Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Fachbereich Integrative Medizin
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. N. Rahbari
Leiter des Fachbereiches: Prof. Dr. Klaus Kramer

Achtsamkeit bei Medizinstudierenden – eine qualitative Interviewstudie

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

David Matthias Rampf
Aalen
2025

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Klaus Kramer

2. Berichterstatter: PD Dr. med. Wolfgang Oechsner

Tag der Promotion: 26.02.2026

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis III
1 Einleitung 1
1.1 Achtsamkeit und Achtsamkeitsinterventionen 1
1.2 Stress und mentale Gesundheit unter Medizinstudierenden 3
1.3 Achtsamkeit im Medizinstudium 6
1.4 Begleitforschung Wahlpflichtfach „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ 7
1.5 Relevanz der Studie und Fragestellung 8
2 Material und Methode 10
2.1 Stichprobe 10
2.2 Erhebungsinstrument 13
2.3 Auswertungsmethode 14
2.4 Gütekriterien 21
3 Ergebnisse 24
3.1 Persönliche Einstellung 24
3.2 Erfahrungen mit Achtsamkeit 42
3.3 Achtsamkeit im Medizinstudium 50
3.4 Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext 55
3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse im Hintergrund der Forschungsfrage 64
4 Diskussion 68
4.1 Diskussion der Methoden 68
4.2 Diskussion der Ergebnisse 71
5 Zusammenfassung 86
6 Literaturverzeichnis 88
7 Anhang 99

8 Danksagung 136

Lebenslauf 137

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
COMMIT	Comparison of different Methods of Mindfulness Training
Dt.	Deutsch
Kap.	Kapitel
Max.	Maximal
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
QDA-Software	Qualitative Datenanalyse-Software
SD	Standard Deviation
Tab.	Tabelle
Vgl.	Vergleich
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Achtsamkeit im wissenschaftlichen Kontext sowie in zahlreichen gesellschaftlichen Bereichen erfreut sich wachsender Beliebtheit (Schindler 2020). Gleichzeitig findet Achtsamkeit zunehmend Akzeptanz als Behandlungsform für eine Reihe psychischer und physischer Erkrankungen (McKenzie et al. 2012). Daneben kann sie als Werkzeug zur Stressreduktion dienen, auch bei Medizinstudierenden (Zollars et al. 2019; Shapiro et al. 1998).
Doch wie stehen Medizinstudierende zu diesem Thema? Diese Studie möchte den Versuch wagen, angehendem ärztlichen Fachpersonal der Universität Ulm im direkten Gespräch ihre Sicht der Dinge zu entlocken und tiefere Einblicke zu erlangen.

1.1 Achtsamkeit und Achtsamkeitsinterventionen

Achtsamkeit ist seit Jahrhunderten wichtiger Bestandteil der buddhistischen Lehre. Jon Kabat-Zinn beschreibt Achtsamkeit als ein Kernelement aller buddhistischen Traditionen. Von den verschiedenen Ausprägungen des Zen-Buddhismus in Ost- und Sudostasien, bis hin zum tibetischen Buddhismus in Süd- und Zentralasien. Achtsamkeit wird und wurde in vielen Kulturen geschätzt und findet bis heute Anwendung (Kabat-Zinn 2015).
Nähert man sich der Frage was Achtsamkeit ist, stellt man fest, dass Achtsamkeit auf mehrere Weisen definiert und interpretiert werden kann. Eine populäre Definition bezeichnet Achtsamkeit als die Fähigkeit, Dinge bewusst, wertfrei und im gegenwärtigen Moment wahrzunehmen (Kabat-Zinn 2015). Eine andere Definition nennt Achtsamkeit eine selbstregulierte Aufmerksamkeit, welche eine verbesserte Wahrnehmung in bestimmten Momenten mit sich bringt und zusätzlich eine Herangehensweise an Situationen, gekennzeichnet durch Offenheit, Akzeptanz und Interesse darstellt (Bishop et al. 2004). Achtsamkeit zielt darauf ab, für die Inhalte, die in unserem Bewusstsein erscheinen, eine Akzeptanz zu schaffen und die Entwicklung einer inneren Widerstandshaltungen gegen Empfindungen zu vermeiden (McKenzie et al. 2012). Sie ist eine althergebrachte, wertungsfreie Form der Wahrnehmung, geprägt von Offenheit, Akzeptanz und der Konzentration auf den gegenwärtigen Augenblick.

Beschäftigt man sich mit der tatsächlichen Praxis von Achtsamkeit, so stellt man fest, dass zwischen formeller und informeller Achtsamkeit unterschieden werden kann.

Formelle Achtsamkeit umfasst meditative Aktivitäten, die über einen definierten Zeitraum ausgeführt werden und häufig einen konkreten Fokus haben, beispielsweise die Aufmerksamkeit auf den Atem oder spezifische Körperempfindungen. Verschiedene Formen der Meditation sind dabei von zentraler Bedeutung. Informelle Übungen wiederum zielen darauf ab, Achtsamkeit in den Alltag zu integrieren fernab der formellen Meditationspraxis beispielsweise beim Essen oder Gehen (Kakoschke et al. 2021).

Zusätzlich gibt es eine Vielzahl an Achtsamkeitsinterventionen, welche unterschiedlichen Zwecken dienen können. Die Gemeinsamkeit aller Interventionen liegt darin, dass durch Vermittlung von Achtsamkeit, sei es in formeller oder informeller Form, die Präsenz in der Gegenwart gesteigert wird und konsekutiv die Lebensqualität der Teilnehmenden verbessert werden kann.

Achtsamkeitsinterventionen finden in den unterschiedlichsten Bereichen Anwendung. In Schulen (Sibinga et al. 2013), am Arbeitsplatz (Xu et al. 2021), in Gefängnissen (Bouw et al. 2019) und sogar im Militär (Ihme u. Sundstrom 2021), um nur einige Beispiele zu nennen.

Die wohl bekannteste und wissenschaftlich untersuchte Achtsamkeitsintervention stellt das Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR) Programm dar, welches von Jon Kabat-Zinn entwickelt wurde. Ein MBSR-Kurs umfasst in der Regel wöchentlich zwei bis zweieinhalb Stunden Gruppenunterricht, geleitet von einer zertifizierten und qualifizierten Lehrperson, tägliches Audio-geführtes Üben zu Hause und einen kompletten Achtsamkeitstag, welcher meist in der sechsten Woche des achtwöchigen Programms stattfindet. Ein wesentlicher Bestandteil des MBSR-Programms besteht darin, Achtsamkeitspraktiken zu vermitteln und unter Anleitung zu üben. Dazu gehören beispielsweise Bodyscans, Atemmeditationen sowie Sitzmeditationen, Yogaformen und Atemübungen. Zudem beinhaltet das Programm Übungen, die darauf abzielen, die Prinzipien der Achtsamkeit in den Alltag zu integrieren und dabei insbesondere den Umgang mit Stress zu verbessern (Kabat-Zinn 1982).

Daneben gibt es eine Vielzahl von Abwandlungen dieses „klassischen“ MBSR-Kurses. Diese Interventionen basieren auf der gleichen grundlegenden Programmstruktur wie ein MBSR-Kurs, werden jedoch entsprechend den Bedürfnissen spezifischer Behandlungsgruppen oder Zielsetzungen modifiziert.

So konzentriert sich die Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy (dt. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie) auf die Behandlung von Depression (Shulman et al. 2018), das Mindfulness-Based-Relationship-Functioning (dt. Achtsamkeitsbasierte Beziehungsfunktionsfähigkeit) auf die Verbesserung von zwischenmenschlichen Beziehungen (Carson et al. 2004) oder die Mindfulness-Based-Relapse-Prevention (dt.: Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention) auf die Bekämpfung von Suchtproblematiken (Witkiewitz et al. 2013). Diese Aufzählung könnte noch weiter fortgeführt werden, relevant ist aber aufzuzeigen, dass Achtsamkeitsinterventionen in vielen Bereichen Anwendung finden.

Neben diesen Interventionsformen, welche durch eine feste Struktur und hohes Zeitinvestment gekennzeichnet sind, finden sich zunehmend andere niederschwellige Angebote. Eine Schweizer Studie konnte zeigen, dass eine 30 Minuten lange selbstständig zuhause durchgeführte Achtsamkeitsintervention positive Auswirkungen auf das Stressniveau von Studierenden haben kann (Vorontsova-Wenger et al. 2022). Die Anwendung von online-basierten Achtsamkeitsinterventionen scheint ebenfalls eine Möglichkeit zu sein, das Stressniveau zu senken und Wohlbefinden von Medizinstudierenden zu steigern (Moore et al. 2022). Für die vorliegende Studie spielt vor allem die Interventionsform des MBSR-Kurses nach Kabat-Zinn eine Rolle (Kabat-Zinn 1982).

1.2 Stress und mentale Gesundheit unter Medizinstudierenden

Das Medizinstudium ist äußerst herausfordernd und geht mit großem psychischem Stress einher. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung haben Medizinstudierende ein erhöhtes Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Kuhlmann et al. 2015; Seliger u. Brähler 2007). Stress kann unterschiedlich definiert werden beziehungsweise mit unterschiedlichen Modellen erklärt werden, je nach Kontext und wissenschaftlicher Perspektive.

Aus dem lateinischen „stringere“ abgeleitet bedeutet Stress so viel wie „anspannen“. Stress im wörtlichen Sinne beschreibt damit eine Form der Angespanntheit.

Bereits in den Zwanzigerjahren des vorigen Jahrhunderts erkannte Cannon, dass Mangelerscheinungen in dem zugehörigen Organismus Anpassungen nach sich ziehen. Stresst man ein sich im Gleichgewicht befindliches System, so provoziert dies eine Reaktion (Cannon 1929).

Auf Grundlage dieser zentralen Erkenntnis entwickelte Selye sein Stressmodell, das er als „allgemeines Anpassungssyndrom“ bezeichnet. Dieses gliedert er in drei Phasen. Zunächst bedingt ein Stressor beim betroffenen Organismus eine „Alarmreaktion“. Der Körper versucht, durch die Ausschüttung von Stresshormonen in einen Zustand der erhöhten Leistungsbereitschaft zu gelangen und dem Stressor damit entgegenzuwirken. Darauf folgt die sogenannte „Widerstandsphase“. Hier passt sich der Körper an den Stressor an, allerdings ist die allgemeine Widerstandskraft dabei bereits vermindert. Abschließend folgt laut Selye die „Erschöpfungsphase“. Bei anhaltendem Stress erleidet der Organismus in dieser Zeit Schäden, da seine Anpassungsfähigkeit begrenzt ist. In der Folge können krankhafte Veränderungen auftreten (Selye 1946).

Die Auswirkungen von Stress beschäftigen die Forschung somit schon lange.

Fortan haben Forschende, insbesondere der Neurowissenschaften, das Verständnis von Stress deutlich weiterentwickelt. Biologische Stressreaktionen werden nicht immer zwangsläufig als Auslöser negativer Zustände betrachtet, sondern als im Allgemeinen positive, adaptive Mechanismen, die das Überleben sichern (McEwen u. Akil 2020).

Diese vornehmlich biologischen Stressmodelle werden durch Lazarus und Folkman erweitert. Stress entsteht laut ihrem „Transaktionalem Stressmodell“ dann, wenn eine Person eine Situation, mit der sie konfrontiert wird, als herausfordernd empfindet und zunächst keine unmittelbare Lösung dafür sieht. Daher kann jede Situation potentiell zu einem Stressor werden. Was stressauslösend wirkt, ist somit sehr individuell. Sie bezeichnen Stress weiter als ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen des täglichen Lebens und den individuellen Fähigkeiten zur Bewältigung dieser (Lazarus u. Folkman 1984).

Angewandt auf Studierende kann dies bedeuten, dass akademische Herausforderungen die verfügbaren eigenen Ressourcen zur Bewältigung übersteigen (Moffat et al. 2004). Die Stressgefährdung der Medizinstudierenden steigt also aufgrund der hohen akademischen Anforderungen, denen sie sich ausgesetzt sehen (MacLean et al. 2016).

Stress, Depressionen und Angstzustände sind unter Medizinstudierenden weit verbreitet. Es zeigt sich, dass das Maß der psychischen Belastung während des Medizinstudiums höher ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Dyrbye et al. 2006). Studierende der Medizin sehen sich unterschiedlichsten Stressoren ausgesetzt. Hill et al. nennen in diesem Zusammenhang die Menge der zu lernenden Inhalte bei gleichzeitigem Zeitmangel; Konflikte zwischen Freizeit und den Verpflichtungen des Studiums; Gesundheitsbedenken ob des

Stresses und teils finanzielle Nöte (Hill et al. 2018). Prüfungssituationen und die Vorbereitung auf Prüfungen stellen für Studierende dabei den größten Stressfaktor dar (Bacchi und Licinio 2017; Radcliffe und Lester 2003).

Die WHO (World Health Organisation) definiert mentale Gesundheit als einen Zustand des psychischen Wohlbefindens, der es Individuen ermöglicht, die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen, ihre Potenziale zu entfalten, erfolgreich zu lernen und zu arbeiten sowie einen positiven Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Gesundheit gründet sich insofern auf innere Werte sowie auf einen praktischen Nutzen und ist von grundlegender Bedeutung für unser allgemeines Wohlbefinden (WHO 2024).

In einer Studie aus dem Jahr 2014 zeigte sich, dass Medizinstudierende vor Beginn des Studiums eine gute psychische und mentale Verfassung im Vergleich mit Studienbeginnenden anderer Fächer aufwiesen (Brazeau et al. 2014). Demgegenüber stehen Befunde einer aus demselben Jahr stammenden Forschungsarbeit. Diese zeigte, dass unter Medizinstudierenden in jeder Phase des Studiums das Risiko, ein Burnout-Syndrom zu erleiden, höher ist als bei Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung (Dyrbye et al. 2014). Unter Burnout versteht man ein Syndrom, welches meist mit drei Komponenten einhergeht: Erschöpfung, zunehmender Ineffektivität und Zynismus. Es wird vermutet, dass ein Burnout zu psychischen Erkrankungen führen kann. Zudem gibt es Anzeichen dafür, dass das Syndrom mit einem erhöhten Angst- und Reizbarkeitslevel sowie einem erhöhten Depressionsrisiko einhergeht (Maslach und Leiter 2016). Diese Verschlechterung der mentalen Gesundheit während des Medizinstudiums vergegenwärtigt das Risiko, welchem sich die Medizinstudierenden ausgesetzt sehen (Brazeau et al. 2014).

In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2016 konnte festgestellt werden, dass 27,2 % der Medizinstudierenden eine Depression oder zumindest depressive Symptome aufweisen. Erschwerend kommt hinzu, dass 11,1 % der Studierenden sogar von Suizidgedanken berichteten (Rotenstein et al. 2016).

Betrachtet man diese Befunde, erscheint es eine Notwendigkeit zu sein, Medizinstudierende in ihrem Studium zu unterstützen und dem entgegenzuwirken. Achtsamkeit im Medizinstudium kann ein Baustein sein, um dieses Ziel zu erreichen.

