

**Aus dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der  
Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin**

**Dissertation**

**Evaluation des spezifischen Coachings zur Gesundheitsförderung für  
Medizinstudierende an der Charité-Universitätsmedizin Berlin**

Evaluation of the specific health promoting coaching for medical students at Charité-  
Universitätsmedizin Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicinalium (Dr. rer. medic)

**vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité - Universitätsmedizin Berlin**

von  
Sylvie Tappert  
aus Radebeul

Datum der Promotion: 25.6.2023

## **Vorwort**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind in der folgenden Publikation veröffentlicht:

Tappert, S., Teti, A., Sonntag, P.T. & Boehm, S. (2020). Effekte von spezifischem gesundheitsförderndem Coaching für Medizinstudierende an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, (15) 1, 11-17.

Die Studie wurde begleitend zur Entwicklung, Implementierung und der fortlaufenden Arbeit der Beratungsstelle „*MediCoach*“ an der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführt und im Sinne eines Prä-Post-Designs mit Klient:innen von *MediCoach* umgesetzt. Die in dieser Dissertation ausgewerteten Daten wurden zwischen Oktober 2010 und Januar 2017 in der Beratungsstelle *MediCoach* der Charité - Universitätsmedizin Berlin erhoben.

# Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS	4
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
1.1 THEORETISCHER HINTERGRUND	4
1.1.1 DIE PSYCHOSOZIALE SITUATION VON MEDIZINSTUDIERENDEN	4
1.1.2 PSYCHOSOZIALE BEDARFE VON MEDIZINSTUDIERENDEN	6
<b>2. DAS SPEZIFISCHE KONZEPT VON MEDICOACH</b>	<b>9</b>
2.1 BEGRIFFSKLÄRUNG: THERAPIE – BERATUNG – COACHING	9
2.2 DAS ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE MULTIMODALE BERATUNGSDESIGN - MEDI COACH	10
2.2.1 DIE EINBINDUNG DES SPEZIFISCHEN COACHINGS IN DIE MEDIZINISCHE FAKULTÄT	10
2.2.2 DIE ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE AUSRICHTUNG DER BERATUNG	11
2.3 ZIELSETZUNG DER STUDIE	13
<b>3. METHODE</b>	<b>14</b>
3.1 OPERATIONALISIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	14
3.2 AUSWAHL UND ANPASSUNG DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE	14
3.3 DATENERHEBUNG	18
3.3.1 ABLAUF DER ERHEBUNG	20
3.3.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG	21
3.4 DATENERFASSUNG UND AUSWERTUNG	22
<b>4. ERGEBNISSE</b>	<b>23</b>
4.1 DIE PSYCHOSOZIALE BELASTUNG	23
4.2 LEBENS- UND STUDIENZUFRIEDENHEIT UND SUBJEKTIVE GESUNDHEIT	24
4.3 EFFEKTSTÄRKEN DER INTERVENTION	24
4.4 PROZESS- UND ERGEBNISEVALUATION	25
<b>5. DISKUSSION</b>	<b>28</b>
5.1 EINFLÜSSE AUF DIE STRESSBELASTUNG, ZUFRIEDENHEIT UND GESUNDHEIT	28
5.2 ERGEBNISSE DES COACHINGS UND PROZESSQUALITÄT	29
5.3 WEITEREMPFEHLUNG UND INANSPRUCHNAHME	31
5.4 ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	32
5.5 ABGELEITETE FORSCHUNGSDESIDERATE	34
5.6 LIMITATIONEN	35

## 6. LITERATURVERZEICHNIS 37

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG	48
FRAGEBOGEN T1	50
FRAGEBOGEN T2	56
EIDESSTÄTTLICHE VERSICHERUNG	63
ANTEILSERKLÄRUNG AN DER ERFOLGTEN PUBLIKATION	64
PUBLIKATION	65
PUBLIKATIONSLISTE	72
DANKSAGUNG	73

## Abkürzungsverzeichnis

ES	Effektstärke
ID	Identifikationsnummer
LSZ	Lebens- und Studienzufriedenheitsskala
LZ	Lebenszufriedenheit
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Proband:innen
OC	Overcommitment
p	Wert der Überschreitungswahrscheinlichkeit
POL	Problem Orientiertes Lernen (Lehrformat)
PSB	Psychosoziale Beschwerdeliste
RCI	Grenzwert der Statistischen Signifikanz
SCL-90	Symptom-Checklist-90-Standard
SD	Standardabweichung
SF-12	Health Survey (Short Form 12)
SF-36	Health Survey (Short Form 36)
SPSS	Statistik- und Analyse-Software (Statistical Package for the Social Sciences)
SZ	Studienzufriedenheit
t0	Zeitpunkt Eintreffen in der Beratungsstelle
t1	Zeitpunkt zu Beginn des Coachings
t2	Zeitpunkt zum Abschluss des Coachings
WHO	World Health Organisation
$\chi^2$	Chi-Quadrat

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Surrogate der Zielvariablen und ihre Reliabilität	17
Tabelle 2: Studienablauf eingebettet in die Beratungsarbeit von MediCoach	19
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (n=296)	22
Tabelle 4: Aufteilung der Variablen zu Studien- und Lebenszufriedenheit	24
Tabelle 5: Wirksamkeit des Coachings (Effektstärken) aus Sicht der Responder b	25
Tabelle 6: Prozess- und Ergebnisevaluation	26
Tabelle 7: Bivariate Zusammenhänge zur erneuten Inanspruchnahme	27

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Medizinstudierende zeigen mit steigender Semesterzahl zunehmend höhere Stressbelastungen und einen schlechteren Gesundheitszustand als die Allgemeinbevölkerung. Trotzdem nehmen Medizinstudierende, wie auch berufstätige Ärzt:innen, seltener psychosoziale Hilfsangebote und psychologische Behandlungen in Anspruch. An der Charité Universitätsmedizin Berlin wurde 2010 ein spezifisches gesundheitsorientiertes Coachingformat für die Studierenden entwickelt und implementiert, das die speziellen Bedarfe dieser Gruppe in sein Konzept integriert. Die vorliegende Studie untersucht die Effekte des zielgruppenspezifischen, gesundheitsfördernden Coachings und die Evaluation von Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Bereitschaft zur erneuten Inanspruchnahme eines solchen Angebotes.

**Methode:** Die Studie wurde mit einer Stichprobe von (N=296) Klient:innen des Coachings durchgeführt. Ein strukturierter Prä-Post-Fragebogen, der sich aus validierten, quantitativen Skalen zur Messung von Stressbelastung, Lebens- und Studienzufriedenheit sowie subjektiver Gesundheit zusammensetzt, wurde entwickelt und eingesetzt. Der Post-Fragebogen enthielt weiterhin acht Fragebatterien zur Prozessqualität des Coachings.

**Ergebnisse:** Das spezifische Coaching für Medizinstudierende konnte dazu beitragen, die psychosoziale Stressbelastung bei 83,3 % der Klient:innen signifikant ( $p < ,001$ ) mit einer hohen Effektstärke zu senken. Die Mittelwerte von Lebens- und auch von Studienzufriedenheit erhöhten sich ebenfalls signifikant ( $p < ,001$ ), die subjektive Gesundheit konnte im Mittel signifikant ( $p < ,001$ ) verbessert werden. 14% aller Klient:innen nahmen schon im Studienzeitraum das Coaching erneut in Anspruch. 93,2% gaben nach Abschluss des Coachings die Bereitschaft für eine erneute Inanspruchnahme an. Die Bereitschaft zur Weiterempfehlung lag bei 100%.

**Fazit:** Das zielgruppenspezifische Coaching zeigte eine hohe Effizienz hinsichtlich der Reduzierung von Stressbelastung sowie der Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit und der subjektiven Gesundheit der Studierenden. Der Ausbau gesundheitsfördernder Unterstützungsangebote und eine Vertiefung der längsschnittlichen Analyse von deren Wirksamkeit sowie die Entwicklung weiterer wirksamer präventiver Maßnahmen werden an der medizinischen Fakultät empfohlen.

## Abstract

**Background:** During their study period medical students exhibit a high stress load and poorer health conditions compared to the general population. At the same time, they are less likely to make use of psychosocial services, like their professional peers. A specific health-oriented coaching format was developed and implemented at Charité-Universitätsmedizin Berlin in 2010, integrating the special needs of this group into its concept. The present study investigated the effects of the specified, health-promoting coaching and the evaluation regarding process and outcome quality as well as the willingness to use such a psychosocial service again.

**Method:** The study was conducted with a sample of (N=296) coaching clients. A structured pre-post questionnaire was developed and applied. It was composed of validated quantitative scales measuring stress levels (PSB), life and study satisfaction (LSZ), and subjective health evaluation. The post questionnaire also included questions about the process quality of the coachings.

**Results:** The specific coaching for medical students was able to contribute to significantly ( $p<,001$ ) lowering the psychosocial stress burden in 83,3% of the clients with a high effectivity. The mean values of satisfaction with life and study also increased significantly ( $p<,001$ ), and the mean subjective health was improved significantly ( $p<,001$ ). 14% of all clients were using the coaching services already repeatedly during the study period. 93,2% stated after completion of the coaching that they wanted to use such a service again. The willingness to recommend the program to others was 100%.

**Conclusion:** Specified coaching for medical students showed a high efficacy with regards to the reduction of the stress load and the improvement of life and study satisfaction and subjective health of the students. The expansion of health-promoting support services and longitudinal analysis of their effectiveness and the development of additional health-protective measures are recommended at medical faculties.

# 1. Einleitung

Weltweit werden bei Studierenden medizinischer Fakultäten erhöhte psychische Belastungen beobachtet und beschrieben (vgl. Dyrbye et al., 2020; Hope & Henderson, 2014; Yu et al., 2015; Jurkat et al., 2011). Depressive Störungen, Angststörungen und Suchtverhalten führen die Liste der Symptomatiken an, die bei Medizinstudierenden nachgewiesen wurden (Iqbal et al., 2015; Seliger et al., 2007; Aktekin et al., 2001). Aber auch hinsichtlich der Suizidalität und psychosomatischer Beschwerden sind Medizinstudierende deutlich stärker belastet als die gleichaltrige Normalbevölkerung (Wege et al., 2016).

An der Charité-Universitätsmedizin Berlin bezeichneten insbesondere die Studierenden des Regelstudiengangs Medizin den Leistungsdruck als extrem hoch (77,4%) und 28,6% der Studierenden gaben Studienabbruchsgedanken aufgrund der hohen Stressbelastung während ihres Studiums an (Dettmer & Kuhlmeier, 2010).

Viele Autor:innen<sup>1</sup> stimmten dahingehend überein, dieser Problematik mit einem Ausbau von präventiven wie kurativen Angeboten für die psychische Gesundheit der Studierenden zu begegnen (u.a. Voltmer et al., 2012; Voigt, 2017).

Jedoch gelten Medizinstudierende als besonders zurückhaltend im Annehmen von psychosozialen und anderen gesundheitsfördernden Hilfsangeboten (Jacob et al., 2020). Sie folgen damit ihren beruflichen Vorbildern (Guille et al., 2010). Dies stellt besondere Anforderungen an das Design solcher Angebote. An der Charité-Universitätsmedizin Berlin wurde mit dem „spezifischen gesundheitsfördernden Coaching für Medizinstudierende–MediCoach“ ein multimodales, spezifisches Beratungskonzept entwickelt, implementiert und getestet. Darin werden Erkenntnisse über das Nutzungsverhalten psychosozialer Hilfen seitens der Zielgruppe konzeptionell berücksichtigt.

Während es an einigen medizinischen Fakultäten mittlerweile psychosoziale Angebote zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Medizinstudierenden gibt, sind wissenschaftliche Evaluationen dieser Programme sehr selten (Sperth, 2016; Lovell, 2018; Jacob et al., 2020). Sie sind jedoch die Grundlage für die Implementierung evidenzbasierter Maßnahmen an medizinischen Fakultäten. Die vorliegende Dissertation soll dazu beitragen, diese Forschungslücke zu schließen.

---

<sup>1</sup> Hier und im Folgenden wird sprachlich mit einem „:“ gegendert. Dies ist die gegenwärtig inklusivste Form gendergerechter Schriftsprache (vgl. <https://www.genderleicht.de/gendern-mit-doppelpunkt-ist-fuer-sehbehinderte-am-besten/>).

## 1.1 Theoretischer Hintergrund

### 1.1.1 Die psychosoziale Situation von Medizinstudierenden

In der deutschen sowie der internationalen Fachliteratur finden sich übereinstimmend Hinweise auf einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand von Medizinstudierenden im Vergleich zur Normalbevölkerung (vgl. Voltmer et al., 2012; Kurth et al., 2007; Aster-Schenk et al., 2010). An der Universität Gießen wurden in einer Stichprobe von Studierenden des ersten und siebenten Fachsemesters bei 13,1% Symptome einer milden Depressivität und bei 5,8% klinisch relevante Symptome festgestellt (Jurkat et al., 2011, S.649). In einer Studie an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig gaben 21,6% der Medizinstudierenden behandlungsrelevante psychische Belastungen an (vgl. Gläser, 2009). Eine Vergleichsstudie unter Medizinstudierenden zweier Universitäten fand bei 28% der Stichprobe aus München und 15% der Proband:innen aus Witten/Herdecke Hinweise auf behandlungsbedürftige depressive Störungen (Kohls et al., 2012). Die 12-Monats-Prävalenz für Depressionen betrug 2010 bundesweit 9% für Frauen und 5,1% für Männer und insgesamt bei 7,1% (RKI Faktenblätter, 2012, S.94). In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen lagen die Werte für Frauen bei 5,8% und für Männer bei 3,1% (ebd.).

Rotenstein et al. (2016, S.2214) finden in einer Metaanalyse anhand der Daten von 183 Studien aus 43 Ländern eine Ausprägung von depressiven Symptomatiken bei 27,2% der Studierenden an medizinischen Fakultäten weltweit. Angststörungen werden mit Prävalenzen zwischen 8% und 50,3% berichtet (Hope & Henderson, 2014, S.967) und Stressbelastungen mit Ausprägungen zwischen 13,7% und 68,9% (ebd.).<sup>2</sup> Auch im Bereich der Essstörungen und somatoformen Störungen zeigten Medizinstudierende höhere Symptombelastungen als die gleichaltrige Normalbevölkerung (Seliger & Brähler, 2007, S.283). Suizidgedanken wurden bei 11,1% der Studierenden medizinischer Fakultäten (Rotenstein et al., 2016, S.2214) festgestellt.

Als Auslöser dieser Symptomatiken gelten der hohe Konkurrenz- und Erfolgsdruck, die besonders hohe Arbeitsbelastung im Medizinstudium, der daran gekoppelte Stress

---

<sup>2</sup> Die großen Wertespannen werden von den Autor:innen eines systematischen Reviews (Hope & Henderson, 2014) auf die unterschiedlichen angewandten Erhebungsinstrumente und Studiendesigns zurückgeführt. Wobei mit steigender Studienqualität die Prävalenzen etwas niedriger angegeben wurden (Hope/Henderson, 2014, S.970 f). Hier wurden nur Angaben aus Studien mit Ethikvotum wiedergegeben.



(Gaum et al., 2021), Schlafmangel, häufige Prüfungen, die damit verbundenen Versagensängste sowie Unsicherheiten bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit (Dyrbye et al., 2020; Kötter et al., 2014; Saipanish, 2003). Die Studierenden beklagten einen erheblichen Mangel an Freizeit, um eigenen Interessen, Hobbies und Freundschaften nachzugehen (Dyrbye et al., 2020; Klier, 2010). Weiterhin wurden Probleme mit den Lehrenden als Stressoren angegeben (Jacob et al., 2020). Auch der biografisch frühe Umgang mit existenziellen Themen wie Krankheit und Tod stellt einen Belastungsfaktor dar (Schneider, 2019; Risch, 2020; Jurkat, 2010). Ebenso spielten Ängste vor den Anforderungen im Arztberuf bei der Stressbelastung Studierender, insbesondere der höheren Semester, eine Rolle (Kötter et al., 2014; Risch, 2020). Auch verschiedene Persönlichkeitsmerkmale wie erhöhter Neurotizismusscore und übersteigerte Verausgabungsbereitschaft (OC) sowie dysfunktionale Stress-Coping-Stile werden mit erhöhten Risiken stressbezogener psychischer Erkrankungen assoziiert (Kötter et al., 2014). Die Ausprägung von Burn-Out und depressiven Symptomen von neu immatrikulierten Studierenden der Medizin sind im Vergleich zu Studienanfänger:innen anderer Fächer sogar geringer (Dyrbye, 2020). Im Zuge des Studiums an medizinischen Fakultäten nehmen psychische Belastungen wie auch Verunsicherung und Ängste zu (Hope & Henderson, 2014; Iqbal et al., 2015). Ein großer Teil der Studierenden erlebt mit zunehmender Dauer des Medizinstudiums wachsende Frustration, Distanzierung zum Arztberuf und psychische Morbidität (Aster-Schenk et al., 2010; Voltmer et al., 2012). Zum Studienende zeigt mehr als die Hälfte der Absolvent:innen ausgeprägte resignative Tendenzen, Zynismus, Erschöpfung, sowie erhöhte Depressivität und Burn-Out-Entwicklungen (Risch, 2020; Dyrbye, 2020; Voltmer et al., 2012).

Stress gilt als einer der wesentlichen Risikofaktoren von Depressionen (Voltmer et al., 2012). Dabei sind die individuellen Kapazitäten zur Bewältigung von (zunächst überwältigend erscheinenden) Herausforderungen entscheidend für das Ausbrechen von Depressionen und Angsterkrankungen sowie weiteren somatischen stressbezogenen Erkrankungen (Rein & Keck, 2017; Dahl, 2018). Durchschnittlich entwickeln sich ein Jahr nach der Exposition mit unverändert ausgeprägten Stressoren bei gleichbleibenden individuellen Fähigkeiten zur Stressbewältigung erste Episoden depressiver Symptomatik (Rein & Keck, 2017). Chronischer Stress und depressive Episoden in der Vorgeschichte erhöhen das Risiko für rezidivierende depressive Episoden (Kendler et al., 1999).

Nach Rein & Keck (2017) charakterisieren vier Bedingungen die Auslösesituation von Stressreaktionen: Unbekanntheit, Unvorhersagbarkeit, Bedrohung des Selbst oder Selbstwertes und ein geringes Maß an Kontrolle über die Situation (ebd., S.166).

Gerade der Studiumsbeginn setzt Studierende einer Vielzahl bisher unbekannter Faktoren aus. Dazu gehören Kommiliton:innen und Lehrende, das Maß an zu bewältigenden Arbeitsaufgaben, das soziale Klima in der Fakultät, aber auch die Ablösung vom Elternhaus und alle anderen Anforderungen, die eine erwachsene Lebensgestaltung ihnen stellt. Dieser Situation sehen sich alle neu immatrikulierten Studierenden zu Studienbeginn gegenüber. Spezifisch für Studierende medizinischer Studiengänge jedoch sind das Ausmaß der Arbeitsbelastung wie auch der dauerhaft hohe Konkurrenz- und Leistungsdruck in den medizinischen Fakultäten (Gaum et al., 2021) über die gesamte Studienzeit. In diesen Bedingungen spiegeln sich studiumsbezogen die o.g. Auslöser von Stressreaktionen wider: Eine mit den bisherigen Erfahrungen nicht abgleichbare Anforderungsfülle („Unbekanntheit, Unvorhersagbarkeit“), sehr hohe Niveaus an Leistungsanforderungen sowie eine hohe Leistungsfähigkeit der Mitstudierenden („Bedrohung des Selbstwertes“) und ein Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien („geringes Maß an gefühlter Kontrolle über die Situation“).

### **1.1.2 Psychosoziale Bedarfe von Medizinstudierenden**

Weitestgehend übereinstimmend kommen Autor:innen zu der Empfehlung, in medizinischen Fakultäten verschiedene Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit Medizinstudierender einzuführen (Dyrbye et al., 2020; Jurkat et al., 2011; Voltmer et al., 2012; Voigt, 2017). Diese reichen von Kursen zu Stressbewältigung im Studium ab der vorklinischen Studienphase, dem Aufbau von protektiven Kommiliton:innennetzwerken bis zu Pflichtpraktika im klinischen Studienabschnitt, während derer Arbeitsbelastungen und Lebensqualität im Arztberuf realistisch vermittelt werden sollen (Voigt, 2017; Jurkat et al., 2011; Aster-Schenk et al., 2010). Ausdrücklich wird die Versorgung von Medizinstudierenden mit psychologischen Beratungsangeboten immer wieder empfohlen (u.a. Dettmer & Kuhlmeier, 2010; Iqbal et al., 2015; Ruban et al., 2013; Jacob et al., 2020).

Allerdings zeigen die Studierenden eine geringe Bereitschaft, psychologische Behandlungen aufzusuchen (Jacob et al., 2020; Zardanelli, 2015).

Eine der vermuteten Ursachen sind Befürchtungen, durch das Eingestehen psychischer Belastung und die eigene Inanspruchnahme von Hilfsangeboten stigmatisiert<sup>3</sup> zu werden (Jacob et al., 2020). Als eine weitere Barriere wird die Angst

---

<sup>3</sup> Stigmatisierung wird in Anlehnung an Link und Phelan (Link & Phelan, 2001, S.363ff) als ein gleichzeitiges Auftreten von 1) Etikettierung, 2) Stereotypisierung, 3) Othering (i.S. des Ausschlusses aus einer sich als Norm wahrnehmenden Gruppe), 4) Statusverlust und 5) Diskriminierung verwendet. Auf Medizinstudierende bezogen

beschrieben, dass innerhalb der Studierendenschaft bzw. unter den Lehrenden bekannt werden könnte, wer eine psychologische Behandlung erhalten hat (Davidson & Schattner, 2003). Dies steht im engen Zusammenhang mit der Befürchtung, durch das Aufsuchen einer psychologischen Beratung oder Behandlung eine eigene Schwäche offen zu legen und damit die eigene zukünftige berufliche Karriere zu gefährden (Jacob et al., 2020; Menon et al., 2015). Weitere genannte Gründe sind Zweifel an der Wirksamkeit einer psychologischen Behandlung, beziehungsweise die Angst vor massiven Interventionen und die fehlende Kenntnis, wo eine psychologische Beratungsstelle zu finden sei sowie fehlende Zeit während des Studiums (Menon et al., 2015, S.480). Auch gilt das Aufsuchen psychologischer Beratung als nicht vereinbar mit der Rolle einer:s angehenden Mediziner:in (Davidson & Schattner, 2003, S. 302). Dies spiegelt sich in den Ängsten vor Zuschreibungen inadäquater persönlicher Voraussetzungen innerhalb der eigenen professionellen Bezugsgruppe wider (Menon et al., 2015, S.480). In den Schwierigkeiten bei der Übernahme der Patient:innenrolle folgen sie damit ihren beruflichen Vorbildern, Ärztinnen und Ärzten, die selbst deutlich weniger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, als sie den von ihnen behandelten Erkrankten zugute kommen lassen (Hooper et al., 2005, S. 589; Davidson & Schattner, 2003, S.302). Ärzt:innen tendieren dazu, eigene gesundheitliche Belastungen zu ignorieren oder sich selbst zu behandeln (Reimer et al., 2010, S.234; Davidson & Schattner, 2003, S.302). In einer australischen Studie beispielsweise befanden 90% der befragten Ärzt:innen, dass Selbstbehandlung bei akuten Erkrankungen legitim sei, 25% hielten das auch bei chronischen Erkrankungen für angemessen (Davidson & Schattner, 2003, S.302). Nur 55% der befragten Ärzt:innen hatten eine:n eigene:n Allgemeinmediziner:in (ebd.). Präsentismus (Arbeitstätigkeit trotz Krankheit) wurde bei Mediziner:innen in einer weiteren Studie mit über 80% einmalig und bei ca. 50% mehrmals angegeben (Rosvold & Bjertness, 2001, S.72). Darunter waren auch 66,3% Ärzt:innen, die mit einer infektiösen Krankheit arbeiten gingen (ebd.).

