteilhaft beschrieben (Kießling et al., 2004). *Moore-West et al.* (1989) und *Huenges* (2003) haben berichtet, dass lediglich Refomstudierende der ersten beiden Studienjahre weniger Stress beschrieben als Studenten des Regelstudiengangs. *Huenges* (2003) beschrieb, dass dies sowohl mit einer besseren Beurteilung der Studienbedingungen und Sozialkontakte, als auch mit einer höheren Bewertung der Lebenssituation und der Zufriedenheit im Studium einherging. Das Konzept der Lehre in Kleingruppen und die Vermittlung der Grundlagen von Kommunikation, Interaktion und sozialer Kompetenzen in Pflichtkursen scheint bei Studenten der unteren Semester im Reformstudium zu einem höheren Maß an Kontrollüberzeugungen beizutragen (s. Kuhnigk und Schauenburg, 1999).

Im Unterschied zu den positiven Ergebnissen der unteren Studiensemester haben *Kießling et al.* (2004) und *Huenges* (2003) für Reformstudierende der oberen Semester neben einer gestiegenen Belastung und Unzufriedenheit im Studium auch eine gesteigerte Bereitschaft für einen Studienabbruch angegeben. Angesichts der besseren Kontrollüberzeugungen und der Professionalisierung der oberen Studiensemester ist anzunehmen, dass die Arbeit in den *POL* Kleingruppen für die oberen Semester eine zusätzliche Stress- und Konfliktbelastung bedeutet.

Diese Ergebnisse untermauern die Annahme, dass ein einheitliches und starres Curriculum keine adäquate Lösung für die Problematik im Studium darstellen kann. Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit implizieren, dass die Studierenden nicht als ein statisches und einheitliches Kollektiv betrachtet werden sollten. Die unterschiedlichen Fähigkeiten und Kontrollüberzeugungen der unteren und oberen Studiensemester sowie die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Studium können dafür als beispielhaft betrachtet werden. Welche Lösung sich für die bisherige Situation der Medizinstudenten als richtig und ziel führend erweist, soll hier jedoch nicht Inhalt und Ziel dieser Dissertation sein. Zu diesem Zweck sollten weitere Studien folgen, die sich der Erforschung und Entwicklung der Probleme an bundesdeutschen Universitäten widmen. In diesem Rahmen scheint es durchaus sinnvoll diese als Längsschnittstudien durchzuführen, um eine genaue Darstellung der Veränderungen im Studienverlauf erzielen zu können.

Insgesamt scheint die Umstrukturierung des Curriculums des Medizinstudiums dringend erforderlich und angesichts der jahrelangen Reformresistenz längst überfällig. In diesem Kontext sollte auch dem Aspekt einer entsprechenden Prophylaxe Rechnung getragen werden. Diesem könnte durch eine frühzeitige Aufklärung und Beratung über die zu erwartenden Hürden im

Studium entsprochen werden. Bisher stellt der Aspekt einer ausreichenden Vorbereitung und Aufklärung der Studenten vor Studienbeginn nach *Bargel* und *Ramm* (1994) noch ein großes Defizit in der medizinischen Ausbildung dar. Es ist anzunehmen, dass sich eine frühzeitige Vorbereitung im Sinne einer Prävention stressmindernd und positiv für die Bewältigung des Medizinstudiums auswirkt. Die Bewusstmachung verfügbarer Bewältigungsmaßnahmen und die Möglichkeiten der effektiven Stress- und Konfliktvermeidung sind dabei von besonderer Wichtigkeit. Eine Konfrontation mit den vorliegenden Ergebnissen, die auf eine stark beeinträchtigte, 'pathologische' Sozialisation im Studium hindeuten, ist in diesem Zusammenhang durchaus zweckmäßig und sinnvoll. Ebenso ist in diesem Kontext auf die Wichtigkeit sozialer Netzwerke und auf den positiven Einfluss sozialer Unterstützung hinzuweisen. Es ist anzunehmen, dass sich die Auseinandersetzung mit dieser Thematik für die belastete Sozialisation der Studenten als vorteilhaft äußern könnte. Daneben sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, die zu einer besseren Bewältigung des Studiums beitragen und ein gesundes Gesundheitsverhalten und Bewusstsein unterhalten und fördern können. Nachhaltiger als allgemeine Ratschläge sind eine ausreichende sportliche Betätigung und das Erlernen von Entspannungstechniken zum Stressabbau. Hilfestellungen und Methoden zur Stressbewältigung werden im Rahmen von Pilotprojekten, wie z.B. an der *Justus-Liebig-Universität* in Gießen bereits angeboten und stoßen bei den Studenten auf großes Interesse. Diese sollten bundesweit gefördert und als Pflichtveranstaltung in das Curriculum des Studiums aufgenommen werden.

Betrachtet man die bisherigen Veränderungen der vergangenen Jahre, so ist anzunehmen, dass eine nachhaltige Verbesserung der bisherigen Situation nur langsam und schrittweise erreicht werden kann. Die wachsende Zahl der Studien zur Lebensqualität von Ärzten und zur Belastung von Medizinstudenten, die eine Sensibilisierung und Bewusstmachung der Thematik der Lebensqualität in der Profession der Medizin erreicht haben, scheint ein Schritt in die richtige Richtung zu sein. In diesem Kontext erhofft auch diese Arbeit zur Verbesserung der bisherigen Situation und der auffälligen und belasteten Sozialisation im Studium beizutragen

## 7. Zusammenfassung

Den Impuls für diese Arbeit gaben die Studien zum Gesundheitsverhalten und der Lebensqualität von Medizinern. Diese hatten erhebliche Belastungen der Gesundheit und Einbußen der Lebensqualität beschrieben. Auffällige Parallelen unter dem Aspekt der Arbeits- und Stressbelastung zeigten sich dabei zwischen der Situation von Medizinstudenten und der von Ärzten. Auch das bei Ärzten beschriebene überhöhte Maß an Arbeitseinsatz und Verausgabungsbereitschaft wurde ebenso für Medizinstudenten bestätigt. Der hierbei beschriebene Zusammenhang mit einem pathologischen Gesundheitsverhalten und erhöhten psychosozialen Risiken äußerte sich in psychischen Beeinträchtigungen, Substanzmissbrauch und Burnout. Zudem wurde eine im Vergleich zur Norm schlechtere psychische und physische Gesundheit festgestellt.

Unter Betrachtung dieser Ergebnisse und der aktuellen Studienlage ergab sich die Frage, in wie weit die beeinträchtigte Sozialisation der Mediziner bereits im Studium besteht. Bisher existieren in diesem Kontext jedoch wenige Studien, die sich mit der Situation und insbesondere der Lebensqualität im Medizinstudium auseinandergesetzt haben.

Ziel dieser Arbeit war es, die Lebensqualität bei Medizinstudenten auf spezifische Faktoren zu untersuchen und diese hinsichtlich ihrer Bedeutung auch für die späteren Berufsjahre einzuordnen. Im Vordergrund der Betrachtungen standen die sozialen Beziehungen der Studenten. Die partnerschaftlichen Beziehungen wurden dazu gesondert betrachtet und auf Zusammenhänge mit der Lebensqualität im Studium untersucht. Von besonderem Interesse waren auch die Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbelastung und der Lebensqualität der Studenten sowie die unterschiedlichen Bewältigungskonzepte und Verhaltensstrategien im Umgang mit dem Studium.

An der *Justus-Liebig-Universität* in Giessen wurden dazu Medizinstudenten des ersten bis 12 Studiensemesters in einer Querschnittsstudie befragt. Insgesamt wurden 250 Fragebogen ausgegeben, wobei mit 81,2% Rücklaufquote bei der Studienausswertung 203 gültige Fragebogen berücksichtigt werden konnten. Die Untersuchung setzte sich aus insgesamt fünf unterschiedlichen Testverfahren zusammen: Die subjektive Gesundheit wurde mit dem *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (SF-36) und die Symptombelastung der Studenten mit der deutschen Version der *Symptom Checkliste* (SCL-90-R) untersucht. Die Untersuchung auf interpersonelle Probleme erfolgte mit dem *IIP-D*, dem *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*. Neben dem *Fragebo-*

gen zu den Belastungen und Einstellungen von Medizinstudenten wurden die partnerschaftlichen Beziehungsmuster mit dem *Beziehungsmusterfragebogen (BeMus-k)* erhoben.

Die Studienergebnisse zeigten eine subjektiv hohe Arbeitsbelastung im Medizinstudium. Im Vergleich zu den unteren Studiensemestern war eine geringere Arbeitsbelastung in den oberen Semestern zu beobachten, die jedoch mit einer geringeren Studienzufriedenheit und einer geringeren Lebensqualität im Studium einherging. Insgesamt lassen sich diese Ergebnisse als Hinweis für eine Akzeptanz der hohen Anforderungen im Studium und im Sinne einer Anpassungsreaktion betrachtet, die sich auch in einem veränderten Bewältigungsverhalten der Studenten widerspiegelte. Dieses war durch einen vermehrt leistungsorientierten und konkurrierenden Interaktionsstil und eine Reduktion der sozialen Unterstützung in den oberen Studiensemestern gekennzeichnet, der als Kennzeichen einer angepassten und erlernten Professionalisierung verstanden werden kann.

Die Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Studenten bezüglich der Bewältigung der enormen Leistungsvorgaben und Arbeitsbelastung im Studium, lassen sich offenbar auf die geschlechtstypischen Rollenkonzepte zurückführen. Im Vergleich zu Männern scheint sich die kommunikative und soziale Familienrolle der Frauen im Studium allerdings nachteilig für die Bewältigung der Anforderungen und Leistungsvorgaben auszuwirken. Dies äußerte sich in einer geringeren Lebensqualität und Studienzufriedenheit sowie in einer höheren Arbeitsbelastung bei weiblichen Studenten. Die von Männern beschriebene, deutlich höhere Lebensqualität und Studienzufriedenheit deutet hingegen auf eine höhere Passung mit der Studienrolle. Das stereotypische, maskuline Selbstkonzept ermöglicht offensichtlich eine bessere Anpassung an die Leistungsvorgaben des Studiums und bietet somit auch ein geringeres Konfliktpotential. Daneben scheint sich auch der vermehrt leistungsadaptierte und konkurrierende *Typ-A* Persönlichkeitsstil sowie die Reduktion der sozialen Unterstützung in der Bewältigung des Studiums in die leistungsorientierte Berufsrolle der Männer einzupassen. Während das berufliche Ansehen und der berufliche Erfolg hierbei in den Vordergrund gestellt werden, rücken emotionale und persönliche Belange in den Hintergrund.

Im Gegensatz zu den Studenten der unteren Studiensemestern kann der von den oberen Studiensemestern beschriebene Bewältigungsstil im Umgang mit dem Studium als Kennzeichen der pathologischen Sozialisation im Studium betrachtet werden. Durch eine höhere Passung mit den Anforderungen und Leistungsvorgaben des Studiums scheint dieser offenbar einen stress- und konfliktärmeren Umgang mit dem Studium zu ermöglichen. Gleichzeitig kann die damit einher-

gehende Verschlechterung der psychischen und physischen Gesundheit und die geringere Lebensqualität der oberen Studiensemester, als Kehrseite dieser Anpassung verstanden werden.

Trotz des positiven Einflusses sozialer Unterstützung verweisen die Ergebnisse insgesamt auf eine Belastung der Studenten durch partnerschaftliche Beziehungen. Dieses äußerte sich in einer höheren Arbeitsbelastung und in einer geringeren Studienzufriedenheit und Lebensqualität als bei Singles. Die im Vergleich zu den unteren Semestern deutlich geringere Partnerschaftszufriedenheit in den oberen Studiensemestern zeigte einen Zusammenhang mit einem leistungsorientierten, aggressiven und konkurrierenden Interaktionsverhalten, das als negatives Merkmal der Professionalisierung im Medizinstudium betrachtet werden kann.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zur Lebensqualität von Medizinstudenten sind alarmierend. Sie lassen den Schluss zu, dass das Medizinstudium in seiner jetzigen Form offensichtlich eine pathologische Sozialisation fördert, die als Wegbereiter für die schlechtere Lebensqualität und das gestörte Gesundheitsverhalten bei Medizinern betrachtet werden kann. Parallelen zeigen die hier vorliegenden Ergebnisse auch zu anderen Studien, die ebenfalls hohe Belastung bei Medizinstudenten beschrieben haben. Durch die dargestellten Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität, der Gesundheit, der Arbeitsbelastung und den sozialen Faktoren im Studium konnten Aspekte aufgezeigt werden, die offenbar einen Anteil an der Entwicklung der pathologischen Sozialisation nehmen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollten Anlass für zukünftige Studien sein, sich der Thematik der beeinträchtigten Sozialisation und der Belastungen der Lebensqualität im Studium zu widmen. Neben der Durchführung von Vergleichsstudien an bundesdeutschen Hochschulen und Kollektiven von Medizinstudenten sollten auch Studien in anderen Studiendisziplinen erfolgen, um eine repräsentative Datenlage zu erzielen. Betrachtet man die bisherigen Reformschritte im Curriculum der Medizin, so ist anzunehmen, dass eine nachhaltige Verbesserung der bisherigen Situation nur schrittweise erzielt werden kann. Die Studien die eine Sensibilisierung und Bewusstmachung der Thematik der Lebensqualität in der Profession der Medizin geleistet haben, scheinen offenbar ein Schritt in die richtige Richtung zu sein.

## 8. Summary

The motivation to write this dissertation was prompted by studies on health conduct and the quality of life. They described considerable impact on health and a loss of quality of life when the situation of medical students and that of medical doctors were compared. The increased work performance and enthusiasm observed in medical doctors was also confirmed for medical students. The connection between pathological health behaviour and an increase in psychosocial risks demonstrated itself in psychological restrictions, substance abuse and burnout. Furthermore, in comparison with the norm, a decline in psychological as well as physical health was observed.

On closer examination of the results and the current knowledge question to ask was to what extent the socialisation of the medical profession was already being influenced during the course of medical education. In this context there are very few studies which examine the situation especially with regard to the quality of life during academic studies.

The aim of this study was to examine the quality of life of medical students in regard to specific factors and to classify their significance for their future professional life. The emphasis was on the observation of social relationships of the students was in the foreground. The relationships based on partnerships were separately taken into consideration and examined in connection with the quality of life during academic studies. The correlation between professional workload and quality of life of the students as well as different concepts of coping with difficulties and the behavioural strategies associated with the students were of special interest.

At the *Justus-Liebig-University* in Giessen, in a cross section study medical students from 1<sup>st</sup> to 12<sup>th</sup> semesters were surveyed. Altogether 250 questionnaires were handed out, 81, 2 % were returned so that 203 valid questionnaires were evaluated. The examination consisted of 5 different tests: subjective health was tested by using the short-form health survey (SF-36) and subjective symptom strain of students by using the German revised version of the *Symptom Check List* (SCL-90-R). The examination of interpersonal problems followed by using the *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-D). Besides the *Questionnaire on the Workload and Attitudes of Students of Medicine* we analyzed the students' partnerships with the *Questionnaire on the Pattern of Relationships* (Be-Mus-k).

The results of the study showed a subjectively high amount of hard work during the course of medical studies. In comparison to the first-year university students with the last-year students, we

could observe less workload which went together with less satisfaction and a lower quality of life during the course of studies. Altogether we can say that these results may be an indication of acceptance of high demands during the course of medical studies as an adjustment reaction which reflects the change in performance orientation of the students. This was characterized by an increased tendency towards a performance and competition-oriented style of interaction, as well as a reduction of social support with the final-year students and can be understood as a characteristic of adapted and trained professionalism.