1.3 Achtsamkeit im Medizinstudium

Im universitären Kontext, insbesondere im Medizinstudium, können Achtsamkeitsinterventionen für einen freieren Umgang mit Stress eine Rolle spielen. In einigen Studien konnte bereits festgestellt werden, dass Achtsamkeit in formeller und informeller Form einen positiven und stressreduzierenden Effekt auf Medizinstudierende haben kann (Zollars et al. 2019; Rosenzweig et al. 2003; Carmody u. Baer 2008). Achtsamkeitsübungen führen außerdem zu einer Reduktion von Angstzuständen unter den Studierenden (Warnecke et al. 2011). Darüber hinaus scheinen MBSR-Kurse für Medizinstudierende zu einer leichten bis moderaten Verbesserung der allgemeinen mentalen Gesundheit zu führen (Van Dijk et al. 2017). Achtsamkeit in unterschiedlichen Formen kann also ein probates Mittel darstellen, um Medizinstudierenden den universitären und späteren beruflichen Alltag, welcher oft mit Stress einhergeht, zu erleichtern.

Es ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung zu verstehen, warum Medizinstudierende Achtsamkeit praktizieren. Das Bedürfnis, mit Stress im Medizinstudium auf eine andere Art umzugehen, scheint eine Rolle zu spielen (Shapiro et al. 2019). Zusätzlich wollen sich Medizinstudierende um sich selbst kümmern, um sich dann besser um andere kümmern zu können (Brami et al. 2023).

Bei Medizinstudierenden, die eine messbar höhere psychische Belastung aufweisen, ist das Interesse und die Bereitschaft zur Teilnahme an einem MBSR-Kurs deutlich größer als bei denen, die diese Belastung nicht empfinden (van Dijk et al. 2015). Eine Veränderung der eigenen Situation wird angestrebt (Brami et al. 2023).

Hinsichtlich des Umgangs mit Prüfungen und dem dafür notwendigen Lernerfolg kann Achtsamkeit ebenfalls relevant sein. Es scheint erwiesen zu sein, dass Achtsamkeitspraktiken in formeller und informeller Form die Fähigkeit zur Bewältigung von Stress verbessern, nicht zuletzt indem sie die Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung positiv beeinflussen können (Gorman und Green 2016). Eine norwegische Studie legt nahe, dass MBSR-Kurse als eine potentiell hilfreiche Methode betrachtet werden sollten mit Prüfungsangst und den daraus resultierenden psychischen Gesundheitsproblemen umzugehen (Dundas et al. 2016).

Es scheint angezeigt, Achtsamkeit in den regulären universitären Ablauf einzubinden. Bisher geschieht dies in Deutschland vornehmlich in Form von Einzelinitiativen an den jeweiligen

Universitäten oder Hochschulen. An den meisten Fakultäten liegt das Augenmerk vornehmlich in der Vermittlung von fachlichem Wissen. In den Lehrplan integrierte strukturierte Achtsamkeitsinterventionen mit Vermittlung von Techniken und Sachwissen in einem größeren Format gehören noch immer zur Ausnahme wie beispielswese an der Hochschule München (De Bruin 2021).

Indem Medizinstudierenden in Kursen praktisches und theoretisches Wissen über Achtsamkeit vermittelt wird, führt dies dazu, dass Techniken erlernt oder verbessert werden können und eine Basis geschaffen wird, auch klinische Fähigkeiten zu erweitern. Weiterhin zeigt sich, dass ein gesteigertes Bewusstsein für das Thema Achtsamkeit das Interesse und die Bereitschaft weckt, selbst Achtsamkeit in den Alltag zu integrieren (McKenzie et al. 2012).

1.4 Begleitforschung Wahlpflichtfach „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“

Die vorliegende Dissertationsschrift ist Teil der Begleitforschung des Wahlpflichtfaches „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ für Medizinstudierende der Universität Ulm. Es handelt sich dabei um eine Mixed-Methods-Studie mit einem quantitativen und qualitativen Teil.

Quantitativer Teil

Ziel des quantitativen Teils ist es, ein klassisches MBSR-Programm im Hinblick auf seinen Nutzen und seine Durchführbarkeit für Medizinstudierende mit flexibleren und niederschwelligeren Achtsamkeitsinterventionen zu vergleichen.

Zu diesem Zweck wurden im Sommersemester 2022 an der Universität Ulm zwei unterschiedliche Achtsamkeitsinterventionen wissenschaftlich begleitet und bei der Auswertung gegenübergestellt. Bei dieser pilotartigen Studie wurde ein Prä-Post-Design gewählt und Fragebögen als Instrument der Datenerhebung verwendet. Die Gruppen „MBSR“ und „Mantra“ wurden miteinander verglichen.

Die MBSR-Gruppe nahm an einem MBSR-Kurs nach Jon Kabat-Zinn unter Leitung von Prof. Dr. med. Klaus Kramer in Präsenz teil (vgl. Kap. 1.2 und Anhang I).

Die Mantragruppe hingegen war dazu angehalten, selbstständig Mantra-Meditationen zuhause durchzuführen. Bei der Mantragruppe wurden an einem ersten Präsenztermin

Grundlagen vermittelt und Übungsmantras ausgewählt. Während des Interventionszeitraums musste jeden Tag selbstständig durch die Studierende meditiert werden.
Der Interventionszeitraum betrug bei beiden Gruppen acht Wochen. Die Fragebögen wurden vor Beginn, direkt nach den Interventionen und mit einem Abstand von drei Monaten von den Teilnehmenden ausgefüllt und im Anschluss statistisch ausgewertet.
Bei den Teilnehmenden handelte es sich ausschließlich um Medizinstudierende der Universität Ulm.
Untersucht werden die Unterschiede im Erleben von Stress und Wohlbefinden, Prüfungsangst, Achtsamkeit im Alltag sowie Einstellung zu Achtsamkeit vor und nach der Teilnahme an den Interventionen. Die Ergebnisse sind Inhalt einer gesonderten Dissertationsschrift.

Qualitativer Teil

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden Studienteilnehmende des benannten MBSR-Kurses (Interventionsgruppe) sowie Teilnehmende einer Kontrollgruppe ohne vorherigen Kontakt zu Achtsamkeitsinterventionen, mittels leitfadengestützter Einzelinterviews zu ihrer persönlichen Einstellung, beziehungsweise Sichtweise hinsichtlich dem Thema Achtsamkeit befragt. Durch die Befragung im direkten Gespräch soll ein tieferer Einblick, fernab von standardisierten Fragebögen, erreicht werden. Dazu wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

1.5 Relevanz der Studie und Fragestellung

Der Großteil der Forschungsaktivitäten bezüglich dem Thema Achtsamkeit oder Achtsamkeitsinterventionen, konzentriert sich bisher auf die Wirksamkeit von Achtsamkeitspraktiken im Hinblick auf bestimmte Ziele wie beispielsweise gesundheitsbezogene oder leistungsorientierte Veränderungen der untersuchten Populationen. Hinzu kommt, dass die meisten der Studien in diesem Gebiet quantitative Ansätze wählen (Frank u. Marken 2022). Es gibt Stimmen, die diesbezüglich eine Intensivierung von qualitativer Forschung befürworten und fordern (Krägeloh et al. 2019; Quaglia et al. 2015; Garland u. Gaylord 2009). Qualitative Forschung wird oft als eine Forschungsstrategie gesehen, die einen eher offenen Ansatz für den Forschungsprozess zulässt, wodurch sich Überraschungen und neue Erkenntnisse eröffnen können (Bryman 2006). Um dem Anspruch gerecht zu werden, mehr qualitative Forschungsansätze zu wählen, wird eine Inhaltsanalyse durchgeführt. Die im Zuge der

hier vorgelegten Studie geführten Interviews werden nach ihrer Transkription strukturiert und regelgeleitet analysiert.

Über die Sichtweise von Medizinstudierenden zum Thema Achtsamkeit ist noch wenig bekannt (Brami et al. 2023). Dieser Sachverhalt ist zentral für diese Studie.

Ein tieferes Verständnis wie Medizinstudierende zum Thema Achtsamkeit eingestellt sind, kann helfen, Bedürfnisse zu erkennen, Vorurteile zu verstehen und adäquate Angebote zu schaffen. Vergleichbare qualitative Studien sind kaum vorhanden oder nicht zwangsläufig auf Medizinstudierende anzuwenden. Durch die Befragung zweier Gruppen, mit einerseits ausgeprägten Erfahrungen mit Achtsamkeit (Interventionsgruppe) und andererseits keinem Erfahrungsschatz in Bezug auf das Thema Achtsamkeit (Kontrollgruppe), eine möglichst große Heterogenität der befragten Personen geschaffen werden.

Es ergeben sich mehrere Fragen mit einem zentralen Element:

Welche Einstellung beziehungsweise Sichtweise haben Medizinstudierende zu Achtsamkeit im Allgemeinen und speziell im universitären Kontext?

Dies wird in die folgenden Fragen differenziert:

- Welche Gründe sprechen für beziehungsweise gegen Achtsamkeit in formeller und informeller Form aus Sicht der Studierenden?
- Welche Erfahrungen machen Medizinstudierende mit Achtsamkeit in formeller und informeller Form?
- Wie stellen sich Medizinstudierende ein achtsames Medizinstudium vor?
- Spielt Achtsamkeit eine Rolle bei der Bewältigung von Prüfungsangst und wie entsteht diese bei Medizinstudierenden?

2 Material und Methode

Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum vor - Antrag Nr.: 71/22 vom 30.03.2022.
Die vorliegende Dissertationsarbeit stellt einen qualitativen Teil der Begleitforschung des Wahlpflichtfachs „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ für Medizinstudierende der Universität Ulm dar.
Im Zuge der Studie wurden semistrukturierte Interviews geführt. Diese wurden pseudonymisiert, transkribiert und analysiert. Im Folgenden werden Stichprobe, verwendete Materialien und angewandte Methoden erläutert.

2.1 Stichprobe

2.1.1 Auswahlkriterien

Die Stichprobe bestand aus zwei Gruppen. Einerseits der Interventionsgruppe, andererseits der Kontrollgruppe. Für die jeweiligen Gruppen galten unterschiedliche Auswahlkriterien.

2.1.1.1 Interventionsgruppe

Die Interventionsgruppe bestand aus Medizinstudierenden der Universität Ulm, welche das Wahlpflichtfach „Early Bird – achtsam in den Tag finden“ unter Leitung von Prof. Dr. Kramer im Sommersemester 2022 beziehungsweise Wintersemester 2022/2023 belegt hatten. Bei dem Kurs handelte es sich um einen zertifizierten achtwöchigen MBSR-Kurs nach Jon Kabat-Zinn. Die Teilnehmenden mussten zum Zeitpunkt des Interviews den Kurs abgeschlossen haben. Ein genauer Kursplan der Intervention mit den Inhalten findet sich im Anhang (vgl. Anhang I).
Von den Teilnehmenden wurden Volljährigkeit und ein Internetzugang vorausgesetzt.
Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis.

2.1.1.2 Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe bestand aus Medizinstudierenden der Universität Ulm, die zum Zeitpunkt der Interviewteilnahme an keiner Achtsamkeitsintervention teilgenommen hatten.
Von den Teilnehmenden wurden Volljährigkeit und ein Internetzugang vorausgesetzt.
Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis.

2.1.2 Probandenrekrutierung und Ethische Aspekte

2.1.2.1 Interventionsgruppe

Potentielle Teilnehmende der Interventionsgruppe wurden am Ende des Interventionszeitraumes gefragt, ob Interesse an einer Interviewteilnahme besteht.

Interessierte konnten sich am jeweils letzten Kurstag auf einer Liste eintragen und ihre Kontaktdaten hinterlassen. Parallel wurden Handouts mit der Aufforderung an den Interviews teilzunehmen verteilt. Auf diesen waren QR-Codes abgebildet, welche mit dem Mobiltelefon oder anderen elektronischen Geräten eingelesen werden konnten. Zur Erstellung der QR-Codes wurde ein QR-Code Generator verwendet (© qr-code-generator.com 2024). Alle relevanten Informationen bezüglich einer potentiellen Teilnahme konnten somit digital bereitgestellt werden.

Die Studienteilnehmenden mussten vor Beginn des Interviews eine Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung unterzeichnen (vgl. Anhang C). Ohne schriftliche Einwilligung war eine Teilnahme ausgeschlossen.

2.1.2.2 Kontrollgruppe

Potentielle Teilnehmende der Kontrollgruppe wurden mit Aushängen an der Universität, mit Flyern oder durch persönliche Ansprache rekrutiert. Auf den Flyern und Aushängen fanden sich ebenfalls erwähnte QR-Codes mit allen wichtigen Informationen und Kontaktdaten (vgl. Kap. 2.1.2.1).

Teilnehmende mussten vor Beginn des Interviews eine Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung unterzeichnen (vgl. Anhang C). Ohne schriftliche Einwilligung war eine Teilnahme ausgeschlossen.

2.1.2.3 Finanzielle Mittel

Die Teilnehmenden der Interventions- und der Kontrollgruppe bekamen als Aufwandsentschädigung Einkaufsgutscheine im Wert von jeweils 10€. Die Gutscheine wurden nach der Interviewteilnahme per Mail versandt und konnten online unter https://www.avocadostore.de eingelöst werden. Die Einkaufsgutscheine wurden aus fachbereichseigenen Mitteln gestellt.

2.1.3 Zusammensetzung der Stichprobe

Alle Teilnehmenden der Studie waren zum Zeitpunkt des Interviews an der medizinischen Fakultät der Universität Ulm als Studierende der Humanmedizin eingeschrieben. Insgesamt wurden zwölf Interviews geführt. Sechs mit Teilnehmenden der Interventionsgruppe sowie sechs mit Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von zwölf Interviews (vgl. Tab. 1).

2.1.3.1 Interventionsgruppe

Im Sommersemester 2022 und Wintersemester 2022/2023 nahmen an dem MBSR-Kurs „Early Bird- Achtsam in den Tag finden“ insgesamt 30 Personen teil. Durch die Rekrutierungsmaßnahmen konnten sechs Interviews geführt werden.

Der Altersdurchschnitt der interviewten Personen betrug dabei 22,3 Jahre. Die jüngste teilnehmende Person der Interventionsgruppe war zum Zeitpunkt des Interviews 21 Jahre, die älteste 26 Jahre.

Die Interventionsgruppe bestand aus 5 weiblichen und einem männlichen Teilnehmenden. Im Durchschnitt befanden sich die Teilnehmenden im 4,7 Fachsemester.

2.1.3.2 Kontrollgruppe

Im Wintersemester 2022/2023 waren laut Statistik der Universität Ulm insgesamt 2935 Studierende der Humanmedizin eingeschrieben (Universität Ulm 2024). Durch die Rekrutierungsmaßnahmen konnten 6 Interviews geführt werden. Der Altersdurchschnitt betrug dabei 29,8 Jahre. Die jüngste Teilnehmende Person war zum Zeitpunkt des Interviews 24 Jahre, die älteste 32 Jahre.