Besonders zögerlich suchen Ärzt:innen psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen auf (Guille et al., 2010, S.211). Und dies, obwohl in dieser Berufsgruppe erhöhte Prävalenzen von psychischen Erkrankungen wie depressiven Störungen, Suchterkrankungen und Suizidalität als erwiesen gelten und die Fähigkeit zu adäquater Selbstfürsorge als deutlich unzulänglich beschrieben wird (Schneider et al., 2014; Reimer et al., 2010; Buddeberg-Fischer et al., 2009). Ärzt:innen selbst glauben,

---

würde dies bedeuten: 1) psychisch krank, 2) psychisch Kranke sind schwach und nicht vertrauenswürdig, 3) Ausschluss aus der „normalen“ Peergruppe, 4) „normalen“ Studierenden nicht gleichwertig 5) als zukünftige Mediziner:in nicht geeignet.

Überlastung und starken Stress als Teil der normalen beruflichen Praxis aushalten können zu müssen (Gebauer, 2013). Und so ist es zu erwarten, dass auch Medizinstudierende diese Haltung übernehmen.

In der beruflichen Sozialisation von Medizinstudierenden wird professionelles Wissen nicht allein über die Inhalte von Lehrveranstaltungen vermittelt. Das so genannte ‚hidden curriculum‘ hat einen erheblichen Einfluss auf die Ausprägung der ärztlichen Identität und Professionalisierung der angehenden Mediziner:innen. ‚Hidden curriculum‘ bezeichnet die kommunikativen Prozesse innerhalb der Fakultät, die nicht im Lehrplan festgeschrieben sind und gleichwohl die berufliche Sozialisation der Studierenden prägen (vgl. Gaufberg et al., 2010). In diesen Prozessen werden von beruflichen Vorbildern, den Dozierenden an der medizinischen Fakultät, neben Fachwissen auch Werte, Haltungen und Verhaltensweisen weitergegeben (Brimstone et al., 2007, S.3). Ein Beispiel ist die traditionelle Vorstellung, dass das Erleben stark belastender Situationen im Studium eine notwendige Vorbereitung auf den zukünftigen Arztberuf sei (Vitaliano et al., 1984, S.730). Im Lernprozess während der medizinischen Ausbildung stellen die Einstellungen dieser Rollenmodelle einen machtvollen Faktor dar (Brimstone et al., 2007). „Man kann [deshalb] sagen, daß die Struktur universitärer Sozialisation für die Studenten die objektive Möglichkeit konstituiert, ein dem konkreten Handeln zugrundeliegendes generatives Regelsystem „intuitiv“ erfassen und handlungsrelevant verstehen zu können, ohne daß der Sinn dieser Struktur im subjektiven Bewußtsein repräsentiert sein muß.“ (Burkart 1983, S.27)

Dies könnte bedeuten, dass die Kultur des Faches bzw. das Verhalten der beruflichen Vorbilder an der Fakultät und in der Berufswelt als ein wirkmächtiger Faktor psychologische Behandlung von Medizinstudierenden verhindert. Hillis et al. (2010) berichteten, dass 55 % der befragten Studierenden von fünf australischen und einer neuseeländischen medizinischen Fakultät zustimmten, dass Medizinstudierende mit Stressbelastung stigmatisiert seien. Noch stärker ausgeprägt (72%) sei die Stigmatisierung von Medizinstudierenden mit einer diagnostizierten psychischen Störung (ebd., S.4).

## 2. Das spezifische Konzept von MediCoach

Angesichts der dargestellten Situation ergaben sich spezielle Anforderungen an ein psychosoziales Angebot für Studierende an einer medizinischen Fakultät, um von den Adressat:innen auch tatsächlich angenommen zu werden. Die Implikationen der vorgenannten Barrieren für das Aufsuchen eines psychosozialen Hilfsangebotes wurden in die Gestaltung des Beratungsangebotes konzeptionell mit einbezogen. Wenn also die Studierenden das Aufsuchen eines psychosozialen Beratungsformates als unvereinbar mit ihrer angestrebten ärztlichen Rolle verstehen, sollten berufliche Rollenmodelle, Ärzt:innen und andere Vertreter:innen der medizinischen Fakultät für das Aufsuchen einer solchen Beratung werben und die Inanspruchnahme auf diese Weise legitimieren.

Die angemessene Versorgung der eigenen (psychischen) Gesundheit sollte als Stärke gedeutet, anstatt als Schwäche stigmatisiert zu werden.

Das psychosoziale Angebot müsste in einem Format angeboten werden, das professionell aufwertend und möglichst niedrigschwellig ist, um die vorhandenen Befürchtungen vor Inanspruchnahme der Intervention zu mindern.

Studierende, die psychosoziale Unterstützung nachfragen, sollten dort wertschätzend behandelt werden.

Das Angebot müsste kostenlos und möglichst unkompliziert in Anspruch genommen werden können. Zudem sollte sich die Kontaktaufnahme einfach gestalten, um keine zusätzlichen Hürden der Inanspruchnahme zu kreieren.

### 2.1 Begriffsklärung: Therapie – Beratung – Coaching

**Psychotherapie** beschreibt alle Verfahren, die gezielt und professionell mit psychologischen Mitteln seelisches Leid feststellen, lindern oder heilen (vgl. Psychotherapeutengesetz, 2019). **Psychologische Beratung** dient der Förderung von Problemlösekompetenz im Rahmen eines interaktiven, reflektierenden Prozesses hinsichtlich aktueller Krisen. Sie arbeitet präventiv und ressourcenorientiert und beruht methodisch auf psychotherapeutischen Verfahren (vgl. Rehtien, 2019). **(Fach)beratung** bezeichnet ein direktives Verfahren zur Vermittlung von Problemlösungen mittels der Fachkompetenz der Berater:in im Sinne einer fachlichen Unterweisung (vgl. Rauen, 2021). **Coaching** ist ein emanzipatorischer, bedürfnisorientierter und reflektierender Prozess mit hoher aktueller Handlungsorientierung zur Unterstützung der Problemlösekompetenz von gesunden Personen bei Förderung der Selbstreflexion (Rauen, 2018). „Coaching versteht sich als persönlicher Dialog zwischen dem Gecoachten und einem bewusstseitsfördernden

Feedback-Partner, der Veränderungsprozesse durch verbesserte Selbstwahrnehmung auslöst. Es dient dabei immer als Mittel zur Förderung von Bewusstsein und Verantwortung und baut zugleich auf dem Vorhandensein dieser zentralen Elemente beim Klienten auf“ (Auszug aus der Coaching-Definition der Deutschen Gesellschaft für Coaching e. V. zit. nach Rauen, 2018, S.19). Auch im Coaching werden abgeleitete Methoden einschlägiger Therapieverfahren verwendet.

## **2.2 Das zielgruppenspezifische multimodale Beratungsdesign - MediCoach**

Ziele des Coachings sind die Prävention von Stressbelastungen sowie die Verringerung der Folgen von stressbedingten psychischen Belastungen im Studium (Dettmer & Kuhlmeier, 2010, S.91). Mit einem zielgruppenspezifischen Design sollte nun die Inanspruchnahme des psychosozialen Angebotes sichergestellt werden. Aus den in der vorhandenen Studienlage beschriebenen Hinderungsgründen wurden folgende Prämissen abgeleitet.

### **Prämissen:**

1. Das Angebot soll möglichen Stigmatisierungen entgegenwirken.
2. Das Angebot soll so gestaltet werden, dass die Inanspruchnahme inhaltlich und organisatorisch so barrierearm wie möglich und eine positive Erfahrung psychosozialer Unterstützung ist.
3. Das Angebot soll Medizinstudierende dazu anregen, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten (auch) für sich selbst zu nutzen.
4. Das Angebot soll die Lebens- und Studienzufriedenheit der Klient:innen erhöhen.

Diese Prämissen wurden in einem multimodalen Vorgehen sowohl organisatorisch in der Fakultät als auch in der Ausrichtung des Coachings selbst verankert.

### **2.2.1 Die Einbindung des spezifischen Coachings in die medizinische Fakultät**

Schon die Wahl des Beratungsformates „Coaching“ für *MediCoach* soll einer möglichen Stigmatisierung entgegenwirken und gleichzeitig die Hemmschwelle der Inanspruchnahme senken. Coaching wurde als psychosoziales Angebot im Bereich Qualitätsentwicklung von Führungskräften, Management und Personen mit Steuerungsaufgaben entwickelt (vgl. Rauen, 2020) und dient vor allem der Qualitätssteigerung in Arbeitsprozessen (Holm-Hadulla, 2002, S.242). Coaches

arbeiten in erster Linie mit gesunder Klientel. Nichtsdestotrotz kann die erreichte Entlastung auch beginnende oder leichte Ausprägungen psychischer Störungen adressieren (Holm-Hadulla, 2002, S.242). Indem stressbelasteten Studierenden dieses Beratungsformat angeboten wird, soll die Inanspruchnahme als ein normaler Bestandteil persönlicher Qualitätssicherung im professionellen Handeln konnotiert werden.

In der Diagnostik verzichtet *MediCoach* auf psychiatrische Inventare, um der befürchteten Abwertung als psychisch krank zu gelten, entgegen zu wirken. Dennoch ist die Messung der Stressbelastung im Abgleich mit einer behandlungsbedürftigen Relevanz der Belastung (nach SCL-90) möglich. Gegebenenfalls werden Klient:innen psychologische oder psychiatrische Behandlungen empfohlen oder vermittelt.

Um dem antizipierten Widerspruch zwischen ärztlicher Rolle und Hilfsbedürftigkeit zu begegnen, also Stigmatisierung zu verhindern, wird die psychologische Beratung von beruflichen Peergroups und ärztlichen Vorbildern empfohlen.

*MediCoach* ist in der Charité-Universitätsmedizin Berlin als fakultätseigenes Angebot angebunden und wird so auch öffentlich dargestellt. Das Coachingangebot wird den neu immatrikulierten Studierenden in der Orientierungswoche zu Studienbeginn von der Prodekanin der Fakultät vorgestellt und für eine Inanspruchnahme im Bedarfsfall geworben. Sowohl auf der Campuswebsite der Charité als auch im Intranet gibt es jeweils auf der Eingangsseite Verweise und Verlinkungen zur Internetpräsenz von *MediCoach*. Im POL-Teacher-Training wird den Dozierenden das Coachingangebot bekannt gemacht. Studierenden mit erkennbarem Beratungsbedarf soll von ihren Dozent:innen, dem Studienreferat und anderen universitären Beratungsstellen empfohlen werden, sich an *MediCoach* zu wenden. Die Terminhäufigkeit und -frequenz orientiert sich an den Bedarfen der Klient:innen. Auch die Erreichbarkeit von *MediCoach* auf dem Campus selbst, sowie schnelle Reaktionen auf Anfragen und kurze Wartezeiten für einen Termin sollen die Inanspruchnahme fördern. Nicht zuletzt ist das Coaching kostenlos, was vor dem Hintergrund meist knapper finanzieller Ressourcen der Studierenden ebenfalls wesentlich ist.

### **2.2.2 Die zielgruppenspezifische Ausrichtung der Beratung**

Das Medizinstudium bringt für Studierende oft eine übermäßige, einseitige Orientierung auf die Erledigung von studiumsbezogenen Aufgaben mit sich (Isserstedt et al., 2007). Stabilisierende und protektive Bestandteile der Lebensgestaltung wie soziale Kontakte zu Gleichaltrigen und Partner:innen, Hobbies sowie kulturelle und sportliche Aktivitäten werden deutlich reduziert und häufig ganz weggelassen (Klier,

2010). Im Coaching werden die Klient:innen unterstützt, eine gesundheitsprotektive Work-Life-Balance zu etablieren und entweder auf bekannte Ressourcen des eigenen Wohlbefindens und der Stressreduktion zuzugreifen oder weitere, neue Möglichkeiten zu integrieren.

Des Weiteren werden Möglichkeiten der individuellen Organisation und Strukturierung der Arbeitsaufgaben mit den Klient:innen und der eigenen längerfristigen Studienplanung entwickelt, um die Studiensituation kontrollierbarer und damit weniger stressbelastet zu gestalten.

Wenn der Selbstwert maßgeblich aus dem Erfolg im Studium gespeist wird, ist es wahrscheinlich, dass bei Misserfolgen und Überlastung im Studium ausgeprägtes Stresserleben ausgelöst wird (Klier, 2010, S.6; Aster-Schenk, 2010, S.3). Der (Wieder)erwerb von alternativen Quellen der Selbstwertstabilisierung im Rahmen des Coachings kann das Stressniveau senken. Eine erfüllende und erholsame Freizeit, die Pflege sozialer Netzwerke sowie die Verringerung der Studienbelastungen haben eine schützende und stabilisierende Funktion für das Wohlbefinden und sind grundlegende Faktoren zur Stärkung der Integrität einer Person (Jurkat & Reimer, 2001). Dies wird im Coaching explizit betont. Die Lebensperspektive von Klient:innen ist häufig verengt auf Studienleistung und deren Bewertung. Indem diese erweitert wird, können Zufriedenheit und Frustrationstoleranz gesteigert werden.

Auch der Beratungsprozess selbst soll so gestaltet werden, dass Klient:innen Selbstwirksamkeit hinsichtlich ihrer Situation erleben und an der Auflösung der Problematik ihre eigene Problemlösekompetenz erleben. Dazu müssen sie als gleichberechtigte Partner:innen im Prozess agieren können, was wiederum zur Stabilisierung des Selbstwertes beitragen kann.

Ein weiteres Ziel von *MediCoach* ist es, Klient:innen zu vermitteln, auch eigene medizinische Kenntnisse in den Dienst der eigenen Gesundheit zu stellen und Selbstfürsorge positiv zu bewerten. Damit sollen der Gesundheitszustand der Klient:innen verbessert und eigene gesundheitsprotektive Fähigkeiten entwickelt bzw. gestärkt werden (Dyrbye, 2020; Dahl, 2018).

Mit der Methode des systemischen Arbeitens, dem eine ausgeprägte Ressourcenorientierung immanent ist, wird einer Pathologisierung der Klient:innen entgegen gewirkt (von Schlippe & Schweitzer, 1997; Holm-Hadulla, 2002). Das wird zusätzlich verstärkt, indem die Aufsuchenden der Beratungsstelle als „Klient:innen“ statt als „Patient:innen“ bezeichnet werden (Eberwein, 2009, X). Sie werden aktiv und gleichberechtigt in den Prozess eingebunden, und nicht „behandelt“.

Neben den Methoden der Systemischen Therapie (von Schlippe & Schweitzer, 1997), werden bei *MediCoach* weitere psychotherapeutische Techniken und Strategien



integriert (Boehm & Tappert, 2016, S.39). Als Coaches arbeiten ausgebildete systemische Therapeut:innen mit zusätzlichen Qualifikationen in Atem- und Entspannungstherapien, körperorientierter Psychotherapie, systemischem Coaching und Supervision mit traumatherapeutischen Zusatzqualifikationen. Coaching wird in englischer und deutscher Sprache angeboten. Dieses Methodenspektrum ermöglicht, das Angebot jeweils individuell auf die entsprechenden Bedürfnisse, Umstände und akuten Problemlagen der einzelnen Klient:innen abzustimmen. So können neben der Weiterentwicklung von kommunikativen Beziehungsdynamiken ebenso maladaptive Kognitionen, biographisch bedingte unbewusste Konflikte, verkörperte Dilemmata und grundlegende existentielle Themen bearbeitet werden. Das wichtigste Instrument jedoch ist die Qualität der Beziehung zwischen Coach und Klient:in (u.a. Sperth, 2016, S. 56). Indem die Coaches die Kommunikation wertschätzend gestalten, kann der Prozess in einer vertrauensfördernden und offenen Atmosphäre stattfinden und das Coaching zu einem positiven Erlebnis werden.

Im Rahmen der Coachings werden die Klient:innen bei *MediCoach* wiederholt positiv bestärkt, im Bedarfsfall Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen der Beratungsstelle wird als professionell, verantwortungsvoll und berufsvorbereitend bewertet. Damit soll neben der situativen Unterstützung nachhaltig die Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten gefördert werden (Guille et al., 2010, S.213).

### **2.3 Zielsetzung der Studie**

Mit der vorliegenden Studie sollte geprüft werden, ob das entwickelte Angebot eines spezifischen Beratungsformates relevant für die Problemstellung ist und die Inanspruchnahme zukünftiger psychosozialer Hilfen positiv beeinflussen kann.

Folgende Forschungsfragen wurden exploriert:

1. Wie beeinflusst das spezifische Beratungsformat die Stressbelastung, die Zufriedenheit und das gesundheitliche Befinden der Studierenden?
2. Wie werden Prozessqualität und Ergebnisse des Coachings wahrgenommen?
3. Wie verhält sich die Bereitschaft zur erneuten Inanspruchnahme und zur Weiterempfehlung nach dem Coaching?

Dazu wurden die Effekte des spezifischen Coachings auf die psychische Belastung, die Lebens- und Studienzufriedenheit und das subjektive Gesundheitsempfinden der Klient:innen von *MediCoach* empirisch erkundet und der Coachingprozess evaluiert.

### **3. Methode**

Zur Überprüfung der Forschungsfragen wurde eine quantitative Prä-Post-Befragung in den Beratungsablauf integriert, deren Methodik im Folgenden detailliert erläutert wird. Die Studie verlief in vier Arbeitsschritten:

1. Operationalisierung der Forschungsfrage
2. Auswahl der Erhebungsinstrumente und Anpassung an das spezifische Design der Beratung
3. Datenerhebung (im laufenden Beratungsbetrieb)
4. Datenerfassung und -auswertung

#### **3.1 Operationalisierung der Forschungsfrage**

Um den Einfluss des spezifischen Coachings auf die gesundheitliche Situation und das Wohlbefinden der Klient:innen abzubilden, wurden die Stressbelastung, die Zufriedenheit im Studiumskontext und die Veränderung der Gesundheit als relevante Beurteilungsgrößen ausgewählt. Die Evaluation der zielgruppenspezifischen Merkmale des Coachings erfolgte mit Hilfe von Surrogaten in einem prozessorientierten Fragebogen in einer Post-Abfrage. Im Sinne der Vereinfachung der Abläufe in der Beratungsstelle sollten die Instrumente gleichermaßen als kurzfristiges Evaluationstool für die Qualitätssicherung des Coachings dienen und sich unkompliziert in die Arbeit der Beratungsstelle integrieren lassen.

#### **3.2 Auswahl und Anpassung der Erhebungsinstrumente**

Nach Sichtung einschlägiger Erhebungsinstrumente wurden Skalen aus verschiedenen validierten Instrumenten für einen Prä-Post-Fragebogen zusammengestellt. Zur Erfassung der Veränderung der Stressbelastung sowie der Lebens- und Studienzufriedenheit wurden spezifische Selbstberichtsskalen für Studierende ausgewählt (vgl. Holm-Hadulla et al., 2009). Der Einfluss auf die Gesundheit sollte mit einem Einzelitem zur subjektiven Gesundheit ebenfalls als Selbstberichtsmaß erfasst werden (vgl. Bullinger & Morfeld, 2004). Die Beurteilung der zielgruppenspezifischen Aspekte und der Inanspruchnahme wurden in eine Prozessevaluation des Coachings in den Fragebogen für T2 integriert (vgl. Bachmann et al., 2004).

Die Fragebögen (siehe Anhang) für beide Messzeitpunkte enthalten drei Selbstbeurteilungsskalen zum gesundheitlichen Befinden, Lebens- und Studienzufriedenheit und psychosozialer Belastung der Klient:innen und erfassen weiterhin soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht,

Migrationshintergrund, Anzahl der Kinder, aktuelle Semesterzahl und Studiengang. Weiterhin wurden im Fragebogen zu T1 die individuellen Coachingziele und mögliche Studienabbruchgedanken erfragt. Im Folgenden werden die Hauptskalen beschrieben.

### 1. Die Psychosoziale Beschwerdeliste

Die psychosoziale Belastung wurde mit der Psychosozialen Beschwerdeliste (PSB) (Holm-Hadulla et al., 2009) erfasst, um das Niveau der Stressbelastung der Klient:innen zu Beginn und am Ende der Coachings abzubilden. Die Skala wurde von der Allgemeinen Psychologischen Studienberatungsstelle der Universität Heidelberg aus dem Beschwerdebogen der 11. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes weiterentwickelt. Die PSB beinhaltet sieben Items zu möglichen psychosozialen Belastungen und 15 Items zu psychischen Belastungen, die in vorhergehenden Studien des Deutschen Studentenwerkes und Studierendenberatungen als relevant für diese Lebensphase gefunden wurden (vgl. Soeder, 1995, S.39) und im Abgleich mit der Ausprägung einer klinisch relevanten Dysfunktionalität, also Behandlungsbedürftigkeit nach SCL-90, validiert worden war (siehe Soeder et al., 2009, S.39; Sperth, 2016, S.141ff).

Die Nutzung der Skala verspricht zukünftige Vergleichsmöglichkeiten mit anderen studentischen Gruppen. Die Likertskala zur psychosozialen Belastung besteht aus 21 Items in der Ausprägung von 0 (= gar nicht) bis 5 (= sehr stark), die einzeln abgefragt werden. Durch Aufsummierung der einzelnen Item-Scores wird ein Gesamtbeeinträchtigungs-Score zwischen 0 und 105 errechnet.

Für den Gesamtwert liegt der „Cut-off“-Wert, ab dem von einem klinisch relevanten Fall (=behandlungsbedürftig nach SCL 90) gesprochen werden kann, bei 27,34 (nach Sperth, 2016, S.141ff).

### 2. Skala zur Studien- und Lebenszufriedenheit

Die Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) (nach Hom-Hadulla et al., 2009) kann die Zufriedenheit hinsichtlich verschiedener Aspekte des Studiums und seiner begleitenden Bereiche auf einer fünfstufigen Likertskala (von 1 = „sehr unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“) abbilden. Dazu wurde die Originalskala, bestehend aus sieben Items, die ausschließlich die Studienzufriedenheit erfasste, um einige für die Studienstichprobe typischen Dimensionen solcher Lebensbereiche wie die „finanzielle Situation“, „Familie“, „Freizeitaktivitäten“, „Freundeskreis“, „Partnerschaft“ sowie eine Überblicksvariable „Studium im Allgemeinen“ ergänzt. Die Ausprägungen der Items wurden dann zu einem Mittelwert zusammengefasst, mit dem die Veränderung

der Lebens- und Studienzufriedenheit während des Beratungsverlaufes abgebildet werden konnte.