The differences between male and female students regarding the accomplishment of enormous tasks and high performance during the course of studies can be traced back to sex-specific role concepts. In comparison to male students it seems that the social family role of women results in a detrimental effect concerning demands and performance. This manifested itself in lower quality of life and satisfaction during the course of studies as well as in a higher workload of female students. The distinctly higher quality of life and contentment described by male students suggest, however, a higher adjustment to the academic challenges. The stereotypical masculine self-concept obviously enables better adjustment to the standards of performance of studies and consequently presents a lower potential of conflict. In addition to that a higher adaptation of performance and competition oriented *type-A* personal style as well as a reduction of social support in accomplishment of academic studies seem to fit the performance-oriented professional role of male students. While the prestige, reputation and professional success appear to be in the foreground, emotional and personal interests remain in the background.

In contrast to reports of students of lower semesters, the description of the style of accomplishment concerning the academic studies of higher semesters might be seen a sign of pathological socialisation. Through a higher adaptation to the requirements and performance in the course of studies it seems that it obviously enables less stress and conflict during academic studies. At the same time a decrease in psychical and psychological health and a lower quality of life of higher semesters could be understood as the disadvantage of this adaptation.

In spite of positive influences through social support the results point to a certain pressure with students in partnerships. It manifested itself in higher subjective workload and in lower degree of satisfaction and lower quality of life during academic studies in comparison to the singles. The lower degree of satisfaction in partnership of the higher semesters in comparison to the lower ones showed a connection to a performance-oriented, aggressive and competitive interactive behaviour that could be considered a negative sign of professionalisation of medical studies.

The results of this paper concerning the quality of life of medical students are alarming. We have come to the conclusion that the study of medicine in its present form apparently promotes a pathological socialization that paves the way for a poor quality of life and that it leads to disturbed health behaviour in medical students. The present paper shows parallels to other studies which also describe high workload in medical students. By presenting the correlation between quality of life, workload as well as social factors during academic studies we have pointed to aspects that obviously contribute to the development of pathological socialization. The results of this paper should prompt future studies which would deal with the topic of disturbed socialization and pressure of quality of life during the course of studies. Apart from the implementation of comparative studies by German universities and by groups of medical students, other studies in different fields of study should follow in order to gain representative data records. Regarding the latest reforms in the medical curriculum we assume that a lasting improvement of the present situation can only be reached step by step. The studies on sensitization and awareness of the topic of quality of life in medical profession seem to be a right step in the forward direction.

## Literaturverzeichnis

18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks 2006: Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. Durchgeführt durch HIS Hochschul-Informations-System.
- Abele, A. 1995: Stimmung und Leistung. Allgemein- und Sozialpsychologische Perspektive Reihe: Lehr- und Forschungstexte Psychologie - Band 2, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- AL-Ayadhi L. 2005: Neurohormonal changes in medical students during academic stress . Annals of Saudi Medicine, 25 (1), 36-40.
- Aktekin, M., Karaman, T., Senol, Y. Y., Erdem, S., Eregin, H., Akayadin, M. 2001: Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective Study in Antalya, Turkey. Medical Education , 35, 12-17.
- Akvardar, Y., Demiral, Y., Ergor, G., Egor, A. 2004: Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39 (6), 502-506.
- Alden, L.E., Wiggins, J.S., Pincus, A.L. 1990: Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. Journal of Personality Assessment, 55, 521-536.
- Allardt, E. 1973: About Dimensions of Welfare. Research Group for Comparative Sociology. Research report No. 1, University of Helsinki.
- Allgöwer, A., Stock, C., Krämer, A. 1998: Die gesundheitliche Situation von Studierenden. Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention 1, 22-25.
- Amstutz, M.C., Neuenschwander, M., Modestin, J. 2001: Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Psychiatrische Praxis, 28, 163-167.
- Antill, J., Cotton, S. 1987: Self disclosure between husbands and wives Its relationship to sex roles and marital happiness. Australian Journal of Psychology, 39, 11-24.
- Arbeitskreis OPD 1996: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Grundlagen und Manual. Hans Huber Verlag, Bern.
- Ärztliche Wunsch- und Leitbilder in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. Der Allgemeinarzt, 11, 969-972.
- Asendorpf, J., Banse, R. 2000: Psychologie der Beziehung (195-204). Hans Huber Verlag, Bern.
- Ashton, C.H., Kamali, F. 1995: Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. Medical Education, 29, 87-192.
- Assh, S.D., Byers, E. S. 1996: Understanding the co-occurrence of marital distress and depression in women. Journal of Social and Personal Relationship, 13, 537- 552.

- Aurora, J., Bennett, M.D., Brenda Roman, M.D., Lesley M., Arnold, M.D., Jerald Kay, M.D., Linda, M., Goldenhar, Ph.D. 2005: Professionalism Deficits among Medical Students: Models of Identification and Intervention. *Academic Psychiatry*, 29, 426-432.
- Bachmann, N., Berta, D., Eggli, P., Hornung, R. (Hrsg.) 1999: Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Hans Huber Verlag, Bern.
- Baldwin, D.C. jr., Hughes, P.H., Conrad, S.E., Storr, C.L., Shehaan, D.V. 1991: Substance use among senior medical students. A survey of 23 medical schools. *Journal of the American Medical Association*, 265 (16), 2110-2111.
- Baldwin, P. J., Dodd, M., Wrate, R.M. 1997: Young doctor's health II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med.*, 45 (1), 41-44.
- Banse, R., Asendorpf, J. 2000: *Psychologie in der Beziehung*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Bargel, Z., Multrus, F., Ramm M. 1996: *Studium und Studierende in den 90er Jahren*. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Bonn.
- Bargel, T., Ramm, 1994: *Das Studium der Medizin. Eine Fachmonographie aus studentischer Sicht*. (Schriftenreihe Studien zu Bildung und Wissenschaft 118). Bock Verlag, Bad Honnef.
- Barkham, M., Hardy, G.E., Startup, M. 1994: The structure, validity and clinical relevance of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 171-185.
- Bayard, N. 1997: *Unternehmens- und personalpolitische Relevanz der Arbeitszufriedenheit*. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Becker, E., Jahn, T., Stieß, I., Wehling, P. 1997: *Sustainability: A Cross Disciplinary Concept for Social Transformations*. MOST Policy Papers; No. 6: 1-57. UNESCO, Institut für sozial-ökologische Forschung ISOE., Paris.
- Bell, R. 1981: *Worlds of Friendship*. Sage, London.
- Benesch, H. 1995: *Enzyklopädisches Wörterbuch. Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Beltz Verlag, Weinheim.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. 1999: *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Benjamin, L.S. 1974: Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L.S. 1993: *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*: Guilford Press, New York.
- Bertelsmann 1990: *Brockhaus-Enzyklopädie*, Bd. 12, Kir-Lag., 19. Auflage. Mannheim.
- Bierhoff, H.W., Grau, I. 1999: *Romantische Beziehungen - Bindung, Liebe, Partnerschaft*. Hans Huber Verlag, Bern.

- Birchler, G. R., Weiss, R.L., Vincent, J.P. 1975: Multimethod analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 349–360.
- Bjorksten, O., Sutherland, S., Miller, C., Stewart, T. 1983: Identification of medical student problems and comparison with those of other students. *Medical Education*, 58 (10), 759-767.
- Blake, R.R., Mouton. J. S. 1964: *The managerial grid*. Houston. Gulf.
- Bodenmann, G. 1995: *Bewältigung von Stress in Partnerschaften. Der Einfluss von Belastungen auf die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Bodenmann, G. 1998a: *Der Einfluss von Stress auf die Partnerschaft: Implikation für die Prävention bei Paaren*. In Hahlweg, K., Baucom, D.H., Bastine, R., Markman, H.J. (Hrsg.): *Prävention von Trennung und Scheidung – Internationale Ansätze zur Prädiktion und Prävention von Beziehungsstörungen* (241-260). Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Bodenmann, G. 1998b: *Dyadisches Coping: Eine systemisch prozessuale Sicht der Stressbewältigung in Partnerschaften. Theoretischer Ansatz und empirische Befunde*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Universität Fribourg, Fribourg.
- Bodenmann, G. 1999: *Stress, kritische Lebensereignisse und Partnerschaft*. In Kaiser, P. (Hrsg.): *Partnerschaft und Paartherapie* (219-238). Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Bodenmann, G. 2000: *Kompetenzen für die Partnerschaft. Das Freiburger Stresspräventionstraining*. Juventa Verlag, Weinheim.
- Bodenmann, G. 2001: *Risikofaktoren für Scheidung: Ein Überblick*. *Psychologische Rundschau*, 52, 85-95.
- Bodenmann, G. 2002: *Beziehungskrisen: Erkennen, verstehen und bewältigen*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Bodenmann, G. 2003: *Neuere Entwicklungen und die Zukunft des dyadischen Copings in Theorie und Praxis*. In Buchwald P. (Hrsg.): *Stress gemeinsam bewältigen* (185-190). Hogrefe Verlag, Göttingen
- Bodenmann, G., Cina, A., Schwerzmann, S. 2001: *Individuelle und dyadische Copingressourcen bei Depressiven*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 194-203.
- Bodenmann, G., Perrez, M., Gottmann, J.M. 1996: *Die Bedeutung des intrapsychischen Copings für die dyadische Interaktion unter Stress*. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 1-13.
- Bodenmann, G., Schwerzmann, S., Cina, A. 2000: *Kritische Lebensereignisse und Alltagsstress bei Depressiven und Remittierten*. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 1-17.
- Bohigian, G.M., Croughan, J.L., Sanders, K. 1994: *Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse*. *Molecular Medicine*, 91 (5), 233-239.

- Böhle, A., Baumgärtel, M., Götz, M.L., Müller, E.H., Jocham, D. 2001: Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: A comparison of hospital and private practice urologists, 165, 1158-1161.
- Bortz, J. 1993: Statistik für Sozialwissenschaftler (4., vollständig überarbeitete Auflage). Springer Verlag, Berlin.
- Bowlby, J. 1969: Attachment and loss. 1: Attachment. Basic Books, New York. Dt: 1975: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind Beziehung. Kindler Verlag, München.
- Braedburn, N.M. 1969: The structure well-being. Aldine, Chicago.
- Brähler, E., Geyer, M., Hessel, A., Schumacher, J. 2001: Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica, 47, 27-39.
- Braukmann, W., Phillip, S.H. 1984: Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G. (Hrsg.): Klinische Psychologie - Trends in Forschung und Praxis, Bd.6. Huber Verlag, Bern.
- Brehm, S.S., Miller, R.S., Perlman, D., Campbell, S.M. 2002: Intimate relationships. McGraw-Hill, New York.
- Brinckman, P., Campbell, D.T. 1971: Hedonic relativism and planning the good society. In Appley, M.H. (ed.): Adaptation level theory (287-302). Academic Press, London.
- Brooke, D., Edwards, G., Taylor, C. 1991: Addiction as an occupation an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. British Journal of Addiction to alcohol and other drugs, 86 (8), 1011-1016.
- Buddeberg- Fischer, B., Spindler, A., Peter, Y., Buddeberg C. 2003: Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten aus der Sicht von Chefärzten und Chefärztinnen. Deutsche medizinische Wochenschrift, 128, 20-25.
- Bullinger, M. 1991: Quality of Life - definition, conceptualisation and implications – A methodologists view. Theoretical Surgery, 6, 143-149.
- Bullinger, M. 1997: Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 47 (3), 41-65.
- Bullinger, M. Ravens-Sieberer, U., Siegrist, J. 2000: Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin - eine Einführung. In Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und soziologischer Perspektive, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 18, 11-21, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. 1998: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand Handanweisung (8-11). Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Bullinger, M., Kirchberger, I., Ware, J. 1995: Der deutsche SF-36 Health Survey. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3 (1), 21-36.

- Bullinger, M., Pöppel, E. 1998: Lebensqualität in der Medizin Schlagwort oder Forschungsansatz? Deutsches Ärzteblatt, 85, 679-680.
- Burman, B., Margolin, G. 1992: Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. Psychological Bulletin, 112, 39-63.
- Calnan, S., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B. 2001: Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. Social Science and Medicine, 52, 499-507.
- Christensen, A., Sherk, J.L. 1991: Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 458-463.
- Coser, L.A. 1972: Theorie sozialer Konflikte. 2. Aufl. Neuwied / Berlin.
- Coyne, J.C., Smith, D.A.K. 1991: Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 404-412.
- O'Brien, T.B., DeLongis, A. 1996: The interactional context of problem-focused, emotion-focused, and relationship-focused coping: The role of the Big Five personality factors. Journal of Personality, 64, 775-813.
- Croen, L.G., Woesner, M., Herman, M., Reichgott, M. 1997: A longitudinal study of substance abuse in a single class of medical students. Academic Medicine, 72 (5), 376-381.
- Dahrendorf, R. 1979: Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Davies-Osterkamp, S., Kriebel, R. 1993: Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das "Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme" (IIP). Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29, 295-307.
- Deindl, C. 2004: Die Einbindung in soziale Netzwerke und soziales Kapital – Eine theoretische und empirische Analyse. Magisterarbeit, Universität zu Köln: Seminar für Soziologie.
- Derogatis, L.R., Spitzer, K.L. 1999: The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. In Maruish, M. E. (ed.): The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment, (2), 679-724. Erlbaum, New Jersey.
- Derogatis, L.R. 1977: SCL-90-R, administration, scoring, procedures manual-I for the Revised version. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.
- Deutsch, M. 1976: Konfliktregelung.: Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel.
- Deutsch, M., Coleman, P.T. 2000: A brief history of social psychological theorizing about conflict. In Deutsch, M., Coleman, P.T. (eds.): The handbook of conflict resolution: Theory and practice (11-17). Jossey-Bass, San Francisco.
- Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks

- Dieckmann, R., Oelke, M., Ückert, S., Stolzenburg, J.-U., Sperling, H., Stief, C. G., Jonas, U., Truß, M. C., Hartmann, U. 2004: Prävalenz sexueller Probleme bei Medizinstudentinnen. *Der Urologe*, 43( 8), 955-962. Springer Verlag, Heidelberg,
- Diener, E., Suh, E. 1997: Measuring quality of life: Economic, social und subjektive indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. 1985: The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Duden 2007 - Deutsches Universalwörterbuch, 6., überarbeitete Auflage. Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Huntington, J.L., Lawson, K.L., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Shanafelt, T.D. 2006: Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic Medicine*, 81, 374-384.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Shanafelt, T.D. 2005: Medical students distress: causes, consequences and proposed solutions. *Mayo Clinic*, 80, 1613-1622.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Shanafelt, T.D. 2006: Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81, 354-373.
- Eckes, T. 1997: Geschlechterstereotype - Mann und Frau in sozialpsychologischer Sicht. Centaurus Verlag, Pfaffenweiler.
- Ehrle, R.A. 1971: Conflict- costs, benefits and potentials. *Journal of Employment Counseling*, 8 (4), Birmingham, Alabama.
- Ellert, U., Bellach, B-M. 1999: Der SF-36 im Bundesgesundheitsurvey - Beschreibung einer aktuellen Normstichprobe. *Gesundheitswesen*, 61 (2), 183-189.
- Elliot, G.R., Eisdorfer, C. 1982: Stress and human health. Springer, New York.
- Fiedler, P. 2001: Affective influences on social information processing. In Forgas, J. (ed.): *Handbook of affect and social cognition* (163-185). Erlbaum, London.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E. 2000: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Festinger, L., Carlsmith, J. 1959: Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 211-218.
- File, S.E., Mabbutt, P.S., Shaffer, P. 1994: Alcohol consumption and lifestyle in medical students. *Journal of Psychopharmacology*, 8, 22-26.
- Filipp, S.-H., Aymanns, P. 1987: Die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26, 383-396.