Die Kontrollgruppe bestand aus drei weiblichen und drei männlichen Teilnehmenden. Im Durchschnitt befanden sich die Teilnehmenden im 5,8 Fachsemester.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe

Stichprobenkriterium	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Altersdurchschnitt in Jahren	22,3 (*SD* 2,0)	29,8 (*SD* 3,0)
Geschlechterverhältnis (männlich : weiblich)	1 : 5	1 : 1
Fachsemesterdurchschnitt	4,7 (*SD* 1,0)	5,8 (*SD* 2,5)

2.1.4 Erhebungszeitraum

2.1.4.1 Interventionsgruppe

Der Interventionszeitraum im Sommersemester 2022 endete am 04.07.2022. Die Interviews wurden zwischen dem 10.07.2022 und dem 19.10.2022 geführt.
Der Interventionszeitraum im Wintersemester 2022/2023 endete am 13.12.2022. Die Interviews wurden zwischen dem 19.12.22 und dem 22.12.2022 geführt.

2.1.4.2 Kontrollgruppe

Die Interviews mit Teilnehmenden der Kontrollgruppe fanden ausschließlich im Wintersemester 2022/2023 statt und wurden zwischen dem 14.12.2022 und dem 23.03.2023 geführt.

2.2 Erhebungsinstrument

2.2.1 Das semistrukturierte Interview

Das semistrukturierte Interview verbindet nach Mayring zwei Dinge in sich. Einerseits bietet es die Möglichkeit offene Fragen zu formulieren, was der befragten Person die Möglichkeit bietet, relevante und subjektiv wichtige Inhalte in seiner Antwort zu benennen. Andererseits sind die Fragen in eine bereits vorher erarbeitete Struktur eingebettet. Dadurch kommt die interviewte Person zwar frei zu Wort, die Fragestellung bleibt aber im Fokus. Die Datenerhebung kann also in gewisser Weise gelenkt werden und erhält dadurch Struktur. Mayring sieht in dieser Form der Datenerhebung noch weitere Vorteile. Es kann überprüft werden, ob die befragte Person die Fragen versteht, subjektive Meinungen und Deutungen können klar und im Detail offengelegt werden. Die interviewte Person kann selbst Theorien entwickeln und die konkreten Bedingungen einer Befragung können erörtert werden (Mayring 2023 S. 59-74).
Anhand der Fragestellung wurde mittels einschlägiger Literatur und in Gesprächen mit wissenschaftlichen Mitarbeitenden der Abteilung für integrativen Medizin der Universität Ulm Leitfäden erarbeitet. Es wurde darauf geachtet, dass die Interviewleitfäden für Kontrollgruppe und Interventionsgruppe vergleichbar in Struktur und Dimension der ausgewählten Themenkomplexe gewählt wurden.

Die Interviews begannen mit einer allgemein gehaltenen Einstiegsfrage zum Thema. Mayring empfiehlt dieses Vorgehen. Er sieht darin den Zweck herauszufinden, ob das Thema für den Einzelnen von Bedeutung ist und welche persönliche Relevanz es für eine Person hat. Eine solche Einstiegsfrage kann ein Gradmesser dafür sein, in welche Richtung ein Gespräch läuft (Mayring 2023 S. 59-74).

Danach wurden die Fragen des Leitfadens abgearbeitet, wobei keine strikte Reihenfolge eingehalten werden musste. Der Leitfaden behandelt vier Themenkomplexe: (Leitfäden im Detail vgl. Anhang D, E):

- Erfahrung mit Achtsamkeit
- Persönliche Einstellung zu Achtsamkeit
- Achtsamkeit im Medizinstudium
- Prüfungsangst im Medizinstudium

2.2.2 Entstehungssituation des Materials

Alle Gespräche fanden online über den ZOOM-Account der Universität Ulm statt. Die Videofunktion wurde über den kompletten Zeitraum des Interviews deaktiviert. Im Voraus bekamen die Teilnehmenden eine Zusammenfassung mit den für das Interview relevanten Themen.

Zusätzlich wurden die Teilnehmenden nochmals über die Bedingungen der Teilnahme aufgeklärt. Ohne vor dem Interview vorliegende unterschriebene Einverständniserklärung wurde das Interview nicht begonnen.

Die Audiodateien wurden pseudonymisiert und auf einem externen Speicher abgelegt.

Nach Transkription aller Interviews wurden die Audiodateien gelöscht. Die Teilnehmenden hatten zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abzubrechen ohne Angabe von Gründen oder konnten im Nachhinein ihre Teilnahme zurückzuziehen. Dieser Fall trat nicht ein.

2.3 Auswertungsmethode

2.3.1 Transkription der Audiodateien

In einem Transkript wird Gesprochenes zu Papier gebracht. Erst durch diesen Vorgang kann eine spätere Analyse des Materials realisiert werden (Dresing u. Pehl 2018). Die

Transkription der Audiodateien erfolgte manuell durch den Interviewenden selbst. Im Voraus wurden Transkriptionsregeln festgelegt, nach denen alle Transkripte verfasst wurden. Es stehen hierbei grundsätzlich drei Möglichkeiten zur Verfügung, wie eine Audiodatei verschriftlicht werden kann. Das internationale phonetische Alphabet, womit auch Dialektfärbungen berücksichtigt werden können, die literarische Umschrift und die Übertragung in reguläres Schriftdeutsch (Mayring 2023 S. 74-88).

Da es bei der vorliegenden Studie vor allem darum ging, den gesprochenen Inhalt in Textform zu bringen, wurde die Übertragung in Schriftdeutsch gewählt. Die genauen Transkriptionsregeln können im Anhang eingesehen werden (vgl. Anhang H).

Am Ende der Phase der Transkription konnte festgestellt werden, dass die Interviews beziehungsweise Transkripte der Kontrollgruppe in Dauer und Wortanzahl kürzer waren, als die der Interventionsgruppe (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Wortanzahl und Interviewdauer im Gruppenvergleich

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Anzahl der Wörter	27443	16002
Durchschnittliche Anzahl der Wörter pro Interview	4574	2667
Gesamtdauer in Minuten	178,50	123,50
Durchschnittsdauer in Minuten pro Interview	29,75	20,50

2.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Aufgabe von qualitativer Forschung ist die Theoriebildung und Hypothesenfindung. Es geht darum, den Forschungsgegenstand zu erkunden (Mayring 2022 S.22-25).

Bei der vorliegenden qualitativen Inhaltsanalyse wird die zusammenfassende Form und induktive Kategorienbildung angewandt. Der Ablauf dieser Inhaltsanalyse ist stark an Mayring angelehnt und folgt zu großen Teilen dessen Empfehlungen. Eine Inhaltsanalyse nach Mayring darf aber nicht als standardisiertes Werkzeug angesehen werden, welches immer gleich auf jedes Material angewendet werden darf. Es muss an Fragestellung und Material angepasst sein (Mayring 2022 S. 57-59). Auf die Fragestellung ist bereits eingegangen worden (vgl. Kap. 1.5).

2.3.2.1 Analyseeinheiten

Vor Beginn der eigentlichen Analyse müssen Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit festgelegt werden (Mayring 2022 S 60-63).

Die Kodiereinheit ist das kleinste Fragment, welches kodiert werden darf. Es wurde festgelegt, dass die inhaltstragenden Textelemente mindestens eine Satzlänge betragen müssen, um als Kodiereinheit zu zählen.

Die Kontexteinheit beschreibt den größtmöglichen Textbestandteil, welcher einer Kategorie zugeordnet werden kann. Bei dem vorliegenden Material wurde festgelegt, dass es sich hierbei um ein Interview in seiner Gesamtheit handelt.

Zuletzt wird die Auswertungseinheit festgelegt. Dabei handelt es sich um die Gesamtheit des vorliegenden Textmaterials. Das Textmaterial der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe wurde gemeinsam ausgewertet. Daraus kann ein gemeinsames Kategoriensystem erarbeitet werden.

2.3.2.2 Analyseform

Zur Wahl der Analyseform spielt die Fragestellung eine entscheidende Rolle. Bei einer Welche-Fragestellung wie in diesem Kontext deutet dies darauf hin, dass eine induktive Kategorienbildung angebracht ist. Die induktive Kategorienbildung geschieht also direkt am Material. Diese Form der Kategorienbildung hat den Zweck einer neutralen Darstellung des Materials. Verfälschende Einflüsse durch vorgefertigte Meinungen des Forschenden sollen dadurch vermieden werden (Mayring 2022 S. 68-89). Der Forschende strebt im Prozess der induktiven Kategorienentwicklung danach, ein Definitionskriterium zu erstellen, das sich aus dem theoretischen Hintergrund und der Forschungsfrage ergibt (Gläser-Zikuda et al. 2020).

Gleichzeitig muss das Textmaterial auf das wesentliche reduziert werden, was durch die Zusammenfassung gelingt. Das Textmaterial wird so weit reduziert, dass eine überschaubare Datenmenge entsteht ohne die Kernaussagen zu verfälschen (Mayring 2022 S. 68-89).

2.3.2.3 Ablauf der Kategorienbildung

In einem ersten Schritt wurde das durch die Transkription entstandene Textmaterial der Interviews in eine für die Analyse erstellte Projektdatei einer QDA-Software (Qualitative

Datenanalyse-Software) (vgl. 2.3.3) hochgeladen. Zusätzlich wurden die beiden Gruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) in jeweilige Dokumentengruppen eingeteilt.
Es wurde ein Ablaufmodell entwickelt und angewandt, an dem sich das weitere Vorgehen orientierte (vgl. Abb. 1). Auch der Ablauf des Kodierens und der Kategorienbildung erfolgte regelgeleitet (vgl. Abb. 2).
Der weitere Ablauf gliederte sich in mehrere Schritte:

Durchsicht des Textmaterials

Zu Beginn wurde das komplette Textmaterial erneut gelesen. Wichtig war es, die Fragestellung und die Richtung der geplanten Analyse dabei zu berücksichtigen. Dieser Schritt diente dazu, sich einen Überblick über das vorliegende Material zu verschaffen. Gedanken, vermutete Zusammenhänge und Ideen für die folgende Kodierung wurden notiert. Innerhalb der QDA-Software wurde dafür die Memofunktion genutzt, um potentiell bedeutungstragende Textstellen zu markieren.
Je zwei besonders inhaltstragende Interviews pro Gruppe wurden vorausgewählt.

Interviewauswahl und eigenständige Kodierung

Vor Beginn der induktiven Kodierung wurden vier Hauptthemen, angelehnt an den Interviewleitfaden, festgelegt: Persönliche Einstellung gegenüber Achtsamkeit, Erfahrungen mit Achtsamkeit, Achtsamkeit im Medizinstudium und Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext. Dies erschien nach Durchsicht der Interviews als logisch und wurde bis zum Abschluss des Analyseprozesses beibehalten. Eine Revision der Hauptthemen wäre jedoch, sofern nicht passend, möglich gewesen.

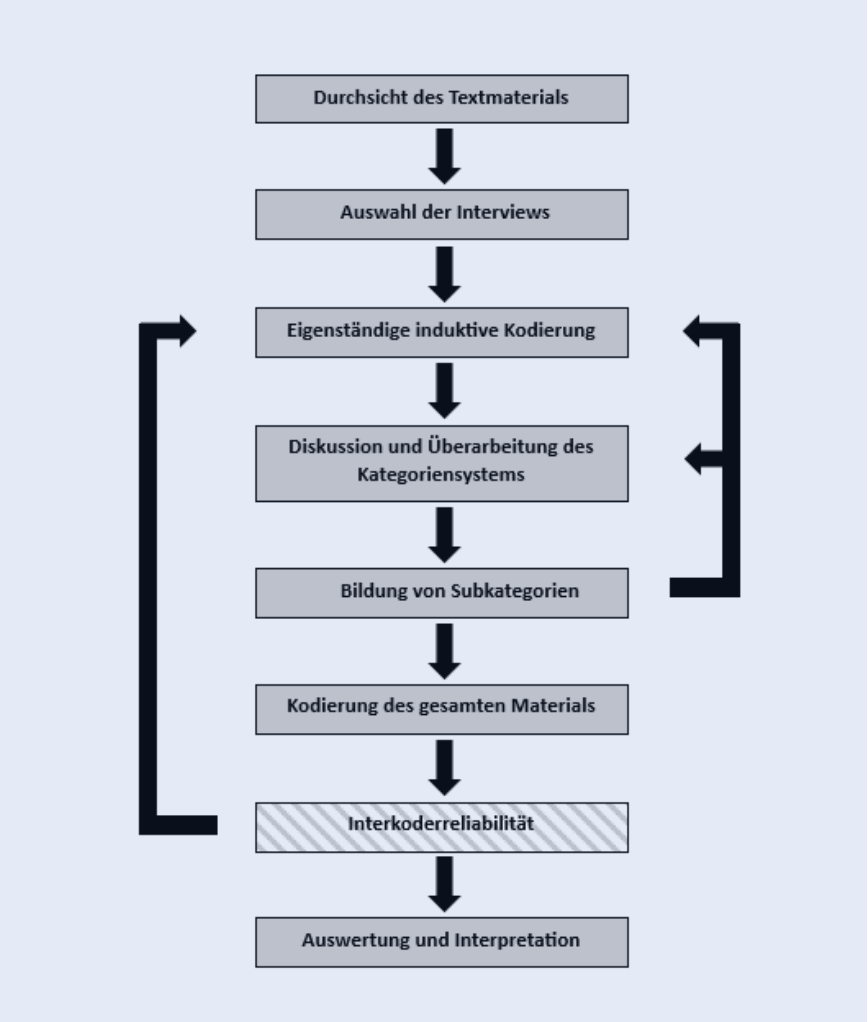


Abbildung 1: Ablaufmodell der Inhaltsanalyse. *Die Schritte der Inhaltsanalyse werden chronologisch von oben nach unten dargestellt. Die an den Seiten befindlichen Pfeile veranschaulichen eventuell notwendige Kodierschleifen oder notwendige Anpassungen beziehungsweise Revisionen. Die Interkoderreliabilität als wichtiges Instrument der Objektivierung ist zusätzlich hervorgehoben (Streifung).*

Auch Kuckartz empfiehlt es, sich bei der Bildung von Kodes an einem vorliegenden Interviewleitfaden zu orientieren (Kuckartz u. Rädiker 2020 S. 23-41).

Die Aufgabe bestand nun darin, das Textmaterial von den vier ausgewählten Interviews Zeile für Zeile durchzuarbeiten und passende Kodes aus dem Textmaterial induktiv zu bilden. Dieser Prozess stellte zeitlich die aufwändigste Arbeit dar.

Um ein regelgeleitetes Vorgehen zu gewährleisten, fanden vorher festgelegte Kodierregeln Anwendung. Diese sind zu einem großen Teil an die von Kuckartz beschriebenen Regeln angelehnt (Kuckartz u. Rädiker 2020 S.23-41):

- Das kleinste kodierbare inhaltstragende Textsegment muss mindestens eine Satzlänge umfassen.
- Ein Textsegment muss in solchem Umfang kodiert werden, dass es in seiner Bedeutung allein klar verständlich ist.
- Für besseres Verständnis kann die Frage mitkodiert werden.
- Bedeutungsgleiche Textsegmente können mehrfach innerhalb einer Kontexteinheit kodiert werden.
- Textsegmente mit mehreren relevanten Themeninhalten können mehrfach kodiert werden und mit unterschiedlichen Kategorien belegt werden.

Überarbeitung und Diskussion des Kategoriensystems

Nach Abschluss dieses Prozesses wurden Kategorien festgelegt. Kategorien haben hierbei die Aufgabe, Kodes mit gleicher oder ähnlicher Bedeutung unter einem Überbegriff zu vereinen.