Für die Auswertung wurden die unterschiedlichen Bereiche in ihrer Gesamtheit und auch getrennt nach Studienzufriedenheit (SZ) und Lebenszufriedenheit (LZ) betrachtet.

### 3. Subjektive Gesundheit

Die Auswahl des Einzelitems zur Erfassung der subjektiven Gesundheit erfolgte aus dem SF-12 (Bullinger & Morfeld, 2004). Der SF-12 ist die Kurzversion des SF-36, einem international gebräuchlichen Messinstrument zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität, in dem psychische, soziale und körperliche Dimensionen von Gesundheit erfragt werden (Bullinger & Morfeld, 2004, S.251). Das Einzelitem „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ entspricht einer Empfehlung der WHO zur international einheitlichen zeitökonomischen Erfassung der subjektiven Gesundheit (de Bruin et al., 1996). Auf einer fünfstufigen Likertskala schätzten die Klient:innen selbst ihr subjektives Gesundheitsempfinden zwischen den Ausprägungen „schlecht“ bis „ausgezeichnet“ ein. Die Ausprägungen von Beginn und Abschluss des Coachings wurden verglichen und auf Signifikanz überprüft.

### 4. Spezifika der Beratung

Zur Überprüfung der zielgruppenspezifischen Prämissen des Coachings wurde ein validiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung von Prozess- und Ergebnisqualitäten im Coaching, der „Check-the-Coach-Fragebogen“, eingesetzt (Bachmann et al., 2004). Das Originalinstrument besteht aus acht Fragebatterien mit insgesamt 49 Evaluationsfragen zu Prozess und Ergebnis sowie einer statistischen Fragebatterie. In einer Referenzstichprobe erfolgte ein Test der überwiegenden Anzahl der Items durch die Entwickler:innen. Er zeigt eine Reliabilität zwischen 0,5 und 0,86 (Bachmann et al., 2004). Für die vorliegende Studie wurden 33 Fragen in 5 Fragebatterien übernommen. Die Bewertung der Items konnte auf einer fünfstufigen Likertskala zwischen 1 (trifft sehr zu) und 5 (trifft gar nicht zu) angegeben werden. Die Frage zur Weiterempfehlung des Coachings konnte mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden und hatte zusätzlich ein Freitextfeld zur Begründung der Antwort. Die allgemeine Bewertung des Coachings erfolgte mit Schulnoten von eins bis fünf. Zur Operationalisierung der nachfolgend aufgeführten Zielvariablen wurden die folgenden vergleichbaren Surrogate aus dem Instrument, aufgeteilt in fünf Fragebatterien, genutzt:

**Tabelle 1: Surrogate der Zielvariablen und ihre Reliabilität**

Zielvariable	Item	Reliabilität
Wie ist die Erreichbarkeit des Angebotes?	- Den Kontakt zu MediCoach herzustellen, gestaltete sich einfach.	-
<b>Zielgruppenspezifika</b>		
Fühlten sich die Klient:innen respektiert und konnten ihre Anliegen offen kommunizieren ohne Stigmatisierung zu befürchten? (Bewertung der Beziehungsqualität)	- Unsere Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.	0,8
	- Wir hatten ein vertrauensvolles Verhältnis zueinander.	0,8
	- Unsere Beziehung zeichnete sich durch Offenheit aus.	0,8
	- Coach hat mich verstanden.	-
Wurden die Klient:innen angeregt, ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten gezielt einzusetzen und wurde der Selbstwert erhöht?	Mit Hilfe des Coachings...	
	- ...setze ich meine Fähigkeiten und Fertigkeiten gezielter ein.	0,67
	- ...habe ich mein Selbstwertgefühl gesteigert.	0,67
Wie wird die Zufriedenheit mit dem Coaching und seinen Ergebnissen bewertet?	- Mit dem Coachingprozess bin ich zufrieden.	0,86
	- Mit dem Coachingergebnis bin ich zufrieden.	0,82
	- Mit Hilfe des Coachings konnte ich mich meinen Zielen annähern.	0,82
<b>Zufriedenheit</b>		
Konnten die Lebens- und Studienzufriedenheit im gleichbleibenden Studenumfeld erhöht werden?	Mit Hilfe des Coachings...	
	- ...bin ich im Alltag zufriedener geworden.	0,7
	- ...bin ich im Studium zufriedener geworden.	0,7
<b>Inanspruchnahme/Weiterempfehlung</b>		
Gibt es die Bereitschaft zur erneuten Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung (Beratung, Coaching, Therapie) und zur Weiterempfehlung?	- Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen.	0,86
	- Würden Sie das Coaching weiterempfehlen?	-

(nach Bachmann et al., 2004)

## 5. Weitere Items

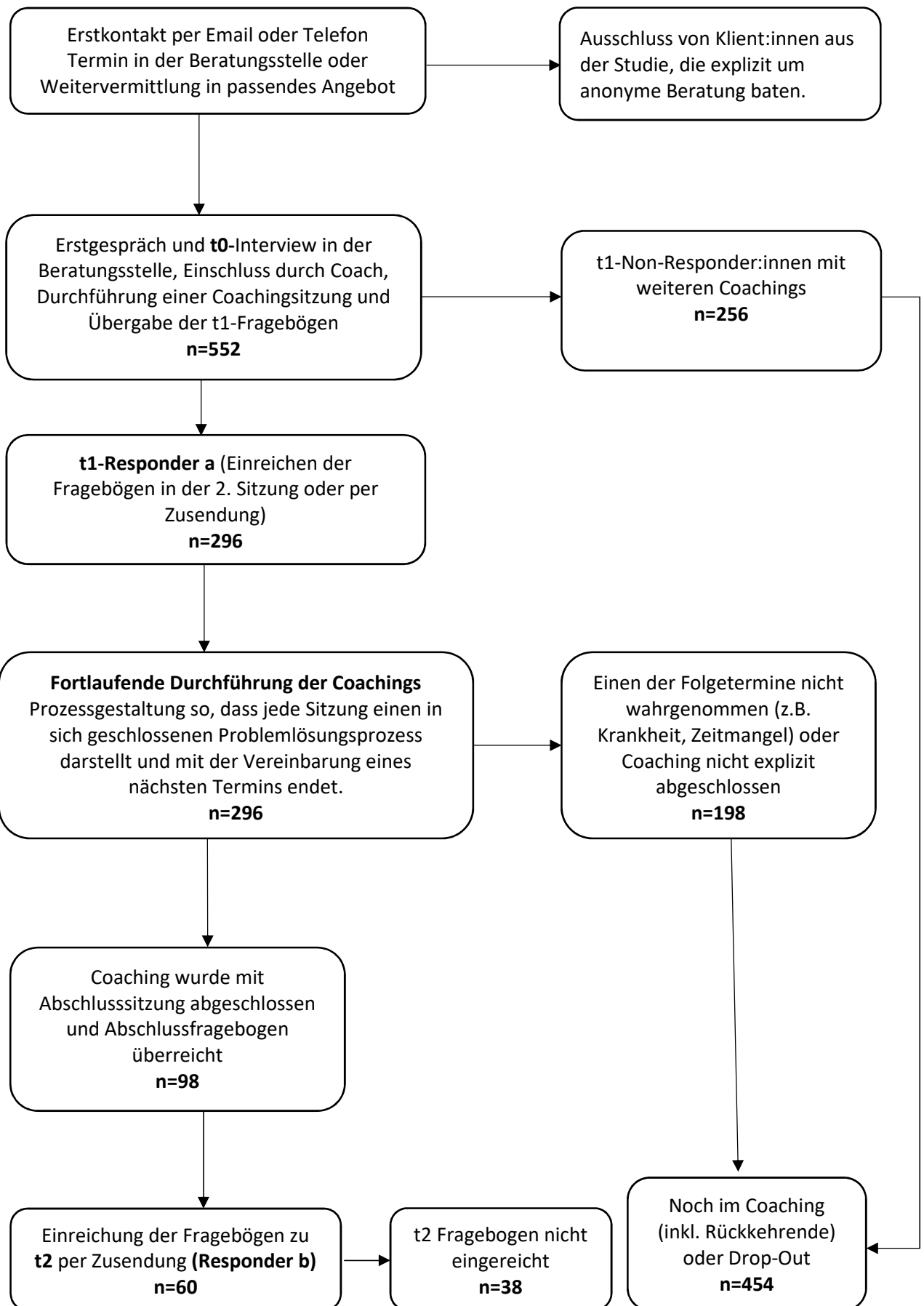
In den Fragebogen zu T1 fand zudem eine Frage zu Studienabbruchsgedanken Aufnahme. Diese enthielt zwei Antwortmöglichkeiten und jeweils ein Freitextfeld. Ebenso wurden der „Aktuelle Anlass“, das „Ziel für das Coaching“ und die „Erwartung an die Coach“ mit Freitextfeldern abgefragt sowie eine Fragebatterie zu soziodemografischen Merkmalen am Ende des Instrumentes zu T1 inkludiert. Weitere Items zur Bewertung des Coachings wurden für kurzfristige Evaluationen im Fragebogen untergebracht, hier jedoch nicht ausgewertet.

### **3.3 Datenerhebung**

Die Klient:innen von MediCoach wurden darüber informiert, dass ihre Teilnahme an der Studie freiwillig sei. Sie wurden gebeten, sich erst nach der ersten Sitzung außerhalb der Beratungsstelle hinsichtlich einer Teilnahme zu entscheiden. Der Fragebogen t1 und ein Informationsschreiben zu Zielen und Ansprechpartner:innen der Studie wurde zur Mitnahme angeboten. Die Zustimmung zur Teilnahme wurde auf einer Einwilligungserklärung per Unterschrift erteilt.

Die eingereichten Daten wurden durch eine von den Klient:innen selbst erstellte ID anonymisiert und getrennt von den Protokollen der Coachings aufbewahrt. Die Studie erhielt ein Datenschutzvotum (siehe Anhang). Ein Antrag an die Ethikkommission war nach § 15 (1) der Berufsordnung für Ärztekammer des Landes Berlin für dieses Studiendesign nicht nötig (Berufsordnung der ÄKB, 2014).

**Tabelle 2: Studienablauf eingebettet in die Beratungsarbeit von MediCoach**



### 3.3.1 Ablauf der Erhebung

Die Durchführung der Studie erfolgte begleitend zum Beratungsbetrieb von *MediCoach*. Termine für das Erstgespräch wurden per Telefon oder E-Mail auf Anfrage vergeben. Beim ersten Termin (t0) erfassten die Coaches Alter, Gender<sup>4</sup>, Semesterzahl, Elternschaft, Migrationserfahrung, gesundheitliche Belastungen und Anlass der Kontaktaufnahme. Jeder weitere Termin wurde pro Klient:in dokumentiert. Diese konnten auch entscheiden, im Coaching vollständig anonym zu bleiben und wurden dann gar nicht erfasst.

Anschließend an die erste Coachingsitzung wurde der Fragebogen zu t1 (Evaluation nach der ersten Sitzung) ausgegeben. Mit der Rückgabe von t1 stimmten die Klient:innen der Teilnahme an der Evaluationsstudie zu. Sie legten den Fragebogen selbst in eine verschlossene Sammelbox in der Beratungsstelle. Die Auswertung der Evaluationsstudie schloss alle Klient:innen der Beratungsstelle ein, die im Zeitraum zwischen Oktober 2010 und Januar 2017 ein Coaching in Anspruch nahmen und den beantworteten Fragebogen t1 einreichten (n=296). Dies ergibt eine Rücklaufquote für t1 von 53,6%.

Den Fragebogen t2 erhielten diejenigen Klient:innen, die das Coaching explizit abschlossen. Sie wurden gebeten, ihn ausgefüllt per Post zurück zu schicken oder in zwei möglichen Sekretariaten abzugeben. Der Fragebogen t2 wurde an 98 Klient:innen ausgegeben, von denen 60 ihn wieder einreichten. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 61,2 % für den Fragebogen t2 bzw. 20,3% aller Teilnehmenden.

Ein expliziter Abschluss des Coachings erfolgte dann, wenn seitens der Klient:innen das Resultat des Coachingprozesses als ausreichend für ihre Zielerreichung eingeschätzt wird und gemeinsam mit der Coach ein Abschluss des Prozesses entschieden und vollzogen wird. Die Erfassung von Drop-Outs war im Rahmen des Studiendesigns nicht möglich, da die Studie in den organisatorischen Ablauf der Beratungsstelle integriert wurde. Termine werden nicht selten auch in größeren Abständen vereinbart und gelegentlich aus gesundheitlichen oder Zeitgründen abgesagt. Seitens der Berater:innen wird den Klient:innen signalisiert, dass sie sich auch nach der Bewältigung einer problematischen Situation jederzeit wieder an die Beratungsstelle wenden können. Ein Teil der Klient:innen unterbricht den Prozess entweder zeitweise und kehrt dann bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt des Studiums zurück oder bricht das Coaching endgültig ab. Auch diese Klient:innen könnten zur Einschätzung gelangt sein, dass die bisherigen Resultate des Coachingprozesses für sie zufrieden stellend oder ausreichend sind, treffen die

---

<sup>4</sup> Selbst definiertes soziales Geschlecht.



Entscheidung zum Abschluss des Coachings aber nicht gemeinsam mit der Coach. Sie könnten aber auch unzufrieden mit dem Verlauf des Coachingprozesses sein und aus diesem Grunde das Coaching nicht weiter in Anspruch nehmen. In solchen Fällen konnte kein Fragebogen t2 vergeben werden, da Klient:innen nicht ohne ihre Einwilligung seitens der Coaches kontaktiert werden.

Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte stets außerhalb der Beratungsstelle, um möglichst große Unabhängigkeit zum Beratungsprozess zu erzeugen.

### **3.3.2 Stichprobenbeschreibung**

In die Auswertung flossen die erfassten Daten von 296 Klient:innen bei *MediCoach* ein, die den Fragebogen t1 einreichten. Insgesamt wurde er an 552 Klient:innen ausgehändigt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 53,6%. Der Fragebogen t2 konnte an 98 Klient:innen ausgegeben werden, von denen 60 den Fragebogen einreichten. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 61,2% für diesen Fragebogen. Für die Ermittlung der Effekte konnten nur Fälle ausgewertet werden, von denen beide Fragebögen vorlagen. Somit flossen in die Auswertung der Evaluation zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2 Daten von lediglich 20,3% aller 296 Teilnehmenden ein.

Von den „Responder b<sup>5</sup>“ waren 25% männlich und 75% weiblich, 21,6% hatten Kinder. Das durchschnittliche Alter betrug 26,4 Jahre (SD=6,6) und die Semesterzahl 5,5 (SD=4,6). 51 (85%) waren Studierende der humanmedizinischen Studiengänge (Modellstudiengang, Regelstudiengang und Reformstudiengang), vier (6,6%) studierten Zahnmedizin, zwei (3%) Medizin- und Pflegepädagogik und drei (5%) machten keine Angaben zu ihrem Studiengang.

Um die Relevanz der Ergebnisse der Studie zu erhöhen, wurden die „Responder a<sup>6</sup>“ und „Responder b“ hinsichtlich statistischer Unterschiede verglichen. Es konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

---

<sup>5</sup> Klient:innen des Coachings, die Fragebögen zu den Messzeitpunkten t1 und t2 einreichten.

<sup>6</sup> Klient:innen des Coachings, die den Fragebogen nur zu dem Messzeitpunkten t1 einreichten.

**Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (n=296)**

Variablen	n=60	n=236	p-Wert
	Responder b	Responder a	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Gender	Männlich 15 (25,0)	Männlich 56 (23,7)	0,86
	Weiblich 45 (75,0)	Weiblich 180 (76,3)	
Kinder ja	13 (21,6)	35 (14,8)	0,25
	<i>Mittelwert (SD)</i>	<i>Mittelwert (SD)</i>	
Alter	26,4 (6,6)	26,7 (6,4)	0,70
Semester	5,5 (4,6)	5,2 (4,2)	0,61
PSB zu t1	31,6 (12,4)	30,0 (13,8)	0,50
LSZ-Gesamt zu t1	2,9 (1,0)	3,8 (3,5)	0,08
Subjektive Gesundheit	2,9 (0,7)	2,9 (0,9)	0,90

(Tappert et al., 2020, S.14)

### 3.4 Datenerfassung und Auswertung

Die elektronische Datenerfassung erfolgte mittels einer Microsoft-Access-Datenbank. Die Datensätze wurden anonymisiert und unter einer von den Klient:innen selbst erstellten ID in der Datenbank abgespeichert, sodass keine Rückschlüsse auf die jeweilige Person möglich waren. Im Anschluss an die Datenerhebungen wurden die Datensätze in SPSS eingelesen und auf Vollständigkeit überprüft. Fehlerhafte oder unvollständige Datensätze wurden aus der Studie ausgeschlossen. Zur Auswertung der Daten wurden folgende Analysen durchgeführt:  $\chi^2$ Tests zur Überprüfung binärer Zusammenhänge, Kolmogorov-Smirnov Tests zur Überprüfung der Normalverteilung bei metrischen Variablen, T-Tests zur gruppenspezifischen Ermittlung bei metrischen normalverteilten Variablen unter abhängigen Stichproben sowie Korrelationsanalysen nach Spearman. Darüber hinaus erfolgte die Durchführung von T-Tests bzw. Wilcoxon-Tests zur Ermittlung der Prä-Post-Unterschiede zur Wirksamkeitsanalyse des Coachings. Sämtliche Analysen wurden mit dem Statistikprogramm PASW/SPSS (22.0) vorgenommen. Die grafische Darstellung der Ergebnisse ist mit der Excel-Version Microsoft® Office 2011 umgesetzt worden.

## 4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der bivariaten Auswertungen zur Veränderung der psychosozialen Belastung, der Lebens- und Studienzufriedenheit und der subjektiven Gesundheit der Studienstichprobe zu den zwei Messzeitpunkten t1 und t2 vorgestellt. Nahezu alle analysierten Skalen zeigten signifikante Prä-Post-Unterschiede in den Ergebnissen zur Wirksamkeit des Coachings.

Anschließend werden die Ergebnisse der Bewertung des Coachings durch die Teilnehmer:innen vorgestellt. Die Studie liefert durch die direkte Befragung der Studienteilnehmer:innen eine sehr gute Datenqualität mit wenigen fehlenden Angaben (Missing-Quote im Datensatz 0,3 %).

Die durchschnittliche Sitzungszahl pro Klient:in betrug im gesamten Beobachtungszeitraum im Mittelwert 7,45 (SD=8,4). 68,9% der Klient:innen kamen während eines ihrer ersten fünf Hochschulsemeister zu *MediCoach*. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Semesterzahl und der Stressbelastung zum Zeitpunkt t1 konnte nicht bestätigt werden. Für 14% der zu t1 erfassten 296 Klient:innen wurden eine oder mehrere erneute Inanspruchnahmen des Coachings nach einer Unterbrechung von mindestens sechs Monaten ( $\geq 180$  Tage) festgestellt.

### 4.1 Die Psychosoziale Belastung

Der Vergleich der Summenscores der Psychosozialen Belastung<sup>7</sup> zeigte eine signifikante Veränderung zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2. Der Wert zu Beginn der Intervention belief sich im Mittelwert auf 31,06 (SD=12,43). Zum Abschluss des Coachings wurde ein Mittelwert des Summenscores von 19,6 (SD=10,59) erreicht, der ein statistisch signifikantes Absinken ( $p \leq 0,001$ ) der psychosozialen Belastung anzeigt. 83,3% der Klient:innen verbesserten sich klinisch im Coaching, 3,3% blieben gleich und bei 13,3% erhöhte sich die Belastung (Tappert et al., 2020, S.14).

Der Grenzwert der statistischen Signifikanz (RCI) betrug in der Studienstichprobe nach der Formel  $RCI = 2 \times S_{diff} = 2 \times \sqrt{(2 \times SE^2)} = 2 \times \sqrt{2 \times SD^2 \times (1 - REL)}$  (Sperth, 2016, S.142) einen Wert von 4,57. In der Prä-Post-Differenz ( $x_{1\_t1} - x_{1\_t2} > RCI$ ) überschritten 71,7 % der Klient:innen diesen Wert und belegen damit auch die statistische Signifikanz der Studienergebnisse.

---

<sup>7</sup> Die nachträglich hinzugefügten Items im Fragebogen: „Nebenjob“; „lange Anfahrtswege“ und „hoher Lernaufwand“ und ein unspezifisches Item „Andere Probleme/Beschwerden“ wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

## 4.2 Lebens- und Studienzufriedenheit und Subjektive Gesundheit

Der Gesamtwert für die Lebens- und Studienzufriedenheit erhöhte sich von 2,91 (SD=,45) zum Zeitpunkt t1 auf 3,29 (SD=,38) zu t2 signifikant ( $p=,028$ ). Betrachtet man die Lebenszufriedenheit allein, dann steigt diese von dem Ausgangswert 3,12 (SD=,55) zu t1 auf 3,55 (SD=,50) zu t2 signifikant ( $p<,001$ ). Ebenso signifikant ( $p<,001$ ) ist die Entwicklung des Wertes der Studienzufriedenheit, der sich zu t1 auf 2,78 (SD=,59) belief und auf 3,12 (SD=,58) gesteigert werden konnte. Zu den Einzelbetrachtungen wurde die Gesamtskala in die zwei Bereiche aufgeteilt.

**Tabelle 4: Aufteilung der Variablen zu Studien- und Lebenszufriedenheit**

Studienzufriedenheit	Lebenszufriedenheit
Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit den einzelnen Bereichen in Ihrem Leben?	
1. Studium im Allgemeinen	1. Familie
2. Klima unter den Studierenden	2. Partnerschaft
3. Lehrenden (Professor:innen, Dozent:innen, Tutor:innen)	3. Freundeskreis
4. Didaktik (Vermittlung der Lehrinhalte)	4. Freizeitaktivitäten
5. Lehrinhalten	5. Finanzielle Situation
6. Entwicklungsmöglichkeiten im Studium	
7. Organisation des Studiums	
8. Persönliche Studienleistungen	

Auch die subjektive Gesundheit der Klient:innen verbesserte sich signifikant ( $p<,001$ ) zwischen den zwei Messzeitpunkten. Während der Mittelwert zu t1 noch 2,95 (SD=,72) betrug, wurde er zum Zeitpunkt t2 auf einen Mittelwert von 3,34 (SD=,68) gesteigert. Es konnte eine signifikante negative Korrelation ( $r=,456$ ;  $p<,001$ ) zwischen der Ausprägung der subjektiven Gesundheit und der Stressbelastung für den Zeitpunkt t1 festgestellt werden.

## 4.3 Effektstärken der Intervention

Um die Bedeutsamkeit der Ergebnisse auch auf der Ebene des Individuums zu prüfen, erfolgte als letzter statistischer Schritt die Berechnung der Prä-Post-Effektstärken der Intervention. Diese wurden jeweils für die einzelnen Instrumente (PSB, LSZ und SF-12) einzeln als Mittelwertdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Post-Werte berechnet (Sperth, 2016, S.115). Dabei kamen jeweils der T-Test für verbundene Stichproben und der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben bei nicht parametrischen Verteilungen zum Tragen. Die höchste Effektstärke der Intervention

wurde beim Gesamtbeeinträchtigungsscore der Psychosozialen Belastung erreicht (0,92), die niedrigste bei der subjektiven Gesundheit (0,49). Für alle Skalen lagen die Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich und zeigten signifikante Prä-Post-Unterschiede in den Ergebnissen zur Wirksamkeit des Coachings.