- Filipp, S.-H, Buch-Bartos, K. 1994: Vergleichsprozesse und Lebenszufriedenheit im Alter: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 22-34.
- Firth-Cozens, J. 1986: Levels and sources of stress in medical students. *British Medical Journal*, 292 (6529), 1177-1180.
- Firth-Cozens, J. 1997: Depression in doctors. In Katona C., Robertson M. (eds): *Depression and physical illness*. John Wiley and Sons Ltd., London.
- Fitzpatrick, R. 2000: Measurement issues in health-related quality of life: Challenges for health psychology. *Psychology and Health*, 15, 99-108.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S. 1992: Quality of life measures in health care (I): Applications and issues in assessment, *British Medical Journal*, 305, 1074-1077.
- Fletcher, A. 1992: Quality of life measures in health care (II): Design analysis and interpretation. *British Medical Journal*, 305, 1145-1148.
- Flüssmeier, U. 1995: Merkmale bestehender und beendeter Partnerschaften - eine empirische Untersuchung. *Wissenschaftliche Beiträge aus europäischen Hochschulen*. Verlag an der Lottbek, Ammersbek bei Hamburg.
- Franke, G.H. 1995: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version, Beltz Test GmbH, Göttingen.
- Franke, G.H. 2002: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis- Deutsche Version-Manual (2., rev. u. erw. Aufl.). Beltz Test GmbH, Göttingen.
- Franke, G.H., Stäcker, K.-H. 1995: Reliabilität und Validität der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung. *Diagnostica*, 41, 349-373.
- Freise, D., Scheibler, F., Pfaff, H. 2001: Der Zusammenhang zwischen Fragebogenlänge und der Höhe des Rücklaufs bei Patientenbefragungen. *Gesundheitswesen*, 63, 8-9.
- Friedmann, M., Rosemann, R.H. 1975: *Der A-Typ und der B-Typ*. RowolthVerlag, Reinbek.
- Frommhold, K. 1998: Ausmaß und Spezifität interpersonaler Probleme und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie. Eine Studie unter Einsatz des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP), des Potenz-Valenz-Polaritäten Profils nach Feldes (Feldes) und der Symptom-Check-List (SCL-90-R). *Medizinische Dissertation*. Tress Verlag, Düsseldorf.
- Fuchs-Heinritz, W. (Hrsg.) 1995: *Lexikon zur Soziologie*, 3, völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Fuhrer, M.J. 2000: Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22, 481-483.
- Furberg, C.D. 1985: Assessment of quality of life. In Friedman, L., Furberg, C., Demets, D. (eds.): *Fundamentals of clinical trials*. PSG Publishing, Little-Town.

- Furberg, C.D., Elinson, J. (eds) 1984: Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Disease (184-188). Le Jacq Publishing, New York.
- Garza, J.A., Schneider, K.M., Promecence, P., Monga, M. 2004: Burnout in residency: A statewide study. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1171-1173.
- Gaughran, F., Dineen, S., Dineen, M., Cole, M., Daly, R. J. 1997: Stress in medical students. *Irish Medical Journal*, 90 (5), 184-185.
- Gebert, D., Rosenstiel, L. 1996: Organisationspsychologie. Person und Organisation. Kohlhammer, Stuttgart.
- Ghodse, A.H., Howse, K. 1994: Substance use of medical students: a nationwide survey. *Health Trends*, 26 (3), 85-88.
- Glasl, F. 1997: Konfliktmanagement. Ein Handbuch zur Diagnose und Behandlung von Konflikten für Organisationen und ihre Berater. 5. erweiterte Auflage. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Glasl, F. 1998: Selbsthilfe in Konflikten. Konzepte – Übungen – Praktische Methoden, Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart.
- Glatzer, W. 1990: Messung der Lebensqualität. In Kruse, L., Graumann, C.-F., Lantermann, E.-D. (Hrsg.): *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (240-244). Psychologie Verlags Union, München.
- Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.) 1984: Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden (13-26). Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Gohm, C.L., Oishi, S., Darlington, J., Diener, E. 1998: The effects of marital conflict, marital status, and culture on the subjective well-being of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 319-334.
- Goldin, S.B., Wahi, M.M., Borgman, H.A., Carpenter, H.L., Wiegand, L.R., Nixon, L.L., Rosemurgy II, A.S., Karl, R.C. 2007: Student quality of life decline during third-year surgical clerkship. *Journal of Surgical Research*, 137 (2), 158.
- Gottman, J.M. 1994: What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Erlbaum, New Jersey.
- Gove, W.R., Style, C.B., Hughes, M. 1990: The effects of marriage on the well-being of adults. *Journal of Family Issues*, 11, 4-35.
- Graham, J., Ramirez, A.J. 1997: Mental health of hospital consultants. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 227-231.
- Grassi, L., Magnani, K. 2000: Psychiatric morbidity und burnout in the medical profession: an Italian study of practioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (6), 329-343.
- Grau, I., Bierhoff, H.W. (Hrsg.) 2003: Sozialpsychologie der Partnerschaft. Springer Verlag, Berlin.

- Greif, S. 1991: Stress in der Arbeit- Eine Einführung und Grundbegriffe. In Greif, S., Bamberg, E., Semmer, N.(Hrsg.): Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Grossman, H.Y., Salt, P., Nadelson, C., Notman, M. 1994: Effects of social support on medical students' performances. *Academic Medicine*, (6), 496-500.
- Guggenmoos-Holzmann, I., Bloomfield, K., Brenner, H. Flick, U. 1995: Quality of Life in Health. Concepts, Methods and Applications (79-85). Blackwell Verlag, Berlin.
- Hall, E.T., Hall, M.R. 1983: *Verborgene Signale. Studien zur interkulturellen Kommunikation. Über den Umgang mit den Amerikanern.* Gruner und Jahr Verlag Hamburg.
- Harrison, D., Chick, J. 1994: Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction*, 89 (12), 1613-1617.
- Harych, I., Harych, H. 1994: Untersuchung der Vorstellungen von Medizinstudenten zu Partnerschaft und Ehe und deren Veränderungen. *Gesundheitswesen*, 56, 343-346.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Brähler, E. 2001: Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Hessel, F., Wasem, J., Buchner, F., Greß, S. 2001: Gesundheitsökonomie - Eine Einführung in Themenbereiche, Methoden und Einsatzgebiete. In Kolip, P. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaft* (125-148). Juventa Verlag, Weinheim.
- Hippel von, B. 2000: *Soziale Belastung - Konzeptualisierung und Operationalisierung oder: Trostloser Trost und fehlgeschlagene Hilfe.* Diplomarbeit, Philipps Universität Marburg.
- Höher, P., Höher, F. 2000: *Konfliktmanagement, Konflikte kompetent erkennen und lösen.* Haufe-Verlag, Freiburg.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Brennan, P. 1997: Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 918-928.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Schaefer, J.A. 1999: Coping, stress resistance, and growth: conceptualizing adaptive functioning. In Zeidner, M., Endler, N.S. (eds.): *Handbook of coping: Theory, research and applications* (107-132). Wiley, New York.
- Hornung, R. 1997: Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In Weitkunat, R., Haisch, J., Kessler, M. (Hrsg.): *Public Health und Gesundheitspsychologie* (29-40). Huber Verlag, Bern.
- Hornung, R., Gurscher, H. 1994: Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (65 - 87). Enke Verlag, Stuttgart.
- Horowitz, L.M. 1979: On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5-15.

- Horowitz, L.M., Dryer, D.C., Krasnoperova, E.N. 1997: The circumplex structure of interpersonal problems. In Plutchik, R., Conte, H. R. (eds.): Circumplex models of personality and emotions (347-384). American Psychological Association, Washington DC.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bartholomew, K. 1993: Interpersonale Probleme in der Psychotherapieforschung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 170-197.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bauer, B.A., Ureno, G., Vilasenor, V.S. 1988: Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. 1994: Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version. Beltz Test-Gesellschaft, Weinheim.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. 2000: Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D). Handanweisung (2. Aufl.). Beltz Test Gesellschaft, Weinheim.
- House, J.S. 1987: Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2, 135-146.
- Hoyer, J., Frank, D., Lauterbach, W. 1994: Intrapsychischer Konflikt und Ambiguitätsintoleranz als Prädiktoren psychopathologischer Symptombelastung auf latenter Ebene. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 117-126.
- Huenges, B. 2003: Dissertation: Inhaltsanalyse als Methode zum Vergleich von POL-Lernzielen, Papercases und Ausbildungszielen im Problem-orientierten Lernen am Beispiel des Reformstudienganges Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin. Dissertation. Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin.
- Hughes, P.H., Brandenburg, N., Baldwin, D.C. jr., Storr, C.L., Williams, K.M., Anthony, J.C., Sheehan, D.V. 1992: Prevalence of substance use among US physicians. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2333-2339.
- Huxham, G.J., Lipton, A., Hamilton, D. 1985: Does medical training affect personality? *Medical Education*, 19, 118-122. Inglehart, R. 1990: *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton University Press, Princeton.
- Ikeda, A., Iso, H., Kawachi, I., Yamagishi, K., Inoue, M. 2008: Social Support and Stroke and Coronary Heart Disease: The JPHC Study Cohorts II. *Stroke*, 39, 768-775.
- ILO (Internationale Arbeitsorganisation der UNO) 1992: Stress at the workplace: An organizational response. Reviews studies undertaken on occupational stress in particular jobs and discusses approach to the prevention of stress. Genf.
- Janke, W. 1976: Psychophysiologische Grundlagen des Verhaltens. In Kerekjarto, M. (Hrsg.): *Medizinische Psychologie* (2. Aufl.) Springer Verlag, Berlin.
- Jurkat, H.B., Reimer, C. 1995: Zur Problematik der Lebensqualität von Ärztinnen/Ärzten. In Brown, C., Reimer, C. (Hrsg.): *Psychohygiene im Krankenhaus-Belastungen bei Pflegenden und Medizinern* (89-109). Focus Verlag, Giessen.

- Jurkat, H.B., Reimer, C. 2001: Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Mediznern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1745-1750.
- Jurkat, H.B., Raskin, K., Vetter, A., Reimer, C. 2007: Lebensqualität von deutschen und US-amerikanischen Fachärzten in Abhängigkeit von der Position. In Bullinger, M., Koch, U. (Hrsg.): *Medizinische Psychologie: Von der Grundlagenforschung bis zur Versorgungsforschung*. (81). Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Jurkat, H.B., Reimer, C., Plewnia, C.G. 1999: Arztideal und der ideale Arzt. Ärztliche Wunsch und Leitbilder in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. *Der Allgemeinarzt*, 11, 969-972.
- Jurkat, H.B., Reimer, C., Schröder, K. 2000: Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudentinnen und -studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 5, 215-221.
- Jurkat, H.B., Vollmert, C., Reimer, C. 2003: Konflikterleben von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 213-231.
- Kächele, H., Dahlbender, R.W. 1993: Übertragung und zentrale Beziehungsmuster. In Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th. (Hrsg.): *Beziehung im Fokus / Weiterbildungsforschung* (84-103). Springer Verlag, Berlin.
- Kallus, K.W., Debus, G., Erdmann, G. 1995: *Biopsychologie von Stress und emotionalen Reaktionen*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Karney, B.R., Bradbury, T.N. 1995: The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Kellner, H. 1999: *Konflikte verstehen, verhindern, lösen: Konfliktmanagement für Führungskräfte*. Hanser Verlag, München-Wien.
- Kersting, J., Grau, I. 2003: Paarkonflikt und Trennung. In Grau, I., Bierhoff, H.W. (Hrsg.): *Sozialpsychologie der Partnerschaft*. Springer Verlag, Berlin.
- Kiessling, C., Schubert, B., Scheffner, D., Burger, W. 2004: First year medical students perceptions of stress and support: a comparison between reformed and traditional track curricula. *Medical Education*, 38 (5), 504-509.
- Kirchberger, I. 2000: Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Anwendung, Auswertung und Interpretation. In Ravens-Sieberer, U., Cieza, A. (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Ecomed Verlag, Landsberg.
- Kirsling, R.A., Kochar, M.S., Chan, C.H. 1989: An evaluation of mood status among first year residents. *Psychological Reports*, 65 (3), 1266.
- Kmietowicz, Z. 2002: New helpline set up by doctors for doctors. *British Medical Journal*, 325, 854.

- Köcher, R. 1993: Lebenszentrum Familie. In Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.): 40 Jahre Familienpolitik in der Bundesrepublik Deutschland (37-51). Luchterhand Verlag, Neuwied.
- Kohli, M., Künemund, H. 2001: Partizipation und Engagement älterer Menschen. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Lebenslagen, soziale Ressourcen und gesellschaftliche Integration im Alter (117-234). Leske und Budrich, Opladen.
- Kopetsch, Th. 2003: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Ergebnisse der 2. aktualisierten und überarbeiteten Auflage der Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung der KBV und Bundesärztekammer. Köln.
- Korczak, D. 1995: Lebensqualität-Atlas. Umwelt, Kultur, Wohlstand, Versorgung, Sicherheit und Gesundheit in Deutschland. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Krech, D., Crutchfield, R.S., Livson, N., Wilson, A. jr., Parducci, A. 1992: Grundlagen der Psychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Kreuzbauer, G., Madella-Mella, B. 2004: Die paraverbale Komponente in der Praxis des Rhetoriktrainings. Paper Arbeitsgruppe Rhetorik, Institut für Geschichte.
- Kruse, A. 1987: Kompetenz bei chronischer Krankheit im Alter. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 355-366.
- Künzel-Schön, M. 2000: Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen. Juventa Verlag, Weinheim.
- Kuhnigk, O., Schauenburg, H. 1999: Psychische Befindlichkeit, Kontrollüberzeugungen und Persönlichkeit von Medizinstudierenden eines traditionellen und eines Reform-Studienganges. Journal of Psychosomatik, Psychotherapy and Medical Psychology, 49, 29-36.
- Kurth, R.A., Pokorny, D. 2005: Der Beziehungs-Muster Fragebogen (BeMus): Validierung anhand einer klinischen Stichprobe. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 55, 502-511.
- Kurth, R.A., Pokorny, D., Körner, A., Geyer, M. 2002: Der Beziehungs-Muster Fragebogen (BeMus): Validierung anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 52, 179-188.
- Kurth, R.A., Pokorny, D., Kriebel, R., Paar, G.H., Dahlbender, R.W. 1999: Selbsteinschätzung von Beziehungsmustern: der ZMBM - Zwischenmenschliche Beziehungs-Muster Fragebogen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 35, 321-337.
- Langenbach, M., Hartkamp, N., Tress, W. 1999: Das Modell des zyklisch-maladaptiven Musters und der strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens: Ein interpersoneller Ansatz zu Entstehung, Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. In Saß, H. (Hrsg.): Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, Thieme-Verlag.
- Laireiter, A.-R. 2002: Soziales Netzwerk. In Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z (546-550). Hogrefe Verlag, Göttingen.