Dies geschah in einem ersten Schritt in Eigenarbeit und wurde durch Gespräche sowie Diskussionen mit dritten Personen unterstützt. Durch Diskussion von getroffenen Entscheidungen steigt die Zuverlässigkeit und Belastbarkeit von qualitativen Daten (Hanson et al. 2011). Dazu dienten einerseits die zweiwöchentlich stattfindenden Progress-Reports der Forschungsgruppe COMMIT (**C**omparison **o**f different **M**ethods of **Mi**ndfulness **T**raining).

Andererseits wurden durch einen Mitarbeitenden der Abteilung für integrative Medizin der Universität Ulm dieselben Interviews nochmals unabhängig kodiert. Bei zwei ausführlichen Gesprächsrunden mit der Mitarbeitenden wurden Kategorien und dazugehörige Textpassagen gegenübergestellt und diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde.

Ebenfalls Bestandteil dieses Schrittes war die Dokumentation der Kategoriendefinitionen. Es wurde festgelegt, welche Voraussetzungen ein Textsegment erfüllen muss, damit es der jeweiligen Kategorie beziehungsweise Kode zugeordnet werden darf. Am Ende dieses Prozesses stand das Kodesystem (vgl. Anhang F).

Nach Abschluss dieses Schrittes herrschte Konsens über das entstandene Kategoriensystem zwischen allen beteiligten Personen.

Bestimmung von Subkategorien

Die bestehenden Kategorien wurden nun differenziert. Innerhalb jeder Kategorie wurden Subkategorien gebildet. Diese feinere Untergliederung ermöglichte einen tieferen Einblick in das Textmaterial. Es entstand ein hierarchisches System: Führend die Hauptthemen, folgend die Kategorien und zuletzt die Subkategorien. Subkategorien konnten, wenn sinnvoll und notwendig, nochmals unterteilt werden.

Auch dieser Prozess wurde in regelmäßigen Abständen mit dem oben genannten Intervisionskreis besprochen. Subkategorien wurden ebenfalls definiert und fanden Eingang in das Kodesystem (vgl. Abb. 2).

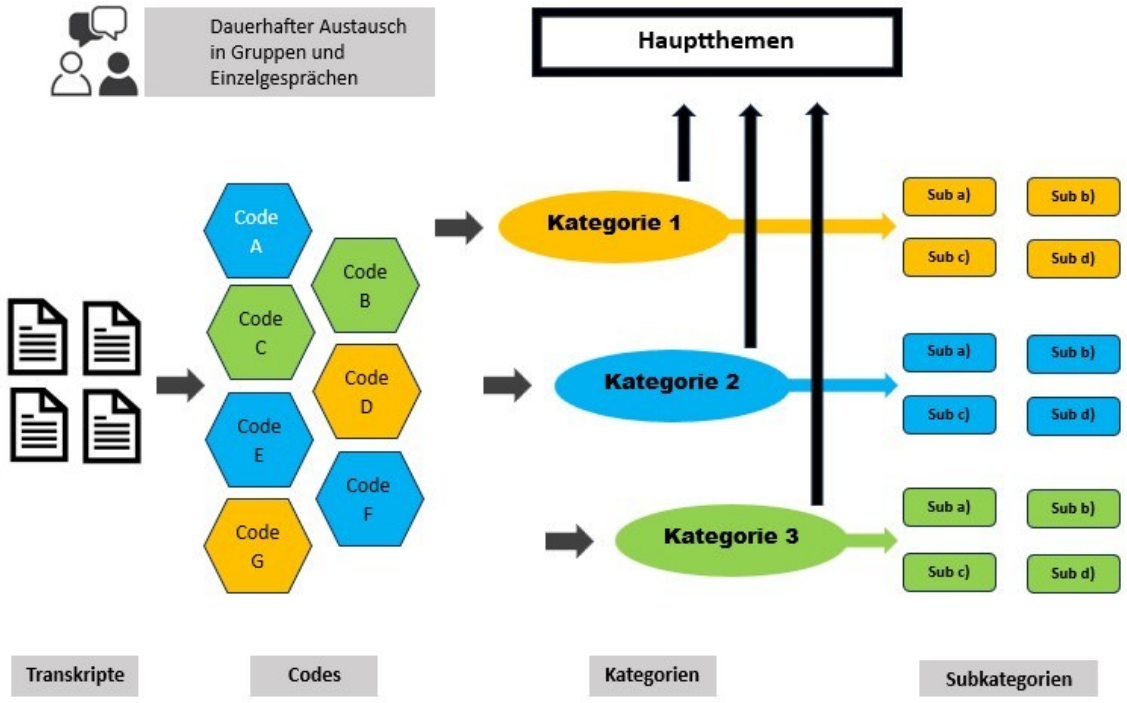


Abbildung 2: Ablaufmodell der induktiven Kodierung und Kategorienbildung. Veranschaulicht wird, wie aus den Transkripten zunächst Kodes gebildet werden. Aus diesen werden Kategorien als „Überbegriffe" generiert, welche den Hauptthemen zugeordnet werden. Die Kategorien werden in einem weiteren Schritt in Subkategorien feiner unterteilt. Die Farben beziehen sich auf die jeweilige thematische Zusammengehörigkeit. Während dieses Prozesses wird das System laufend reevaluiert.

Kodierung des gesamten Textmaterials

Das entstandene Kodesystem fand nun Anwendung auf das restliche Material. Es wurden nur noch vereinzelt neue Kategorien beziehungsweise Subkategorien gebildet.

Es entstand ein Kodesystem mit 4 Hauptthemen, 21 Kategorien und 97 Subkategorien.

Insgesamt wurden 561 Textsegmente mit Kodes belegt. Dabei entfielen 355 Kodierungen auf die Interventionsgruppe und 206 auf die Kontrollgruppe.
Vor der endgültigen Analyse wurde das Kodesystem noch einer Reliabilitätsüberprüfung unterzogen. Hierzu wurde die Interkoderreliabilität bestimmt (vgl. 2.4.2).
Das Material wurde im Anschluss softwaregestützt analysiert und im Ergebnisteil ausführlich berichtet.

2.3.3 Computergestützte Analyse mit QDA-Software

Für die Analyse des Textmaterials wurde MAXQDA 24 (Release 24.0.0), Copyright © 1995 – 2024 VERBI GmbH Berlin verwendet.
Es ergeben sich durch die Nutzung von Software mehrere Vorteile für den Forschenden. Große Datenmengen können besser organisiert werden, die Arbeit im Team wird erleichtert und die Auswertung kann beschleunigt werden. Zusätzlich sorgt die Arbeit mit Computerprogrammen für ein hohes Maß an Transparenz. Arbeitsschritte des Forschenden oder des Gruppenmitglieds sind durch Dritte somit besser nachzuvollziehen (Kuckartz und Rädiker 2020, S.43-54).
Von großer Relevanz war die Software für die Erstellung von zusammenfassenden Tabellen und Abbildungen, welche im Ergebnisteil dargestellt sind. Auch beim Vergleich von verschiedenen Kodierern am selben Material unterstützt die Software diesen Vorgang sehr.

2.4 Gütekriterien

2.4.1 Die sechs Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Mayring

Jede seriöse Forschung verlangt nach nachvollziehbaren Gütekriterien. Mayring definiert sechs Gütekriterien im Zusammenhang mit qualitativer Forschung (Mayring 2023, S123-125). Diese werden in Bezugnahme auf das vorliegende Material der Studie erörtert.

1. *Verfahrensdokumentation*

In der qualitativen Forschung ist die Vorgehensweise spezifisch an den Forschungsgegenstand angepasst. Daher ist es wichtig, die angewandten Techniken nachvollziehbar festzuhalten (Mayring 2023, S. 123-125).

Es wurde versucht, die Datenerhebung und Auswertung nachvollziehbar zu dokumentieren. Im Methodenteil wird beschrieben, wie die Inhaltsanalyse ablief und welche Verfahren eingehalten wurden. Weiterhin sind im Anhang Aufklärungsbögen, Interviewleitfäden, Transkriptionsregeln und das Kodesystem mit den Kodierregeln einzusehen.
Die verwendete QDA-Software bietet außerdem die Möglichkeit, die einzelnen Schritte der Inhaltsanalyse im Nachhinein nachzuvollziehen.

2. *Argumentative Interpretationsabsicherung*

Interpretationen können nicht bewiesen werden, sollten aber mit Argumenten begründet werden (Mayring 2023, S. 123-125).
Ein zentrales Element, um diese Bedingung zu erfüllen, ist das Kodesystem (vgl. Anhang F). Dort werden die einzelnen Kategorien erläutert und begründet, wann und warum diese vergeben wurden. Es ist insofern bei jedem Textsegment nachzuvollziehen, warum dieses wie geschehen kodiert wurde.

3. *Regelgeleitetheit*

Grundsätzlich hält sich diese Inhaltsanalyse an die von Mayring vorgeschlagenen Techniken. Es ergibt sich daraus schon eine gewisse Regelgeleitetheit. Anpassungen oder Abwandlungen der von Mayring postulierten Techniken wurden im Methodenteil beschrieben und erklärt.

4. *Nähe zum Gegenstand*

Mayring schreibt in diesem Kontext davon, dass mit den beforschten Subjekten eine Interessenannäherung erreicht werden soll. Den Teilnehmenden soll vermittelt werden, dass die wissenschaftliche Erhebung in ihrem Sinne ist. Man betreibt keine konventionelle extern bestimmte Forschung über die Teilnehmenden, sondern auf Augenhöhe mit den Teilnehmenden (Mayring 2023, S. 123-125).
Die wissenschaftliche Erhebung fand auf freiwilliger Basis statt und alle Teilnehmenden wurden über den Zweck der Studie informiert.

5. *Kommunikative Validierung*

Zweck diese Gütekriteriums ist es, dass die Ergebnisse der Analyse durch die beforschte Person validiert werden sollen. Der Teilnehmende soll sich in den Ergebnissen wiederfinden (Mayring 2023, S.123-125). Bei dem einmaligen Kontakt mit der befragten Person konnte diese Form der Validierung keine Anwendung finden.

6. *Triangulation*

Während der gesamten Datenerhebung und Analyse fand ein regelmäßiger Kontakt mit verschieden Personen statt (vgl.2.3.2.4). Es flossen andere Perspektiven und Interpretationen ein.

Zusätzlich zu diesen von Mayring vorgeschlagenen sechs Gütekriterien wurde die Interkoderreliabilität bestimmt.

2.4.2 Interkoderreliabilität

Als Interkoderreliabilität versteht man die Übereinstimmung von zwei oder mehr Kodierern am identischen Ausgangsmaterial (O'Connor u. Joffe 2020). Es wird also überprüft, bis zu welchem Grad eine zweite unabhängige Kodierende Person mit einer primären Kodierung übereinstimmt. Diese Übereinstimmung mittels eines vorher festgelegten Koeffizienten berichtet. Es ist wichtig, Tests zur Zuverlässigkeit oder Übereinstimmung zwischen Bewertenden durchzuführen sowohl um sicherzustellen, dass die Kategorienbeschreibungen klar sind als auch um sicherzustellen, dass die endgültigen Bewertungen korrekt sind (Rau u. Shih 2021). In der vorliegenden Studie kommt Cohens-Kappa zur Anwendung (Cohen 1960). Cohens-Kappa berücksichtigt den Sachverhalt der zufälligen Übereinstimmung und ist insofern keine reine prozentuale Übereinstimmung (Vieira et al. 2010).

Es wurden vier Interviews ausgewählt, je zwei der Interventions- und Kontrollgruppe. Diese wurden durch eine zweite Person kodiert. Ihr standen das zuvor erarbeitete Kodesystem (vgl. Anhang F) zusammen mit den Kodierregeln (vgl. Kap. 2.3.2.4) zur Verfügung. Die Kodierung fand mit derselben QDA-Software statt, was die Vergleichbarkeit und Bestimmung der Interkoderreliabilität erleichterte.

Cohens Kappa konnte mittels der verwendeten QDA-Software ermittelt werden und betrug 0,67 bei einer Kodeüberlappung an Segmenten von mindestens 85%. Es bestand somit eine substantielle Übereinstimmung der beiden Kodierer (Landis u. Koch 1977). Das bestehende Kategoriensystem wurde somit nicht mehr grundsätzlich verändert. Die zugrundeliegende Berechnung findet sich im Anhang (vgl. Anhang G).

3 Ergebnisse

Im Weiteren werden die Ergebnisse und Inhalte der geführten Interviews dargestellt. Durch die im vorherigen Abschnitt erläuterten Methoden der Inhaltsanalyse ergeben sich aus dem Material vier Haupthemen:

- **„Persönliche Einstellung gegenüber Achtsamkeit“**
- **„Erfahrungen mit Achtsamkeit“**
- **„Achtsamkeit im Medizinstudium“**
- **„Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext“**

Diese primären Endpunkte sind in sich nochmals feinteiliger aufgegliedert. Die Ergebnisse werden entlang des semistrukturierten Interviewleitfadens dargestellt und je nach Thematik und Fragestellung gemeinsam oder nach Gruppen getrennt festgehalten.
Um die beschriebenen Ergebnisse besser veranschaulichen zu können, werden Zitate aus den Transkripten der Interviews verwendet. Diese Textausschnitte sind durch Anführungszeichen und kursive Schriftart gekennzeichnet. Zu Zwecken der Nachvollziehbarkeit wird nach dem Zitat in Klammern das jeweilige Transkript sowie der dazugehörige Textabsatz aufgeführt. Die Transkripte werden dabei mit den jeweiligen Kürzeln bezeichnet, die bei der Pseudonymisierung der Transkripte generiert wurde (vgl. Anhänge D, E). Etwaige Sonderzeichen in den Zitaten haben eine Bedeutung und können den Transkriptionsregeln entnommen werden (vgl. Anhang H). Werden Teile von Zitaten ausgelassen, somit also verkürzt wiedergegeben, ist dies mit […] gekennzeichnet.

3.1 Persönliche Einstellung

Die Studienteilnehmenden berichten über ihre Einstellung hinsichtlich Achtsamkeit im Allgemeinen. Außerdem geben die Interviews Aufschluss über mögliche Gründe Achtsamkeit zu praktizieren, wie Achtsamkeit definiert wird und was dies für den Umgang mit der Thematik in ihrem Umfeld bedeutet.