**Tabelle 5: Wirksamkeit des Coachings (Effektstärken) aus Sicht der Responder b**

Instrument	Prä			Post		Wirksamkeit		
	n	MW	SD	MW	SD	MV	ES	Signifikanz
PSB	6	31,0	12,4	19,6	10,5	11,4	,92	$p=,001$
	0	6	3	0	9	6		
Lebenszufriedenheit		3,12	,55	3,55	,50	,43	,78	$p\leq,000$
Studienzufriedenheit	5	2,78	,59	3,12	,58	,34	,58	$p\leq,000$
t	9							
LSZ-Gesamt		2,91	,45	3,29	,39	,38	,84	$p=,028$
SF-12	5	2,95	,73	3,34	,68	,35	,49	$p\leq,000^a$
	9							

ES=Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertdifferenz in Relation zur SD der PräWerte [50] / <sup>a</sup> =

Wilcoxon

MW=Mittelwert / MV= Mittlere Veränderung

(Tappert et al., 2020, S.15)

#### 4.4 Prozess- und Ergebnisevaluation

Die Coachings erreichten insgesamt eine Bewertung von „1,4“ (MW=1,38; SD=,52) auf einer Schulnotenskala von 1 „sehr gut“ bis 5 „ungenügend“.

Für die Auswertung der Prozess- und Ergebnisevaluation wurde die fünfstufige Likert-Skala zugunsten der Ergebnisdarstellung in zwei Kategorien „trifft nicht zu“ (trifft gar nicht zu; trifft wenig zu; trifft mittelmäßig zu) und „trifft zu“ (trifft sehr zu; trifft ziemlich zu) zusammengefasst. Lediglich für die entwickelten Spezifika relevante Items fanden Berücksichtigung in der Auswertung.

**Tabelle 6: Prozess- und Ergebnisevaluation**

Zielvariable	Item	Zustimmung (trifft zu)
Wie ist die Erreichbarkeit des Angebotes?	- Den Kontakt zu MediCoach herzustellen, gestaltete sich einfach.	<b>93,2 %</b>
<b>Zielgruppenspezifika</b>		
Fühlten sich die Klient:innen respektiert und konnten ihre Anliegen offen kommunizieren ohne Stigmatisierung zu befürchten? (Bewertung der Beziehungsqualität)	- Unsere Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.	<b>96,6 %</b>
	- Wir hatten ein vertrauensvolles Verhältnis zueinander.	<b>91,5 %</b>
	- Unsere Beziehung zeichnete sich durch Offenheit aus.	<b>100 %</b>
	- Coach hat mich verstanden.	<b>98,3 %</b>
Wurden die Klient:innen angeregt, ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten gezielt einzusetzen und wurde der Selbstwert erhöht?	Mit Hilfe des Coachings... - ...setze ich meine Fähigkeiten und Fertigkeiten gezielter ein.	<b>78 %</b>
	- ...habe ich mein Selbstwertgefühl gesteigert.	<b>57,6 %</b>
Wie wird die Zufriedenheit mit dem Coaching und seinen Ergebnissen bewertet?	- Mit dem Coachingprozess bin ich zufrieden.	<b>94,6 %</b>
	- Mit dem Coachingergebnis bin ich zufrieden.	<b>94,6 %</b>
	- Mit Hilfe des Coachings konnte ich mich meinen Zielen annähern.	<b>91,5 %</b>
<b>Zufriedenheit</b>		
Konnten die Lebens- und Studienzufriedenheit im gleichbleibenden Studenumfeld erhöht werden?	Mit Hilfe des Coachings... - ...bin ich im Alltag zufriedener geworden.	<b>86,4 %</b>
	- ...bin ich im Studium zufriedener geworden.	<b>64,4 %</b>

<b>Inanspruchnahme/Weiterempfehlung</b>		
Gibt es die Bereitschaft zur erneuten Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung (Beratung, Coaching, Therapie) und zur Weiterempfehlung?	- Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen.	<b>93,2 %</b>
	- Würden Sie das Coaching weiterempfehlen?	<b>100 %</b>

(nach Bachmann et al., 2004)

Die Einflüsse auf die Bereitschaft zur erneuten Inanspruchnahme eines Coachings wurden hinsichtlich bivariater Korrelationen untersucht.

**Tabelle 7: Bivariate Zusammenhänge zur erneuten Inanspruchnahme**

<i>Evaluation der Coachings</i>	<i>„Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen.“</i>		
	<i>Anzahl</i>	<i>Spearman-Rho</i>	<i>Signifikanz</i>
Kontakt herzustellen einfach	59	<b>.312*</b>	.016
Gegenseitige Wertschätzung	58	<b>.263*</b>	.046
Vertrauensvolles Verhältnis	59	.235	.074
Offenheit in der Arbeitsbeziehung	59	.067	.067
Coach hat mich verstanden	58	<b>.339**</b>	.009
Setze meine Fähigkeiten gezielter ein	59	.118	.372
Habe mein Selbstwertgefühl gesteigert	59	.171	.196
Zufriedenheit mit dem Coachingprozess	59	<b>.508***</b>	.000
Zufriedenheit mit dem Coachingergebnis	59	<b>.344**</b>	.008
Im Alltag zufriedener geworden	59	<b>.327*</b>	.011
Im Studium zufriedener geworden	59	.114	.389

\* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\* p < .001

Die Bereitschaft zur erneuten Inanspruchnahme („Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen.“) korrelierte stark mit einer Zufriedenheit mit dem Coachingprozess (Spearman's  $\rho = .508$ ,  $p < .000$ ), während die Zufriedenheit mit dem Coachingergebnis (Spearman's  $\rho = .344$ ,  $p < .008$ ), und die Aussagen „Mein/e Coach hat mich verstanden.“ (Spearman's  $\rho = .339$ ,  $p < .009$ ) und „Den Kontakt herzustellen, gestaltete sich einfach.“ (Spearman's  $\rho = .312$ ,  $p < .016$ ) mittlere Korrelationen aufwiesen. Leichte Korrelationen konnten für die Aussagen „Mit Hilfe des Coachings bin ich im Alltag zufriedener geworden.“ (Spearman's  $\rho = .327$ ,  $p < .011$ ) und „Unsere Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.“ (Spearman's  $\rho = .263$ ,  $p < .046$ ) nachgewiesen werden.

## 5. Diskussion

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse dieser Studie diskutiert und in den Kontext des Standes der einschlägigen Forschung eingebettet. Daran anschließend sollen, ausgehend von der dargestellten Vulnerabilität von Medizinstudierenden, Implikationen für die Praxis herausgearbeitet werden. Ebenso werden weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen aufgeführt und schließlich die Limitationen dieser Studie diskutiert.

### 5.1 Einflüsse auf die Stressbelastung, Zufriedenheit und Gesundheit

Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit der Methodik des gesundheitsfördernden Coachings für stressbelastete Studierende der medizinischen Fakultät. Studierende mit hoher und häufig klinisch behandlungsbedürftiger Stressbelastung, die sich an *MediCoach* wandten, zeigten nach dem Coaching überwiegend signifikant ( $p < ,001$ ) gesunkene Stressbelastungen im Normalbereich (Tappert et al., 2020). Auch die Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) erhöhte sich in der Gesamtbetrachtung ( $p = ,028$ ) und den Einzelbetrachtungen ( $p < ,001$ ) signifikant. Dabei zeigte die Lebenszufriedenheit einen noch deutlicheren Anstieg als die ebenfalls wesentlich gestiegene Studienzufriedenheit. Ebenfalls verbesserte sich die subjektive Gesundheit der Klient:innen signifikant ( $p < ,001$ ) während der Coachings.

Die Klient:innen beendeten das Coaching überwiegend weniger (stress)belastet, zufriedener und gesünder. Dies ist hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Stress und dem Risiko des Ausbrechens depressiver Störungen besonders bedeutsam. Wie vorab gezeigt, sind Medizinstudierende im Verlauf ihres Studiums überdurchschnittlich häufig von depressiven Störungen betroffen. Jurkat et al. (2011, S.649) stellten fest, dass Medizinstudierende, die während ihres Studiums auf gesunde Strategien zur Bewältigung von Studienstress zurückgriffen, weniger unter depressiven Symptomatiken litten. Ein gesundheitsförderndes Coachingangebot in der medizinischen Fakultät kann einen präventiven Beitrag zur Reduzierung dieser hohen Prävalenzen von Depressionen leisten. Kötter und Niebuhr (2016) empfehlen, Coaching auch punktuell in belastenden Situationen wie der Vorprüfungsphase einzusetzen. Die Proband:innen an der medizinischen Fakultät der Universität Lübeck zeigten signifikant erhöhte Ausprägungen von Angst und Depression, sowie eine signifikant schlechtere subjektive Gesundheit je näher der Prüfungszeitpunkt rückte (Kötter & Niebuhr, 2016). Ein Kurzzeitcoaching im Einzel- und Gruppensetting konnte einen leichten, aber doch signifikanten Effekt auf das prüfungsbezogene Stressniveau



der Studierenden belegen (ebd.). Schneider et al. (2014) untersuchten in einer qualitativen Pilotstudie den Einfluss von individuell zugeschnitten, gesundheitsfördernden Coachings auf das Stresserleben und die Resilienz von US-amerikanischen Ärzt:innen mit Burn-Out-Symptomen. Es wurde festgestellt, dass Coaching dazu beigetragen hatte, Hindernisse für einen fürsorglichen Umgang der Ärzt:innen mit sich selbst abzubauen. Namentlich die verbesserten Fähigkeiten zur Abgrenzung, Prioritätensetzung sowie zur Selbstfürsorge und der Formulierung realistischer Ansprüche an sich selbst wurden dort mit der erhöhten Stressresilienz und einer erhöhten Qualität in der Patient:innenversorgung in Verbindung gebracht (Schneider, 2014, S.375). Auch eine australische Studie (Gardiner et al., 2013), die den Einfluss von Work-Life-Balance-Coachings auf die Stressbelastung von niedergelassenen Ärzt:innen im ländlichen Raum untersuchte, konnte hinsichtlich der Stressniveaus signifikante Senkungen berichten (ebd., S.186). Palamara et al. (2015) evaluierten ein Coachingprogramm, das Absolvent:innen einer medizinischen Fakultät im ersten Jahr der Facharztausbildung begleitete. Dazu wurden Dozent:innen der medizinischen Fakultät für zwei Stunden in der Anwendung von Coachingmethoden der Positiven Psychologie geschult und trafen sich dann vierteljährlich über ein Jahr mit ihren Coachees. Die Teilnahme an einem solchen Programm wurde von den Proband:innen positiv bewertet, eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der gemessenen emotionalen Erschöpfung konnte jedoch nicht berichtet werden (Palamara et al., 2015, S. 634). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass in der Auswahl der in solchen Programmen eingesetzten Coaches Anforderungen an professionelle Ausbildungen eingehalten werden sollten. Coaching als Beratungsformat mit gesunder Klientel (hauptsächlich im beruflichen Kontext) wurde international ab den 1980er Jahren und in Deutschland seit den 1990er Jahren zunehmend professionalisiert. Aktuell wird die Einführung von einheitlichen Qualitätsstandards in der Ausbildung von Coaches in Deutschland diskutiert (Rauen, 2018). Eine Angleichung fachlicher Standards im Coaching scheint auch für die weitere Erforschung möglicher Einsatzfelder in der medizinischen Ausbildung wünschenswert. Ebenso hilfreich wäre die Entwicklung von vereinheitlichten Evaluationsinstrumenten, die dem Format, also der psychosozialen Arbeit mit Klientel im nichtpathologischen Bereich, methodisch Rechnung tragen.

## **5.2 Ergebnisse des Coachings und Prozessqualität**

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass 78% der Klient:innen mit Hilfe des Coachings ihre Kenntnisse und Fähigkeiten gezielter einsetzten und insofern die Möglichkeit

haben, stärker steuernd Einfluss auf ihre Lebenssituation zu nehmen. Das Coaching unterstützte 56,4 % der Befragten dabei, ihren Selbstwert zu erhöhen.

Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und ein stabiler Selbstwert haben einen deutlichen Einfluss auf das Stresserleben (Lazarus, 1966). Mit einem gesunden Repertoire an individuellen Stress-Coping-Fähigkeiten können auch sehr fordernde Situationen im Studium und Leben ohne eine starke Stressbelastung bewältigt werden. Die so erreichte Reduktion von Stressbelastung kann ebenfalls einen Beitrag zur Prävention depressiver Störungen leisten.

Auch die Angaben, dass 86,4% der Befragten zu t2 im Alltag und 64,4% im Studium zufriedener als vor dem Coaching waren, deuten auf die Wirksamkeit der Intervention hin und decken sich mit den im vorhergehenden Abschnitt diskutierten Resultaten.

Der Aussage „Unsere Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.“ gaben 96,6% der Klient:innen von *MediCoach* ihre Zustimmung, über 90% beschrieben das Verhältnis von Coach und Klient:in als vertrauensvoll, und für 100% zeichnete sich die Arbeitsbeziehung durch Offenheit aus. Von den Klient:innen, die ein Coaching bei *MediCoach* abschlossen, gaben 94,6% eine hohe Zufriedenheit mit dem Coachingprozess und dessen Ergebnissen an. Auch die Kontaktaufnahme wurde als einfach beschrieben (93,2%).

Die Einschätzungen zur Prozessqualität und den Ergebnissen zeigen deutlich, dass die Klient:innen mit dem Coaching bei *MediCoach* eine positive Erfahrung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung verbinden. Sie fühlten sich wertgeschätzt, konnten Vertrauen entwickeln und offen kommunizieren. Und sie konnten die Prozesse erfolgreich abschließen. Indem das Coaching zielgruppenspezifische Charakteristika konzeptionell berücksichtigte, konnten die Befürchtungen der Studierenden hinsichtlich des Aufsuchens eines psychosozialen Angebotes (wie Coaching, psychologische Beratung oder Therapie) aufgenommen und entschärft werden. Wenn das Aufsuchen von Hilfsangeboten im Falle einer psychischen Belastung als Ausdruck verantwortungsbewussten Handelns wertgeschätzt wird, bekommt es für die Klient:innen eine andere, entlastende Bedeutung. So wird in ihrer Wahrnehmung aus der vermeintlichen Schwäche (des Eingestehens) psychischer Belastungen eine Möglichkeit der Sicherung eigener professioneller Qualität.

Ebenso wird im Coaching das Erleben der eigenen Betroffenheit von einer Krise, die äußere Hilfe notwendig macht als eine Möglichkeit befunden, sich empathisch in die Situation der zukünftigen Patient:innen einzufühlen. Damit wird das Aufsuchen eines psychosozialen Angebotes zu einem Teil der beruflichen Qualifizierung aufgewertet und normalisiert.

Ebenso kann die gemeinsame, gleichberechtigte, beinahe kollegiale „Arbeit am präsentierten Problem“ von Klient:in und Coach, die dem systemischen Coaching immanent ist, als Ausdruck von Wertschätzung erlebt werden. Das Coaching ist ein gemeinsames Entwickeln, Ausprobieren, gegebenenfalls Verwerfen und Weitersuchen von Lösungen<sup>8</sup>. Es wird so zu einem gemeinschaftlichen Projekt von Klient:in und Coach, was die Prozessqualität hinsichtlich der Offenheit und gegenseitigen Wertschätzung positiv beeinflussen kann.

Psychosoziale Maßnahmen wie dieses zielgruppenspezifische, gesundheitsfördernde Coaching für Medizinstudierende können einen Beitrag zu einer Neubewertung von psychosozialen Interventionen leisten und ggf. auch die zukünftige Inanspruchnahme seitens studentischer, aber auch ärztlicher Klient:innen beeinflussen, wie im Folgenden gezeigt werden soll.

### **5.3 Weiterempfehlung und Inanspruchnahme**

Verschiedene Studien belegen (Brimstone et al., 2007; Chew Graham et al., 2003; Guille et al., 2010), dass Studierende medizinischer Fakultäten psychosoziale Hilfsangebote häufig unter anderem aufgrund der Befürchtung nicht aufsuchen, in ihrem universitären Umfeld stigmatisiert zu werden. Die hier berichtete 100%ige Weiterempfehlungsrate zeigt, dass Klient:innen nach einem Coaching bereit sind, darüber zu sprechen, ein psychosoziales Behandlungsformat in Anspruch genommen zu haben sowie diese Erfahrung an Kommiliton:innen und weitere (professionelle) Peers weitergeben zu wollen. Es kann demzufolge angenommen werden, dass die Studierenden das Aufsuchen und Weiterempfehlen eines Coachings als nicht diskreditierend empfinden. Dies könnte in der positiven Erfahrung begründet sein, die sie als Klient:innen im Coaching erlebten. Es könnte auch im Image von Coaching als angesehener Beratungsmethode im Arbeitskontext begründet sein (Kauffeld & Gessnitzer, 2018). Auch aus diesem Grunde empfiehlt sich gesundheitsförderndes Coaching als spezifisches Beratungsformat für die Zielgruppe der Medizinstudierenden.

Fast alle Klient:innen (93,2%) gaben an, dass sie erneut ein Coaching in Anspruch nehmen würden, wobei eine hohe Bereitschaft insbesondere mit einem zufriedenstellenden Coachingprozess einhergeht. Das zentrale Moment im Coaching ist die kooperative Gestaltung von zielorientierten Veränderungsprozessen (Rauen, 2018). Dabei kann die hohe Leistungsorientierung dieser Zielgruppe zugleich einer

---

<sup>8</sup> Eine Ausnahme bilden hier kurze psychoedukative Exkurse bei Bedarf.

selbstfürsorglichen, gesundheitsfördernden Lebens- und Studiumsgestaltung zugute kommen.

Als weitere Einflussgrößen auf die Bereitschaft wurden hier auch das Gefühl, von der Coach verstanden zu werden und eine gegenseitige Wertschätzung gefunden. Das bestätigt die große Bedeutung der Beziehungsebene im Coaching, wie in anderen psychosozialen Beratungs- und Therapieformaten.

Ebenso wichtig waren den Klient:innen die Ergebnisse beziehungsweise das Erreichen ihrer Ziele im Coaching. Bemerkenswert ist hierbei, dass die erreichte größere Zufriedenheit im Alltag für die Studierenden einen höheren Stellenwert einnimmt als die Studienzufriedenheit. Das Coaching fördert explizit eine ausgewogene Work/Study-Life-Balance, um die Stressresilienz der Klient:innen zu erhöhen. Dies könnte sich in dieser Gewichtung widerspiegeln. Dazu gehört ebenfalls die Bereitschaft, sich einen Hilfebedarf einzugestehen und diese Hilfe dann in Anspruch zu nehmen. Dies bestätigt auch ein in der Planung nicht intendiertes Outcome dieser Studie. 14% aller „Responder a“ pausierten im Coachingprozess bzw. schlossen ihn explizit ab und kehrten nach einem halben Jahr oder länger mit erneutem Bedarf zu *MediCoach* zurück. Diese Klient:innen zeigten das Muster, bei Bedarf psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies deutet auf einen mit dem Coaching ausdrücklich angestrebten Effekt. Die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote sollte für die Zielgruppe im Bedarfsfall normalisiert werden. Wie vorab beschrieben, tendieren Ärzt:innen und auch Medizinstudierende dazu, im Falle eigener Erkrankungen oder Belastungen seltener professionelle Hilfen aufzusuchen oder anzunehmen. Dies gilt als einer der Gründe für die belastete gesundheitliche Situation von Ärzt:innen. Wenn schon in der medizinischen Fakultät die Erfahrung einer hilfreichen psychosozialen Hilfe gemacht werden kann, ist es wahrscheinlich, dass auch im späteren (Berufs)Leben wieder auf ein solches Angebot zugegriffen wird. Guille et al. (2010, S.212) fanden heraus, dass Assistenzärzt:innen mit einer psychologischen Behandlung in der Vorgeschichte sich eher erneut in Therapie begaben als unbehandelte. Das deckt sich auch mit den praktischen Erfahrungen der Coaches bei *MediCoach*. Nicht selten bitten ehemalige Klient:innen, die schon als Ärzt:innen arbeiten, um ein erneutes Coaching oder die Vermittlung in Therapien oder externe Coachings.

## **5.4 Zusammenfassung der Diskussion und Schlussfolgerungen**

Die Studienergebnisse zeigen, dass es mit dem zielgruppenspezifischen Coaching, gelang, ein psychosoziales Angebot an der medizinischen Fakultät für die Studierenden annehmbar und wirksam zu gestalten. Mit Hilfe der Coachings konnte

die psychische Belastung der Klient:innen deutlich gesenkt werden, die subjektive Gesundheit, die Studien- und Lebenszufriedenheit erhöhten sich im gleichen Zeitraum. Damit empfiehlt sich dieses psychosoziale Beratungsformat für die Gesundheitsförderung von Studierenden an medizinischen Fakultäten. Yu et al. (2015) belegen in ihrer Studie zu den Zusammenhängen zwischen den gesundheitsbezogenen Lebensstilen von Medizinstudierenden und ihren Einstellungen zu präventiven Gesundheitsberatungen in der medizinischen Praxis, dass gesündere Studierende auch positivere Einstellungen zu Prävention haben. Wenn es gelingt, den Studierenden genau ihre Expertise, nämlich theoretisches und praktisches Wissen zur Heilung von Krankheiten und Gesundheitsförderung für sich selbst zugänglich zu machen, erlangen die im Coaching erzielten Ergebnisse eine Nachhaltigkeit, die sogar über den unmittelbaren Nutzen für die eigene Gesundheit hinausgehen kann. Wie Yu et al. (2015, S.6) weiter ausführen, werden präventive Beratungen durch gesunde Ärzt:innen von Patient:innen eher angenommen und umgesetzt. Bei Ärzt:innen mit depressiven Störungen treten hingegen signifikant häufiger Behandlungsfehler auf (Fahrenkopf et al., 2008; Kötter et al., 2014). Das heißt, die Gesundheitsvorsorge von Medizinstudierenden kann die Qualität ihres zukünftigen beruflichen Handelns bedingen. Yu et al. (2015) regen auch deshalb einen stärkeren Fokus auf präventive Maßnahmen im Medizinstudium an. Themen wie Selbst- und Gesundheitsfürsorge im Arztberuf sowie das Erkennen von psychischen Belastungen bei Kommiliton:innen und Kolleg:innen und adäquate Unterstützungsstrategien sollten in das Curriculum integriert werden (Dyrbye, 2020; Jurkat et al., 2011).

Das Konzept von *MediCoach* verbindet Aspekte von Verhaltens- und Verhältnisprävention mit einem deutlichen Fokus auf Maßnahmen der Verhaltensprävention. Der Großteil aller bekannten Maßnahmen zur Reduzierung der Stressbelastung von Studierenden medizinischer Fakultäten konzentriert sich ebenfalls auf die individuelle Situation und Verhaltensmodifikationen der Studierenden. Jedoch reproduziert sich die beschriebene Problematik der starken Stressbelastung während des Studiums immer wieder (Kötter et al., 2019). Präventive Angebote in medizinischen Fakultäten sollten deshalb ihren Fokus nicht ausschließlich auf die Modifikation des individuellen Verhaltens Studierender legen, sondern auch Umfeldfaktoren der Ausbildung einbeziehen (Dyrbye et al., 2020; Voltmer et al., 2012; Voigt, 2017). Beispielsweise müsste der Stigmatisierung von psychischen Belastungen und Erkrankungen sowohl unter Medizinstudierenden als auch unter Ärzt:innen entgegengewirkt werden (Reismann, 2020). Hillis et al. (2010) empfehlen, die Studierenden über die Verbreitung von psychischen Belastungen und Erkrankungen unter Ärzt:innen realistisch aufzuklären. Ferner sei offensiv gegen die unter

Medizinstudierenden verbreitete Annahme vorzugehen, dass es Zusammenhänge zwischen unzureichender akademischer Performance und der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen gäbe (ebd.).