- Larson, A.S., Olsen, D.H. 1989: Predicting marital satisfaction using Prepare: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 311-322.
- Laux, L. 1983: Psychologische Stresskonzeptionen. In Thomaes, H. (Hrsg.): *Theorien und Formen der Motivation. Enzyklopädie der Psychologie. Serie Motivation und Emotion*, 1. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Laux, L., Weber, H. 1990: Bewältigung von Emotionen. In Scherer, K.R. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotion*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Lazarus, R.S., Folkmann, S. 1978: Stress-related transactions between person and environment. In Pervin, L.A., Lewis, M. (eds.): *Perspective in interactional psychology* (287-327). Plenum, New York.
- Lazarus, R.S., Folkmann, S. 1984: *Stress, appraisal and coping*. Springer Verlag, New York.
- Leary, T. 1957: *Interpersonal Diagnosis of personality*, Ronald Press, New York.
- Lemle, R., Mishkind, M. 1989: Alcohol and masculinity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 213-322.
- Lenz, K. (Hrsg.) 2003: *Frauen und Männer. Zur Geschlechtstypik persönlicher Beziehungen*. Juventa Verlag, Weinheim/München.
- Lenz, K. 2006: *Soziologie der Zweierbeziehung. Eine Einführung*. 3. Aufl., Opladen.
- Leppin, A., Schwarzer, R. 1997: Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*, 2, (349-373). Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Lindemann, S., Läärä, E., Hakko, H., Lönnquist, J. 1996: A systematic review on gender specifics suicide mortality in doctors. *British Journal of Psychology*, 168, 274-279.
- Lin, N. 2001: *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge University Press, Cambridge
- Lu, L. 1994: University transition: major and minor life stressors, personality characteristics and mental health. *Psychological Medicine*, 24 (1), 81-87.
- Luborsky, L. 1977: Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In Freedman, N., Grand, S. (eds.): *Communicative structures and psychic structures* (367-395). Plenum Press, New York.
- Luborsky, L., Kächele, H. 1988: *Der zentrale Beziehungskonflikt* (22-58). PSZ-Verlag, Ulm.
- Luhmann, N. 1973: *Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität* (2.Auflage). Enke Verlag, Stuttgart.
- Maida, A.M., Vasquez A., Herskoviv, V., Calderon, J.L., Jacard, M., Pereira, A., Widdel, L. 2003: A report on student abuse during medical training. *Medical Technology Journal*, 25, 497-501.
- Manne, S.L., Zautra, A.J. 1990: Couples coping with chronic illness: Woman with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 327-342.

- Marbach, J.H. 1994: Family networks and social exchange. *Familie und Familienprobleme im Wandel, Zeitschrift für Familienforschung*, 6 (1), 65-72.
- Martin, A. 1992: Arbeitszufriedenheit. In Gaugler, E., Weber, W. (Hrsg.): *Handwörterbuch des Personalwesens (481-493)* (5. neubearbeitete und ergänzte Auflage). Stuttgart.
- Mastekaasa, A. 1995: Age variations in the suicide rates and self-reported subjective wellbeing of married and never married persons. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 21-39.
- Mattson, N.B., Williams, H.V., Rickels, K., Lipman, R.S., Uhlenhuth, E.H. 1969: Dimensions of symptom distress in anxious neurotic outpatients. *Psychopharmacology Bulletin*, 5, 19-32.
- Mäulen, B. 1995: Abhängigkeit bei Ärzten. In Faust, V. (Hrsg.): *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung (318-320)*. Fischer Verlag, Stuttgart.
- Mäulen, B. 2005: Depression und Suizid bei Ärzten - Barriere aus Schuld und Scham. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (2005), B24.
- McDowell, I., Newell, C. 1996: *Measuring Health - A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press, New York.
- McFarland, D. 1999: *Biologie des Verhaltens. Evolution, Physiologie, Psychobiologie*, (2. überarbeitete Auflage). Spektrum Verlag, Heidelberg.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., Raczek, A.E. 1993: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): II. psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- Michalos, A.T. 1991: *Global report on Student well-being. Volume I: Life Satisfaction and Happiness*. Springer, New York.
- Miller, P.M., Surtees, P.G. 1991: Psychological symptoms and their course in first year medical students as assessed by the Interval General Health Questionnaire (I-GHQ). *British Journal of Psychiatry*, 159, 199-207.
- Moore-West, M., Harrington, D.L., Mennin, S.P., Kaufman, A., Skipper, B.J. 1989: Distress and Attitudes Toward the Learning Environment. Effects of a curriculum innovation. *Teaching and Learning in Medicine*, 1(3), 151-157.
- Mosley, T.H. Jr., Perrin, S.G., Neral, S.M., Dubbert, P.M., Grothues, C.A., Pinto, B.M. 1994: Stress, coping and well-being among third year medical students. *Academic Medicine*, 69 (9), 765-767.
- Moss, D.P. 1992: Cognitive therapy, phenomenology, and the struggle for meaning. *Journal of Phenomenological Psychology*, 23 (1), 78-102.
- Mundle, G. 2005: *Depression und Burn-out bei Ärzten*. Ärzteblatt Baden-Württemberg.
- Newbury-Birch, D., Kamali, F. 2000: Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate Medicine Journal*, 77 (904), 109-11.

- Newbury-Birch, D., Walshaw, D., Kamali, F. 2000: Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and Alcohol Dependence*, 59 (2), 125-130.
- Newbury-Birch, D., Walshaw, D., Kamali, F. 2001: Drinks and drugs: from medical students to doctors. *Drug and Alcohol Dependence*, 64 (3), 265-270.
- Niemi, P.M., Vainiomäki, P.T. 1999: Medical Students' Academic Distress, Coping, and Achievement Strategies during the Preclinical Years. *Teaching and Learning in Medicine*, 11 (3), 125-134.
- Noll, H.-H. 1999: Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte, EU Reporting Working Paper No.3, Center of Survey Research and Methodology (ZUMA), Mannheim.
- Noll, H.-H. 2002: Social Indicators and Quality of Life Research: Background, achievements and current trends. In Genov, N. (ed.): *Advances in Sociological Knowledge over Half a Century (168-206)*. International Social Science Council, Paris.
- Noll, H.-H. 1997: Wohlstand, Lebensqualität und Wohlbefinden in den Ländern der Europäischen Union. In Hradil, S., Immerfall, S. (Hrsg.): *Die westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich (431-473)*. Leske und Budrich Verlag, Opladen,
- O'Neil, M. K., Lancee, W. J., Freeman, S. J. 1986: Psychosocial factors and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (1), 15-23.
- Offer, A. (ed.) 1996: *In Pursuit of the Quality of Life (1-17)*. Oxford University Press, Oxford.
- Page, P.B. 1997: E. M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay. *Addiction Journal*, 92 (12), 1619-1638.
- Parkerson, G.R. jr., Broadhead, W.E., Tse, C.K. 1990: The health status and life satisfaction of first-year medical students. *Academic Medicine*, 65 (9), 586-588.
- Patrick, D.L., Erickson, P. 1988: Assessing health-related quality of life for clinical decision making. In Walker, S., Rosser, R.M. (eds.): *Quality of life Assessment: Key Issues for the 1990s (11-64)*. Kluwer Academic, London.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Dishion, T.J. 1992, *Antisocial Boys*. Castalia, Eugene, Oregon.
- Perkonigg, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. 2004: Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungskapazität in einer Region. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 6 (1), 22-31.
- Peter, M. (ed.) 1992: *Men`s Friendship (15-34)*. Sage Press, London.
- Pigou, A.C. 1912: *Wealth and Welfare*. Macmillian Press, London.
- Pistole, M.C. 1994: Adult attachment styles. Some thoughts on closeness-distance struggles. *Family Process*, 33, 147-159.
- Preisendörfer, P. 1995: Vertrauen als soziologische Kategorie. *Zeitschrift für Soziologie*, 24 (4), 263-272.

- Prieto Albino, L., Robles Agüero, E., Salazar Martínez, L.M., Daniel Vega, E. 2002: Burnout in primary care doctors of the province of Cáceres. *Aten Primaria*, 29 (5), 294-302.
- Publiesi, K. 1995: Work and well-being: Gender differences in the psychological consequences of employment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 57-71.
- Radcliffe, C., Lester, H. 2003: Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Medical Education*, 37(1), 32-38.
- Radoschewski, M., Bellach, B.-M. 1999: Der SF-36 im Bundesgesundheitsurvey - Möglichkeiten der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Gesundheitswesen*, 61 (2), 191-199.
- Raithel, J. 2003: Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (1), 21-28.
- Raj, S.R., Simpson, C.S., Hopman, W.M., Singer, M.A. 2000: Health-related quality of life among final-year medical students. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 509-510.
- Ravens-Sieberer, U., Cieza, A. (Hrsg.) 2000: Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. *Konzepte-Methoden-Anwendungen (127-134)*. Ecomed Verlag, München.
- Regnet, E. 1992: Konflikte in Organisationen. Formen, Funktion und Bewältigung. Verlag für Angewandte Psychologie, Stuttgart.
- Reid, H.M., Fine, G.A. 1992: Self-Disclosure in Men's Friendship. Variations Associated with intimate Relations. In Nardi, P.M. (ed.): *Men's Friendship (132-152)*. Sage Press, London.
- Reimer, C., Jurkat, H.B. 2000: Zur Problematik der Lebensqualität und Suchtgefährdung von Ärztinnen und Ärzten. In Stetter, F. (Hrsg.): *Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende (11-23)*. Neuland Verlag, Geesthacht.
- Reimer, C., Jurkat, H.B. 1996: Lebensqualität von Ärzten - Pessimismus macht sich breit. *Deutsches Ärzteblatt* 1996, 93, 1022-1024.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Mäulen, B., Stetter, F. 2001: Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 46, 376-385.
- Reimer, C., Jurkat, H. B. 1997: Lebensqualität von Chirurgen. In Braun, L. (Hrsg.): *Chirurgie zwischen Illusion und Realität (67-78)*. Lippischer Blindenverein e.V., Detmold.
- Reimer, C., Trinkaus, S., Jurkat, H.B. 2005: Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatrische Praxis*, 32, 381-385.
- Reschke, K., Schröder, H., 2000: Optimistisch den Stress meistern. *Kursleiterhandbuch-Handbuch und Material für die Kursdurchführung*. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Richardson, A.M., Burke, R.J. 1991: Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science & Medicine*, 33 (10), 1179-1187.

- Rospenda, K.M., Halpert, J., Richman, J.A. 1994: Effects of social support on medical students' performances. *Academic Medicine*, (6), 496-500.
- Rostow, W.W. 1971: *The Stages of Economic Growth: A Non-Communist Manifesto*, Cambridge.
- Sailer, M., Debus, E.S., Faller, H., Thiede, A. 2000: Lebensqualität als Zielkriterium in klinischen Studien. *Zeitschrift für Wundheilung*, 9-12.
- Sakic, M., Martiniac, M., Skobic, H., Jakovljevic, M. 2005: Depression among students of the Medical Faculty and doctors in Mostar. *Medical Archiv*, 59 (1), 19-22.
- Salman, H. 1998: Doppelgänger und gute Kräfte in Gemeinschaften, erschienen in der Reihe 'Soziale Gestaltung'. Forum Initiative, Hamburg.
- Saunders, D.E. 1992: Medical burnout. *Journal of the South Carolina Medical Association*, 88 (6), 312-314.
- Schäfer, M., Nölting, B., Illge, L. 2003: Zukunftsfähiger Wohlstand-Analyserahmen zur Evaluation nachhaltiger Wohlfahrtseffekte einer regionalen Branche, Discussion paper Nr. 10/03, ZTG-Themenschwerpunkt: Nachhaltigkeit von sozio-ökologischen Systemen, Berlin.
- Schandry, R. 1993: Zur Anwendung des Konstrukts „Lebensqualität“ in der Medizin, *Psychomed*, 5, 195-199.
- Schedlowski, M. 1994: Stress, Hormone und zelluläre Hormonreaktionen- Ein Beitrag zur Psychoneuroimmunologie. SpektrumVerlag, Heidelberg.
- Schilling, O., Wahl, H.-W. 2002: Menschen in ländlichen und urbanen Regionen. *Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 54 (2), 304-317.
- Schipper, H., Clinch, J.J., Olweny, C.H.L.M. 1996: Quality of life studies: Definition and conceptual issues. In Spilker, B. (ed.): *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (11-24). Lippincott-Raven Press, Philadelphia.
- Schifferdecker, M., Schmidt, R., Loevenich, A., Krahl, A. 1996: Drug dependence among physicians. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 90, 295-300.
- Schölmerich, P., Thews, G. (Hrsg.) 1990: *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*, Fischer-Verlag, Stuttgart.
- Schröder, H. 1986: Persönlichkeitspsychologische Aspekte der Stressbewältigung (Coping). In Schröder, H. Reschke, K. (Hrsg.): *Beiträge zur Theorie und Praxis der medizinischen Psychologie*. Band 4.. Fachbereich Psychologie, Universität Leipzig.
- Schröder, H. 1996: Psychologische Interventionsmöglichkeiten bei Stressbelastungen. In Reschke, K. (Hrsg.): *Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag*. Roderer Verlag, Regensburg.
- Seiffge-Krenke, I. 1994: *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

- Schultz-Hencke, H. 1951: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T., Brähler, E. 1996: Lebenszufriedenheit im Alter - Differentielle Aspekte und Einflußfaktoren Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9 (1), 1-17.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.) 2003: Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Schumacher, J., Reschke, K., Schröder, H. (Hrsg.) 2002: Mensch unter Belastung- Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung. Vas-Verlag, Frankfurt.
- Schwarz, N. 1987: Stimmung als Information. Untersuchungen zum Einfluss von Stimmungen auf die Bewertung des eigenen Lebens. Springer Verlag, Berlin.
- Schwarz, N., Strack, F. 1991: Evaluating one's life: A judgement model of subjective well-being. In Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (eds.): Subjective well-being. An interdisciplinary perspective (27-47). Pergamon Press, Oxford.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) 1997: Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch (zweite überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Schwarzer, R. 2000a: Manage stress at work through preventive and proactive coping. In Locke, E.A. (ed.): The Blackwell handbook of principles of organisational Behaviour, 24 (342-355). Blackwell Press, Oxford.
- Schwarzer, R. 2000b: Stress, resources, and proactive coping. Applied Psychology: An International Journal, 50, 400-407.
- Schwarzer, R., Leppin, A. 1992: The possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. In Veiel, H., Baumann, U. (eds.): The meaning and measurement of social support (65-83). Hemisphere, Washington, DC.
- Schwarzer, R., Rieckmann, N. 2002: Social support, cardiovascular disease, and mortality. In Kopp, M., Weidner, G., Kristenson, M. (eds.): Heart disease: Environment, stress and gender. IOS Press. Amsterdam.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. 2002: Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik, 44. Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, 28-53.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.) 2002: Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Seefeldt, D. 2002: Stress. Verstehen-Erkennen-Bewältigen. Edition Wötzel (2. überarbeitete Auflage). Dreieich.
- Seidler, V.J. 1992: Rejection, Vulnerability and Friendship (15-34). In Nard, P.M. (ed.): Men's friendships.
- Seliger, K., Brähler, E. 2007: Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. Eine empirische Untersuchung. Psychotherapeut, 52, 280-286.