Es ergeben sich aus der Analyse der Interviews sechs Kategorien zu dem Hauptthema „Persönliche Einstellung gegenüber Achtsamkeit“. Diese sechs Kategorien sind konsekutiv in 32 Subkategorien unterteilt (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Persönliche Einstellung“ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. *Die Anzahl der in den Transkripten kodierten Textsegmente ist nach der jeweiligen Kategorie beziehungsweise Subkategorie in Klammern angegeben. Die kodierten Textsegmente werden in den Transkripten mehrfach gezählt.*

Kategorie	Subkategorie
Beweggründe für Achtsamkeit (37)	- Stressbelastung (11) - Kurs als strukturgebendes Element (7) - Wunsch nach Resilienz (4) - Bewusste Selbstfürsorge (4) - Leistungssteigerung (3) - Kursangebot der Universität (3) - Interesse (3) - Empfehlungen (2)
Beweggründe Achtsamkeitspraktiken nicht anzuwenden (37)	- Zeit (10) - Kein Bedarf (7) - Vorurteile/Stigmatisierung (6) - Andere Stressbewältigungstechniken (5) - Fehlende Auseinandersetzung mit Thema (5) - Geringes Angebot und Sichtbarkeit (2) - Frustrationspotential (2)
Definition von Achtsamkeit (15)	- Bewusstes Wahrnehmen und Tun (8) - Selbstfürsorge (4) - Wertfreies Wahrnehmen (2) - Schwierigkeiten bei Definition (1)
Definition von Meditation (17)	- Zur Ruhe kommen (5) - Aktive Entspannung (5) - Wertungsfreies Wahrnehmen (3) - Schwierigkeiten bei Definition (2) - Selbstfürsorge (1) - Methode um achtsam zu werden (1)
Persönliche Meinung zu Achtsamkeit (24)	- Hilfreich/positiver Effekt (12) - Positive Einstellung (10) - Skeptische Einstellung (2)
Umgang mit Achtsamkeit (59)	- Offener Umgang (27) - Kontakt im Umfeld ja/nein (14) - Diskreter Umgang (12) - Achtsamkeit spielt keine Rolle (4) - Situationsbedingter Umgang (2)

3.1.1 Beweggründe für Achtsamkeitspraxis

Um zu ergründen, was für eine eigene Achtsamkeitspraxis spricht, wurden die Teilnehmenden der Interventionsgruppe gefragt, welche Beweggründe sie selbst haben Achtsamkeit zu praktizieren. Die Kontrollgruppe sollte mögliche Beweggründe nennen, warum sie selbst oder andere Personen dies tun könnten.

Die Ergebnisse werden getrennt voneinander dargestellt und danach vergleichend gegenübergestellt.

3.1.1.1 Beweggründe für Achtsamkeitspraxis (INTERVENTIONSGRUPPE)

Eine teilnehmende Person berichtet, dass Empfehlungen Dritter ein Grund für eine eigene Achtsamkeitspraxis darstellen. Weiterhin wird von drei Teilnehmenden das Kursangebot der Universität und die Notwendigkeit eines Wahlpflichtfaches als Grund angegeben. Diese Aspekte sind somit externe Faktoren, da diese von außen an die Teilnehmenden herangetragen werden: *„[…] Meine Mama hat in der Arbeit schon mal so einen Kurs gemacht, glaube ich oder davon gehört und sie hat gemeint, […] das machst du.“ (PEULKÖ2, Abs. (Absatz) 8).*

Die Aussagen der Teilnehmenden zeigen weiterhin, dass eine Veränderung der eigenen Situation angestrebt wird. Als Beweggrund wird in diesem Zusammenhang von drei Teilnehmenden die eigene Stressbelastung genannt. Der Wunsch nach einer höheren Resilienz gegenüber Stress wird von zwei Teilnehmenden als Grund genannt. Außerdem erhofft sich eine teilnehmende Person eine Leistungssteigerung durch Achtsamkeit. Ein Teilnehmender gibt als Grund für eine eigene Achtsamkeitspraxis eine bewusste Selbstfürsorge an.

Ein weiterer von drei Teilnehmenden genannter Grund ist das eigene Interesse und der damit verbundene Wille, sich mit Achtsamkeit vertiefend auseinanderzusetzen: *„Also die Beweggründe waren eigentlich reines Interesse an verschiedenen Methoden Stress zu bewältigen. Also ich hatte zuvor ein bisschen Vorkenntnisse was Yoga angeht, aber wollte das einfach noch ein bisschen ausweiten.“* (MOHULE, Abs. 8).

Als letzter Beweggrund ist der strukturgebende Effekt eines Achtsamkeitskurses zu nennen. Dies wird von drei Teilnehmenden berichtet. Die Teilnehmenden erhoffen sich einerseits Methoden zu erlernen, welche bei Bedarf angewandt werden können, andererseits wird durch die Regelmäßigkeit und den vorgegebenen Rahmen eines Kurses die Wahrscheinlichkeit erhöht eine Kontinuität in der eigenen Übungspraxis zu erreichen*: „[…] Weil ich vorher*

schon mal meditiert habe, eigenständig und aber immer so ein bisschen sozusagen an der Routine oder der Motivation und der Regelmäßigkeit gescheitert bin […] habe ich gedacht, Mensch, das wäre doch jetzt cool daran teilzunehmen […] eine Motivation zu bekommen und irgendwie auch eine Struktur, wieder regelmäßig in die Meditation reinzukommen.“ (SYANDO6, Abs.8).

3.1.1.2 Beweggründe für Achtsamkeitspraxis (KONTROLLGRUPPE)

Alle Teilnehmenden der Kontrollgruppe geben an, dass die allgemeine Stressbelastung ein Grund ist, Achtsamkeit zu praktizieren: *„[…] manche probieren es wahrscheinlich mal, um dem Stress des Studiums irgendwie so ein bisschen Herr zu werden, weil sie das vielleicht mit anderen Sachen wie Sport oder so nicht hinbekommen [...]“* (BIMAKI3, Abs.8).

Damit in Verbindung zu bringen ist der Wunsch nach einer höheren Resilienz gegenüber Stress im eigenen Alltag, welcher von einer teilnehmenden Person als Grund genannt wird.

Als ein weiterer Antrieb wird von drei Teilnehmenden der strukturgebende Charakter eines geführten Achtsamkeitskurses genannt. Die Teilnehmenden glauben, dass ein geführter Kurs die Möglichkeit bietet Techniken zu erlernen, welche dann selbst angewandt werden können: *„Also, wenn ich dann noch von außen Input kriege, dann geht das irgendwie besser, als wenn man es auf eigene Faust versucht.“* (MAANUL9, Abs. 36).

Zusätzlich geben zwei Teilnehmende an, dass eine bewusste Selbstfürsorge Grund für eine eigene Achtsamkeitspraxis darstellen kann.

Eine teilnehmende Person glaubt, dass sich durch eine potentielle eigene Achtsamkeitspraxis eine Leistungssteigerung erzielen lässt.

3.1.1.3 Beweggründe für Achtsamkeitspraxis (GRUPPENVERGLEICH)

Fünf Subkategorien können auf die Transkripte beider Gruppen angewandt werden. Diese sind „Stressbelastung“, „Kurs als strukturgebendes Element“, „Wunsch nach Resilienz“, „Bewusste Selbstfürsorge“ und „Leistungssteigerung“.

Die Unterkategorien „Kursangebot der Universität“, „Interesse“ und „Empfehlungen“ werden ausschließlich von der Interventionsgruppe genannt (vgl. Abb. 3).

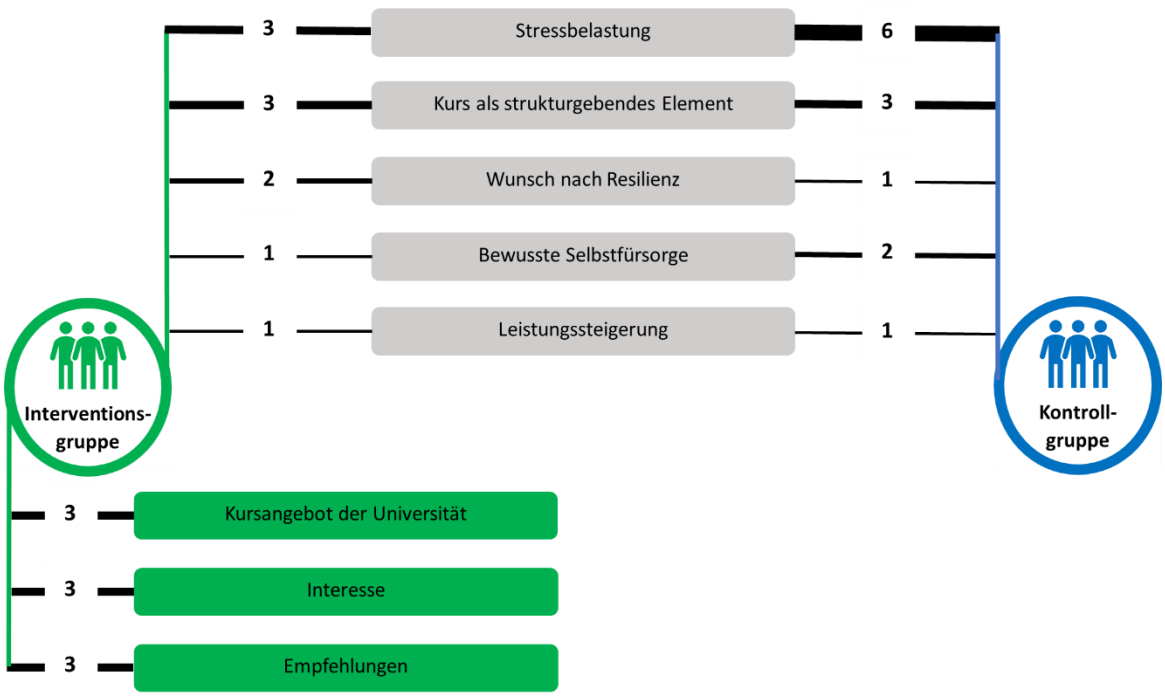


***Abbildung 3*: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Beweggründe für Achtsamkeitspraxis“.** *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Subkategorien. Gemeinsame Subkategorien sind grau hinterlegt. Subkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.1.2 Beweggründe Achtsamkeitspraktiken nicht anzuwenden

Die Teilnehmenden wurden gefragt, welche Gründe ihrer Ansicht nach bestehen, die gegen Achtsamkeitspraktiken sprechen.

Die Interventionsgruppe berichtet über mögliche Gründe, warum Personen sich gegen Achtsamkeitspraktiken entscheiden. Die Kontrollgruppe berichtet vor allem ihre eigenen Gründe.

3.1.2.1 Beweggründe Achtsamkeitspraktiken nicht anzuwenden (INTERVENTIONSGRUPPE)

Der Faktor Zeit wird von fünf Teilnehmenden als möglicher Beweggrund genannt, welcher gegen eine eigene Achtsamkeitspraxis spricht. Einerseits wird der generelle Zeitmangel im Studium angeführt. Der zeitliche Mehraufwand, welcher betrieben werden müsste, lässt eine Teilnahme somit nicht zu. Andererseits ist ein möglicher Grund für keine Achtsamkeitspraxis, dass die investierte Zeit als verloren angesehen wird. Zusätzlich sind die Kurszeiten nicht immer mit anderen universitären Verpflichtungen in Einklang zu bringen. Auch die

sehr frühe Kurszeit des an der Universität Ulm angebotenen MBSR-Kurses, stellt einen möglichen Grund für keine Achtsamkeitspraxis dar.

Drei Teilnehmende geben an, dass die fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema der Medizinstudierenden einen möglichen Grund für keine praktizierte Achtsamkeitspraxis darstellt. Die Medizinstudierenden sind sich zwar laut den Teilnehmenden ihres Stressniveaus bewusst, es fehlt aber oft ein Anstoß etwas dagegen zu unternehmen.

Ein Drittel macht das kleine Kursangebot und die fehlende Sichtbarkeit von Angeboten der Universität Ulm als Grund aus. Wären größere Kapazitäten vorhanden, könnten auch mehr potenzielle Teilnehmer bei MBSR-Kursen oder ähnlichen Formaten teilnehmen.

Zwei Teilnehmende geben an, dass bei Medizinstudierenden möglicherweise kein Bedarf besteht, Achtsamkeitspraktiken zur Stressreduktion anzuwenden.

Ebenfalls ein Drittel der Teilnehmenden der Interventionsgruppe schildert, dass Medizinstudierende bereits andere Stressbewältigungstechniken anwenden, fernab von Achtsamkeit. In diesem Zusammenhang wird Sport und Musizieren genannt.

Eine Stigmatisierung der Thematik ist ein weiterer Grund, der gegen eine Achtsamkeitspraxis spricht. Das Thema Achtsamkeit wird als unseriös abgetan, was Medizinstudierende abschreckt. Dass aktiv etwas für die eigene mentale Gesundheit getan wird, ist laut den Teilnehmenden noch nicht in einer von Leistung geprägten Gesellschaft anerkannt: *„[…] und wir sind natürlich auch in der Leistungskultur und wenn aber einfach jemand offen anspricht, dass er etwas dafür tun muss, dass er mental irgendwie dabei gesund bleibt. Ich glaube, das ist vielleicht öffentlich nicht so ganz anerkannt.“* (UTJOFI0, Abs. 12).

Als letzten möglichen Grund nennen die Teilnehmenden das Frustrationspotential, welches mit einer potentiellen eigenen Achtsamkeitspraxis einhergehen kann. Die Frustration, dass etwas nicht auf Anhieb funktioniert, wie es wünschenswert wäre und die Komplexität des Themas sorgen laut den Teilnehmenden dafür, dass sich Medizinstudierende gegen eine eigene Achtsamkeitspraxis entscheiden.

3.1.2.2 Beweggründe Achtsamkeitspraktiken nicht anzuwenden (KONTROLLGRUPPE)

Vier Teilnehmende geben an, dass der Faktor Zeit einen Beweggrund darstellt, keine Achtsamkeit zu praktizieren. Die Teilnehmenden geben an, dass der zeitliche Aufwand zu groß ist vor dem Hintergrund eines Medizinstudiums. Eigenes schlechtes Zeitmanagement wird

ebenfalls als Grund genannt. Eine teilnehmende Person gibt an, dass Zeit, die nicht für auf das Studium bezogene Aufgaben genutzt wird, Schuldgefühle erzeugt. Eine eigene Achtsamkeitspraxis wird daher als verschwendete Zeit angesehen.

Weiterhin geben drei Teilnehmende an, dass kein Bedarf für eine eigene Achtsamkeitspraxis empfunden wird. Die Teilnehmenden spüren zwar den Stress des Studiums und den des Alltags, jedoch wird dieser als nicht so groß empfunden, dass dagegen etwas unternommen werden müsste. Diese Teilnehmenden bezeichnen sich selbst als stressresistent: *„[…] ich bin eigentlich grundsätzlich relativ stressresistent, also ich kann relativ gut mit Stress umgehen. Ich habe oft ein hohes Auslastungslevel und komme meistens sehr gut damit klar."* (MAOTR01 Abs. 20).

Zwei Teilnehmende geben an, dass andere Stressbewältigungstechniken für ausreichend angesehen werden. Eine eigene Achtsamkeitspraxis ist daher nicht notwendig. Stattdessen treiben die Teilnehmenden Sport oder tauschen sich mit Freunden aus.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass eine eigene Achtsamkeitspraxis zwar helfen könnte, aber er sich mit der Thematik noch nie auseinandergesetzt hat und auch weiterhin keinen Grund dafür sieht. Diese Haltung ist also Grund gegen eine eigene Achtsamkeitspraxis: *„Ich habe mich bisher einfach damit noch nicht auseinandergesetzt. Ich denke, es hilft wahrscheinlich jedem, aber ich kam bisher mit dem Stresslevel, das ich hatte, auch so zurecht."* (JUJOFR1 Abs.16).

3.1.2.3 Beweggründe Achtsamkeitspraktiken nicht anzuwenden (GRUPPENVERGLEICH)

Vier der sieben Subkategorien können auf die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe angewandt werden. Diese sind „Zeit", „Fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema", „Kein Bedarf" und „Andere Stressbewältigungstechniken".