Kötter & Niebuhr (2016) zeigen den signifikant negativen Einfluss von Prüfungsstress auf die gesundheitliche Situation der Studierenden. Sie regen für das Medizinstudium sowohl eine Reduzierung der Prüfungen als auch die Optimierung der Prüfungsdesigns zur Verringerung der inhärenten Stresspotentiale an (ebd., S.500).

Die hohen Prävalenzen von Präsentismus unter Medizinstudierenden (>30%) legen curriculare Interventionen hinsichtlich der Präsenzplicht nahe (Voigt, 2017). In den medizinischen Fakultäten in Greifswald und Aachen etwa können Studierende in einem Semester des klinischen Abschnittes frei verfügen, ob sie dies zum Beispiel für Famulaturen, die Dissertation oder Auslandsaufenthalte nutzen (Gebauer, 2013). Weitere Maßnahmen könnten beispielsweise aus den Erfahrungen von alternativen Lehrformaten während der Lockdowns und Kontaktbeschränkungen in der Coronakrise seit dem Jahr 2020 abgeleitet werden.

Wie vorab gezeigt, lernen Medizinstudierende auch von ihren überlasteten ärztlichen Vorbildern in der Fakultät und im Klinikalltag. Mediziner:innen brauchen entsprechende psychosoziale Hilfsangebote zur Verbesserung ihrer eigenen Arbeits- und Lebenssituation und um neben der fachlichen Expertise auch auf dieser Ebene ein gutes Rollenmodell für ihren beruflichen Nachwuchs sein zu können (Ripp et al., 2017). Mit dem psychosozialen Versorgungsnetz an der Charité-Universitätsmedizin Berlin etwa wird ein Schritt in diese Richtung gegangen. Seit Beginn der Coronakrise bietet ein Team aus Sozialarbeiter:innen, Seelsorger:innen, Psychotherapeut:innen, Pflegenden und Ärzt:innen direkt auf den Stationen psychosoziale Unterstützung für die Mitarbeiter:innen an.

Vielfältige präventive Maßnahmen an medizinischen Fakultäten sind denkbar und möglich und sollten in einem engen Austausch der medizinischen Fakultäten (weiter)entwickelt werden. Eine adäquate psychosoziale Versorgung der Studierenden, wie das zielgruppenspezifische Coaching, ist Teil einer solchen präventiven Strategie. Es kann im Einklang mit weiteren präventiven Angeboten dazu beitragen, dass diese Studierenden gesünder durch ihr Studium gehen.

## **5.5 Abgeleitete Forschungsdesiderate**

Aus der vorliegenden Studie ergeben sich vielfältige weiterführende Forschungsinteressen. Ein Forschungsdesiderat wäre eine Follow-up-Studie mit berufstätigen ehemaligen Klient:innen von *MediCoach* zur Untersuchung des langfristigen

Nachfrageverhaltens psychosozialer Angebote sowie der Nachhaltigkeit von Stress-Copingstrategien, um langfristige Wirkungen des Coachings prüfen zu können.

Wünschenswert wäre auch die Entwicklung und Implementierung von praktikablen Coachingkonzepten zur Gesundheitsförderung von berufstätigen Mediziner:innen.

Ebenso wichtig sind die Entwicklung und Testung von verhältnispräventiven Gesundheitskonzepten an medizinischen Fakultäten.

Nicht zuletzt wäre die Entwicklung von weiteren validierten Evaluationstools für Coachingprozesse an medizinischen Fakultäten beziehungsweise an Universitäten generell notwendig, um vorhandene Angebote hinsichtlich ihrer Wirksamkeit vergleichen zu können.

## **5.6 Limitationen**

Die vorliegende Studie ist die erste wissenschaftliche Evaluation eines Coaching-Angebotes an einer deutschen medizinischen Fakultät. Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung einiger Limitationen zu betrachten. Problematisch gestaltete sich insbesondere der Rücklauf der Fragebögen.

Zum Zeitpunkt t0 wurden 552 Fragebögen für t1 ausgegeben, von denen 296 (53,6%) eingereicht wurden. Eine höhere Rücklaufquote zu t1 konnte vermutlich nicht erreicht werden, da der Fragebogen in der ersten Coachingsitzung ausgegeben wurde. Klient:innen waren möglicherweise anschließend mit ihren bearbeiteten Themen vom Ausfüllen des Fragebogens abgelenkt. Weiterhin ist die Klientel des Coachings sehr stressbelastet, was auch einen Einfluss auf das Ausfüllen der Fragebögen gehabt haben kann. Möglicherweise hatten einige Klient:innen auch Bedenken hinsichtlich des Schutzes ihrer persönlichen Daten.

Eine große Zahl der Coachings wurde nicht mit einer Abschlusssitzung beendet, was im Coaching nicht ungewöhnlich ist. Da jede einzelne Coachingstunde einen in sich geschlossenen Prozess darstellt, ist ein seitens der Klient:innen entschiedener Abschluss des Prozesses auch nach jeder einzelnen Stunde möglich. Aufgrund der Einbettung der Studie in die Arbeit der Beratungsstelle wurden Klient:innen, die sich nach einem abgesagten Termin nicht wieder gemeldet haben, auch nicht seitens der Beraterinnen kontaktiert. Dies hätte eine Einschränkung der autonomen Entscheidungen der Klient:innen bedeutet. Häufig wird auch nach dem Erreichen von Zwischenzielen eine langfristige Verlaufskontrolle vereinbart, was einem schrittweisen Beenden des Beratungsprozesses entspricht. Ebenso verabschiedeten sich Klient:innen zwischenzeitlich mit der Absprache, sich im Bedarfsfall wieder melden zu können. In diesen Fällen konnte das Coaching nicht abgeschlossen werden.

Deshalb wurden nur 96 Fragebögen zu t2 (33,1% aller Teilnehmenden) ausgegeben. In 38 Fällen (12,8% der Studien-Teilnehmenden) gab es trotz Einreichens des ersten Fragebogens zu t1 keine Einreichung des Fragebogens nach Abschluss des Coachings zu t2. Insgesamt konnten so lediglich die Daten von 60 Klient:innen, die t1 und t2 eingereicht hatten (Responder b), also 20,3 % der Teilnehmenden an der Evaluationsstudie, ausgewertet werden.

Der Fragebogen musste per Post zurückgeschickt oder in Sekretariaten eingereicht werden - eine mögliche Hürde. Ein fehlendes Abschlussfeedback könnte aber auch an einer Unzufriedenheit mit dem Coaching liegen. Insofern könnte bei der Ergebnisbetrachtung von einem Bias zufriedener Klient:innen ausgegangen werden. In einer Folgestudie sollte die Erfragung von Wirkungen unabhängiger vom Coachingprozess stattfinden. Denkbar wäre ein elektronischer Fragebogen, der Abfragen zu verschiedenen Zeitpunkten vor und während der Prozesse, sowie Follow-ups in Jahresabständen ermöglicht.

Eine weitere Einschränkung ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Da das Studiendesign an die konkrete Arbeit der Beratungsstelle angebunden war, schien die Einrichtung einer Kontrollgruppe ethisch nicht vertretbar. Das Coaching wird stark an den Bedürfnissen der Klient:innen ausgerichtet; es wäre nicht absehbar gewesen, wie lange anfragende Klient:innen in der Wartekontrollgruppe hätten verweilen müssen. Schließlich wurden im Fragebogen t1 eigene Befürchtungen hinsichtlich der Inanspruchnahme des Coachings nicht erfragt, um den Coachingprozess nicht negativ zu beeinflussen. Die Gründe von Medizinstudierenden, psychosoziale Hilfen nicht in Anspruch zu nehmen, wurden deshalb aus bereits vorliegenden Forschungsstudien abgeleitet.



## 6. Literaturverzeichnis

Ahmed, I., Banu, H., Al-Fageer, R. & Al-Suweidi, R. (2009). Cognitive emotions: Depression and anxiety in medical students and staff. *Journal of Critical Care*, 24, e1-e18

Angerer, P., Petru, R., Wigl, M. & Glaser, J. (2010). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. In F. W. Schwartz & P. Angerer, (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 175-184), Köln: Deutscher Ärzte Verlag

Aster-Schenk, I.U., Schuler, M., Fischer, M.R. & Neuderth, S. (2010). Psychosocial resources and bournout risk factors in medical school: A cross-sectional study and analysis of needs for preventive curricular interventions. *GMS Z Med Ausbild.* 27(4):Doc 61. Abgerufen am 12.12.2020, von <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2010-27/zma000698.shtml>

Beschoner, P., Limbrecht-Ecklundt, K. & Jerg-Bretzke, L. (2019). Psychische Gesundheit von Ärzten Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. *Nervenarzt*, 90, 961–974

Bachmann, T., Jansen, A. & Mäthner, E. (2004). Abgerufen am 12.12.2020, Von [https://www.coaching-tools.de/fileadmin/tools/media/Freie\\_Tools/coaching-tool-bachmann-check-the-coach.pdf](https://www.coaching-tools.de/fileadmin/tools/media/Freie_Tools/coaching-tool-bachmann-check-the-coach.pdf)

Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (2014). Abgerufen am 2.2.2021, Von [https://www.aerztekammerberlin.de/10arzt/30\\_Berufsrecht/06\\_Rechtsgrundlagen/30\\_Berufsrecht/Berufsordnung.pdf](https://www.aerztekammerberlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/06_Rechtsgrundlagen/30_Berufsrecht/Berufsordnung.pdf)

Bianchi, E.F., Bhattacharyya, M. R. & Meakin, R. (2016). Exploring senior doctors' beliefs and attitudes regarding mental illness within the medical profession: a qualitative study. *BMJ Open* 6(9): e012598. Abgerufen am 19.07.2017, Von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27638497/>

Boehm, S. & Tappert, S. (2016). MediCoach - Systemisches Studiencoaching an der Charité Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, 11 (2), 34-39

Brimstone, R., Thistlewaite, J.E. & Quirk F. (2007). Behaviour of medical students in seeking mental and psychological health care: exploration and comparison with psychology students. *Medical Education*, 41, 74-83

de Bruin, A., Picavet, H.S.J. & Nossikov A. (Hrsg.). (1996). *Health interview surveys: towards harmonization of methods and instruments*. WHO Regional Publications. European Series No. 58, WHO, Copenhagen

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C. & Klaghofer, R. (2009). Angst und Depressionen bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse eine Schweizer Longitudinalstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 37-50.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2019). *Psychotherapeutengesetz*, Abgerufen am 19.2.2021, Von [https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg\\_2020/BJNR160410019.html](https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html)

Bullinger, M., Morfeld, M. (2004). Der Health Survey SF-36/SF-12: Darstellung und aktuelle Entwicklungen. In: C. Maurischat, M. Morfeld, Th. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/ SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 15-27). Lengerich, Pabst Verlag,

Burkart, G. (1983). Zur Mikroanalyse universitärer Sozialisation im Medizinstudium: Eine Anwendung der Methode der objektiv-hermeneutischen Textinterpretation. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 12, Heft 1, 24-48

Bücken, J. K. (2016). Vorbilder und prägende Personen im Medizinstudium, (Dissertation), Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen, Göttingen.

Chew-Graham, C.A., Rogers, A. & Yassin, N. (2003). "I wouldn't want it on my CV or their records": medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37, 873-880

Dahl, C. (2018). Ein Plädoyer für mehr Selbstfürsorge Über den präventiven Nutzen der Selbstfürsorge am Beispiel psychosozialer Fachkräfte. *Präv Gesundheitsf*, 13, 131-137

Davidson, S.K. & Schattner, P.L. (2003). Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *MJA*, Vol 179, 302–305

Dettmer, S. & Kuhlmei, A. (2010). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten*, S. 103-116, Köln: Deutscher Ärzte Verlag

Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Harper, W., Massie, F.S., Power, D.V., Eacker, A., Szydlo, D.W., Novotny, P.J., Sloan, J.A. & Shanafelt, T.D. (2009). The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Med Educ.* 43, 274–282

Dyrbye, L.N., Power, D.V., Massie, F.S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M.R., Szydlo, D.W., Sloan, J.A. & Shanafelt, T.D. (2011). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ.* 44, 1016-1026

Dyrbye, L.N., Lipscomb, W. & Thibault, G. (2020). Redesigning the Learning Environment to Promote Learner Well-Being and Professional Development. *Academic Medicine*, 95 (5), 674 - 678

Eberwein, S. (2009). *Humanistische Psychotherapie Quellen, Theorien und Techniken*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Ertelt, B. J. & Schulz, W. E. (2008). *Handbuch Beratungskompetenz*, Leonberg: Rosenberger Fachverlag

Fahrenkopf, A.M., Sectish, T.C., Barger, L.K., Sharek, P.J., Lewin, D., Chiang, V.W., Edwards, S., Wiedermann, B.J. & Landrigan, C.P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *Br Med J*, 366(7642), 488–491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>

Gardiner, M., Kearns, H. & Tiggemann, M. (2013). Effectiveness of cognitive behavioural coaching in improving the well-being and retention of rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*, 21, 183-189

Gaufberg, E.H., Batalden, M., Sands, R. & Bell, S. K. (2010). The Hidden Curriculum: What Can We Learn From Third-Year Medical Student Narrative Reflections?. *Academic Medicine*, 85 (11), 1709-1716

Gaum, P.M., Darwig, J. & Lang, J. (2021). Eine Längsschnittstudie zur Kausalität zwischen Belastung im Studium, Depressivität und kognitivem Neuroenhancement bei Medizinstudierenden in NRW. *Zeitschrift für medizinische Prävention*, Abgerufen am 2.3.2021, Von <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/eine-laengsschnittstudie-zur-kausalityaet-zwischen-belastung-im-studium-depressivitaet>.

Gebauer, L. (2013). *Aktuelle nationale und internationale Angebote zur Stressbewältigung für Medizinstudierende* (Dissertation). Fachbereich Medizin der Justus Liebig Universität, Gießen, Abgerufen am 10.2.2021, Von <https://core.ac.uk/download/pdf/56350702.pdf>

Givens J.L., Tjia J. (2002). Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine*, 77, 918–921

Gläser, A. (2009). *Medizinstudierende und ihre Belastungen im Rahmen des Studiums. Empirische Untersuchungen im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt* (Dissertation). Hohe Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Abgerufen am 12.08.2015, Von <http://d-nb.info/996574972/34>

Guille, C., Speller, H., Laff, R., Epperson, C.N. & Sen, S. (2010). Utilization and Barriers to Mental Health Services Among Depressed Medical Interns: A Prospective Multisite Study. *J Grad Med Educ*, 2(2), 210–214

Guthrie, E. A., Black, D., Shaw, C. M., Hamilton, J., Creed, F. H. & Tomeson, B. (1995). Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Medical Education*, 29, 337-341.

Hapke, U., Cohrdes, C., Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich –Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4), 62–70.

Henning, K., Ey, S. & Shaw, D. (1998). Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education*, 32, 456-464

Henning, L., Strack, M., Boos, M. & Reich, G. (2017). Soziale Unterstützung und psychisches Befinden von Studierenden, *Psychotherapeut*, 62, 431-435

Hillis, J.M., Perry, W.R., Carroll, E.Y., Hibbles, B.A., Davies, M.J. & Yousef, J. (2010). Painting the picture: Australasian medical student views on wellbeing teaching and support services. *Med J Aust*, 192(4), 188-190

Holm-Hadulla, R. M. & Soeder, U. (1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47(12), 419-425.

Holm-Hadulla, R. (2002). Coaching. *Psychotherapeut*, 47, 241–248

Holm-Hadulla, R., Hofmann, F.H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut*, 1-10

Hooper, C., Meakin, R. & Jones, M. (2005). Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Medical Education*, 39, 588-593

Hope, V. & Henderson, M. (2014). Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Medical Education*, 48, 963-979

Isserstedt, W., Middendorf, E., Fabian, G. & Wolter, A. (2007). Die wirtschaftliche und soziale Lage von Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. *Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationen-System*, Abgerufen am 24.05.2011, von [http://www.sozialerhebung.de/download/18/Soz18\\_Hauptbericht\\_internet.pdf](http://www.sozialerhebung.de/download/18/Soz18_Hauptbericht_internet.pdf)

Iqbal, S., Gupta, S. & Venkatarao, E. (2015). Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *The Indian Journal of Medical Research*, 141 (3), 354-357

Jacob, R., Li, T., Burren, A., Watson, P., Kant, R., Davies, R. & Wood, D.F. (2020). Taking care of our future doctors: a service evaluation of a medical student mental health service. *BMC Medical Education*, Abgerufen am 2.3.2021, Von <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02075-8>

Jurkat H.B. & Reimer C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1745-1750.

Jurkat H.B., Richter L., Cramer M., Vetter A., Bedau S., Leweke F., Milch W. (2011). Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. *Nervenarzt*, 82, 646 - 652

Kauffeld, S. & Gessnitzer, S. (2018). *Coaching: Wissenschaftliche Grundlagen und Praktische Anwendung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Kendler, K.S., Thornthorn, L.M. & Prescott, L. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression, *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-41

Klier S. (2009). *Lebensqualität von Medizinstudenten. Eine Studie zur Arbeitsbelastung, Gesundheit und der Bedeutung partnerschaftlicher Beziehungen im Medizinstudium* (Inauguraldissertation). Universitätsklinikum, Justus Liebig Universität, Gießen

Kötter, T., Tautphäus, Y., Obst, K. U., Voltmer, E. & Scherer, M. (2016). Health-promoting factors in the freshman year of medical school: a longitudinal study. *Medical education*, 50 (6), p.646-656

Kötter, T. & Niebuhr, F. (2016). Resource-oriented coaching for reduction of examination-related stress in medical students: an exploratory randomised controlled trial. *Adv Med Educ Pract*, 22 (7), 497–504.

Kötter, T., Obst, K. & Voltmer, E. (2017). Präsentismus bei Medizinstudierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12, 241-247

Kötter, T., Fuchs, S., Heise, M., Riemenschneider, H., Sanftenberg, L., Vajda, C. & Voigt, K. (2019). What keeps medical students healthy and well? A systematic review of observational studies on protective factors for health and well-being during medical education. *BMC Medical Education*, 19: 94, Abgerufen am 12.2.2021, Von <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1532-z>

Kohls, N., Büssing, A., Sauer, S., Rieß, J., Ott, U., Ulrich, C. & Jurkat, H. (2012). Psychische Belastungen Medizinstudierender in München und Witten/Herdecke – ein Vergleich. *Z Psychosom Med Psychother*, 58, 409-416

Koutsoukou-Argyragi, A., Bertolino, A., Kreß, V., Hofmann, F.H., Sperth, M. & Holm-Hadulla R.M. (2018). Veränderungen von Kohärenzgefühl, Symptombelastung und Lebens- sowie Studienzufriedenheit im Verlauf psychosozialer Beratungen. *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie*, 68(2), 66-74

Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W., & Tausch, A. (1996). Untersuchung mit einer deutschen Form der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.

Kurth, R.A., Klier, S., Pokorny, .D, Jurkat, H.B. & Reimer, C. (2007). Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudierenden. *Psychotherapeut*, 52, 355-361

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill

Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385

Lovell, B. (2018). What do we know about coaching in medical education? A literature review, *Medical Education*, 52, 376-390

Lupien, S.J., Mc Ewen, B.S., Gunnar, M.R. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 10 (6), 434-445

Menon, V., Sarkar, S. & Kumar, S. (2015). Barriers to healthcare seeking among medical students: a cross sectional study from South India. *Postgrad Med J*, 91, 477-482

Mette, J., König, S. & Steinke, B. (2018). Healthy Campus – Hochschule der Zukunft, Abgerufen am 10.2.2021, Von <https://www.vr-elibrary.de/doi/epdf/10.14220/9783737008938.23>

Oppenheimer, K., Miller, M. & Forney, P. (1987). Effect of history of psychological counseling on selection of applicants for residencies. *Journal of Medical Education*, 62, 504-508.

Palamara, K., Kauffman, C., Stone, V.E., Bazari, H. & Donelan, K. (2015). Promoting success: a professional development coaching programme for interns in medicine. *J Grad Med Educ*, 7 (4), 630–7.

Pfammatter, M., Junghahn, U.M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie* 17, 17-31

Rauen, C. (2018). *Qualität von Coaching-Weiterbildungen – Konstruktion und Güteprüfung eines Messmodells*. Dissertation, Universität Osnabrück.

Rauen, C. Definition Coaching (2021). Abgerufen am 14.11.2020, Von <https://www.coaching-report.de/definition-coaching.html>

Rechtien, W. (2019). Definition Beratung, psychologische, Abgerufen am 19.2.2021, Von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/beratung-psychologische>

Reimer, C., Trinkaus, S., Jurkat, H.B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatrische Praxis*, 32, 381-385

Rein, M.L., Keck, M.E. (2017). Macht Stress krank? Die Bedeutung der Gen-Umwelt-Interaktionen am Beispiel der Major Depression, *Swiss Archive of Neurology Psychiatry and Psychotherapie*, 168(06), 165-169

Reismann, L. (2020). Krisen oder Psychische Probleme im Medizinstudium – Ein tabuisiertes Thema?, Abgerufen am 12.2.2021, Von <https://fsmed-regensburg.de/arbeitsgruppen/passaufdichauf/krisen-oder-psychische-probleme-im-medizinstudium-ein-tabuisiertes-thema/>

Ripp, J., Privitera, M., West, C., Leiter, R., Logio, L., Shapiro, J. & Bazari, H. (2017). Well-Being in Graduate Medical Education: A Call for Action, *Academic Medicine*, 92 (7), 914 – 917.

Risch, M. (2020). Psychische Erkrankungen – Ärzte sind besonders häufig betroffen, Abgerufen am 23.1.2021, Von <https://clinicum-alpinum.com/ratgeber/psychische-erkrankungen-aerzte-sind-besonders-haeufig-betroffen/>



Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Rosvold, E. O. & Bjertness, E. (2001). 'Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes?', *Scand J Public Health*, 29, 71-5.

Rosvold, E.O. & Bjertness E. (2002). Illness behavior among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 125-132

Rotenstein, L.S., Ramos, M.A., Torre, M., Segal, J.B., Peluso, M.J., Guille, C., Sen, S. & Mata, D.A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students-A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 316 (21), 2214-2236. Abgerufen am 10.2.2021, Von <https://jamanetwork.com/> on 02/10/2021

Ruban, P.U., Gammelgaard Petersen, M. & Moller-Madsen, B. (2013). More than half of the medical students who apply for a dispensation drop out and need a focused counselling. *Danish Medical Journal*. 60(7), A4663

Saipanish, R. (2003). Stress among medical students in a Thai medical school. *Medical Teacher*, 25, 502-506

Schaefer, A., Mattheß, H., Pfitzer, G., Köhle, K. (2007). Seelische Gesundheit und Studienerfolg von Medizinstudierenden mit hoher und niedriger Prüfungsängstlichkeit. *Psychother Psych Med*, 57, 289-297

Schneider, A. (2019). Psychische Belastungen im Medizinstudium, Abgerufen am 12.2.2021, Von <https://m.thieme.de/viamedici/mein-studienort-hamburg-1591/a/psychische-belastungen-im-medizinstudium-35840.htm>.