- Serry, N., Bloch, S., Ball, R., Anderson, K., 1994: Drug and alcohol abuse by doctors. *Medical Journal of Australia*, 160 (7), 402-407.
- Seyle, H. 1976: *The stress of life. Incorporated (revised edition)*. McGraw-Hill Book Company, New York.
- Seyle, H. 1981: Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In Nitsch, J.R. (Hrsg.): *Stress, Theorien, Untersuchungen Maßnahmen*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Sherina, M.S., Rampal, L., Kaneson, N. 2004: Psychological stress among undergraduate medical students. *Medical Journal of Malaysia*, 59 (2), 207-211.
- Sieverding, M., Alfermann, D. 1992: Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: Ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6-15.
- Sieverding, M. 2002: Frauengesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A bis Z (115-118)*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Sieverding, M. 2004: Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! *Psychomed*, 16, 25-30.
- Sieverding, M. 2005: Geschlecht und Gesundheit. In Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie D, 55-70)*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Silverman, M. 2000: Physicians and Suicide. In Goldman, L. (ed.): *The Handbook of physician Health*. American Medical Association, Chicago.
- Skalská, H., Sobotík, Z., Jezberová, D., Mares, J. 2000: Use and evaluation of the Czech version of the SF-36 questionnaire self reported health status of medical students. *Central European Journal of Public Health*, (2), 88-93.
- Slotnick, H.B. 2001: How doctors learn: Education and learning across the medical-school to-practice trajectory. *Academic Medicine*, 76 (10), 1013-1026.
- Sommer, G., Fydrich, T. 1989: *Soziale Unterstützung*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Stern, K. 1996: Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Waxmann, Münster.
- Stewart, S.M., Betson, C., Lam, T.H., Marshall, I., Lee, P.W., Wong, C.M. 1997: Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education*, 31, 163-168.
- Stewart, S.M., Betson, C., Marshall, I., Wong, C.M., Lee, P.W., Lam, T.H. 1995: Stress and vulnerability in medical students. *Medical Education*, 29 (2), 119-127.
- Stock, C., Krämer, A. 2000: Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In Sonntag, U., Gräser, S., Stock, S., Krämer, A. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele (127- 138)*. Juventa Verlag, Weinheim.

- Stone, A.A., Neale, J.M. 1984: New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Stosch, C. 1999: What Kind of Curriculum do Medical Students demand? *Zeitschrift für Hochschuldidaktik*, 22 (4), 13-24.
- Strauss, B., Eckert, J., Ott, J. 1993: Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 223-324.
- Strupp, H.H., Horowitz, L.M., Lambert, M.J. 1997: Measuring patient changes. American Psychiatric Association, Washington.
- Stroebe, M., Stroebe, W. 1991: Does grief work work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 479-482.
- Suls, J., Mullen, B. 1982: From the cradle to the grave: Comparison and self-evaluation across the life span. In Suls, J. (ed.): *Psychological perspectives on the self* (97-128). Erlbaum, Hillsdale-New Jersey.
- Sundquist, J., Johansson, S.E. 1999: Impaired health status, and mental health, lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17 (2), 81-86.
- Supe, A.N. 1998: Study of stress in medical students at Seth GS Medical College. *Journal of Postgraduate Medicine*, 44 (1), 1- 6.
- Swain, S.O. 1992: Men`s Friendship with Women: Intimacy, sexual Boundaries and the informant Role. In Nardi, P.M. (ed.): *Men`s Friendship* (153-172). Sage, London.
- Trockel, M.T., Barnes, M.D., Egget, D.L. 2000: Health related variables and academic performance among first year college students: implications for sleep and other behaviours. *Journal of American College Health*, 49 (3), 125-131.
- Udris, I., Kraft, U., Muheim, M., Mussmann, C., Rimann, M. 1992: Ressourcen der Salutogenese. In Schröder, H., Reschke, K. (Hrsg.): *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (85-103). Roderer Verlag, Regensburg.
- Uexküll, Th., v. (Hrsg.) 1979: *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. Urban und Schwarzenberg Verlag, München.
- Ulich, E. 1983: Präventive Interventionen im Betrieb: Vorgehensweise zur Veränderung der Arbeitssituation. *Psychosozial*, 20, 48-70.
- Valtin, R., Fatke, R. 1997: *Freundschaft und Liebe. Persönliche Beziehungen im Ost/West- und im Geschlechtervergleich*. Auer Verlag, Donauwörth.
- Van Staveren, I. 2001: *The Values of Economics - An Aristotelian Perspective*. Routledge, London.
- Vaz, R.F., Mbajjorgu, E.F., Acuda, S.W. 1998: A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, (9), 214-219.

- Veiel, H.O.F., Baumann, U. (ed.) 1989: The Meaning and Measurement of Social Support (157-169). Hemisphere, New York.
- Veldi, M., Aluoja A., Vasar, V. 2005: Sleep Quality and more common sleep related problems in medical students. *Sleep Medicine*, 6 (3), 269-275.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., Mitchell, E.S., Carr, J.E., Van Citters, R.L. 1988: A biopsychological model of medical student distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 311-331.
- Voltmer, E., Kieschke, U., Spahn, C. 2008: Studienbezogenes Verhalten und Erleben von Medizinstudenten im ersten und fünften Studienjahr. *Das Gesundheitswesen*, 70 (2), 98-104.
- Voltmer, E., Bochmann, A., Kieschke, U., Spahn, C. 2007: Studienbezogenes Erleben und Verhalten, Selbstaufmerksamkeit und soziale Unterstützung zu Beginn des Medizinstudiums. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 16, 127-134.
- Waltz, E.M. 1987: Die Bedeutung der Familie für die Bewältigung des Myokardinfarktes. In Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T., Waltz, E.M. (Hrsg.): *Leben mit dem Herzinfarkt*. Springer Verlag, Berlin.
- Webb, E., Ashton, C.H., Kelly, P., Kamali, F. 1996: Alcohol and drug use in UK university students. *The Lancet*, 348, 922-925.
- Wegner, R., Szadkowski, D., Poschadel, B., Simms, M., Niemeyer, Y., Baur, X. 2002: Psychomentele Belastung und Beanspruchung im Arztberuf. Ergebnisse von Fragebogenerhebungen. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 37, 2, 60-74.
- Weissinger, V. (Hrsg.) 1996: *Gesundheitsförderung im Studium - Aspekte zum Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule (Arbeitspapier Nr. 40)*. Kiel: Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität.
- WHOQOL Group 1995: The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQOL Group 1996: What quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Wiseman, H., Mayselless, O., Sharabany, R. 2006: Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. *Personality and Individual Differences*, 40, (2), 237-248.
- Wiesemann, A., Engeser, P., Barlet, J., Muller-Buhl, U., Szecsenyi, J. 2003: What students and teaching doctors in Heidelberg think about early patient contact and tasks in general practice. *Gesundheitswesen*, 65 (10), 572-578.
- Wiggins, J.S. 1982: Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In Kendall, P.C., Butcher, J.N. (eds.): *Handbook of research methods in clinical psychology*. Wiley, New York.

- Winstead, B., Derlega, V., Rose, S. 1997: Gender and close Relationships. Sage, London.
- Wolf, T.M. 1994: Stress coping and health: enhancing well-being during medical school. *Medical Education*, 28, 8-17.
- Wolf, T.M., Faucett, J.M., Randall, H.M., Balson, P.M. 1989: Graduating medical students' ratings of stresses, pleasures and coping strategies. *Medical Education*, 63, 636-642.
- Wolf, T.M., Kissling, G.E. 1984: Changes in lifestyle characteristics, health and mood of freshman medical students. *Medical Education*, 59, 806-814.
- Wolf, T.M., von Almen, T.K., Faucett, J.M., Randall, H.M., Franklin, F.A. 1991: Psychosocial changes during the first year of medical school. *Medical Education*, 25, 174-181.
- Yiu, V. 2005: Supporting the well-being of medical students. *Canadian medical Association Journal*, 172(7), 889-890.
- Zapf, D., Frese, M. 1991: Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In Greif, S., Bamberg, E., Semmer, N. (Hrsg.): *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Zapf, W. (Hrsg.) 1978: *Lebensbedingungen in der Bundesrepublik. Sozialer Wandel und Wohlfahrtsentwicklung*. Zweite Auflage, Duncker, Humblot, Berlin.
- Zapf, W. 1984: Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.): *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden* (13-26). Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. 1999: *Psychologie* (7. Auflage, 359-408). Springer Verlag, Berlin.
- Zocolillo, M., Murphy, G.E., Wetzel, R.D. 1986: Depression among medical students. *Journal of Affective Disorders*, 11, 91-96.
- Zvonkovic, Anisa M. 1996: The marital construction of gender through work and family decisions: A qualitative analysis. *Journal of Marriage and Family*, 58, 91-100.

## 10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Bundesweite Absolventenzahlen Humanmedizin 1993-2004, Statistisches Bundesamt, 2005
- Abbildung 2: Das Zirkumplex-Modell des *IIP-D*
- Abbildung 3: Das Zirkumplex-Modell des *BeMus*
- Abbildung 4: Itembeispiel aus dem ersten Teil des *BeMus* (RO↔RS)
- Abbildung 5: Ergebnisse der Stichprobenverteilung der männlichen vs. weiblichen Studierenden sowie der unteren vs. oberen Semester
- Abbildung 6 : Ergebnisse zur aktuellen und zukünftigen Lebensqualität des gesamten Studienkollektivs (n=157)
- Abbildung 7: Ergebnisse zur Studienzufriedenheit der unteren vs. oberen Semester und der Singles vs. Probanden mit Partner (n=157)
- Abbildung 8: Ergebnisse zur Arbeitsbelastung des gesamten Studienkollektivs sowie der männlichen und weiblichen Studenten (n=157)
- Abbildung 9: Ergebnisse zur Arbeitsbelastung der unteren und oberen Semester sowie der Singles und Studenten mit Partner (n=157)
- Abbildung 10: Ergebnisse zu den Beeinträchtigungen des Privatlebens des gesamten Studienkollektivs (n=157)
- Abbildung 11: Ergebnisse zu den sozial zugewandten Bewältigungsstrategien des gesamten Studienkollektivs (n=157)
- Abbildung 12: Ergebnisse zu den sozial abgewandten Bewältigungsstrategien des gesamten Studienkollektivs (n=157)
- Abbildung 13: Ergebnisse zur Reaktion auf die Belastungen des Studiums des gesamten Studienkollektivs (n=157)
- Abbildung 14: Ergebnisse zur Bedeutsamkeit und Zufriedenheit der Partnerschaft des gesamten Studienkollektivs (n=157)

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Interpretationsmodell der HRQL nach Bullinger (1991)
Tabelle 2:	Ergebnisse zur subjektiven Beeinträchtigung durch psychische Symptome (SCL-90-R) der männlichen Studenten vs. Männer der Normpopulation
Tabelle 3:	Ergebnisse zur subjektiven Beeinträchtigung durch psychische Symptome (SCL-90-R) der weiblichen Studenten vs. Frauen der Normpopulation
Tabelle 4:	Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit (SF-36) des gesamten Studienkollektivs sowie der männlichen und weiblichen Studenten vs. Normpopulation
Tabelle 5:	Vergleich der Selbsteinschätzung der Männer (RS) vs. Selbsteinschätzung der Frauen (RS)
Tabelle 6:	Vergleich der Partnereinschätzung der Frauen (RO) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO)
Tabelle 7:	Vergleich der Selbsteinschätzung der Frauen (RS) vs. Partnereinschätzung der Männer (RO)
Tabelle 8:	Ergebnisse zur Selbsteinschätzung der Männer (RS) vs. Partnereinschätzung der Frauen (RO)
Tabelle 9:	Korrelation der aktuellen Lebensqualität mit der Symptombelastung (SCL-90-R)
Tabelle 10:	Korrelation der aktuellen Lebensqualität mit der subjektiven Gesundheit (SF-36)
Tabelle 11:	Korrelation der Studienzufriedenheit mit den unerwarteten Belastungen im Studium
Tabelle 12:	Korrelation der Studienzufriedenheit mit dem Umgang mit den Belastungen im Studium
Tabelle 13:	Korrelation der Studienzufriedenheit mit der subjektiven Gesundheit (SF-36)
Tabelle 14:	Korrelation der Beziehungsmuster (BeMus) mit der Lebensqualität, der Studienzufriedenheit und der Partnerschaftszufriedenheit (n=157)

## 11.1 Statistische Berechnungen

### Beeinträchtigungen des Privatlebens

Männer vs. Frauen

keine Zeit für Interessen

			keine Zeit für Interessen					Total
			1	2	3	4	5	
Geschlecht	männlich	Count	21	13	15	8	2	59
		% within Geschlecht	35,6%	22,0%	25,4%	13,6%	3,4%	100,0%
		% within durchStud-keineZeit	55,3%	41,9%	36,6%	22,9%	20,0%	38,1%
		Std. Residual	1,7	,3	-,2	-,15	-,9	
	weiblich	Count	17	18	26	27	8	96
		% within Geschlecht	17,7%	18,8%	27,1%	28,1%	8,3%	100,0%
		% within durchStud-keineZeit	44,7%	58,1%	63,4%	77,1%	80,0%	61,9%
		Std. Residual	-,13	-,3	,1	1,1	,7	
Total		Count	38	31	41	35	10	155
		% within Geschlecht	24,5%	20,0%	26,5%	22,6%	6,5%	100,0%
		% within durchStud-keineZeit	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,820 <sup>a</sup>	4	,044	,043	,038	,048			
Likelihood Ratio	10,048	4	,040	,047	,041	,052			
Fisher's Exact Test	9,583			,047	,041	,052			
Linear-by-Linear Association	9,435 <sup>c</sup>	1	,002	,002	,001	,003	,001	,000	,002
N of Valid Cases	155								

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,81.

c. The standardized statistic is 3,072.

### Beeinträchtigungen des Privatlebens

Männer vs. Frauen

keine Zeit für den Partner

			keine Zeit für den Partner					Total
			1	2	3	4	5	
Geschlecht	männlich	Count	4	8	7	7	3	29
		% within Geschlecht	13,8%	27,6%	24,1%	24,1%	10,3%	100,0%
		% within durchStud-kZeitPart	40,0%	42,1%	41,2%	38,9%	27,3%	38,7%
		Std. Residual	,1	,2	,2	,0	-,6	
	weiblich	Count	6	11	10	11	8	46
		% within Geschlecht	13,0%	23,9%	21,7%	23,9%	17,4%	100,0%
		% within durchStud-kZeitPart	60,0%	57,9%	58,8%	61,1%	72,7%	61,3%
		Std. Residual	-,1	-,2	-,1	,0	,5	
Total		Count	10	19	17	18	11	75
		% within Geschlecht	13,3%	25,3%	22,7%	24,0%	14,7%	100,0%
		% within durchStud-kZeitPart	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,750 <sup>a</sup>	4	,945	,949 <sup>b</sup>	,943	,954			
Likelihood Ratio	,778	4	,941	,946 <sup>b</sup>	,940	,952			
Fisher's Exact Test	,856			,952 <sup>b</sup>	,947	,958			
Linear-by-Linear Association	,394 <sup>c</sup>	1	,530	,580 <sup>b</sup>	,567	,592	,296 <sup>b</sup>	,284	,307
N of Valid Cases	75								

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,87.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is ,628.