Drei der sieben Subkategorien finden ausschließlich auf die Interventionsgruppe Anwendung. Diese sind „Vorurteile/Stigmatisierung", „Geringes Angebot und Sichtbarkeit" und „Frustrationspotential".

Sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe ist die am häufigsten kodierte Subkategorie „Zeit" (Vergleich Abb. 4).

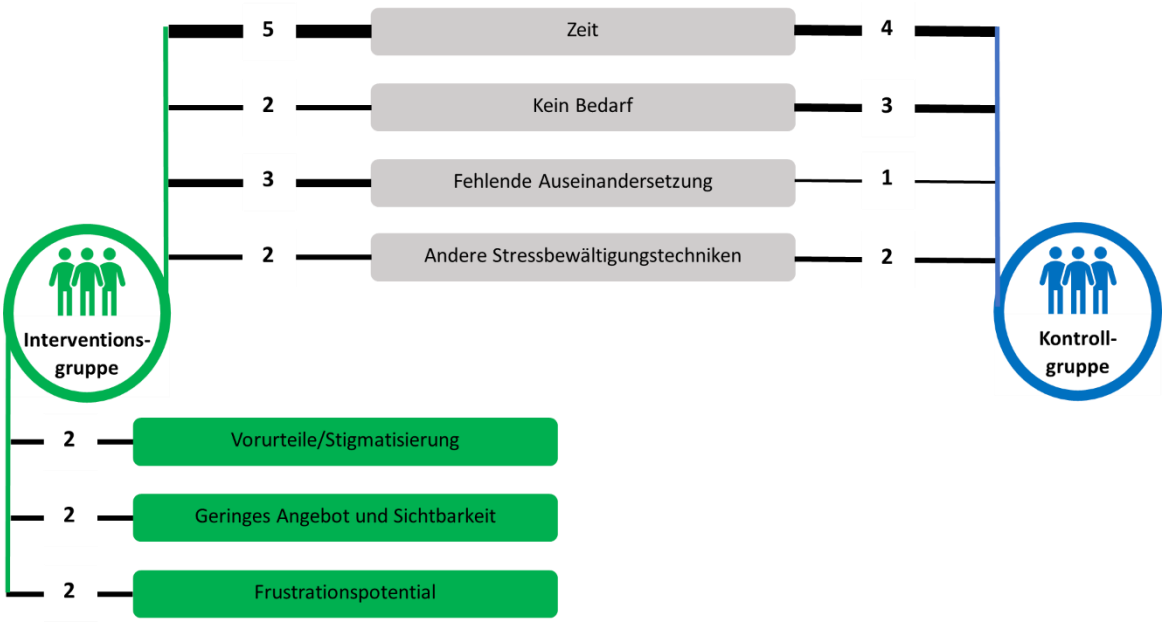


Abbildung 4: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Beweggründe Achtsamkeitspraxis nicht anzuwenden“. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Subkategorien. Gemeinsame Subkategorien sind grau hinterlegt. Subkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.1.3 Definition von Achtsamkeit

Um zu erforschen, was Achtsamkeit für die Teilnehmenden bedeutet, wurden diese gebeten den Begriff Achtsamkeit in eigenen Worten zu definieren.

Es ergaben sich daraus vier Subkategorien (vgl. Tab. 3).

3.1.3.1 Definition von Achtsamkeit (INTERVENTIONSGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, dass Achtsamkeit für sie eine Form des bewussten Wahrnehmens und Tuns ist. Unbewusstes wird sich bewusst gemacht. Tätigkeiten, eigene Gedanken und der Umgang mit Situationen des Alltags sollen intensiver wahrgenommen werden: *„[…] das würde ich beschreiben, als bewusstes Wahrnehmen oder auch bewusstes Unterbrechen von dem Autopiloten, in dem man ja irgendwie sonst meistens lebt.“* (SYANDO6, Abs. 44).

Zwei Teilnehmende definieren Achtsamkeit als eine Form der Selbstfürsorge. Der Kontakt zu sich selbst und das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse steht im Vordergrund.

Von einer teilnehmenden Person wird Achtsamkeit als ein wertungsfreies Wahrnehmen beschrieben. Achtsamkeit bedeutet, aus der eigenen Person herauszutreten, übernommene Verhaltensmuster abzulegen und Situationen neutral zu bewerten: *„[…] so ein sich*

zurücknehmen, aus der eigenen Person herauszutreten und zu sagen, okay, was ist denn jetzt eigentlich die Situation […] da einfach mal einen Bruch reinzumachen und zu gucken, okay, wenn ich das jetzt mal außerhalb dieser Situation bewerte, wie sieht es denn dann aus?" (ANMAAU2 Abs.16).

Eine teilnehmende Person tut sich mit der Definition von Achtsamkeit schwer und kann keine adäquaten Worte finden.

3.1.3.2 Definition von Achtsamkeit (KONTROLLGRUPPE)

Zwei Teilnehmende definieren Achtsamkeit als ein bewusstes Wahrnehmen. Unbewusstes wird bewusst gemacht. Achtsamkeit bedeutet, sich auf das hier und jetzt zu konzentrieren. Die Zukunft und die Vergangenheit werden ausgeblendet: *„[…] wie der Name Achtsamkeit schon sagt, dass du wirklich versuchst, deine Gedanken vollkommen auf den Moment und das hier und jetzt zu konzentrieren."* (ELCHWO2 Abs.40).

Ebenfalls zwei Teilnehmende definieren Achtsamkeit als aktive Selbstfürsorge. Achtsamkeit bedeutet für die Probanden ein in sich hineinspüren und Dinge für sich selbst zu tun, wenn es als notwendig empfunden wird: *„[…] dass ich immer wieder kleine Dinge für mich tue, an Sachen gechillt herangehe und sowas."* (MAANUL9 Abs.44).

Eine teilnehmende Person beschreibt Achtsamkeit als ein wertungsfreies Wahrnehmen.

Weiterhin treffen zwei der sechs Teilnehmenden keine Aussagen zu ihrer persönlichen Definition von Achtsamkeit.

3.1.3.3 Definition von Achtsamkeit (GRUPPENVERGLEICH)

Drei der vier Subkategorien können auf beide Gruppen angewandt werden. Diese sind „Bewusstes Wahrnehmen", „Selbstfürsorge" und „Wertfreies Wahrnehmen".

Eine teilnehmende Person der Interventionsgruppe hat Probleme mit der Definition von Achtsamkeit. Dem gegenüber steht, dass zwei Teilnehmende der Kontrollgruppe keine eigene Definition von Achtsamkeit formuliert haben.

Die Subkategorie „Bewusstes Wahrnehmen" wird bei der Interventionsgruppe am häufigsten kodiert. Die Kodierhäufigkeit der Subkategorien ist mit neun Kodierungen bei der Interventionsgruppe höher als bei der Kontrollgruppe mit fünf Kodierungen (vgl. Abb. 5).

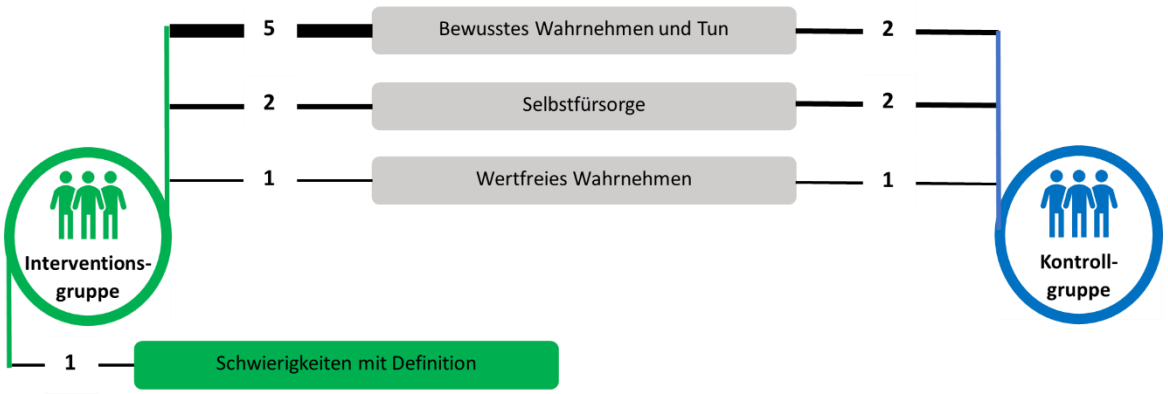


Abbildung 5: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Definition von Achtsamkeit“. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Subkategorien. Gemeinsame Subkategorien sind grau hinterlegt. Subkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.1.4 Definition von Meditation

Um zu ergründen, was Meditation für die Teilnehmenden bedeutet, wurden diese gebeten den Begriff in eigenen Worten zu definieren.

Es ergaben sich daraus sechs Subkategorien.

3.1.4.1 Definition von Meditation (INTERVENTIONSGRUPPE)

Zwei Teilnehmende definieren Meditation als eine aktive Entspannung. Die Teilnehmenden berichten, dass sie sich bewusst für Meditation als Form der Stressreduktion entscheiden. Durch Meditation wird somit aktiv gegen empfundenen Stress vorgegangen.

Zwei Teilnehmende definieren Meditation als wertungsfreies Wahrnehmen. Gefühle und Gedanken werden während der Meditation wahrgenommen und akzeptiert.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass sie durch Meditation zur Ruhe kommt und ihre innere Mitte findet.

Ebenfalls eine teilnehmende Person gibt an, dass Meditation eine Form der Selbstfürsorge darstellt.

Eine teilnehmende Person berichtet, dass Meditation eine Methode darstellt, um achtsam zu werden: *„Unter Achtsamkeit verstehe ich sowohl mit sich selbst als auch mit seinem Umfeld irgendwie ein gewisses Gleichgewicht zu haben […] Meditation ist für mich eine Art und Weise, da heranzugehen oder eine Methode das zu erreichen […]* (MOHULE1, Abs. 16).

3.1.4.2 Definition von Meditation (KONTROLLGRUPPE)

Vier Teilnehmende definieren Meditation als einen Weg zur Ruhe zu kommen. Die Teilnehmenden berichten, dass man durch Meditation seine innere Mitte finden kann und lernen kann loszulassen.

Drei Teilnehmende geben an, dass Meditation eine Methode zur aktiven Entspannung darstellt.

Eine teilnehmende Person definiert Meditation als wertungsfreies Wahrnehmen. Dinge werden akzeptiert und anerkannt. Man versucht mithilfe von Meditation Frieden mit sich selbst zu schließen.

Zwei Teilnehmende haben Schwierigkeiten, den Begriff Meditation zu definieren.

3.1.4.3 Definition von Meditation (GRUPPENVERGLEICH)

Die Subkategorien „Aktive Entspannung“, „Zur Ruhe kommen“ und „Wertungsfreies Wahrnehmen“ konnten bei beiden Gruppen kodiert werden.

Die Subkategorien „Selbstfürsorge“ und „Methode um achtsam zu werden“ wurden nur bei der Interventionsgruppe kodiert.

Beide teilnehmenden Personen, die Schwierigkeiten bei der Definition hatten, kommen aus der Kontrollgruppe (vgl. Abb. 6).

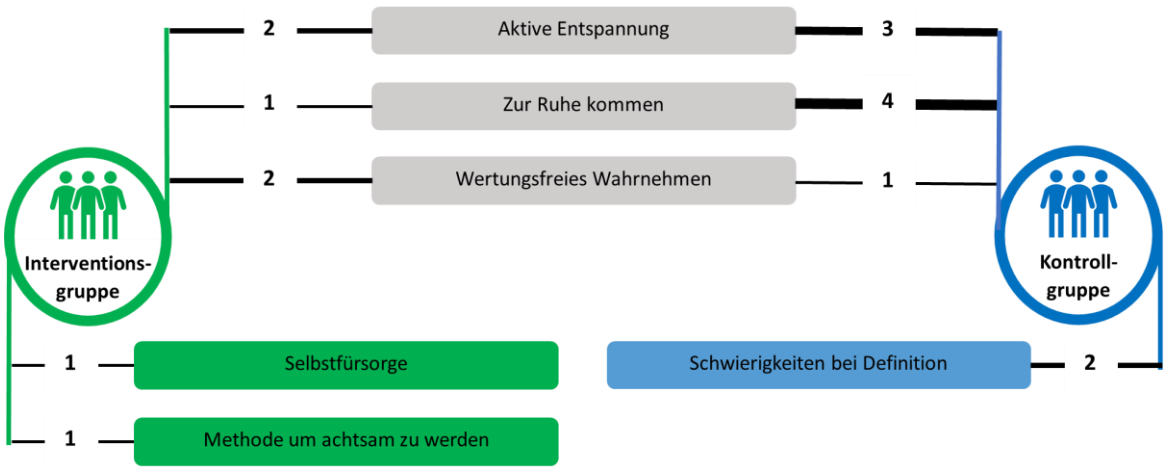


Abbildung 6: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Definition von Meditation“. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Subkategorien. Gemeinsame Subkategorien sind grau hinterlegt. Subkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Subkategorien die ausschließlich bei der Kontrollgruppe kodiert wurden, sind blau hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.1.5 Persönliche Meinung zu Achtsamkeit

Aus der Inhaltsanalyse der zwölf Transkripte konnte eine grundsätzliche persönliche Meinung der Probanden zu Achtsamkeit erfasst werden. Um diese Meinung der Teilnehmenden zu berichten, wurden drei Unterkategorien aus dem Material gebildet. Diese sind „Hilfreich/positiver Effekt von Achtsamkeit", „Positive Einstellung" und „Skeptische Einstellung".

3.1.5.1 Persönliche Meinung zu Achtsamkeit (INTERVENTIONSGRUPPE)

Alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe geben an, dass Achtsamkeit einen positiven Effekt auf sie hat beziehungsweise hilfreich sein kann: *„Aber was ich auf alle Fälle mitnehme, ist das Thema Achtsamkeit. Das fand ich superwichtig. Das hat mich richtig angesprochen und dass man sich mal was Gutes tut."* (PEULKÖ Abs. 40).

Damit einhergehend erscheint es logisch, dass ebenfalls alle Teilnehmenden eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber Achtsamkeit berichten.

Eine negative oder sehr skeptische Einstellung konnte in der Interventionsgruppe nicht festgestellt werden.

3.1.5.2 Persönliche Meinung zu Achtsamkeit (KONTROLLGRUPPE)

Vier Teilnehmende der Kontrollgruppe halten Achtsamkeit für hilfreich und sprechen Achtsamkeit beziehungsweise Achtsamkeitstechniken einen positiven Effekt zu: *„Also ich denke, es hilft mit Sicherheit und wenn man das Bedürfnis danach hat, dann soll man es machen. Also ist es bestimmt nicht schädlich und vermutlich hilfreich."* (JUJOFR1 Abs. 36).

Zwei Teilnehmende sind dem Thema Achtsamkeit skeptisch gegenüber eingestellt*: „[…] wenn man dann mit Achtsamkeit auf einmal alles in Positives verwandeln kann. Das fühle ich, glaube ich noch nicht so."* (BIMAKI3 Abs.28).