Schneider, S., Kingsolver, K. & Rosdahl, J. (2014). Physician Coaching to enhance Well-Being: A qualitative analysis of a pilot intervention, *Explore*, 10 (6), 372-379

Schneider, W. (2006). Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen – Ausgewählte psychologische Aspekte. *Psychotherapeut*, 51, 421-432

von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1997). *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung I*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht

Seliger, K. & Brähler, E. (2007). Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. Eine empirische Untersuchung. *Psychotherapeut*, 52, 280-286

Shapiro, S.L., Shapiro, D.E. & Schwartz, G.E. (2007). Stress management in medical education: a review of the literature. *Academic Medicine*, 75, 748-759

Soeder, U. (1995). Die Prävalenz von psychosozialen Beschwerden bei Heidelberger Studierenden. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

Sperth, M., Hofmann, F.H. & Holm-Hadulla, R.M. (2014). Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64, 224-231

Sperth, M. (2016). *Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende – Wie verändern sich Symptombelastung, Lebens- und Studienzufriedenheit, Alltagskreativität sowie kreatives und schlussfolgerndes Denken im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung?* (Dissertation) Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Abgerufen am: 20.10.2019, Von <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/20287>.

Steiner-Hofbauer, V. & Holzinger, A. (2020). How to Cope with the Challenges of Medical Education? Stress, Depression, and Coping in Undergraduate Medical Students. *Academic Psychiatry*, Abgerufen am 2.3.2021, Von [https://www.researchgate.net/publication/339396700\\_How\\_to\\_Cope\\_with\\_the\\_Challenges\\_of\\_Medical\\_Education\\_Stress\\_Depression\\_and\\_Coping\\_in\\_Undergraduate\\_Medical\\_Students](https://www.researchgate.net/publication/339396700_How_to_Cope_with_the_Challenges_of_Medical_Education_Stress_Depression_and_Coping_in_Undergraduate_Medical_Students)

Stewart, S.M., Betson, C., Lam, T.H., Marshall, I.B., Lee, P.W. & Wong, C.M. (1997). Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education*, 31, 163-208

Tappert, S., Teti, A., Sonntag, P.T. & Boehm, S. (2020). Effekte von spezifischem gesundheitsförderndem Coaching für Medizinstudierende an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, (15) 1, 11-17.

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E. & Heerwagen, J.H. (1984). Medical school pressures and their relationship to anxiety. *J Nerv Ment Dis*, 172, 730-736

Voltmer, E., Kötter, T. & Spahn, C. (2012). Perceived medical school stress and the development of behavior and experience patterns in German medical students, *Medical Teacher*, 34:10, 840-847,

Wege, N., Muth, T., Li, J. & Angerer, P. (2016). Mental health among currently enrolled medical students in Germany, *Public Health*, 132, 92-100

Werdecker, L. & Esch, T. (2020). State of the Art: Glück und Zufriedenheit in der ärztlichen Praxis. *NeuroTransmitter*, 31, 1-2

Yu, Y., Yang, Y., Li, Z., Zhou, B. & Zhao, Y. (2015). The association between medical student's lifestyles and their attitudes towards preventive counseling in different countries. *BMC Pub Health*, 15, Abgerufen am 11.12.2020 von <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2458-y>

Zardanelli, G., Sim, W., Borges, N. & Roman, B. (2015). Well-being in first year medical students. *Academic Psychiatry*, 39, 31-36

MediCoach bietet Ihnen als Studierende der Charité persönliche, lösungsorientierte und auf Wunsch anonyme Beratung zur Unterstützung in der Ausübung ihres Studiums. Die Beratungen finden nach Ihrem Bedarf in einmaligen oder mehrmaligen Einzelgesprächen statt. **MediCoach** ist ein kostenloses Coachingangebot für Studierende der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

### *Dokumentation und Evaluation*

Zum Zweck der Planung, Dokumentation und Evaluation der Coachings ist es erforderlich, entsprechende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies bedarf Ihrer informierten Einwilligung, wozu wir Sie hiermit angemessen informieren möchten.

Ihre persönliche Beraterin wird Ihre personenbezogenen Daten, wie Name und Geburtsdatum erheben und auf der Einwilligungserklärung (Papierform) einem Pseudonym (ID) zuordnen. Dieses Pseudonym (ID) wird im Rahmen der Aufklärung für die Dokumentation gemeinsam erstellt und auf den Evaluationsfragebögen eingetragen. Die Einwilligungserklärung verbleibt bei Ihrer Beraterin und ist nur ihr zugänglich. Alle weiteren Daten, wie Alter, Geschlecht, Herkunft, gesundheitlicher Status, Studiengang und -abschnitt sowie die Coachingprotokolle werden diesem Pseudonym zugeordnet und als pseudonymisierte Projektdaten verwaltet. Damit stellen wir sicher, dass zum Zweck der Evaluation des Projekts durch Mitarbeiter\*innen diese nur auf für sie anonyme Daten zugreifen können. Nur Ihre persönliche Beraterin kann auch nach Abschluss des Coachings einen Personenbezug für den Fall einer gesetzlichen Nachweis- oder Offenbarungspflicht herstellen. Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung können Sie sich im Bedarfsfall direkt an Ihre Beraterin wenden. Sie haben das Recht, jederzeit Ihre Einwilligung gegenüber Ihrer Beraterin zurückzuziehen. Bei Widerruf werden alle personenbezogenen Daten sofort gelöscht. Die dann anonym vorliegenden Daten zum Coaching müssen zum Zweck der Qualitätssicherung des Forschungsthemas weiter verwendet werden. Nach guter wissenschaftlicher Praxis werden die Projektdaten 10 Jahre aufbewahrt. Wir stellen sicher, dass aus diesen Daten kein Personenbezug mehr herstellbar ist. Mit Ihrer Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erklären Sie sich freiwillig zur Teilnahme an der für diesen Zweck notwendigen Datenverarbeitung in der beschriebenen Form einverstanden. Alle Angaben zu Ihrer Person werden vertraulich behandelt. Ihre personenbezogenen Daten bei der Beraterin werden nach Ablauf von 10 Jahren datenschutzgerecht vernichtet. Daraus ergibt sich, dass Sie Ihre o.g. Rechte nur bis zu diesem Zeitpunkt über Ihre Beraterin wahrnehmen können. Bitte beachten Sie, dass die Evaluationsergebnisse in der medizinischen Fachliteratur veröffentlicht werden können, wobei wir sicherstellen, dass aus den veröffentlichten Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

Berlin, im Oktober 2010

ID:



## MediCoach

### *Einwilligungserklärung*

Hiermit erkläre ich,

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

dass ich durch \_\_\_\_\_ (Name der Coach)

mündlich und schriftlich über die Datenerhebung zum Zweck der Dokumentation und pseudonymisierten Evaluation des Coachings informiert wurde und ich ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit der Beraterin zu klären. Ich habe insbesondere das mir vorgelegte Informationsschreiben „MediCoach“ (Version: Oktober 2010) verstanden und eine Ausfertigung desselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

**Ich willige darin ein, dass im Rahmen von MediCoach die mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zweck der Dokumentation, wie in dem Beratungsangebot beschrieben, erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Außerdem willige ich darin ein, dass die pseudonymisierten Daten zum Zweck der Evaluation durch die Charité – Universitätsmedizin Berlin aufgezeichnet, elektronisch gespeichert und in nicht personenbeziehbarer Form veröffentlicht werden.**

Ich bin einverstanden, dass sich meine Beraterin zum Zweck von Terminvereinbarungen telefonisch unter der Rufnummer \_\_\_\_\_ oder per Email an die Adresse \_\_\_\_\_ zurückmeldet.

Mir wurde zugesichert, dass ich gegenüber der Beraterin meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit widersprechen kann.

Berlin, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift des/der Coachee)

---

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, als Coach den/die o.g. Teilnehmerin über Zweck und Ablauf des Projekt aufgeklärt und alle Fragen beantwortet zu haben.

Berlin, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift der Coach)

## Fragebogen t1



ID: \_\_\_\_\_

1. Buch- 1. Buch- 1. Buch- Geburtstag  
stabe im stabe im stabe im **TT.MM.YY**  
Geburts- Vornamen Vornamen der  
ort der Mutter des Vaters Mutter

Bitte erstellen Sie Ihre ID nach folgendem Schema:

Bsp.:   B     M     W     16     01    
*Berlin Maria Werner 16 01 1950*



# MediCoach

## Evaluation nach der ersten Sitzung

### Studiencoaching (MediCoach)

zur Prävention gesundheitlicher Belastungen und Begleitung gesundheitlich  
beeinträchtigter Studierender an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Bitte geben Sie den Fragebogen bei Ihrem nächsten Coachingtermin oder im  
Sekretariat des Instituts für Medizinische Soziologie im Virchowweg, 4. Etage  
(rechts vom Fahrstuhl den Gang runter, Raum 002) oder in unserem Postfach im  
Bettenhochhaus (bitte an der Rezeption erfragen) ab. Vielen Dank!**

Kontakt: Sylvie Tappert und Silke Boehm, Virchowweg 23 (Büro), 030 – 450 529 189

*Bitte nehmen Sie sich noch einen Moment Zeit für die folgenden Angaben.*

*Dieser Fragebogen dient der Bewertung von MediCoach. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen sorgfältig und kritisch. Das Feedback hilft uns, das Angebot weiter zu verbessern.*

*Bitte nehmen Sie zu jeder Frage Stellung, indem Sie ein Kreuz bei der Antwortalternative setzen, die auf Sie am ehesten zutrifft, bzw. indem Sie Ihre individuellen Angaben aufschreiben.*

*Achten Sie bei Freitextangaben darauf, dass Sie keine Angaben machen, die Sie als Person eindeutig identifizieren.*

**Bitte nennen Sie hier, aus welchem Anlass Sie MediCoach aufgesucht haben, was Ihre Ziele für das Coaching waren und welche Erwartungen Sie an die/den Coach gestellt haben.**

Aktueller Anlass	
Ziel für das Coaching	
Erwartung an Coach	

**Bitte überlegen Sie, an welchen der hier aufgeführten Probleme Sie gegenwärtig leiden oder in den letzten 7 Tagen gelitten haben. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das der Intensität der Beeinträchtigung entspricht. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Beantwortung schwierig scheint.**

	gar nicht					sehr stark
Partnerschaftsproblem	0	1	2	3	4	5
Konflikte mit den Eltern	0	1	2	3	4	5
Krankheit oder Tod nahestehender Personen	0	1	2	3	4	5
eigene körperliche Erkrankungen	0	1	2	3	4	5
Wohnprobleme	0	1	2	3	4	5
finanzielle Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5
Nebenjob für Lebensunterhalt	0	1	2	3	4	5
(starke) Belastung durch Kind	0	1	2	3	4	5
lange Anfahrtswege	0	1	2	3	4	5
hoher Lernaufwand	0	1	2	3	4	5
Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5
Prüfungsangst	0	1	2	3	4	5
Kontaktschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5
mangelndes Selbstwertgefühl	0	1	2	3	4	5
Angst, Unruhe, die ich nicht erklären kann	0	1	2	3	4	5
schwer beherrschbare Aggressionen	0	1	2	3	4	5
Zwangsvorstellungen, -handlungen	0	1	2	3	4	5
depressive Verstimmung	0	1	2	3	4	5
Selbstmordgedanken	0	1	2	3	4	5
sexuelle Probleme	0	1	2	3	4	5
psychosomatische Beschwerden (körperliche Beschwerden als Reaktion auf Belastungssituationen)	0	1	2	3	4	5
Probleme mit Alkohol und anderen Drogen	0	1	2	3	4	5
Medikamentenabhängigkeit	0	1	2	3	4	5
extreme psychische Leiden (schwere psychiatrischer Erkrankungen)	0	1	2	3	4	5



andere Probleme/Beschwerden:	0	1	2	3	4	5
------------------------------	---	---	---	---	---	---

**Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit den einzelnen Bereichen in Ihrem Leben?** Bitte lassen Sie keine Frage aus. Kreuzen Sie die Antwortalternative an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	sehr un- zufrieden				sehr zufrieden
Familie	1	2	3	4	5
Partnerschaft	1	2	3	4	5
Freundeskreis	1	2	3	4	5
Freizeitaktivitäten	1	2	3	4	5
finanzielle Situation	1	2	3	4	5
Studium im Allgemeinen	1	2	3	4	5
das Klima unter den Studierenden	1	2	3	4	5
den Lehrenden (Professor:innen, Dozent:innen, Tutor:innen)	1	2	3	4	5
Didaktik (Vermittlung der Lerninhalte)	1	2	3	4	5
den Lehrinhalten	1	2	3	4	5
Ihren Entwicklungsmöglichkeiten im Studium	1	2	3	4	5
der Organisation des Studiums	1	2	3	4	5
Ihren persönlichen Studienleistungen	1	2	3	4	5

<b>Hatten Sie schon einmal den Gedanken Ihr Studium abzubrechen?</b>
o nein
o ja, und zwar wegen _____

<b>Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</b>				
<input type="radio"/> schlecht	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> ausgezeichnet

**Bitte machen Sie abschließend noch folgende Angaben zu Ihrer Person und zum Studium:**

Alter	_____ Jahre
Geschlecht	Wenn Sie sich <b>trans*</b> oder <b>intersexuell</b> verorten, lassen Sie diesen Punkt bitte einfach frei. Aus Datenschutzgründen ist das Eröffnen einer weiteren Kategorie leider nicht möglich. Wir bitten dies zu entschuldigen.  o männlich    o weiblich
Familienstand	o ledig o in fester Partnerschaft oder verheiratet o Sonstiges _____
Kinder	o nein            o ja
Wohnsituation	o allein o WG o mit Partner / in o bei den Eltern o Sonstiges _____
Muttersprache	o deutsch o andere
Deutschkenntnisse (selbst eingeschätzt)	o sehr gut    o gut    o mittelmäßig    o wenig    o gar nicht
körperl. Behinderung / chronische Erkrankung	o nein o ja
Studium	o Medizin als Erststudium o bereits andere Ausbildung / Studium o parallel ein weiteres Studium
aktuelles Semester	_____ bzw.    o vorklinisch            o klinisch
Studiengang	o Modellstudiengang Humanmedizin o Zahnmedizin o Bachelor Gesundheitswissenschaften/Science in Pflege o Masterstudiengang o Sonstige und zwar: _____

**An dieser Stelle können Sie noch weitere Bemerkungen bezüglich Ihrer Situation, Fragen oder Anmerkungen zum Coaching notieren:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank für Ihre Angaben!  
Wir wünschen Ihnen alles Gute!**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an Ihre/n Coach zurück.**

## Fragebogen t2



ID: \_\_\_\_\_  
1. Buch- 1. Buch- 1. Buch- Geburtstag  
stabe im stabe im stabe im TT.MM.YY  
Geburts- Vornamen Vornamen der  
ort der Mutter des Vaters Mutter



Bitte erstellen Sie Ihre ID nach folgendem Schema:

Bsp.: B M W 1 6  
*Berlin Maria Werner 16 01 1950*

# MediCoach

## Evaluation nach Abschluss des Coachings

### Studiencoaching (MediCoach)

zur Prävention gesundheitlicher Belastungen und Begleitung gesundheitlich  
beeinträchtigter Studierender an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Bitte geben (schicken) Sie den Fragebogen im Institut für Medizinische Soziologie in  
der Luisenstr. 57, Sekretariat, 1. Etage oder im Sekretariat für den  
Modellstudiengang Virchowweg 23, 5. Etage ab. Vielen Dank!**

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Institut für Medizinische Psychologie  
Luisenstr. 57  
10117 Berlin

Kontakt: Sylvie Tappert oder Silke Boehm, Virchowweg 23 – 450 529 189

Dieser Fragebogen dient der Bewertung von MediCoach. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen sorgfältig und kritisch. Das Feedback hilft uns, das Angebot weiter zu verbessern.

Bitte nehmen Sie zu jeder Frage Stellung, indem Sie ein Kreuz bei der Antwortalternative setzen, die auf Sie am ehesten zutrifft, bzw. indem Sie Ihre individuellen Angaben aufschreiben.

Achten Sie bei Freitextangaben darauf, dass Sie keine Angaben machen, die Sie als Person eindeutig identifizieren.

**Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Gefühle in den vergangenen 7 Tagen auf Sie zutrafen.** Markieren Sie Ihre Antwort für jedes Gefühl mit einem Kreuz.

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils / teils	trifft eher zu	trifft genau zu
begeistert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gereizt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unzufrieden mit mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelangweilt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit den einzelnen Bereichen in Ihrem Leben?** Bitte lassen Sie keine Frage aus. Kreuzen Sie die Antwortalternative an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Familie	1	2	3	4	5
Partnerschaft	1	2	3	4	5
Freundeskreis	1	2	3	4	5
Freizeitaktivitäten	1	2	3	4	5
finanzielle Situation	1	2	3	4	5
Studium im Allgemeinen	1	2	3	4	5
das Klima unter den Studierenden	1	2	3	4	5
den Lehrenden (Professor:innen, Dozent:innen, Tutor:innen)	1	2	3	4	5
Didaktik (Vermittlung der Lerninhalte)	1	2	3	4	5

den Lehrinhalten	1	2	3	4	5
Ihren Entwicklungsmöglichkeiten im Studium	1	2	3	4	5
der Organisation des Studiums	1	2	3	4	5
Ihren persönlichen Studienleistungen	1	2	3	4	5

**Bitte überlegen Sie, an welchen der hier aufgeführten Problemen Sie gegenwärtig leiden oder in den letzten 7 Tagen gelitten haben. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das der Intensität der Beeinträchtigung entspricht.** Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Beantwortung schwierig scheint.

	gar nicht					sehr stark
Partnerschaftsproblem	0	1	2	3	4	5
Konflikte mit den Eltern	0	1	2	3	4	5
Krankheit oder Tod nahestehender Personen	0	1	2	3	4	5
eigene körperliche Erkrankungen	0	1	2	3	4	5
Wohnprobleme	0	1	2	3	4	5
finanzielle Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5
Nebenjob für Lebensunterhalt	0	1	2	3	4	5
(starke) Belastung durch Kind	0	1	2	3	4	5
lange Anfahrtswege	0	1	2	3	4	5
hoher Lernaufwand	0	1	2	3	4	5
Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5
Prüfungsangst	0	1	2	3	4	5
Kontaktschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5
mangelndes Selbstwertgefühl	0	1	2	3	4	5
Angst, Unruhe, die ich nicht erklären kann	0	1	2	3	4	5
schwer beherrschbare Aggressionen	0	1	2	3	4	5
Zwangsvorstellungen, -handlungen	0	1	2	3	4	5
depressive Verstimmung	0	1	2	3	4	5
Selbstmordgedanken	0	1	2	3	4	5
sexuelle Probleme	0	1	2	3	4	5
psychosomatische Beschwerden (körperliche Beschwerden als Reaktion auf Belastungssituationen)	0	1	2	3	4	5
Probleme mit Alkohol und anderen Drogen	0	1	2	3	4	5
Medikamentenabhängigkeit	0	1	2	3	4	5
extreme psychische Leiden (schwere psychiatrischer Erkrankungen)	0	1	2	3	4	5
andere Probleme / Beschwerden: _____	0	1	2	3	4	5

<b>Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</b>				
○ schlecht	○ weniger gut	○ gut	○ sehr gut	○ ausgezeichnet

### Welche Ziele hatten Sie im Coaching?

Welche mit dem Coaching angestrebten **Ziele** waren für Sie am wichtigsten? Bilden Sie bitte eine Rangfolge, wobei das erstgenannte Ziel für Sie am wichtigsten war usw. und beurteilen Sie, inwieweit die Ziele durch das Coaching erreicht wurden. Bei der Beantwortung können Sie sich an den Schulnoten orientieren.

Bitte tragen Sie hier Ihre wichtigsten Ziele ein und bewerten dies entsprechend der Zielerreichung.	Ziel erreicht	eher erreicht	weder noch	eher nicht erreicht	Ziel nicht erreicht
	1	2	3	4	5
<b>1</b>	○	○	○	○	○
<b>2</b>	○	○	○	○	○
<b>3</b>	○	○	○	○	○

### Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit mit Ihrem Coach?

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen Ihre Beziehungen zu Ihrem Coach beschreiben.

	trifft sehr zu	trifft ziemlich zu	trifft mittelmäßig zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Wir hatten ein vertrauensvolles Verhältnis zueinander.	○	○	○	○	○
Unsere Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.	○	○	○	○	○
Unsere Beziehung zeichnete sich durch Offenheit aus.	○	○	○	○	○
Mein/e Coach gestaltete den Prozess unserer Zusammenarbeit sicher und professionell.	○	○	○	○	○
Ich habe mich gestaltend in den Coachingprozess eingebracht.	○	○	○	○	○
Mein/e Coach hat mich verstanden.	○	○	○	○	○

### Was haben Sie mit Hilfe des Coachings erreicht?

Mit Hilfe des Coachings...	trifft sehr zu	trifft ziemlich zu	trifft mittelmäßig zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
... konnte ich meine Ziele im Studium klarer benennen.	0	0	0	0	0
... konnte ich mich meinen Zielen annähern.	0	0	0	0	0
... bin ich mir meiner Stärken und Schwächen deutlicher bewusst.	0	0	0	0	0
... setze ich meine Fähigkeiten und Fertigkeiten gezielter ein.	0	0	0	0	0
Mit Hilfe des Coachings...	trifft sehr zu	trifft ziemlich zu	trifft mittelmäßig zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
... habe ich mein Selbstwertgefühl gesteigert.	0	0	0	0	0
... habe ich neue Verhaltensweisen gelernt.	0	0	0	0	0
... habe ich meine Einstellung zu bestimmten Themen verändert.	0	0	0	0	0
... habe ich für mich unerwünschte Verhaltensweisen abgebaut.	0	0	0	0	0
... habe ich mehr Klarheit über meine Situation gewonnen.	0	0	0	0	0
... verstehe ich andere (z.B. Kommilitonen) besser.	0	0	0	0	0
... bin ich wieder handlungsfähiger geworden.	0	0	0	0	0
... fühle ich mich besser.	0	0	0	0	0
... bin ich im Studium zufriedener geworden.	0	0	0	0	0
... bin ich im Alltag zufriedener geworden.	0	0	0	0	0

**Gibt es noch etwas, das sich in der Zeit des Coachings verändert hat (z.B. Wohnsituation)?**

---



---

### Wie bewerten Sie folgende Aspekte Ihres Coachings?

Bitte schätzen Sie anhand folgender Aussagen ein, wie Sie Ihr Coaching abschließend bewerten.	trifft sehr zu	trifft ziemlich zu	trifft mittelmäßig zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu



	1	2	3	4	5
Den Kontakt zu MediCoach herzustellen gestaltete sich einfach.	0	0	0	0	0
Die Terminvereinbarung war einfach.	0	0	0	0	0
Der Raum war leicht zu finden.	0	0	0	0	0
Die Coaching-Sitzungen fanden in einem angenehmen Raum statt.	0	0	0	0	0
Die Häufigkeit der Termine war angemessen.	0	0	0	0	0
Die Dauer der Sitzungen war angemessen.	0	0	0	0	0
Mit dem Coaching-Prozess bin ich zufrieden.	0	0	0	0	0
Mit meiner Zusammenarbeit im Coaching bin ich zufrieden.	0	0	0	0	0
Mit dem Coaching-Ergebnis bin ich zufrieden.	0	0	0	0	0
Aufwand und Nutzen stehen im richtigen Verhältnis.	0	0	0	0	0
Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen.	0	0	0	0	0

<b>Würden Sie das Coaching weiterempfehlen?</b>
o ja, weil _____
o nein, weil _____

<b>Alles in Allem:</b>	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	ungenügend
	1	2	3	4	5
Mit welcher Note bewerten Sie Ihr Coaching insgesamt?	0	0	0	0	0

**Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, das an MediCoach verändert werden sollte?**

---



---



---



---



---



---

**An dieser Stelle können Sie noch einmal weitere Bemerkungen bezüglich Ihrer Situation, Fragen oder Anmerkungen zum Coaching notieren:**

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank für Ihre Angaben!  
Wir wünschen Ihnen alles Gute!**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an Ihre/n Coach zurück.**

## **Eidesstattliche Versicherung**

Ich, Sylvie Tappert, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation zum Thema „Evaluation des spezifischen Coachings zur Gesundheitsförderung für Medizinstudierende an der Charité-Universitätsmedizin Berlin/ Evaluation of the specific health promoting coaching for medical students at Charité-Universitätsmedizin Berlin“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei (Erstbetreuerin), angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Berlin, 28.11.2022

Sylvie Tappert

## Anteilserklärung an der erfolgten Publikation

Sylvie Tappert hatte folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

**Tappert, S., Teti, A., Sonntag, P.T. & Boehm, S. (2020).** Effekte von spezifischem gesundheitsförderndem Coaching für Medizinstudierende an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Beratung und Studium*,1/2020 ,11-17.