**Beeinträchtigungen des Privatlebens  
Männer vs. Frauen  
‘nicht abschalten können’**

			nicht abschalten können					Total
			1	2	3	4	5	
Geschlecht	männlich	Count	17	14	12	12	3	58
		% within Geschlecht	29,3%	24,1%	20,7%	20,7%	5,2%	100,0%
		% within durchStud-noAblenk	51,5%	34,1%	37,5%	30,8%	33,3%	37,7%
		Std. Residual	1,3	-,4	,0	-,7	-,2	
	weiblich	Count	16	27	20	27	6	96
		% within Geschlecht	16,7%	28,1%	20,8%	28,1%	6,3%	100,0%
		% within durchStud-noAblenk	48,5%	65,9%	62,5%	69,2%	66,7%	62,3%
		Std. Residual	-1,0	,3	,0	,5	,2	
Total		Count	33	41	32	39	9	154
		% within Geschlecht	21,4%	26,6%	20,8%	25,3%	5,8%	100,0%
		% within durchStud-noAblenk	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,775 <sup>a</sup>	4	,437	,451 <sup>b</sup>	,438	,464			
Likelihood Ratio	3,711	4	,446	,473 <sup>b</sup>	,460	,486			
Fisher's Exact Test	3,699			,457 <sup>b</sup>	,444	,470			
Linear-by-Linear Association	2,278 <sup>c</sup>	1	,131	,141 <sup>b</sup>	,132	,149	,075 <sup>b</sup>	,069	
N of Valid Cases	154							,082	

- a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.
- b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.
- c. The standardized statistic is 1,509.

**Beeinträchtigungen des Privatlebens  
Männer vs. Frauen  
‘Probleme mit nach Hause nehmen’**

			Probleme mit nach Hause nehmen					Total
			1	2	3	4	5	
Geschlecht	männlich	Count	12	14	15	11	7	59
		% within Geschlecht	20,3%	23,7%	25,4%	18,6%	11,9%	100,0%
		% within durchStud-mitnachHause	54,5%	34,1%	35,7%	37,9%	33,3%	38,1%
		Std. Residual	1,3	-,4	-,2	,0	-,4	
	weiblich	Count	10	27	27	18	14	96
		% within Geschlecht	10,4%	28,1%	28,1%	18,8%	14,6%	100,0%
		% within durchStud-mitnachHause	45,5%	65,9%	64,3%	62,1%	66,7%	61,9%
		Std. Residual	-1,0	,3	,2	,0	,3	
Total		Count	22	41	42	29	21	155
		% within Geschlecht	14,2%	26,5%	27,1%	18,7%	13,5%	100,0%
		% within durchStud-mitnachHause	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,100 <sup>a</sup>	4	,541	,551 <sup>b</sup>	,538	,563			
Likelihood Ratio	3,020	4	,555	,569 <sup>b</sup>	,556	,582			
Fisher's Exact Test	3,029			,559 <sup>b</sup>	,547	,572			
Linear-by-Linear Association	1,030 <sup>c</sup>	1	,310	,331 <sup>b</sup>	,319	,343	,169 <sup>b</sup>	,159	
N of Valid Cases	155							,178	

- a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,99.
- b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.
- c. The standardized statistic is 1,015.

## 2.

### Umgang mit den Belastungen des Studiums Männer vs. Frauen 'sozial zugewandte Bewältigungsstrategien'

Ranks

	Geschlecht	N	Mean Rank	Sum of Ranks
umg_pos	männlich	59	58,05	3425,00
	weiblich	96	90,26	8665,00
	Total	155		

Test Statistics<sup>b</sup>

				umg_pos
Mann-Whitney U				1655,000
Wilcoxon W				3425,000
Z				-4,399
Asymp. Sig. (2-tailed)				,000
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	,000 <sup>a</sup>
			Upper Bound	,000
				,000
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	,000 <sup>a</sup>
			Upper Bound	,000
				,000

a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 743671174.

b. Grouping Variable: Geschlecht

### Umgang mit den Belastungen des Studiums Untere vs. obere Semester 'sozial zugewandte Bewältigungsstrategien'

Ranks

	semeste3	N	Mean Rank	Sum of Ranks
umg_pos	unter_sem	97	83,29	8079,00
	ober_sem	58	69,16	4011,00
	Total	155		

Test Statistics<sup>b</sup>

				umg_pos
Mann-Whitney U				2300,000
Wilcoxon W				4011,000
Z				-1,924
Asymp. Sig. (2-tailed)				,054
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	,052
			Upper Bound	,064
				,064
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	,028 <sup>a</sup>
			Upper Bound	,024
				,033

a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

b. Grouping Variable: semeste3

**Umgang mit den Belastungen des Studiums  
Singles vs. Probanden mit Partner  
'sozial zugewandte Bewältigungsstrategien'**

**Ranks**

	partner	N	Mean Rank	Sum of Ranks
umg_pos	Single	81	76,14	6167,00
	Partner	74	80,04	5923,00
Total		155		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

				umg_pos
Mann-Whitney U				2846,000
Wilcoxon W				6167,000
Z				-,549
Asymp. Sig. (2-tailed)				,583
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	,574
			Upper Bound	,599
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	,261
			Upper Bound	,304

a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 112562564.

b. Grouping Variable: partner

**3.**

**Reaktion auf Belastungen des Studiums  
Männer vs. Frauen**

**Group Statistics**

	Geschlecht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beeinf_PrivatI	männlich	59	2,5452	,88291	,11495
	weiblich	96	2,8976	,93193	,09511

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Beeinf_PrivatI	Equal variances assumed	,043	,835	-2,331	153	,021	-,35237	,15114	-,65097	-,05378
	Equal variances not assumed			-2,362	127,986	,020	-,35237	,14920	-,64758	-,05716

**Reaktion auf Belastungen des Studiums  
Untere vs. obere Semester**

**Group Statistics**

	semeste3	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beeinf_PrivatI	unter_sem	97	2,8419	,98392	,09990
	ober_sem	58	2,6322	,81351	,10682

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Beeinf_PrivatI	Equal variances assumed	2,940	,088	1,367	153	,174	,20974	,15339	-,09329	,51277
	Equal variances not assumed			1,434	137,749	,154	,20974	,14626	-,07946	,49894

## Reaktion auf Belastungen des Studiums Singles vs. Probanden mit Partner

Group Statistics

	partner	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beeinf_Privat	Single	81	2,5998	,92293	,10255
	Partner	74	2,9426	,90333	,10501

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Beeinf_Privat	Equal variances assumed	,125	,724	-2,333	153	,021	-,34277	,14692	-,63303	-,05252	
	Equal variances not assumed			-2,335	152,264	,021	-,34277	,14678	-,63275	-,05279	

## 4.

## SCL-90-R Untere vs. obere Semester

Gruppenstatistiken

	semeste3	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Somatisierung	unter_sem	97	,4089	,41284	,04192
	ober_sem	58	,3379	,36074	,04737
Zwanghaftigkeit	unter_sem	97	,7427	,57235	,05811
	ober_sem	58	,7810	,55487	,07286
Unsicher sozKont	unter_sem	97	,5888	,57314	,05819
	ober_sem	58	,7146	,60038	,07883
Depressivität	unter_sem	97	,6392	,49546	,05031
	ober_sem	58	,6260	,59435	,07804
Ängstlichkeit	unter_sem	97	,3969	,37262	,03783
	ober_sem	58	,3655	,36685	,04817
Aggressivität	unter_sem	97	,4948	,55091	,05594
	ober_sem	58	,5178	,67415	,08852
Phob Angst	unter_sem	97	,1340	,22570	,02292
	ober_sem	58	,1823	,30251	,03972
Paranoid Denken	unter_sem	97	,4966	,50859	,05164
	ober_sem	58	,6609	,68822	,09037
Psychotizismus	unter_sem	97	,2898	,40293	,04091
	ober_sem	58	,3379	,47122	,06187
solgsi	unter_sem	97	,4858	,36266	,03682
	ober_sem	58	,5006	,41270	,05419

## SCL 90-R Untere vs. obere Semester

		Levene-Test der Varianzgleichheit	
		F	Signifikanz
Somatisierung	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,138	,711
Zwanghaftigkeit	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,003	,959
Unsicher sozKont	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,821	,366
Depressivität	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,570	,212
Angstlichkeit	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,006	,938
Aggressivität	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,445	,506
Phob Angst	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	6,134	,014
Paranoid Denken	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	6,476	,012
Psychotizismus	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,560	,456
sclgsi	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,625	,204

## SCL 90-R Untere vs. obere Semester

		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
							Untere	Obere
Somatisierung	Varianzen sind gleich	1,085	153	,279	,07103	,06544	-,05825	,20031
	Varianzen sind nicht gleich	1,123	132,857	,263	,07103	,06325	-,05408	,19614
Zwanghaftigkeit	Varianzen sind gleich	-,408	153	,684	-,03831	,09393	-,22388	,14726
	Varianzen sind nicht gleich	-,411	123,031	,682	-,03831	,09320	-,22278	,14617
Unsicher sozKont	Varianzen sind gleich	-1,299	153	,196	-,12579	,09684	-,31710	,06553
	Varianzen sind nicht gleich	-1,284	115,655	,202	-,12579	,09799	-,31986	,06829
Depressivität	Varianzen sind gleich	,149	153	,882	,01318	,08871	-,16207	,18843
	Varianzen sind nicht gleich	,142	103,591	,887	,01318	,09285	-,17096	,19732
Angstlichkeit	Varianzen sind gleich	,510	153	,610	,03139	,06149	-,09010	,15288
	Varianzen sind nicht gleich	,512	121,552	,609	,03139	,06125	-,08987	,15265
Aggressivität	Varianzen sind gleich	-,231	153	,818	-,02297	,09956	-,21965	,17371
	Varianzen sind nicht gleich	-,219	101,958	,827	-,02297	,10471	-,23067	,18473
Phob Angst	Varianzen sind gleich	-1,131	153	,260	-,04825	,04266	-,13252	,03603
	Varianzen sind nicht gleich	-1,052	95,011	,295	-,04825	,04586	-,13928	,04279
Paranoid Denken	Varianzen sind gleich	-1,701	153	,091	-,16436	,09661	-,35521	,02650
	Varianzen sind nicht gleich	-1,579	94,332	,118	-,16436	,10408	-,37100	,04229
Psychotizismus	Varianzen sind gleich	-,675	153	,501	-,04813	,07131	-,18901	,09276
	Varianzen sind nicht gleich	-,649	105,735	,518	-,04813	,07418	-,19519	,09894
sclgsi	Varianzen sind gleich	-,234	153	,816	-,01482	,06342	-,14010	,11047
	Varianzen sind nicht gleich	-,226	108,106	,822	-,01482	,06552	-,14468	,11505

## 5.

**SF - 36****Untere vs. obere Semester**

		N	Mittelwert	Standard abweichung	Signifikanz
SF-36 Koerperliche Funktionsfähigkeit	unter_sem	97	96,91	6,01	,246
	ober_sem	58	97,93	3,75	
SF-36 Koerperliche Rollenfunktion	unter_sem	97	85,05	28,10	n.s.
	ober_sem	58	84,05	28,37	
SF-36 Koerperliche Schmerzen	unter_sem	97	85,54	19,09	n.s.
	ober_sem	58	84,66	20,35	
SF-36 Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	unter_sem	97	74,63	16,41	n.s.
	ober_sem	58	73,17	16,86	
SF-36 Vitalitaet	unter_sem	97	51,65	15,27	n.s.
	ober_sem	58	52,84	17,75	
SF-36 Soziale Funktionsfähigkeit	unter_sem	97	80,41	19,59	n.s.
	ober_sem	58	80,82	19,34	
SF-36 Emotionale Rollenfunktion	unter_sem	97	69,07	37,03	,361
	ober_sem	58	74,71	37,10	
SF-36 Psychisches Wohlbefinden	unter_sem	97	64,16	15,19	n.s.
	ober_sem	58	65,14	16,70	

**SF - 36****Singles vs. Probanden mit Partner**

		N	Mittelwert	Standard abweichung	Signifikanz
SF-36 Koerperliche Funktionsfähigkeit	Single	81	97,16	5,64	n.s.
	Partner	75	97,47	4,89	
SF-36 Koerperliche Rollenfunktion	Single	81	82,72	31,03	,340
	Partner	75	87,00	24,44	
SF-36 Koerperliche Schmerzen	Single	81	83,62	21,14	,263
	Partner	75	87,12	17,48	
SF-36 Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Single	81	73,04	17,42	,452
	Partner	75	74,99	15,60	
SF-36 Vitalitaet	Single	81	55,74	15,83	,005
	Partner	75	48,40	15,84	
SF-36 Soziale Funktionsfähigkeit	Single	81	80,71	19,47	n.s.
	Partner	75	80,67	19,53	
SF-36 Emotionale Rollenfunktion	Single	81	69,14	36,43	n.s.
	Partner	75	73,78	37,69	
SF-36 Psychisches Wohlbefinden	Single	81	66,27	14,93	,152
	Partner	75	62,69	16,34	

## 6.

## IIP

## T-Test: Männer vs. Frauen

Gruppenstatistiken

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Autokratisch/ dominant	männlich	59	,7627	,56510	,07357
	weiblich	97	,7139	,49639	,05040
Streitsüchtig/konkurrierend	männlich	59	,8644	,48373	,06298
	weiblich	97	,7874	,44384	,04507
Abweisend/kalt	männlich	59	,7415	,47506	,06185
	weiblich	97	,6933	,51191	,05198
Introvertiert/sozial vermeidend	männlich	59	,8750	,56429	,07346
	weiblich	97	,9137	,67154	,06818
Selbstunsicher/unterwürfig	männlich	59	1,0275	,58908	,07669
	weiblich	97	1,1392	,61711	,06266
Ausnutzbar/nachgiebig	männlich	59	1,2818	,62310	,08112
	weiblich	97	1,3505	,61915	,06287
Fürsorglich/freundlich	männlich	59	1,3453	,56445	,07349
	weiblich	97	1,4381	,61347	,06229
Expressiv/aufdringlich	männlich	59	1,1144	,60408	,07865
	weiblich	97	1,2242	,62264	,06322
IIP-ges	männlich	59	1,0016	,37637	,04900
	weiblich	97	1,0325	,40097	,04071

IIP Männer vs. Frauen

		Levene-Test der Varianzgleichheit	
		F	Signifikanz
Autokratisch/ dominant	Varianzen sind gleich	,149	,700
	Varianzen sind nicht gleich		
Streitsüchtig/konkurrierend	Varianzen sind gleich	,461	,498
	Varianzen sind nicht gleich		
Abweisend/kalt	Varianzen sind gleich	,038	,845
	Varianzen sind nicht gleich		
Introvertiert/sozial vermeidend	Varianzen sind gleich	1,369	,244
	Varianzen sind nicht gleich		
Selbstunsicher/unterwürfig	Varianzen sind gleich	,162	,688
	Varianzen sind nicht gleich		
Ausnutzbar/nachgiebig	Varianzen sind gleich	,669	,415
	Varianzen sind nicht gleich		
Fürsorglich/freundlich	Varianzen sind gleich	1,032	,311
	Varianzen sind nicht gleich		
Expressiv/aufdringlich	Varianzen sind gleich	,072	,789
	Varianzen sind nicht gleich		
IIP-ges	Varianzen sind gleich	,511	,476
	Varianzen sind nicht gleich		