3.1.5.3 Persönliche Meinung zu Achtsamkeit (GRUPPENVERGLEICH)

Es zeigt sich, dass zehn der zwölf Teilnehmenden beider Gruppen eine positive Meinung gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitspraktiken berichten.

Dieser Mehrheit stehen zwei Teilnehmende der Kontrollgruppe gegenüber, welche dem Thema Achtsamkeit skeptisch gegenüberstehen.

3.1.6 Umgang mit Achtsamkeit

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sie mit Achtsamkeit in ihrem Umfeld umgehen. Die Aussagen der Teilnehmenden zeigen, dass im persönlichen Umgang mit Achtsamkeit verschiedene Faktoren eine Rolle spielen und sich unterschiedliche Gründe für das daraus resultierende Verhalten der Teilnehmenden ergeben. Aus den Transkripten konnten vier Unterkategorien gebildet werden, die den Umgang mit Achtsamkeit im Weiteren beschreiben. Diese sind „Kontakt im Umfeld“, „Offener Umgang“, „Diskreter Umgang“ und „Situationsbedingter Umgang“.

3.1.6.1 Umgang mit Achtsamkeit (INTERVENTIONSGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, Kontakt in ihrem Umfeld mit Achtsamkeit und Achtsamkeitspraktiken zu haben.

Demgegenüber steht eine teilnehmende Person, welche keinen Kontakt in ihrem Umfeld aufweist.

Fünf Teilnehmende berichten, dass sie in ihrem Umfeld einen offenen Umgang pflegen, wenn es um das Thema Achtsamkeit geht und die eigene praktizierte Achtsamkeitspraxis: *„Ich würde sagen, ich habe ziemlich offen darüber gesprochen. Also viele von meinen Freunden wussten das einfach und denen habe ich das dann auch erzählt. Ja, also doch, ich habe sehr offen darüber gesprochen.“* (MOHULE1 Abs.64).

Drei Teilnehmende nennen als Grund für den offenen Umgang, dass sie zu ihren Gesprächspartnern Vertrauen haben. Zwei Personen geben an, dass ihre eigene offene und aufgeschlossene Art sie dazu bewegt, sich ihrem Umfeld mitzuteilen. Ein weiterer Grund, der von einem der Teilnehmenden genannt wird, ist der Austausch über die Wahlfächer mit den Mitstudierenden. Dadurch, dass durch die Kursteilnahme das Thema Achtsamkeit in einen universitären Rahmen gefasst werden kann, tauscht sich der Teilnehmende darüber offen aus. Die persönliche Prägung und Sozialisierung spielen laut einer der interviewten Personen ebenfalls eine Rolle im Umgang mit Achtsamkeit. Wer Offenheit gegenüber seinem Umfeld vorgelebt bekommt, ist selbst offener, so die Einschätzung des Teilnehmenden. Interesse des Umfeldes sorgt laut einem Probanden ebenfalls für einen offenen Umgang mit Achtsamkeit und eigener Achtsamkeitspraxis. Bringt das Gegenüber Interesse an der Thematik auf, so kann ein offener Austausch entstehen. Eine teilnehmende Person gibt an, dass

der Austausch über Erfahrungen mit anderen Personen ein Grund für einen offenen Umgang darstellt.

Im Kontrast dazu gibt eine teilnehmende Person an, dass sie diskret mit dem Thema Achtsamkeit und eigener Achtsamkeitspraxis umgeht: *„Tatsächlich war es etwas, was ich mehr für mich behalten habe […] Wenn ich es mal erzählt habe, wussten die Menschen meistens nicht, wie sie damit umgehen sollen oder was sie darauf sagen sollen“* (UTJOFI0 Abs.60).

Die teilnehmende Peron nennt zwei Gründe für den diskreten Umgang. Einerseits ist das Umfeld mit dem Thema überfordert. Ein Austausch darüber ist somit nicht möglich. Andererseits kann die eigene Achtsamkeitspraxis von außen als potenzielle Schwäche ausgelegt werden, da die regelmäßige Praxis von Achtsamkeit anzeigen würde, dass man ohne diese im Alltag nicht bestehen könne.

Die vier Teilnehmenden, welche selbst offen mit der Thematik umgehen, wurden gefragt, welche Gründe für sie vorstellbar wären für einen diskreten Umgang.

Zwei Teilnehmende geben an, dass es sich um ein sehr intimes Thema handelt, welches nicht von jedem Menschen gerne mit anderen geteilt wird. Eine teilnehmende Person gibt an, dass das eigene potenzielle Scheitern und das damit einhergehende Eingeständnis des Versagens davon abhalten könnte, dem Umfeld von einer eigenen Achtsamkeitspraxis zu berichten. Ebenfalls wird von jeweils einer teilnehmenden Person das Eingeständnis von Schwäche und die Reaktion des Umfeldes als Gründe für einen diskreten Umgang genannt. Diese Gründe wurden von der teilnehmenden Person genannt, welche diskret mit der eigenen Achtsamkeitspraxis umgeht (vgl. Abb. 7).

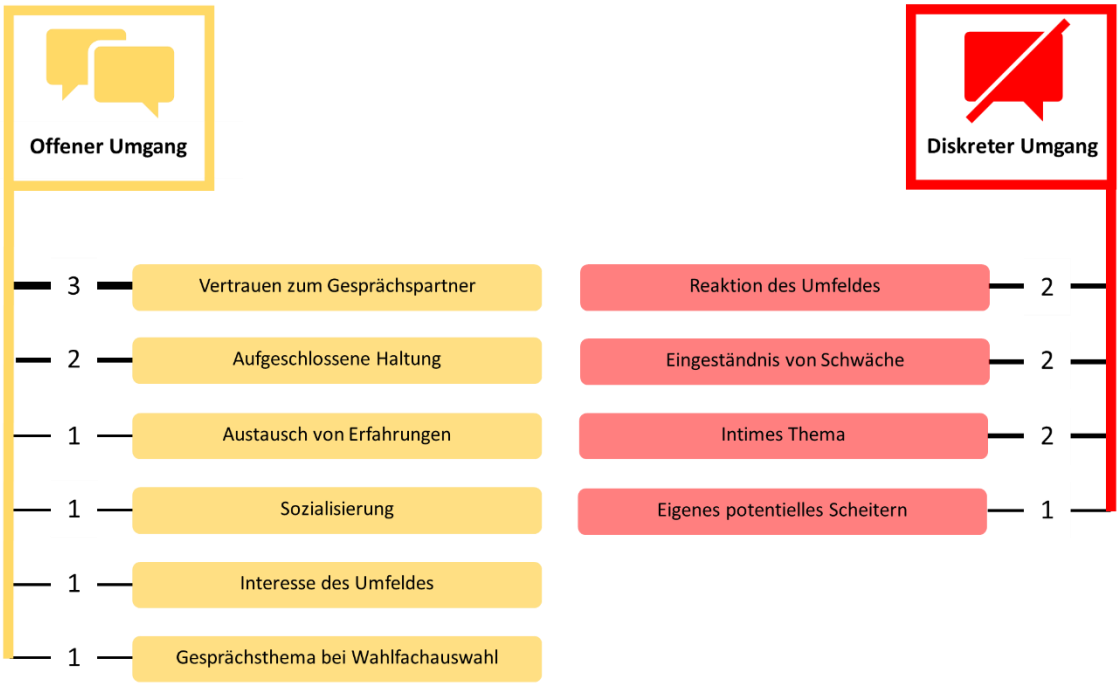


Abbildung 7: Vergleich der Gründe diskreter beziehungsweise offener Umgang mit Achtsamkeit der Interventionsgruppe. *Es werden Gründe für einen offenen (gelb) beziehungsweise diskreten (rot) Umgang mit Achtsamkeit der Interventionsgruppe (n=6) gegenübergestellt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.1.6.2 Umgang mit Achtsamkeit (KONTROLLGRUPPE)

Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurden gefragt, wie offen sie mit dem Thema Achtsamkeit umgehen und ob eine eigene Achtsamkeitspraxis mit dem Umfeld geteilt werden würde. Ebenfalls wurde erfragt, ob Kontakt mit dem Thema Achtsamkeit im Umfeld bestand.

Zwei Teilnehmende geben an, noch nie Kontakt in ihrem Umfeld mit Achtsamkeit oder Achtsamkeitspraktiken gehabt zu haben. Vier Teilnehmende berichten, dass sie in ihrem Umfeld bereits Kontakt mit Achtsamkeit oder Achtsamkeitspraktiken hatten.

Ebenfalls vier Teilnehmende gehen mit dem Thema Achtsamkeit offen um und würden ihr Umfeld ins Vertrauen ziehen bei einer eigenen Achtsamkeitspraxis.

Zwei Teilnehmende geben als Grund für diesen offenen Umgang an, dass sie aufgrund ihrer aufgeschlossenen Haltung keinen Anlass dafür sehen, nicht offen mit der Thematik umzugehen. Eine Stigmatisierung oder Scham einer anderen Person gegenüber spielt für sie keine Rolle. Ebenfalls zwei der Teilnehmenden erläutern, dass ein offener Austausch nur mit Personen zustande kommen kann, denen Vertrauen entgegengebracht wird. Zusätzlich

nennen zwei Teilnehmende als Grund für einen offenen Umgang mit dem Thema Achtsamkeit einen möglichen Austausch von Erfahrungen mit dem Gegenüber.

Zwei Teilnehmende würden je nach Situation unterschiedlich offen mit dem Thema umgehen. Beide würden sich zunächst versichern, dass das Umfeld dem Thema Achtsamkeit aufgeschlossen gegenübersteht. Nur dann würde der Austausch gesucht werden, da sich durch den Austausch ein Mehrwert erhofft werden würde: *„Das kommt wahrscheinlich ein bisschen darauf an. Ich würde vorfühlen, wie mein Umfeld darüber denkt und ob die Kommilitonen dem gegenüber offen sind oder aufgeschlossen sind. Und wenn sie das sind, dann kann man natürlich Erfahrungen austauschen. […] Wenn die dem nicht aufgeschlossen gegenüber sind, dann hat das natürlich auch wenig Mehrwert, mit denen darüber zu sprechen."* (BIMAKI3 Abs.56).

Bei der Hälfte der Teilnehmenden konnten aus dem Material Gründe extrahiert werden, welche für einen diskreten Umgang sprechen.

Zwei Teilnehmende geben an, dass mögliche Reaktionen des Umfeldes ein Grund darstellen können. Die Gefahr dem Gegenüber ein Thema „aufzuzwingen", spielt dabei eine Rolle. Eine mögliche Stigmatisierung des Themas wirkt ebenfalls hemmend: *„Ich glaube, es ist vielleicht wirklich tatsächlich immer noch ein bisschen so stigmatisiert als so ein „Öko-Ding" irgendwie. […] wenn man dann gerade eben aus eher konservativ deutschen Familien kommt, dass es dann einem schon so eingetrichtert wurde, diese blöden Ökos und so weiter und so einen Quatsch braucht man gar nicht erst anfangen."* (MAANUL9, Abs. 68).

Eine teilnehmende Person gibt an, dass Achtsamkeitspraktiken bei anderen als Schwäche ausgelegt werden könnten, daher behalten viele Personen das Thema für sich (vgl. Abb. 8).

Drei Teilnehmende geben an, dass Achtsamkeit keine Rolle in ihrem Alltag spielt: *„Ja, tatsächlich noch gar nicht so eine große Rolle, also eigentlich gar keine Rolle, denn für mich ist mein Ventil eigentlich immer eher der Sport gewesen und das funktioniert soweit eigentlich auch ganz gut."* (BIMAKI3, Abs. 12).

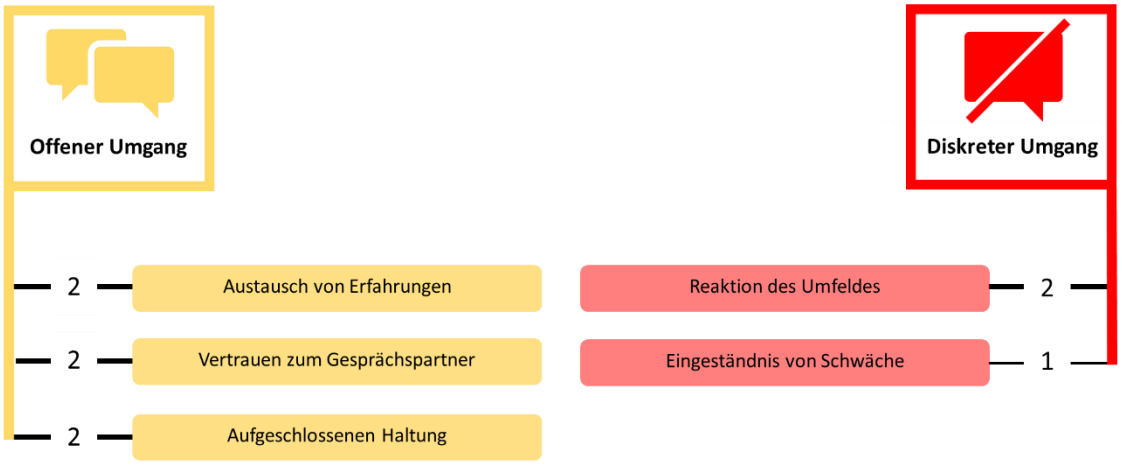


Abbildung 8: Vergleich der Gründe für diskreten beziehungsweise offenen Umgang mit Achtsamkeit der Kontrollgruppe. *Es werden Gründe für einen offenen (gelb) beziehungsweise diskreten (rot) Umgang mit Achtsamkeit der Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.1.6.3 Umgang mit Achtsamkeit (GRUPPENVERGLEICH)

Elf Teilnehmende aus beiden Gruppen gehen offen mit dem Thema Achtsamkeit um. Eine teilnehmende Person der Interventionsgruppe gibt an, diskret mit der Thematik in ihrem Umfeld umzugehen.

Dreiviertel der Teilnehmenden beider Gruppen geben an, dass sie bereits Kontakt in ihrem Umfeld mit Achtsamkeit gehabt haben. Von den drei Teilnehmenden, die keinen Kontakt im Umfeld haben, sind zwei aus der Kontrollgruppe, eine Person aus der Interventionsgruppe.

Die Gründe, welche von der Interventionsgruppe für einen offenen Umgang mit Achtsamkeit beziehungsweise diskreten Umgang mit Achtsamkeit genannt werden, sind differenzierter (vgl. Abb. 9).