Beitrag: **80 Prozent**

Im Einzelnen:

- Entwicklung des spezifischen Coachings
  - Initiale Designentwicklung (Tappert, S.)
  - Weiterentwicklung des Designs (in Zusammenarbeit mit Boehm, S.)
- Entwicklung der Forschungsfragen (Tappert, S.)
- Entwicklung des Studiendesigns
  - Konzeption der Studie (Tappert, S.)
  - Instrumentenrecherche und Anpassung (in Zusammenarbeit mit Burkert, S.)
- Datenerhebung (in Zusammenarbeit mit Boehm, S.)
  - Vorbereitung und Zusammenfassung der Daten (in Zusammenarbeit mit Sonntag, P.T.)
  - Statistische Datenanalyse (in Zusammenarbeit mit Teti, A.)

Aus meinen eigenständigen Analysen sind die Auswertung der konzeptionellen Spezifika (Tappert et al., 2020, S. 14). Die Auswertungen zu Abb.1 und Abb. 2 sowie die Datenanalyse zu Tab.2 und Tab. 3 sind in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Andrea Teti erfolgt (ebd.).
- Manuskriptverfassung (Tappert, S.)
- Manuskriptüberarbeitung (in Zusammenarbeit mit Boehm, S.)

*Sylvie Tappert, Andrea Teti,  
Theresa Sonntag & Silke Boehm*

## Effekte von spezifischem gesundheitsförderndem Coaching für Medizinstudierende an der Charité Universitätsmedizin Berlin

Medical students are amongst the very stressed students all over the world. Starting in 2010 the Charité Medical School in Berlin introduced *MediCoach*, the first comprehensive counselling program specialized at the situation of medical students in Germany.

This explorative study aims at testing specific requirements for the psychosocial treatment of stressed medical student in order to increase the reaching of the target group and proving the impact of this new counselling program.

The specific coaching for medical students could significantly reduce stress levels and increase the level of life and study satisfaction and subjective health of the students.

The authors recommend a wider implementation of such programs at medical schools.

### Einleitung

Gesundheitsfürsorge für Ärzt\*innen beginnt im Studium. Seit Jahren konstatieren Studien einen schlechten Gesundheitszustand von Ärztinnen und Ärzten (Angerer et al. 2008; Buddeberg-Fischer et al. 2009) und berichten vom vermehrten Auftreten von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch. Die Problematik manifestiert sich häufig schon während des Studiums (Aster-Schenk et al. 2010; Chew-Graham/Rogers/Yassin 2003; Hooper/Meakin/Jones 2005; Hope/Henderson 2014; Volmer et al. 2008).

So finden sich auch in den Publikationen zur Lebens- und Studiensituation von Medizinstudierenden Hinweise auf höhere gesundheitliche Belastungen als in der Normalbevölkerung. Zu den häufigsten Symptomen unter Medizinstudierenden gehören demnach depressive Störungen, Angststörungen und Suchtverhalten (Aktekin et al. 2001; Newbury-Birch/White/Kamali 1996; Webb et al. 2001). Untersuchungen zufolge gaben 27,5% der Studierenden der medizinischen Fakultät



Sylvie Tappert



Andrea Teti



Pia-Theresa Sonntag



Silke Boehm

einer nordamerikanischen Universität (Henning/Ey/Shaw 1998) sowie 16,4% der Medizinstudierenden einer medizinischen Fakultät in Hong Kong (Stewart et al. 1997), 24,9% der Studierenden aller medizinischen Fakultäten Norwegens (Tyssen et al. 2001) und 21,6% der Medizinstudierenden einer deutschen Universität (Gläser 2009) behandlungsrelevante psychische Belastungen an.

Zurückgeführt wird dies unter anderem auf die sehr hohen Anforderungen, den erheblichen Arbeitsumfang sowie die hohen Prüfungsbelastungen des Medizinstudiums. Bezogen auf ihr Studium beklagen Medizinstudierende wiederholt, dass besonders die hohe Lernbelastung und die Unsicherheit hinsichtlich ihrer eigenen Leistungsfähigkeit erhebliche Stressoren darstellen. Erfolgsdruck und Prüfungsängste sind weitere häufige Belastungen (Dettmer/Kuhlmeier 2010; Nechita et al. 2014; Ko/Ku/Fones 1999; Saipanish 2003). Auch interpersonelle Probleme mit den Lehrenden werden als Stressoren angegeben (Guthrie et al. 1995). Die genannten Stressquellen bergen ein erhöhtes Risiko für psychische oder somatische Erkrankungen (Aster-Schenk et al. 2010; Brimstone/Thistlewaite/Quirk 2007).

Obwohl Studierende an medizinischen Fakultäten Kenntnisse zur Heilung kranker Menschen erwerben, setzen sie scheinbar die erworbenen Fähigkeiten oft nicht für sich selbst ein (Hope/Henderson 2014; Aster-Schenk et al. 2010; Rau et al. 2013). Bernstein und Carmel (1999) vermuten, dass das Medizinstudium Verunsicherung und Angst fördert und gesundheitsprotektive Ressourcen schwächt. Die gesundheitlichen Belastungen werden im Laufe des Studiums eher stärker (Hope/Henderson 2014; Dyrbye/Thomas/Shanafeldt 2006; Iqbal/Gupta/Venkatarao 2015), gesunde Verhaltensmuster nehmen im Studienverlauf eher ab, während



resignative Tendenzen bis zu Zynismus, Erschöpfung und Burn-Out Tendenzen zum Studienende hin zunehmen. Mit zunehmender Dauer des Medizinstudiums zeigen die Studierenden dieses Faches wachsende Frustration, Distanzierung zum Arztberuf und psychische Morbidität (Aster-Schenk et al. 2010). Kurth et al. stellen hierzu fest, dass: „...Medizinstudenten gerade in den Bereichen beeinträchtigt sind, in denen sie besonders funktionsfähig sein sollten...“ (Kurth et al., S. 359).

Eine große Übereinstimmung gibt es hinsichtlich der Notwendigkeit von psychosozialen Unterstützungsangeboten an medizinischen Fakultäten (Hope/Henderson 2014; Iqbal/Gupta/Venkatarao 2015; Ruban/Gammelgaard Petersen/Moller-Madsen 2013). Spezifika im Sozialisationsprozess von Ärzt\*innen stellen jedoch besondere Anforderungen an solche Angebote.

Insbesondere für Medizinstudierende ist die Inanspruchnahme von Hilfe sehr schwierig (Chew-Graham/Rogers/Yassin 2003; Hope/Henderson 2014; Rau et al. 2013). Zum Habitus von Ärzt\*innen gehört es, Probleme jederzeit selbst kompetent lösen zu können. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Annehmen von professioneller Hilfe bei eigenen Erkrankungen Ärzt\*innen sehr schwer fällt (Hooper/Meakin/Jones 2005; Toyry et al. 2000; Rosvold/Bjertness 2002). Derselbe Anspruch wird im Rahmen des Studiums schon an Medizinstudierende herangetragen und sich von ihnen angeeignet (Tyssen et al. 2001; Rau et al. 2013). Ärzt\*innen und auch Medizinstudierende erleben psychische Erkrankung und Suizidalität selbst als ausgesprochen stigmatisierend (Hooper/Meakin/Jones 2005; Chew-Graham/Rogers/Yassin 2003; Rau et al. 2013; Kurth et al. 2007). Dies könnte das zögerliche Aufsuchen von psychosozialen Angeboten oder psychotherapeutischer Behandlung erklären.

Medizinstudierende bringen häufig eine ausgeprägte Leistungsorientierung mit ins Studium, koppeln ihren persönlichen Selbstwert nicht selten exklusiv an ihren Studienerfolg und ordnen diesem dann ihre gesamte Lebensgestaltung unter (Aster-Schenk et al. 2010; Rau et al. 2013). Kurth et al. und andere haben nachgewiesen, dass die spezifische Sozialisation im Medizinstudium dadurch gekennzeichnet ist, private Belange hinter berufliche Anforderungen zurück zu stellen bzw. eine chronische Überforderung zu akzeptieren. Probleme im Studium gelten als schambesetzt und werden als individuelles Versagen wahrgenommen (Kurth et al. 2007; Aster-Schenk et al. 2010).

#### **Spezifisches Coaching für Medizinstudierende bei *MediCoach***

Bei *MediCoach* werden von professionellen Therapeutinnen (im folgenden Coaches genannt) persönlich konstante, auf die individuelle Problemlage zugeschnittene, gesundheitsfördernde Coachings für Medizinstudierende mit hoher Lösungs- und Ressourcenorientierung nach dem systemischen Ansatz kostenlos angeboten (Boehm/Tappert 2016). Coaching bezeichnet hier ein psychosoziales Beratungsformat, bei dem Probleme und Konflikte im professionellen Kontext mit Hilfe eines diversen Methodenspektrums der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen lösungsorientiert bearbeitet werden.

Die Studierenden werden auf der Campuswebsite und Flyern sowie von Professor\*innen, Dozierenden und anderen Beratungsstellen über *MediCoach* informiert. Studierende mit äußerlich auffälligen Belastungen werden von Lehrkräften gezielt zu *MediCoach* geschickt. Auch mit der organisatorischen Ansiedlung von *MediCoach* am Prodekanat der medizinischen Fakultät und der direkten Bewerbung durch die Prodekan\*innen in den universitären Einführungsveranstaltungen der Erstsemester wird in der Wahrnehmung der Studierenden das Aufsuchen der Beratung seitens aller dieser beruflichen Rollenmodelle legitimiert und so die Hemmschwelle der Inanspruchnahme von Hilfe von vornherein deutlich gesenkt. Ebenso wird durch die Wahl der Methode des gesundheitsorientierten Coachings eine Niedrigschwelligkeit erzeugt, die die Inanspruchnahme eher ermöglichen soll. Coaching ist bekanntermaßen eine Methode aus der Führungskräftearbeit und wertet die Inanspruchnehmenden damit eher auf als ab. Ebenso soll der Verzicht auf psychiatrische Inventare zur Diagnostik psychischer Störungen einer möglicherweise empfundenen Stigmatisierung entgegenwirken. Aus diesem Grunde werden auch zur Evaluation niedrigschwellige Befragungsinstrumente aus dem nicht-klinischen Bereich herangezogen. Aufgrund der direkten Anbindung von *MediCoach* an die medizinische Fakultät sind den Coaches die jeweiligen Studieninhalte semester genau bekannt. Die Verknüpfung mit den Lehrinhalten wird als persönliche Ressource der Klient\*innen konsequent in die Beratungsarbeit einbezogen. Damit unterstützt *MediCoach* Medizinstudierende, ihre aktuell erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten für sich selbst zu nutzen und etabliert so eine Brücke zwischen medizinischer Theorie und individueller (Gesundheits-)Praxis. Gesundheitsorientiertes Verhalten verbindet sich so mit den medizinischen Studieninhalten und wird als weitere berufsvorbereitende Kompetenz wahrgenommen. Ebenso wird das Aufsuchen der Beratung als Ausdruck kompetenter Berufsvorbereitung konnotiert (Yu et al. 2015).

Wenn der Selbstwert sich fast ausschließlich aus Erfolgen im Studium speist, wird Leistungsdruck zum Gesundheitsrisiko. Um dem zu begegnen, werden den Klient\*innen im Coaching alternative Ressourcen zur psychischen Stabilisierung erschlossen und eine gesundheitsfördernde Arbeitskultur vermittelt. Ebenso wird die selektive Wahrnehmung, individuell zu versagen, wenn Probleme im Studium auftauchen, sowohl in Einzelcoachings als auch in Coachinggruppen im Erstgespräch routinemäßig explizit thematisiert und hinterfragt. Mit der strukturellen Kontextualisierung der anscheinend individuellen Problematiken soll Entlastung auf dieser Ebene herbeigeführt werden.

In den Coachings bei *MediCoach* werden Studierende bei der Anwendung der erworbenen medizinischen Kenntnisse für die eigene Gesunderhaltung unterstützt, extreme (=gesundheitschädigende) Leistungsorientierungen hinterfragt und angepasst, die Fähigkeit, als angehende Mediziner\*in selbst psychologische Unterstützung nachzufragen, entwickelt und Stigmatisierungsängste hinsichtlich eines eigenen Bedarfs an psychosozialer bzw. psychotherapeutischer Begleitung im Medizinstudium bzw. späteren Arztberuf bearbeitet.



Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Evaluation der Coachings seitens der Klient\*innen vorgestellt und mit den Ergebnissen einer Längsschnittstudie zur Wirksamkeit der Coachings bei *MediCoach* in den Jahren 2011-2016 abgeglichen und diskutiert.

## Methode

### Erhebungsinstrumente und Datenauswertung

Nach umfassender Literaturrecherche wurden auf der Basis der aufgefundenen einschlägigen Studien in einem deduktiven Verfahren der konzeptionelle Rahmen und das Studiendesign definiert. Die folgenden Fragestellungen wurden geprüft:

1. Wurden die Klient\*innen angeregt, ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten gezielt für sich einzusetzen? (Einsetzen eigener Fähigkeiten)
2. Konnten die allgemeine Zufriedenheit und der Selbstwert im gleichbleibenden Studenumfeld erhöht bzw. stabilisiert werden? (Zufriedenheit und Selbstwert)
3. Wurde die Bereitschaft zu einer erneuten Inanspruchnahme eines psychosozialen Unterstützungsformates erhöht? (Steigerung der Inanspruchnahme)
4. Fühlten sich die Klient\*innen respektiert und konnten ihre Anliegen offen kommunizieren ohne Stigmatisierung zu befürchten? (respektvolle, vertrauensfördernde Beziehungsebene)

Weiterhin wurde der Einfluss der Intervention auf die psychosoziale Belastung der Studierenden überprüft. Dazu wurden folgende validierte Instrumente (siehe Tab. 1) zur Beurteilung der psychischen Situation bei Studierenden ausgewählt: die Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB), die Studien- und Lebenszufriedenheitsskala (LSZ) und ein Wert für subjektive Gesundheit (SF-12). Beim Eintreffen in der Beratungsstelle wurde eine ID vergeben und die Coaches erfassten einige soziodemographische Daten wie Alter, Gender, Elternschaft, chronische Erkrankungen, Migrationshintergrund sowie die aktuelle Semesterzahl, den Anlass und Beginn des Coachings.

Tab. 1: Eingesetzte Instrumente im Assessment

Instrument
<b>PSB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosoziale Beschwerdeliste für die Beurteilung psychosozialer Belastung</li> <li>• 21 Items – 6stufige Likert-Skala</li> <li>• Zeitpunkt: zu Beginn und Abschluss des Coachings</li> <li>• Quelle: Sperth/Hofmann/Holm-Hadulla 2014</li> </ul>
<b>LSZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala zur Erfassung der Lebens- und Studienzufriedenheit</li> <li>• 3 Items – 5stufige Likert-Skala</li> <li>• Zeitpunkt: zu Beginn und Abschluss des Coachings</li> <li>• Quelle: Sperth/Hofmann/Holm-Hadulla 2014</li> </ul>
<b>SF-12</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität.</li> <li>• 1 Item – 5stufige Likert-Skala</li> <li>• Zeitpunkt: zu Beginn und Abschluss des Coachings</li> <li>• Quelle: Bullinger/Morfeld 2008</li> </ul>
<b>Bewertung des Coaching-Prozesses</b> <p>Fragebogen zu Arbeitsbeziehung, Zielerreichung und Wirkungen des Coachings</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 Items – Selbstentwickelter Fragebogen</li> <li>• 5stufige Likert-Skala</li> <li>• Zeitpunkt: zum Abschluss des Coachings</li> <li>• In Anlehnung an: Bachmann/Jansen/Mähner 2010</li> </ul>

Der Fragebogen zu Beginn des Coachings (T1) erfasste nochmals o.g. soziodemographische Variablen sowie soziale Umfelddaten (Wohnsituation, Familienstand, Muttersprache). Nach der expliziten Beendigung des Coaching-Prozesses (T2) wurde den Klient\*innen erneut ein Fragebogen übergeben. Im Rahmen des Assessments von Befinden und Belastung der Klient\*innen wurden zu T1 und T2 die oben genannten validierten Instrumente angewendet, die metrisch anhand von Summen-Scores ausgewertet und für beide Messzeitpunkte verglichen wurden. Im Fragebogen (T2) wurden zusätzlich in 4 Fragebatterien die o.g. Aspekte des Coachingprozesses, die die konzeptionell verankerten Spezifika für Medizinstudierende ausmachten, in einem selbst entwickelten Evaluationsinstrument abgefragt. Die Bewertung des Prozesses und seiner Ergebnisse konnte auf einer Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft sehr zu) angegeben werden.

### Datenerhebung

Im Anschluss an die erste Sitzung bei *MediCoach* wurde den Klient\*innen der Fragebogen T1 ausgehändigt. Nach explizitem Abschluss des Coachings wurde den jeweiligen Klient\*innen der Fragebogen T2 übergeben. Die Abgabe beider Fragebögen erfolgte freiwillig und anonym. Im Folgenden werden Klient\*innen, welche lediglich Fragebogen T1 beantworteten als „Responder a“, und diejenigen, welche den Fragebogen zu beiden Messzeitpunkten beantworteten, als „Responder b“ bezeichnet.

Zur Auswertung der Daten wurden folgende Analysen durchgeführt:  $\chi^2$  Tests zur Überprüfung binärer Zusammenhänge, Kolmogorov-Smirnov Tests zur Überprüfung der Normalverteilung bei metrischen Variablen sowie T-Tests zur gruppenspezifischen Ermittlung bei metrischen normalverteilten Variablen unter abhängigen Stichproben. Darüber hinaus wurden T-Tests für verbundene Stichproben bzw. Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben bei nicht parametrischer Verteilung zur Ermittlung der Effektstärke der Intervention durchgeführt.

### Längsschnittauswertung der Messzeitpunkte T1 und T2

Datengrundlage bildeten die Angaben von 296 Klient\*innen bei *MediCoach*, die den Fragebogen T1 einreichten. Ausgehändigt wurde er an 552 Klient\*innen. Sowie den 60 Klient\*innen, die den Fragebogen T2 einreichten, wobei dieser insgesamt an 98 Klient\*innen, die das Coaching explizit beendeten, ausgegeben wurde. Das entspricht einer Rücklaufquote von 53,6% für T1 und 61,2% für T2. In die Auswertung flossen nur die Fälle ein, von denen jeweils Angaben von T1 und T2 vorlagen.

Die fünfstufige Likert-Skala zu den Items der konzeptionellen Spezifika wurde zugunsten der Ergebnisdarstellung in zwei Kategorien *trifft nicht zu* (trifft gar nicht zu; trifft wenig zu; trifft teilweise zu) und *trifft zu* (trifft sehr zu; trifft ziemlich zu) zusammengefasst.

### Stichprobenbeschreibung

Die Studienstichprobe schließt im Sinne einer Überprüfung der Wirksamkeit des Coachings ( $n=60$ ) Responder b ein, die an beiden Messzeitpunkten (T1 und T2) erfasst werden konnten. Die Gruppe der Responder b



weist statistisch keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Gruppe der Responder a ( $n=236$ ) auf, die lediglich bei T1 aufgenommen wurden (Tab. 2). Dies bezieht sich auf die soziodemographischen Angaben (Gender, Alter, Elternschaft), auf die Anzahl der besuchten Semester sowie auf psychosoziale Belastung, Lebenszufriedenheit und Subjektive Gesundheit zum Eingangszeitpunkt.

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung (N=296)

Variablen	n=60 Responders b n (%)	n=236 Responders a n (%)	p-Wert
Gender	Männlich 15 (25,0) Weiblich 45 (75,0)	Männlich 56 (23,7) Weiblich 180 (76,3)	0,86
Kinder ja	13 (21,6)	35 (14,8)	0,25
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	
Alter	26,4 (6,6)	26,7 (6,4)	0,70
Semester	5,5 (4,6)	5,2 (4,2)	0,61
PSB zu T1	31,6 (12,4)	30,0 (13,8)	0,50
LSZ-Gesamt zu T1	2,9 (1,0)	3,8 (3,5)	0,08
Subjektive Gesundheit	2,9 (0,7)	2,9 (0,9)	0,90

## Ergebnisse

Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse der Bewertung des Coachings durch die Teilnehmer\*innen (1.) vorgestellt.

Anschließend werden die bivariaten Auswertungen der Studienstichprobe zu den zwei Messzeitpunkten T1 (Beginn des Coachings) und T2 (Abschluss) dargestellt. Dazu werden die Ergebnisse zur Veränderung der psychosozialen Belastung (2.), Zufriedenheit während des Studiums und der Subjektiven Gesundheit (3.) bivariat überprüft. Alle analysierten Skalen zeigen signifikante Prä-Post Unterschiede in den Ergebnissen zur Wirksamkeit des Coachings.