## IIP Männer vs. Frauen

		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
							Untere	Obere
Autokratisch/ dominant	Varianzen sind gleich	,565	154	,573	,04879	,08640	-,12189	,21948
	Varianzen sind nicht gleich	,547	110,511	,585	,04879	,08918	-,12793	,22552
Streitsüchtig/konkurrierend	Varianzen sind gleich	1,016	154	,311	,07704	,07583	-,07276	,22883
	Varianzen sind nicht gleich	,995	114,474	,322	,07704	,07744	-,07636	,23044
Abweisend/kalt	Varianzen sind gleich	,586	154	,559	,04823	,08228	-,11431	,21077
	Varianzen sind nicht gleich	,597	129,755	,552	,04823	,08079	-,11161	,20806
Introvertiert/sozial vermeidend	Varianzen sind gleich	-,370	154	,712	-,03866	,10456	-,24521	,16789
	Varianzen sind nicht gleich	-,386	138,756	,700	-,03866	,10023	-,23684	,15952
Selbstunsicher/unterwürfig	Varianzen sind gleich	-1,114	154	,267	-,11163	,10017	-,30951	,08625
	Varianzen sind nicht gleich	-1,127	127,066	,262	-,11163	,09903	-,30760	,08434
Ausnutzbar/nachgiebig	Varianzen sind gleich	-,671	154	,503	-,06874	,10247	-,27116	,13369
	Varianzen sind nicht gleich	-,670	122,000	,504	-,06874	,10263	-,27190	,13443
Fürsorglich/freundlich	Varianzen sind gleich	-,944	154	,347	-,09281	,09831	-,28703	,10141
	Varianzen sind nicht gleich	-,963	130,563	,337	-,09281	,09633	-,28338	,09777
Expressiv/aufdringlich	Varianzen sind gleich	-1,080	154	,282	-,10982	,10166	-,31064	,09100
	Varianzen sind nicht gleich	-1,088	125,512	,279	-,10982	,10090	-,30951	,08987
iipges	Varianzen sind gleich	-,478	154	,633	-,03095	,06470	-,15877	,09687
	Varianzen sind nicht gleich	-,486	128,672	,628	-,03095	,06371	-,15700	,09510

## IIP

## T-Test: Untere vs. obere Semester

## Gruppenstatistiken

semeste3		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Autokratisch/ dominant	unter_sem	97	,6173	,45630	,04623
	ober_sem	58	,8987	,54885	,07207
Streitsüchtig/konkurrierend	unter_sem	97	,7784	,42217	,04286
	ober_sem	58	,8750	,51565	,06771
Abweisend/kalt	unter_sem	97	,6585	,46158	,04687
	ober_sem	58	,7996	,54859	,07203
Introvertiert/sozial vermeidend	unter_sem	97	,8660	,57657	,05854
	ober_sem	58	,9483	,71980	,09451
Selbstunsicher/unterwürfig	unter_sem	97	1,1031	,57735	,05862
	ober_sem	58	1,0884	,66392	,08718
Ausnutzbar/nachgiebig	unter_sem	97	1,3518	,62143	,06310
	ober_sem	58	1,2909	,61834	,08119
Fürsorglich/freundlich	unter_sem	97	1,3853	,53023	,05384
	ober_sem	58	1,4353	,69862	,09173
Expressiv/aufdringlich	unter_sem	97	1,1147	,53633	,05446
	ober_sem	58	1,2931	,72568	,09529
iipges	unter_sem	97	,9844	,34334	,03486
	ober_sem	58	1,0787	,45908	,06028

## IIP Untere vs. obere Semester

		Levene-Test der Varianzgleichheit	
		F	Signifikanz
Autokratisch/ dominant	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	2,787	,097
Streitsüchtig/konkurrierend	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	2,298	,132
Abweisend/kalt	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	4,728	,031
Introvertiert/sozial vermeidend	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	3,639	,058
Selbstunsicher/unterwürfig	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,867	,174
Ausnutzbar/nachgiebig	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,149	,700
Fürsorglich/freundlich	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	4,854	,029
Expressiv/aufdringlich	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	7,711	,006
iipges	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	5,875	,017

## IIP Untere vs. obere Semester

		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
							Untere	Obere
Autokratisch/ dominant	Varianzen sind gleich	-3,445	153	,001	-,28144	,08170	-,44285	-,12003
	Varianzen sind nicht gleich	-3,287	103,185	,001	-,28144	,08562	-,45124	-,11163
Streitsüchtig/konkurrierend	Varianzen sind gleich	-1,268	153	,207	-,09665	,07622	-,24724	,05394
	Varianzen sind nicht gleich	-1,206	102,107	,231	-,09665	,08014	-,25560	,06230
Abweisend/kalt	Varianzen sind gleich	-1,714	153	,089	-,14106	,08229	-,30364	,02151
	Varianzen sind nicht gleich	-1,641	104,367	,104	-,14106	,08594	-,31148	,02935
Introvertiert/sozial vermeidend	Varianzen sind gleich	-,782	153	,435	-,08230	,10519	-,29011	,12551
	Varianzen sind nicht gleich	-,740	100,356	,461	-,08230	,11118	-,30286	,13826
Selbstunsicher/unterwürfig	Varianzen sind gleich	,145	153	,885	,01473	,10142	-,18564	,21510
	Varianzen sind nicht gleich	,140	107,189	,889	,01473	,10505	-,19352	,22298
Ausnutzbar/nachgiebig	Varianzen sind gleich	,591	153	,555	,06086	,10296	-,14254	,26426
	Varianzen sind nicht gleich	,592	120,535	,555	,06086	,10283	-,14272	,26444
Fürsorglich/freundlich	Varianzen sind gleich	-,504	153	,615	-,05004	,09935	-,24630	,14623
	Varianzen sind nicht gleich	-,470	96,247	,639	-,05004	,10636	-,26116	,16109
Expressiv/aufdringlich	Varianzen sind gleich	-1,751	153	,082	-,17841	,10187	-,37967	,02284
	Varianzen sind nicht gleich	-1,626	94,339	,107	-,17841	,10975	-,39631	,03949
iipges	Varianzen sind gleich	-1,455	153	,148	-,09429	,06481	-,22234	,03376
	Varianzen sind nicht gleich	-1,354	95,180	,179	-,09429	,06963	-,23253	,04395

## IIP

## T-Test: Single vs. Probanden mit Partner

## Gruppenstatistiken

	partner	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Autokratisch/ dominant	Single	81	,6759	,56684	,06187
	Partner	75	,7933	,47820	,05522
Streitsüchtig/konkurrierend	Single	81	,7562	,45281	,05031
	Partner	75	,8817	,46038	,05316
Abweisend/kalt	Single	81	,6944	,53070	,05897
	Partner	75	,7300	,46136	,05327
Introvertiert/sozial vermeidend	Single	81	,8549	,61379	,06820
	Partner	75	,9467	,65087	,07516
Selbstunsicher/unterwürfig	Single	81	1,0309	,64303	,07145
	Partner	75	1,1683	,56146	,06483
Ausnutzbar/nachgiebig	Single	81	1,3843	,68144	,07572
	Partner	75	1,2600	,54205	,06259
Fürsorglich/freundlich	Single	81	1,4151	,59155	,06573
	Partner	75	1,3900	,60298	,06963
Expressiv/aufdringlich	Single	81	1,1636	,60778	,06753
	Partner	75	1,2033	,62829	,07255
iipges	Single	81	,9969	,39780	,04420
	Partner	75	1,0467	,38431	,04438

## IIP Singles vs. Probanden mit Partner

		Levene-Test der Varianzgleichheit	
		F	Signifikanz
Autokratisch/ dominant	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,184	,278
Streitsüchtig/konkurrierend	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,631	,428
Abweisend/kalt	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,610	,436
Introvertiert/sozial vermeidend	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,025	,875
Selbstunsicher/unterwürfig	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,829	,178
Ausnutzbar/nachgiebig	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	3,716	,056
Fürsorglich/freundlich	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,062	,804
Expressiv/aufdringlich	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,000	,993
iipges	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,092	,762

## IIP Singles vs. Probanden mit Partner

		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
							Untere	Obere
Autokratisch/dominant	Varianzen sind gleich	-1,408	154	,161	-,11741	,08341	-,28219	,04738
	Varianzen sind nicht gleich	-1,416	153,153	,159	-,11741	,08293	-,28124	,04642
Streitsüchtig/konkurrierend	Varianzen sind gleich	-1,716	154	,088	-,12549	,07315	-,26999	,01901
	Varianzen sind nicht gleich	-1,715	152,650	,088	-,12549	,07319	-,27010	,01911
Abweisend/kalt	Varianzen sind gleich	-,445	154	,657	-,03556	,07990	-,19339	,12228
	Varianzen sind nicht gleich	-,447	153,405	,655	-,03556	,07947	-,19255	,12144
Introvertiert/sozial vermeidend	Varianzen sind gleich	-,906	154	,366	-,09173	,10126	-,29176	,10830
	Varianzen sind nicht gleich	-,904	151,207	,368	-,09173	,10149	-,29224	,10879
Selbstunsicher/unterwürfig	Varianzen sind gleich	-1,417	154	,158	-,13747	,09698	-,32906	,05412
	Varianzen sind nicht gleich	-1,425	153,485	,156	-,13747	,09648	-,32807	,05313
Ausnutzbar/nachgiebig	Varianzen sind gleich	1,254	154	,212	,12426	,09910	-,07150	,32002
	Varianzen sind nicht gleich	1,265	150,644	,208	,12426	,09824	-,06984	,31836
Fürsorglich/freundlich	Varianzen sind gleich	,263	154	,793	,02512	,09568	-,16389	,21413
	Varianzen sind nicht gleich	,262	152,577	,793	,02512	,09575	-,16404	,21429
Expressiv/aufdringlich	Varianzen sind gleich	-,402	154	,689	-,03975	,09899	-,23530	,15580
	Varianzen sind nicht gleich	-,401	152,139	,689	-,03975	,09911	-,23557	,15607
iipges	Varianzen sind gleich	-,793	154	,429	-,04975	,06272	-,17365	,07414
	Varianzen sind nicht gleich	-,794	153,716	,428	-,04975	,06263	-,17349	,07398

## 11.2 Untersuchungsbogen

Es existieren vier verschiedene Versionen des Untersuchungsbogens. Jeweils zwei Testbögen (einen für die Männer und einen für die Frauen) für die Untersuchung der Singles und wiederum zwei für die Untersuchung der Probanden mit Partner. Die Unterschiede der Testbögen beschränken sich lediglich auf den BeMus Untersuchungsbogen. Bei den Probanden mit Partner wurde der gegengeschlechtliche Partner bzw. die Partnerin als Bezugsperson angegeben. Bei der Single Version entsprechend bei Männern die beste Freundin und bei Frauen der beste Freund. Probanden die selbst keine Medizinstudenten waren wurden angewiesen nur den Be-Mus (V1) Testbogen zu bearbeiten.

Die Reihenfolge der Testbögen verhält sich wie folgt:

- V1: BeMus
- V2: Fragebogen zu den Einstellungen und Belastungen von Medizinstudenten
- V3: SF-36
- V4: IIP-D
- V5: SCL-90-R

Der im Anschluss folgende als Beispiel ausgewählte Untersuchungsbogen entspricht der Version für Frauen mit Partner.

# ● Angaben zur Person

Für die statistische Auswertung benötigen wir einige personenbezogene Angaben. Ihre Antworten bleiben anonym und werden, wie die gesamte Umfrage, streng vertraulich behandelt.

Alle gemachten Angaben, dienen rein statistischen Zwecken.

● Geschlecht:

- weiblich     männlich

● Geburtsjahr:

- 19 \_\_\_\_\_ ● Alter \_\_\_\_\_

● Fachsemester:

- \_\_\_\_\_ ● derzeit \_\_\_\_\_

● Lebenssituation:

- Single  
 feste/r Freund/in  
 verheiratet  
 Kinder

mein/e Partner/in ist:

- Student/in  
Fachbereich \_\_\_\_\_  
 berufstätig als \_\_\_\_\_  
 Berufsabschluss  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

● Wohnsituation:

- alleinlebend  
 mit Partner/in  
 in WG lebend  
 bei den Eltern (Familie)

Im folgenden geht es um Sie, um ihr Verhalten, Ihre Reaktionen

## und Aktionen im Bezug auf Ihren Partner.

1. Welche Verhaltensweisen treffen auf Sie, in Beziehung zu Ihrem Partner zu? <i>Ich tue folgendes...</i>	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich handle unabhängig von ihm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gewähre ihm Freiraum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich akzeptiere ihn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gehe liebevoll mit ihm um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich genieße seine Nähe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich verlasse mich auf ihn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gebe nach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich bin abhängig von ihm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich kontrolliere ihn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich schränke ihn ein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife ihn an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ärgere mich über ihn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich übersehe ihn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich vergesse ihn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Wie beginnt in der Regel das Gespräch?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
<i>Ich beginne in der Regel, dabei..</i>					
gehe ich liebevoll mit ihm um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
greife ich ihn an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
setze ich mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ordne ich mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Wie ergeht es Ihnen selbst nach einer Begegnung mit Ihrem Partner?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
<i>Nach einer Begegnung erlebe ich mich...</i>					
ich handle eigenständig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich frei und unabhängig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich verfolge spontan eigene Ideen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich kann mich frei entfalten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<i>Ich tue folgendes...</i>	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich gehe liebevoll mit mir selber um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich froh und zufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich Sorge mich um meine Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich umsorgt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich handle nach inneren oder äußeren Notwendigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich abhängig und ausgeliefert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich schränke mich ein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich bewertet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ich ärgere mich über mich selbst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich mag mich selbst nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich vergesse meine Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich vernachlässigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Wie reagieren Sie auf Ihren Partner, wenn er liebevoll mit Ihnen umgeht?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich gehe auch liebevoll mit ihm um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife ihn an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn er Sie angreift?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich gehe liebevoll mit ihm um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife ihn ebenfalls an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn er sich durchsetzt?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich gehe liebevoll mit ihm um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife ihn an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich ebenso durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn er sich unterordnet?					
ich gehe liebevoll mit ihm um	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
ich greife ihn an	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
ich ordne mich ebenfalls unter	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Nun, im folgenden Teil geht es um die von Ihnen beobachteten Reaktionen und Verhaltensweisen *Ihres Partners*.

5. Welche Verhaltensweisen treffen auf Ihren Partner im Bezug auf Sie zu? Der Partner tut folgendes..	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
er setzt sich durch	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er handelt unabhängig von mir	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er gewährt mir Freiraum	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er akzeptiert mich	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er genießt meine Nähe	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er verlässt sich auf mich	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er gibt nach	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er ordnet sich unter	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er ist abhängig von mir	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er kontrolliert mich	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er schränkt mich ein	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
er greift mich an	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

er ärgert sich über mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er übersieht mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er vergisst mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Wie beginnt in der Regel das Gespräch?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
<i>Er beginnt in der Regel, wobei er....</i>					
liebevoll mit mir umgeht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
mich angreift	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sich durchsetzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sich unterordnet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Wie reagiert Ihr Partner auf Sie, wenn Sie liebevoll mit ihm umgehen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
er geht auch liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er greift mich an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er setzt sich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er ordnet sich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn Sie ihn angreifen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
er geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er greift mich ebenso an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er setzt sich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er ordnet sich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn Sie sich durchsetzen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
er geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er greift mich an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er setzt sich auch durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er ordnet sich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn Sie sich unterordnen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
er geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er greift mich an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er setzt sich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
er ordnet sich ebenfalls unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer besten Freundin

Die Frageninhalte entsprechen den Ihnen bereits bekannten.

Beschreiben Sie dabei bitte Ihr Verhalten und Ihre Reaktionen in dieser Beziehung.

8. Welche Verhaltensweisen treffen auf Sie in Bezug zu Ihrer Freundin zu? <i>Ich tue folgendes...</i>	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich handle unabhängig von ihr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gewähre ihr Freiraum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich akzeptiere sie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gehe liebevoll mit ihr um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ich genieße ihre Nähe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich verlasse mich auf sie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gebe nach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich bin abhängig von ihr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich kontrolliere sie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich schränke sie ein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<i>Ich tue folgendes...</i>	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich greife sie an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ärgere mich über sie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich übersehe sie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich vergesse sie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Wie beginnt in der Regel das Gespräch ?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
<i>Ich beginne in der Regel, dabei..</i>					
gehe ich liebevoll mit ihr um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
greife ich sie an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
setze ich mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ordne ich mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Wie ergeht es Ihnen selbst nach einer Begegnung mit Ihrer Freundin? Nach einer Begegnung erlebe <i>ich mich</i> ...	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
ich handle eigenständig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich frei und unabhängig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich verfolge spontan eigene Ideen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich kann mich frei entfalten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich gehe liebevoll mit mir selber um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich froh und zufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich Sorge mich um meine Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich umsorgt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich handle nach inneren oder äußeren Notwendigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich abhängig und ausgeliefert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich schränke mich ein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich bewertet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ärgere mich über mich selbst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich mag mich selbst nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich vergesse meine Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich fühle mich vernachlässigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Wie reagieren Sie auf Ihre Freundin...	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
<b>wenn Sie liebevoll mit Ihnen umgeht?</b>					
ich gehe auch liebevoll mit ihr um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife sie an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>wenn sie Sie angreift?</b>					
ich gehe liebevoll mit ihr um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife sie ebenfalls an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>wenn sie sich durchsetzt?</b>					
ich gehe liebevoll mit ihr um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife sie an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich ebenso durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>wenn sie sich unterordnet?</b>					
ich gehe liebevoll mit ihr um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich greife sie an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich setze mich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ich ordne mich ebenfalls unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Im folgenden letzten Teil, beschreiben Sie bitte das Verhalten und die Reaktionen Ihrer besten Freundin im Bezug auf Sie.

12. Welche Verhaltensweisen treffen auf auf Ihre Freundin im Bezug auf Sie zu? <i>Die Freundin tut folgendes..</i>	nicht	kaum	gelegent- lich	öfters	sehr oft
sie setzt sich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie handelt unabhängig von mir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie gewährt mir Freiraum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie akzeptiert mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie genießt meine Nähe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie verlässt sich auf mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie gibt nach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<i>Die Freundin tut folgendes..</i>	nicht	kaum	gelegent- lich	öfters	sehr oft
sie ordnet sich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie ist abhängig von mir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie kontrolliert mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie schränkt mich ein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie greift mich an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie ärgert sich sehr über mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie übersieht mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

sie vergisst mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
-------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

13. Wie beginnt in der Regel das Gespräch? <i>Sie</i> beginnt in der Regel, wobei sie....	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
liebevoll mit mir umgeht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
mich angreift	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sich durchsetzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sich unterordnet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

14. Wie reagiert Ihre Freundin auf Sie, wenn <i>Sie</i> liebevoll mit ihr umgehen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
sie geht auch liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie greift mich an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie setzt sich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie ordnet sich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn <i>Sie</i> sie angreifen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
sie geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie greift mich ebenso an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie setzt sich durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie ordnet sich unter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

wenn <i>Sie</i> sich durchsetzen?	nicht	kaum	gelegentlich	öfters	sehr oft
sie geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
sie greift mich an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

sie setzt sich auch durch	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
sie ordnet sich unter	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
<b>wenn Sie sich unterordnen?</b>					
sie geht liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
sie greift mich an	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
sie setzt sich durch	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
sie ordnet sich ebenfalls unter	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

● **Stop**

Sind Sie kein Mediziner dann endet der Test für Sie hier.

Sollten Sie Mediziner sein, dann bitte den Test bis zum Ende fortsetzen...

<b>1. Haben Sie vor Studienbeginn schon einmal im medizinischen oder einem anderen Bereich gearbeitet?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, im medizinischen Bereich
<input type="checkbox"/> Ja, nicht im medizinischen Bereich
<input type="checkbox"/> Nein

<b>2. Wer hat Sie bei der Entscheidung beeinflusst? (Mehrfachnennungen möglich)</b>
<input type="checkbox"/> Eltern/Familienangehörige
<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht beeinflusst worden

<b>3. Haben Sie sich vor dem Studium über den Arztberuf informiert? (Mehrfachnennungen möglich)</b>
<input type="checkbox"/> Ja, bei der Berufsberatung/Studienberatung
<input type="checkbox"/> Ja, bei einem Arzt/Ärztin
<input type="checkbox"/> Ja, durch eine Berufsausbildung im med. Bereich
<input type="checkbox"/> andere Informationsquelle
<input type="checkbox"/> Nein

<b>4. Wie zufrieden sind Sie in Ihrem Studium?</b>	1	2	3	4
<small>1- völlig unzufrieden bis 5- völlig zufrieden</small>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Wie empfinden Sie Ihre durchschnittliche Arbeitsbelastung?</b>	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	keine
	<input type="checkbox"/>				

<b>6. Welche Arbeitsbelastung haben Sie erwartet?</b>	1	2	3	4	5
<small>1- wenig erwartet bis 5- viel mehr erwartet</small>					
	<input type="checkbox"/>				

7. Inwiefern wird Ihr Privatleben durch Ihr Studium beeinflusst?	1	2	3	4	5
1- Trifft nicht zu bis 5- Trifft sehr zu					
ich habe keine Zeit für andere Interessen	<input type="checkbox"/>				
ich habe zu wenig Zeit für meine/n Partner/in	<input type="checkbox"/>				
ich kann nicht abschalten	<input type="checkbox"/>				
ich nehme Probleme oft mit nach Hause	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

8. Wie zufrieden sind Sie mit bzw. in Ihrer Partnerschaft ?	1	2	3	4	5
1- völlig unzufrieden bis 5- sehr zufrieden					
	<input type="checkbox"/>				

9. Würden Sie, ständen Sie nochmals vor der Entscheidung, noch einmal ein Medizinstudium beginnen?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Unsicher
<input type="checkbox"/> Nein

10. Welche Punkte kamen für Sie im Studium bisher unerwartet?	1	2	3	4	5
1- stark erwartet bis 5- völlig unerwartet					
hohe Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>				
wenig Freizeit	<input type="checkbox"/>				
großes gefordertes Detailwissen	<input type="checkbox"/>				
seltener Patientenkontakt	<input type="checkbox"/>				
Stress im Umgang mit Patienten	<input type="checkbox"/>				
hohe emotionale Belastung (Todesfälle)	<input type="checkbox"/>				

Hierarchie im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>				
Einschätzung des eigenen Wissens als unzureichend für ärztliches Handeln	<input type="checkbox"/>				

<b>11. Haben Sie schon mal daran gedacht, das Studium aufzugeben?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, schon oft
<input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich
<input type="checkbox"/> Nein, noch nie

<b>12. Wie machen sich Unzufriedenheit und Belastung im Studium bemerkbar?</b>	1	2	3	4	5
1- Trifft nie zu bis 5- Trifft immer zu					
Erschöpfung/Ermüdung	<input type="checkbox"/>				
Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Ärger/Wut/Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>				
Depression	<input type="checkbox"/>				
Angst	<input type="checkbox"/>				
Zynismus	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

<b>13. Wie gehen Sie mit diesen Auswirkungen im Allgemeinen um?</b>	1	2	3	4	5
1- Trifft nie zu bis 5- Trifft immer zu					
suche Kontakt zu Freunden	<input type="checkbox"/>				
suche Kontakt zu den Eltern	<input type="checkbox"/>				
suche Kontakt zum/r Partner/in	<input type="checkbox"/>				

trinke mehr Alkohol	<input type="checkbox"/>				
rauche vermehrt	<input type="checkbox"/>				
ziehe mich zurück	<input type="checkbox"/>				
nehme prof. Hilfe in Anspruch (Beratung)	<input type="checkbox"/>				
nehme Medikamente (Beruhigung-/Aufputschmittel)	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

<b>14. Wie schätzen Sie Ihre <i>momentane</i> Lebensqualität ein?</b>	
<input type="checkbox"/> sehr gut	
<input type="checkbox"/> gut	
<input type="checkbox"/> zufrieden stellend	
<input type="checkbox"/> eher schlecht	
<input type="checkbox"/> sehr schlecht	

<b>15. Welchen Stellenwert haben Partnerschaft und Familie in Ihrem Leben?</b>	1	2	3	4	5
<b>1- sehr untergeordnet bis 5- sehr wichtig</b>					
	<input type="checkbox"/>				

<b>16. Welche Erwartungen haben Sie an Ihre/n (zukünftigen/derzeitigen ) Partner/in?</b>	ja	nein	unwichtig
Sie/Er sollte auch studiert haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie/Er sollte auch Medizin studiert haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie/Er sollte auch in einem ähnlichen Fachbereich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie/Er sollte berufstätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie/Er sollte Teilzeit arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie/Er sollte sich hauptsächlich um die Familie kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir wichtig das mein Partner/in meine beruflichen Belastungen versteht, ich mit Ihm/Ihr darüber reden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>17. Wie schätzen Sie Ihre <u>zukünftige</u> Lebensqualität ein?</b>
<input type="checkbox"/> sehr gut
<input type="checkbox"/> gut
<input type="checkbox"/> zufrieden stellend
<input type="checkbox"/> eher schlecht
<input type="checkbox"/> sehr schlecht

<b>1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</b>	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>2. Im Vergleich zum Vorjahr, wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand beschreiben?</b>	derzeit viel besser	derzeit etwas besser	etwa wie im Vorjahr	derzeit etwas schlechter	schlecht
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Wie <i>stark</i> sind Sie bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?</b>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht
anstrengende Tätigkeiten (laufen, heben..)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
mittelschwere Tätigkeiten (Golf spielen, kegeln)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Einkaufstasche heben oder tragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
mehr als 1 km weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
maximal 1 km weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ca. 100 Meter weit gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<b>4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund <i>körperlicher</i> Gesundheit, irgendwelche Schwierigkeiten im Beruf, den alltäglichen Arbeiten bzw. Zuhause?</b>	Ja	Nein
Ich konnte nicht <i>so lange</i> wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Ich hatte Schwierigkeiten in der Ausführung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

<b>5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund <u>körperlicher</u> Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten im Beruf, den alltäglichen Arbeiten bzw. zuhause?</b>	Ja	Nein
Ich konnte nicht <i>so lange</i> wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Ich war nicht so sorgfältig wie sonst üblich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

<b>6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder <u>seelische</u> Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakt zu Nachbarn oder der Familie beeinträchtigt?</b>	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>7. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten zuhause und im Beruf behindert?</b>	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>8. Wie stark waren die körperlichen Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?</b>	kein Schmerz	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

<b>9. In diesen Fragen geht es um Ihr Befinden, bezogen auf die letzten 4 Wochen?</b>	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
<b>Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...</b>						
...voller Schwung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...sehr nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...niedergeschlagen, nicht zu erheitern?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...voller Energie??	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...glücklich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
...müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder <i>seelische</i> Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakt zu Nachbarn oder der Familie beeinträchtigt?	immer	meistens	manchmal	selten	nie
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Inwieweit, treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft gar nicht zu
Ich werde leichter krank als andere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin genauso gesund wie alle anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich erwarte das meine Gesundheit nachlässt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich erfreue mich bester Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Die nachstehenden Aspekte können *im Umgang mit anderen* schwierig sein.

1. Es fällt mir schwer....	überhaupt nicht	ein wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
1 bis 5					
anderen Menschen zu vertrauen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
anderen gegenüber 'Nein' zu sagen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich Gruppen anzuschließen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
bestimmte Dinge für mich zu behalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
andere wissen zu lassen was ich will	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 bis 10					
jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich fremden Menschen vorzustellen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 bis 15					
eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
jemandem gegenüber, die 'Chef-Rolle' einzunehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mit anderen etwas zu unternehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16 bis 20					
die Ansichten eines anderen zu verstehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
wenn nötig, standfest zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21 bis 25					
anderen Grenzen zu setzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich anderen nahe zu fühlen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich mit jemand anderem zu streiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26 bis 30					
alleine zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
jemandem ein Geschenk zu machen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31 bis 35					
Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mich über andere zu ärgern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
mich zu öffnen und meine Gefühle anderen mitzuteilen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36 bis 40					
jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mein eigenes Wohlergehen nicht aus den Augen zu verlieren, wenn jemand anders in Not ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich jemanden verletze	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich streite mich zuviel mit anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41 bis 45					
Ich fühle mich sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich lasse mich zu leicht überreden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich öffne mich anderen zu sehr	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich bin zu unabhängig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich bin anderen gegenüber sehr aggressiv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
46 bis 50					
Ich bemühe mich zu sehr anderen zu gefallen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich spiele zu oft den Clown	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich lege zu oft Wert darauf, beachtet zu werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich vertraue anderen nicht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
<b>51 bis 55</b>					
Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich versuche zu stark, andere Menschen zu verändern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich bin zu leichtgläubig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich bin anderen Menschen gegenüber zu großzügig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich habe vor anderen zuviel Angst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>56 bis 60</b>					
Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich beeinflusse andere zu sehr, um das zu bekommen, was ich will	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich erzähle anderen zu oft von persönlichen Dingen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich streite zu oft mit anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>61 bis 65</b>					
Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

1. Wie sehr litten Sie in den letzten Tagen unter...	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1 bis 5					
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
immer wieder unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
vermindertem Interesse / Freude an Ihrer Sexualität	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 bis 10					
allzu kritische Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten selber Schuld sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 bis 15					
dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Furcht auf offenen Plätzen, oder auf der Straße	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<b>16 bis 20</b>					
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zittern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, das man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
schlechten Appetit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>21 bis 25</b>					
Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Hause gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>26 bis 30</b>					
Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt etwas anzufangen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einsamkeitsgefühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Schwermut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<b>31 bis 35</b>					
dem Gefühl sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>36 bis 40</b>					
dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, das die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig läuft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Übelkeit oder Magenverstimmungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>41 bis 45</b>					
Minderwertigkeitsgefühle gegenüber den anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Muskelschmerzen, verschiedener Art, z.B.: Gliederziehen, Muskelkater...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, dass andere Sie beobachten, über Sie reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Zwang, wieder und wieder das zu kontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<b>46 bis 50</b>					
Schwierigkeiten sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Furcht vor Fahrten im Bus der Straßenbahn oder U-Bahn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte, Tätigkeiten zu meiden, weil diese Sie erschrecken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>51 bis 55</b>					
Leere im Kopf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>56 bis 60</b>					
Schwächegefühl in den einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gedanken an den Tod/Sterben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Drang sich zu überessen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>61 bis 65</b>					
einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten, über Sie reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen, ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berührungen, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
66 bis 70					
unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Abneigung gegen Menschenmengen, z.B.: beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
71 bis 75					
einem Gefühl, das alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Schreck- und Panikanfälle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
76 bis 80					
mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
so starker Ruhelosigkeit, das Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
dem Gefühl, das Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
81 bis 85					
dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
dem Gefühl, das die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
dem Gedanken, das Sie für Ihre Sünden bestraft werden	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
82 bis 90					
schreckenerregende Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
dem Gedanken, das mit Ihrem Körper etwas nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen können	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
dem Gedanken, das irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

**Der Lebenslauf wurde aus der elektronischen  
Version der Arbeit entfernt.**

**The curriculum vitae was removed from the  
electronic version of the paper.**