### 1. Auswertung der konzeptionellen Spezifika

In der Auswertung wird die Zustimmung der Responder b ( $n=60$ ) prozentual in Klammern abgebildet. Zur Einschätzung des Coachings äußerten sich die Responders b hinsichtlich der o.g. Fragestellungen:

**Einsetzen eigener Fähigkeiten:** Mit Hilfe des Coachings „setze ich meine Fähigkeiten und Fertigkeiten gezielter ein“ (78%)

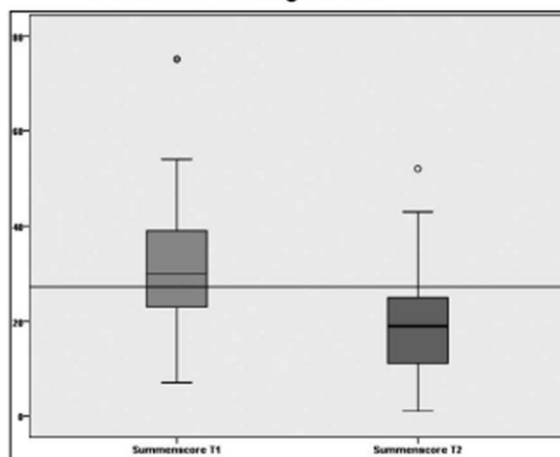
**Zufriedenheit und Selbstwert:** Mit Hilfe des Coachings „habe ich mein Selbstwertgefühl gesteigert“ (57%), „bin ich im Alltag zufriedener geworden“ (86,4%) „bin ich im Studium zufriedener geworden“ (64,4%)

**Steigerung der Inanspruchnahme:** „Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen“ (93,2%) und „Würden Sie das Coaching weiterempfehlen?“ (100%), „Kontakt herzustellen gestaltete sich einfach“ (93,2%). „Mit dem Coachingprozess bin ich zufrieden“ (94,9%) und „Mit dem Coachingergebnis bin ich zufrieden“ (94,6%)

**Respektvolle, vertrauensfördernde Beziehungsebene:** „Unsere Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt“ (96,6%) und „Wir hatten ein vertrauensvolles Verhältnis zueinander“ (91,5%) und „Die Beziehung zeichnete sich durch Offenheit aus“ (100%).

## 2. Veränderung der psychosozialen Belastung vor und nach dem Coaching

Abb. 1: Psychosoziale Belastung zu Beginn/nach Abschluss des Coachings ( $n=60$ )



Note: die Bezugslinie entspricht dem Cut-Off Wert (27,34 P.) für die Psychosoziale Beschwerdeliste

Bei der erhobenen psychosozialen Belastung (PSB) konnte während des Coaching-Prozesses eine erhebliche Verbesserung zwischen den zwei Messpunkten T1 und T2 festgestellt werden. Zu Beginn des Coachings T1 belief sich der Mittelwert der psychosozialen Belastung auf 31 Punkte auf der PSB-Skala ( $MW=31,06$ ;  $SD=12,43$ ). 56,7% der Klient\*innen befanden sich über dem klinisch relevanten Cut-Off Wert von 27,34 (Spert/Hofmann/Holm-Hadulla 2014) Punkten für behandlungsbedürftige psychosoziale Belastung. Beim Abschluss des Coachings waren dies nur noch 20%. Die Belastung konnte im Verlauf im Mittel auf den Summenscore von 19 Punkten ( $MW=19,60$ ;  $SD=10,59$ ) zu T2 signifikant ( $p<.001$ ) gesenkt werden (Abb. 1). Bei 83,3% der Klient\*innen trat hier eine Verbesserung ein. Bei 3,3% der Responders b zeigte sich keine Veränderung und 13,3% verschlechterten sich. Die Effektstärke der Intervention beträgt beim Gesamtbeeinträchtigungsscore der Psychosozialen Belastung (0,92) und liegt im sehr hohen Bereich (Tab.3).

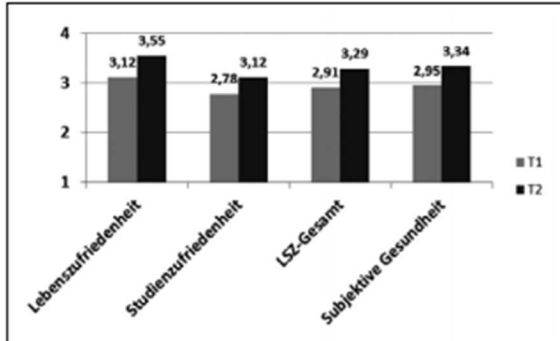
### 3. Veränderung von Lebens- und Studienzufriedenheit sowie subjektiver Gesundheit

Zum Messzeitpunkt T2 kann eine signifikante Verbesserung sowohl der Lebens- und Studienzufriedenheit als auch der Subjektiven Gesundheit der Klient\*innen (Abb. 2) gemessen werden. Der Indexwert der Lebenszufriedenheit wird zum Zeitpunkt T1 mit einem Mittelwert von 3,12 gemessen ( $SD=.55$ ). Dieser Wert erhöht sich zum Abschluss des Coaching-Prozesses T2 signifikant ( $p=.028$ ) und erreicht einen Mittelwert von 3,55 ( $SD=.50$ ).

Ebenso signifikant ( $p<.001$ ) erhöht sich die Studienzufriedenheit vom Ausgangswert 2,78 ( $SD=.59$ ) auf 3,12 ( $SD=.58$ ). In ähnlicher Größenordnung verbessert sich die Subjektive Gesundheit der Klient\*innen zwischen



Abb. 2: Lebens- und Studienzufriedenheit und subjektive Gesundheit im Coachingverlauf (n=59)



Note: LSZ-Gesamt steht für Gesamtskala Lebens- und Studienzufriedenheit

den zwei Messzeitpunkten. Der Mittelwert zu T1 beträgt 2,95 ( $SD=,72$ ) und erhöht sich mit Abschluss des Coachings T2 signifikant um fast einen halben Punkt ( $MW=3,34$ ;  $SD=,68$ ;  $p<,001$ ). Die Effektstärken für die Veränderung der Lebenszufriedenheit (0,78), Studienzufriedenheit (0,58), Lebens- und Studienzufriedenheit (0,84) und Subjektive Gesundheit (0,49) liegen im mittleren bis hohen Bereich (Tab. 3).

Tab. 3: Wirksamkeit des Coachings aus der Sicht der Responder b (PSB, LSZ, SF-12)

Instrument	n	Prä		Post		Wirksamkeit		
		MW	SD	MW	SD	MV	ES	Signifikanz
PSB	60	31,06	12,43	19,60	10,59	11,46	,92	$p<,001$
Lebenszufriedenheit		3,12	,55	3,55	,50	,43	,78	$p\leq,000$
Studienzufriedenheit	59	2,78	,59	3,12	,58	,34	,58	$p\leq,000$
LSZ-Gesamt		2,91	,45	3,29	,39	,38	,84	$p<,028$
SF-12	59	2,95	,73	3,34	,68	,35	,49	$p\leq,000^a$

ES=Prä-Post Effektstärke, berechnet als Mittelwertdifferenz in Relation zur SD der Prä-Werte (Zwingmann 2000) / \* = Wilcoxon  
MW=Mittelwert/MV= Mittlere Veränderung

## Diskussion

Mit der vorliegenden Studie sollten die Wirksamkeit und mögliche Wirkfaktoren des spezifisch auf die Bedarfe von Medizinstudierenden zugeschnittenen Coachingangebotes der Charité Universitätsmedizin Berlin untersucht werden. Dazu wurde zunächst eine Befragung der Klient\*innen hinsichtlich der konzeptionellen Charakteristika des Coachings ausgewertet. Anschließend wurden die Aussagen mit Hilfe quantitativer Instrumente geprüft. Alle Ergebnisse weisen deutlich auf eine signifikante Wirksamkeit der Coachings hin. Die in der vorliegenden Studie gemessene sehr hohe Effektstärke insbesondere bei der Senkung der psychosozialen Belastung ist ein weiterer deutlicher Hinweis auf die Wirksamkeit des Coachings.

Unter anderem Rau, Hope, Aster-Schenk (siehe oben) gehen davon aus, dass Medizinstudierende oft ihre erworbenen Fähigkeiten nicht für sich selbst einsetzen. Anschließend an das Coaching gaben fast vier von fünf Klient\*innen an, „ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten ge-

zielter einzusetzen“. Die Klient\*innen von *MediCoach* berichten anschließend an das Coaching einen signifikant verbesserten subjektiven Gesundheitszustand. Eine bessere subjektive Gesundheit kann ein Hinweis auf eine auch objektiv günstige gesundheitliche Lage sein (BZgA 2008). Es kann also vermutet werden, dass die Klient\*innen nach dem Coaching in der Lage sind, qualifizierter auf ihre eigene Gesundheit zu achten und dies auch zu tun.

Die Orientierung auf einen selbstfürsorglichen Umgang der Klient\*innen von *MediCoach* soll einen nachhaltigen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten im Beruf nach sich ziehen. Aber nicht nur das, es kann sogar die Behandlungsqualität der zukünftigen Ärzt\*innen erhöhen. Yu et al. beschreiben, dass das eigene Gesundheitsverhalten von Ärzt\*innen die gesundheitsorientierte Einstellung und Motivation ihrer respektiven Patient\*innen direkt beeinflussen kann (Yu et al. 2015).

Weiterhin wird beschrieben, dass die hohe Leistungsorientierung zu einem eindimensional an den Studienerfolg gekoppelten Selbstwert führt (Aster-Schenk et al. 2010; Rau et al. 2013). Die Zufriedenheit der Studierenden stieg während der Coachings bei *MediCoach* deutlich. Ebenso gaben mehr als die Hälfte der Klient\*innen an, ihren Selbstwert erhöht zu haben. Möglicherweise konnten die Klient\*innen für die Stabilisierung ihres Wohlbefindens auch auf andere Bereiche ihres Lebens wieder stärker zugreifen. Einen Hinweis darauf gibt die etwas deutlicher als die Studienzufriedenheit gestiegene Lebenszufriedenheit der Klient\*innen.

Zahlreiche Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe bei Medizinstudierenden ähnlich wie bei Ärzt\*innen wenig ausgeprägt ist (siehe oben).

Um diesem Phänomen zu begegnen, sollte die Legitimität auch mithilfe der Empfehlung des Coachings seitens der Dozierenden erhöht werden und der Zugang zum Coaching möglichst einfach gestaltet werden. Grundlegende professionelle Standards wie wertschätzender Umgang mit Klient\*innen, das Etablieren einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und das Arbeiten auf Augenhöhe, die eine Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe erhöhen sollen, werden von den Coaches explizit betont.

Damit soll natürlich auch einer möglicherweise befürchteten Stigmatisierung als „psychotherapeutisch behandelungs- bzw. hilfsbedürftig“ und der daraus resultierenden eigenen Abwertung begegnet werden. Alle Responder b erlebten eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit (100%) und beinahe alle (96,9%) eine von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Arbeitsbeziehung bei hoher Zufriedenheit mit sowohl dem Coachingprozess als auch den Ergebnissen. Ebenso sehr hoch (93,2%) ist der Anteil derjenigen, für die sich die Kontaktaufnahme einfach gestaltete. Ehemalige Klient\*innen scheinen auch nicht geheim halten zu wollen, dass sie im Rahmen eines psychosozialen Angebotes ein Problem lösen konnten. Die gemessene 100%ige Weiterempfehlungsrate kann so verstanden werden. Und auch das Item „Würde noch einmal ein Coaching in Anspruch nehmen“ (93,2%) weist auf eine im Rahmen des Coachings erhöhte Bereitschaft zur Inanspruchnahme



äußerer Hilfe hin. Die positive Erfahrung mit einem psychosozialen Angebot kann dann auch im späteren Berufsalltag dazu führen, dass solche Angebote aufgesucht oder Kolleg\*innen empfohlen werden.

Die quantitative Überprüfung der Effekte des Coachings zeigt, dass die psychosoziale Belastung deutlich unter eine klinisch relevante Belastung gesenkt werden konnte. Ebenso konnten sowohl die Gesamtzufriedenheit der Klient\*innen erhöht als auch ihre subjektive Gesundheit verbessert werden. Zum Vergleich kann hier eine Untersuchung der Psychologischen Beratungsstelle der Universität Heidelberg herangezogen werden, die ebenfalls mit den Skalen für PSB und der LSZ Messungen der Wirksamkeit durchführten (Sperth/Hoffmann/Holm-Hadulla 2014). Dort wurden auf der PSB die Prä-Werte von 31,52 Punkte (hier: 31,06) auf 23,79 Punkte (hier: 19,6) mit einer Effektstärke 0,57 (hier: 0,92) gesenkt. Auch die Veränderung der Lebens- und Studienzufriedenheit in der Heidelberger Studie prä: 2,57 (hier: 2,91); post: 3,37 (hier: 3,29) mit einer Effektstärke von 1,08 (hier: 0,84) weist ähnliche Effekte auf.

Eine potenzielle Limitation der Untersuchung ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Das an die konkrete Arbeit des Coaching-Projektes angebundene Studiendesign, das kein reines Forschungsdesign darstellt, ließ dies aus ethischen Gründen nicht zu.

Die genaue Sitzungszahl ist hier nicht zu berichten, da einige Klient\*innen nach Einreichen von T2 noch einmal wiedergekommen sind. Der Zeitpunkt des Einreichens von T2 wurde jedoch in der Datenbank nicht erfasst. In der Folgestudie wird dies berücksichtigt.

Obwohl die spezielle Klientel von Medizinstudierenden für psychosoziale Angebote bislang als schwer erreichbar gilt, konnten bei *MediCoach* positive Effekte erzielt und nachgewiesen werden, die denen einer seit langem etablierten Beratungsstelle für alle Studierenden einer Universität mindestens vergleichbar sind. Vergleichswerte mit psychosozialen Angeboten explizit für Medizinstudierende liegen zum gegenwärtigen Stand der Forschung noch nicht vor.

## Fazit

Die vorliegende Studie ist die erste Untersuchung des deutschlandweit ersten spezifischen psychologischen Unterstützungsangebotes für Studierende an einer medizinischen Fakultät überhaupt. Das Angebot wird von den Medizinstudierenden angenommen, als hilfreich empfunden und weiterempfohlen. Gleichzeitig konnte auch die Wirksamkeit des spezifischen Coachings hinsichtlich der Reduzierung von psychosozialer Belastung, der Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit und der subjektiven Gesundheit hier belegt werden. Die Autor\*innen plädieren für den Ausbau spezifischer psychosozialer Beratungsangebote für Medizinstudierende in ihren Ausbildungsstätten und deren vertiefte Evaluation.

## Literaturverzeichnis

- Angerer, P./Petru, R./Nowak, D./Weigl, M. (2008): Arbeitsbedingungen und Depressionen bei Ärzten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133 (1/2), S. 26-29.
- Aktekin, M./Karaman, T./Senol, Y. Y./Erdem, S./Erengin, H./Akaydin, M. (2001): Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. In: Medical Education, 35, pp. 12-17.
- Aster-Schenk, I. U./Schuler, M./Fischer, M. R./Neuderth, S. (2010): Psychosocial resources and burnout risk factors in medical school: A cross-sectional study and analysis of needs for preventive curricular interventions. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 27 (4), Doc 61.
- Bachmann, T./Jansen, A./Mäthner, E. (2010): Check-the-Coach. Fragebogen zur Evaluation von Coachings. Verfügbar unter [http://www.artop.de/5000\\_Archiv/5300\\_Downloads/5310\\_Tools.html](http://www.artop.de/5000_Archiv/5300_Downloads/5310_Tools.html) (04.06.2010).
- Bernstein, J. H./Carmel, S. (1999): Gender differences over time in medical school, stressors, anxiety, and the sense of coherence. In: Sex Roles, 24, pp. 335-344.
- Boehm, S./Tappert, S. (2016): MediCoach - Systemisches Studiencoaching an der Charité Universitätsmedizin Berlin. In: Zeitschrift für Beratung und Studium, 11, S. 34-39.
- Brimstone, R./Thistlewaite, J. E./Quirk, F. (2007): Behaviour of medical students in seeking mental and psychological health care: exploration and comparison with psychology students. In: Medical Education, 41, pp. 74-83.
- Buddeberg-Fischer, B./Stamm, M./Buddeberg, C./Klaghofer, R. (2009): Angst und Depressionen bei jungen Ärztinnen und Ärzten - Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55, S. 37-50.
- Bullinger, M./Morfeld, M. (2008): Der SF-36 Health Survey. In: Schöffski O, Graf v. d. Schulenburg, J.M. Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, S. 387-402.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2008): Erkennen-Bewerten-Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln.
- Chew-Graham, C. A./Rogers, A./Yassin, N. (2003): "I wouldn't want it on my CV or their records": medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. In: Medical Education, 37, pp. 873-880.
- Detmer, S./Kuhlmeier, A. (2010): Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden - Ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: Schwartz, F. W./Angerer, P. (Hg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln, S. 3-116.
- 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. Well being of Students. In: Academic Medicine, 81, pp. 354-373.
- Gläser, A. (2009): Medizinstudierende und ihre Belastungen im Rahmen des Studiums. Empirische Untersuchungen im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt. Dissertation der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Verfügbar unter: <http://d-nb.info/996574972/34> (12.08.2015).
- Guthrie, E. A./Black, D./Shaw, C. M./Hamilton, J./Creed, F. H./Tomson, B. (1995): Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. In: Medical Education, 29, pp. 337-341.
- Henning, K./Ey, S./Shaw, D. (1998): Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. In: Medical Education, 32, pp. 456-464.
- Hooper, C./Meakin, R./Jones, M. (2005): Where students go when they are ill: how medical students access health care. In: Medical Education, 39, pp. 588-593.
- Hope, V./Henderson, M. (2014): Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. In: Medical Education, 48, pp. 963-979.
- Iqbal, S./Gupta, S./Venkatarao, E. (2015): Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. In: The Indian Journal of Medical Research, 141 (3), pp. 354-357.
- Kurth, R. A./Klier, S./Pokorny, D./Jurkat, H. B./Reimer, C. (2007): Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudierenden. In: Psychotherapeut, 52, S. 355-361.
- Ko, S. M./Ku, E. H./Fones, C. S. (1999): Stress and the undergraduates. In: Singapore Medical Journal, 40, pp. 627-630.
- Nechita, F./Nechita, D./Pirlog, M. C./Rogoveanu, I. (2014): Stress in medical students. In: Romanian Journal of Morphology and Embryology, 55 (3), pp. 1263-1266.
- Newbury-Birch, D./White, M./Kamali, F. (2001): Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. In: Drug and Alcohol Dependence, 64, pp. 265-270.
- Rau, T./Plener, P./Kliemann, A./Fegert, J. M./Allroggen, M. (2013): Suicidality among medical students - A practical guide for staff members in medical schools. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 30 (4), Doc 48.

- Rosvold, E. O./Bjertness, E. (2002): Illness behavior among Norwegian physicians. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, pp. 125-32.
- Ruban, P. U./Gammelgaard Petersen, M./Moller-Madsen, B. (2013): More than half of the medical students who apply for a dispensation drop out and need a focused counselling. In: *Danish Medical Journal*, 60 (7), A4663.
- Saipanish, R. (2003): Stress among medical students in a Thai medical school. In: *Medical Teacher*, 25, pp. 502-506
- Sperth, M./Hofmann, F. H./Holm-Hadulla, F. M. (2014): Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende. In: *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 64, S. 224-231.
- Stewart, S. M./Betson, C./Lam, T.H./Marshall, I. B./Lee, P. W./Wong, C. M. (1997): Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. In: *Medical Education*, 31, pp. 163-208.
- Toyy, S./Räsänen, K./Kujala, S./Aärimaa, M./Juntunen, J./Kalimo, R./Luhtala, R./Mäkelä, P./Myllymäki, K./Seuri, M./Husman, K. (2000): Self-reported health, illness and self-care among Finnish physicians: a national survey. In: *Archives of Family Medicine*, 9, pp. 1079-1085.
- Tyssen, R./Vaglum, P./Gronvold, N.T./Ekeberg, O. (2001): Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. In: *Medical Education*, 35, pp. 110-120.
- Voltmer, E./Kieschke, U./Schwappach, D./Wirsching, M./Spahn C. (2008): Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. In: *Medical Education*, 8, 46.
- Webb, E./Ashton, C.H./Kelly, P./Kamali, F. (1996): Alcohol and drug use in UK university students. In: *The Lancet*, 348, pp. 922-925.
- Yu, Y./Yang, Y./Li, Z./Zhou, B./Zhao, Y./Yuan, S./Zhang, R./Sebranek, M./Veerman, L./Li, M./Gong, E./Chen, S./Ma, W./Huang, L./Cho, K./Leeder, S./Yan, L. (2015): The association between medical student's lifestyles and their attitudes towards preventive counseling in different countries. In: *BMC Public Health*, 15, 1124.

■ **Sylvie Tappert**, Dipl.-Soz.-wiss., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Prodekanat für Studium und Lehre der Charité Universitätsmedizin Berlin,

E-Mail: sylvie.tappert@charite.de

■ **Andrea Teti**, Prof. Dr., Professor für Alter und Gesundheit an der Fakultät für Bildungs- und Gesellschaftswissenschaften der Universität Vechta,

E-Mail: andrea.teti@uni-vechta.de

■ **Pia-Theresa Sonntag**, Dipl.-Soz., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin,

E-Mail: pia-theresa.sonntag@charite.de

■ **Silke Boehm**, Dipl.-Soz., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Prodekanat für Studium und Lehre der Charité Universitätsmedizin Berlin, Systemische Therapeutin in der Beratungsstelle MediCoach und Dozentin,

E-Mail: silke.boehm@charite.de



## Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

## Publikationsliste

### Peer Reviewed Artikel

**Tappert, S.,** Teti, A., Sonntag, P.T. & Boehm, S. (2020). Effekte von spezifischem gesundheitsförderndem Coaching für Medizinstudierende an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, (15) 1, 11-17.

Boehm, S. & **Tappert, S.** (2016). MediCoach - Systemisches Studiencoaching an der Charité Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, 11, 34-39

### Kongressbeiträge

**Tappert, S.** & Hollstein, S. (2013). I'll be your mirror – reflect what you are: Kreative Methoden zur Integration von Übertragungsprozessen in die systemische Beratungs- und Therapiepraxis. 13. *Wissenschaftliche Jahrestagung der Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)*, 26.–28.9.2013, Humboldt- Universität zu Berlin

**Tappert, S.** (2011). Körperorientierte Methoden in der Beratung von Studierenden. Qualität sichern. Qualität weiterentwickeln. *Fachtagung der Gesellschaft für Information, Beratung und Therapie an Hochschulen e.V. (GIBeT)*, 2011, Potsdam

**Tappert, S.** & Cocciole, C. (2010). Making Contact - Practicing skills of embodied mindfulness in therapeutic settings. 5. *World Congress for Positive Psychotherapy – Positive Psychotherapy in a globalized world. World Association of Positive Psychotherapy (WAPP)*, 9.-12.10.2010, Istanbul, Turkey

## **Danksagung**

Ich möchte ausdrücklich meinen Betreuerinnen Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier und Dr. Susanne Dettmer für ihre Begleitung und Unterstützung meiner Promotion danken.

Ein ganz herzlicher Dank gilt meiner Kollegin Silke Boehm und den weiteren Ko-Autor:innen Prof. Dr. Andrea Teti und Pia Sonntag, ohne deren Unterstützung diese Promotion nicht möglich gewesen wäre. Ebenso danke ich Prof. Dr. Liane Schenk, Mandy Petzold, Dr. Jutta Schmidt Machado und Dr. Gürkan Bal für ihre hilfreiche Begleitung dieser Arbeit.

Ganz besonders danke ich meinen beiden Kindern und meinen Freund:innen für ihren bedingungslosen Rückhalt und ihren geduldigen und ermutigenden Beistand.