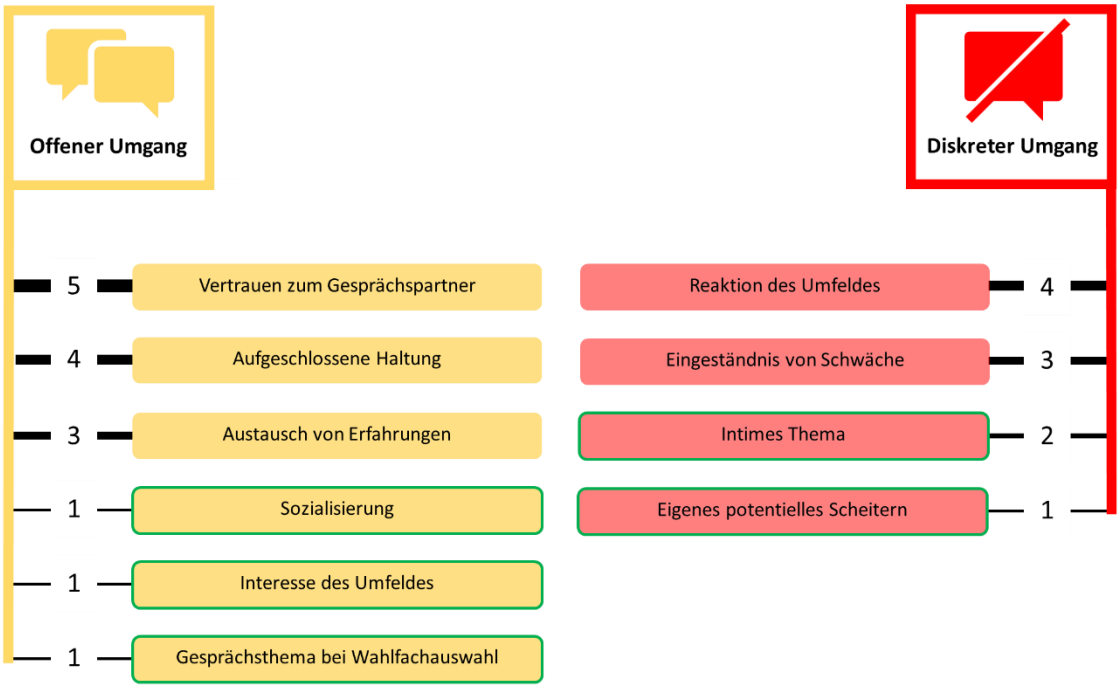


Abbildung 9: Gruppenvergleich bezüglich der Gründe für einen diskreten beziehungsweise offenen Umgang mit Achtsamkeit*. Es werden Gründe für einen offenen (gelb) beziehungsweise diskreten (rot) Umgang mit Achtsamkeit gegenübergestellt. Grün umrandet sind Gründe, welche ausschließlich von der Interventionsgruppe genannt wurden. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.2 Erfahrungen mit Achtsamkeit

Das Hauptthema „Erfahrungen mit Achtsamkeit“ lässt sich in sechs Kategorien unterteilen, diese sind wiederrum in 34 Subkategorien aufgeteilt (vgl. Tab. 4).

Die Teilnehmenden berichten über ihre eigenen Erfahrungen mit Achtsamkeit, welche Auswirkungen Unachtsamkeit haben kann, welche Bausteine ein achtsamer Tag beinhalten sollte und wie eine zukünftige eigene achtsame Lebensweise aussehen könnte.

Tabelle 4: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Erfahrungen mit Achtsamkeit“ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. *Die Anzahl der in den Transkripten kodierten Textsegmente ist nach der jeweiligen Kategorie beziehungsweise Subkategorie in runden Klammern angegeben. Ist eine Kategorie nur bei einer Gruppe zur Anwendung gekommen, wird diese in eckigen Klammern angegeben. Die kodierten Textsegmente werden in den Transkripten mehrfach gezählt.*

Kategorie	Subkategorie
Vorerfahrungen (12)	- Eigene Erfahrung vorhanden ja/nein (12)
Erfahrungen während Studienteilnahme (43) [Interventionsgruppe]	- Veränderte Wahrnehmung (10) - Entwicklung von Routinen (9) - Gesteigertes Wohlbefinden (8) - Neue Dinge kennengelernt (5) - Anfängliche Schwierigkeiten (4) - Achtsamkeit ist Prozess (3) - Mehr Energie und Fokus (2) - Übung ist notwendig (2)
Erfahrungen nach Kursteilnahme (17) [Interventionsgruppe]	- Geänderte Einstellung seit Kursteilnahme ja/nein (7) - Kurs als Anreiz Fortführung Achtsamkeitspraxis (5) - Unsicherheit ob das Richtige (4) - Mehr Ausgeglichenheit (1)
Auswirkungen von Unachtsamkeit (16) [Interventionsgruppe]	- Psychische Auswirkungen (9) - körperliche Auswirkungen (6) - keine Auswirkungen (1)
Bausteine achtsamer Tag (48) [Interventionsgruppe]	- Meditation (21) - Bewusst Zeit nehmen (9) - Yoga (6) - Achtsame Mahlzeiten (6) - Body Scan (4) - Journaling (1) - Szenariotechnik (1)
Potentielle Kursteilnahme (6) [Kontrollgruppe]	- Nein (5) - Ja (1)

3.2.1 Vorerfahrungen mit Achtsamkeit

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie mit Achtsamkeit bereits selbst konkrete Erfahrungen gemacht haben und welche Achtsamkeitstechniken sie kennen beziehungsweise selbst angewandt haben.

3.2.1.1 Vorerfahrungen mit Achtsamkeit (INTERVENTIONSGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, dass sie vor der Kursteilnahme bereits Erfahrungen mit Achtsamkeitstechniken gemacht hatten. Eine teilnehmende Person hatte vor der Intervention keine eigene Erfahrung mit dem Thema.

Drei Teilnehmende geben an, dass sie schon vor der Kursteilnahme meditiert haben. Zwei dieser drei Personen taten dies mithilfe einer App, welche auf dem Smartphone installiert war und die Teilnehmenden anleitete.

Zwei Teilnehmende geben an, dass sie bereits Yoga praktiziert hatten.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass sie bereits Erfahrungen mit Atemübungen sammeln konnte.

3.2.1.2 Vorerfahrungen mit Achtsamkeit (KONTROLLGRUPPE)

Vier Teilnehmende geben an, dass sie keine eigene Vorerfahrung mit Achtsamkeitstechniken hatten. Zwei Teilnehmende hatten bereits vor der Studienteilnahme Kontakt mit Achtsamkeitspraktiken.

Eine Person der Teilnehmenden mit Vorerfahrung gibt an, bereits Kontakt mit Atemübungen gehabt zu haben. Die zweite Person gibt an, dass sie bereits ein bis zweimal Yoga ausprobiert hat mit anschließender Meditation. Eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis besteht bei beiden Teilnehmenden nicht.

3.2.1.3 Vorerfahrung mit Achtsamkeit (GRUPPENVERGLEICH)

In der Interventionsgruppe geben fünf Teilnehmende an Vorerfahrungen vor der eigenen Kursteilnahme gehabt zu haben. Bei der Kontrollgruppe haben zwei von sechs Vorerfahrungen, jedoch in geringem Umfang.

3.2.2 Erfahrungen während der Studienteilnahme (INTERVENTIONSGRUPPE)

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe wurden gefragt, welche Erfahrungen sie während der Studienteilnahme gemacht haben.

Die acht Subkategorien, welche aus den Transkripten gebildet wurden, werden in zwei Themenkomplexe eingeteilt. Einerseits berichten die Teilnehmenden über eine Veränderung der persönlichen Situation. Andererseits über die allgemeinen Erkenntnisse und Erfahrungen, welche während der Intervention gemacht wurden (vgl. Abb. 10).

Fünf Teilnehmende geben an, ein gesteigertes Wohlbefinden bemerkt zu haben. Gründe dafür sind unter anderem, dass die Achtsamkeitstechniken den Studierenden geholfen haben, mit weniger empfundenem Stress durch die Lern- und Prüfungsphase zu kommen. Eine teilnehmende Person gibt an, dass körperliche Reaktionen abgemildert werden konnten: *„[…] das Lernen war einfach besser und ich war nicht total frustriert und müde und auch die Symptomatik war nicht ganz so schlimm zum Beispiel mit dem Reizmagen […]“* (ANMAAU2 Abs.40).

Der ruhige, bewusste und als positiv beschriebene Start in den Tag war ebenfalls ein Grund für ein gesteigertes Wohlbefinden. Die regelmäßigen Auszeiten, welche bewusst in den Alltag eingeplant wurden, halfen den Probanden negative Verhaltensmuster zu durchbrechen.

Vier Teilnehmende bemerken eine veränderte Wahrnehmung von sich und ihrer Umwelt. Die Teilnehmenden geben an, dass durch die Kursteilnahme ihre Selbstwahrnehmung geschult worden ist. Die eigenen Gedanken und Gefühle werden wahrgenommen und auf ihre Relevanz hin überprüft. Stress wird wahrgenommen, als Problem erkannt und etwas dagegen unternommen. Situationen und die Umwelt werden neutraler, also nicht wertend, wahrgenommen: *„[…], dass man manchmal einfach nur einen Schritt zurücktreten muss und das Ganze einfach mal betrachtet, was sich um einen herum abspielt. Das habe ich häufiger dann bewusster gemacht. […]“* (MOHULE1 Abs. 36).

Gleichzeitig werden Dinge intensiver von den Teilnehmenden wahrgenommen zum Beispiel werden sich Mahlzeiten bewusst vergegenwärtigt und wertgeschätzt.

Zwei Teilnehmende geben an, fokussierter zu sein und mehr Energie zu haben durch die Achtsamkeitsintervention: *„Und das war für mich irgendwann der Punkt, wo ich gemerkt habe, es tut mir so gut und es gibt mir so viel Energie und ich bin auch viel fokussierter.“* (KEACHO9 Abs.36).

Zu den allgemein gemachten Erfahrungen während der Kursteilnahme gehört, dass drei Teilnehmende Achtsamkeit als einen Prozess beschreiben. Eine achtsame Lebensweise braucht laut den Teilnehmenden Zeit.

Daran anknüpfend beschreiben drei Teilnehmende, dass Achtsamkeit mit anfänglichen Schwierigkeiten verbunden ist. Zwei Teilnehmende geben in diesem Zusammenhang an, dass Übung ein entscheidender Faktor für eine erfolgreich praktizierte achtsame Lebensweise darstellt.

Vier Teilnehmende geben an, dass sie während der Kursteilnahme neue Dinge kennengelernt haben. Die während der Intervention erlernten Techniken stehen hierbei im Vordergrund. Drei Teilnehmende berichten, dass die Entwicklung von Routinen als wichtig und positiv empfunden wurde. Hierbei half die feste und verpflichtende Struktur eines universitären Kurses. Laut den Teilnehmenden ist ein gewisser Zwang von Vorteil: *„Also, wenn man sozusagen einmal gezwungenermaßen, in Anführungszeichen, diese Routinen entwickelt, fällt es später einfach leichter, es zu integrieren.“* (KEACHO9 Abs.24).

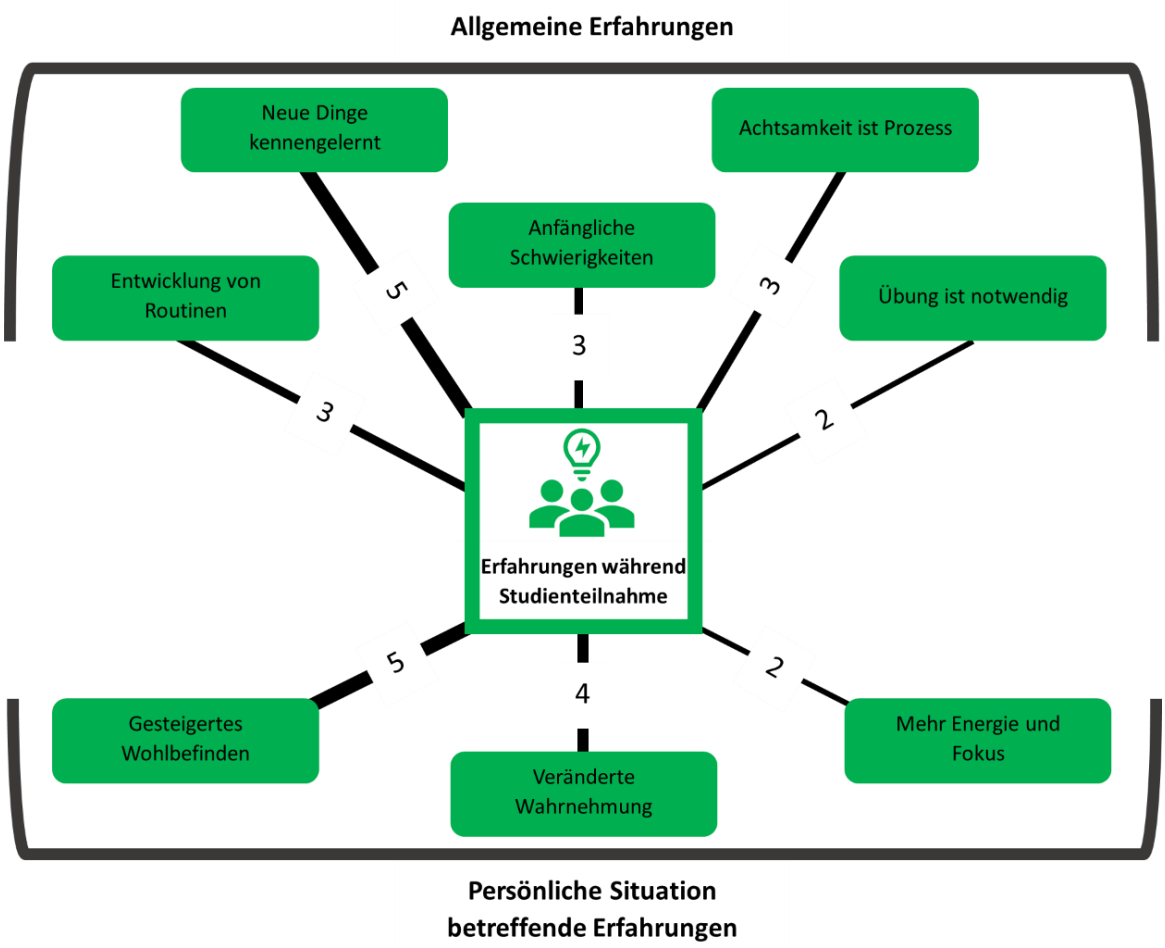


Abbildung 10: „Erfahrungen während Studienteilnahme“ der Interventionsgruppe. *Es werden die Subkategorien der Kategorie „Erfahrungen während Studienteilnahme“ der Interventionsgruppe (n=6) dargestellt (grün). Es wird zwischen Erfahrungen, welche die persönliche Situation betreffen und allgemeinen Erfahrungen unterschieden (Klammern). Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit der Kodierungen.*

3.2.3 Erfahrungen nach der Studienteilnahme (INTERVENTIONSGRUPPE)

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe wurden gefragt, welche Erfahrungen die Kursteilnehmenden nach der Studienteilnahme gemacht haben und ob sich ihre Einstellung gegenüber Achtsamkeit gewandelt hat.

Vier Teilnehmende der Interventionsgruppe haben eine geänderte Einstellung gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitspraktiken. Sie geben an, durch die Auseinandersetzung mit Achtsamkeit einen tieferen Einblick in das Thema erlangt zu haben.

Zwei Teilnehmende äußern sich dahingehend, dass sie seit der Studienteilnahme keine geänderte Einstellung gegenüber Achtsamkeit entwickelt haben. Der Grund dafür ist, dass sich die Teilnehmenden schon im Voraus mit Achtsamkeit auseinandergesetzt hatten.

Drei Teilnehmende erklären, dass der Kurs als Anreiz für die Fortführung einer eigenen Achtsamkeitspraxis dient. Die im Kurs erlebten Erfolge und erlernten Techniken motivieren die Teilnehmenden, eine eigene Achtsamkeitspraxis beizubehalten.

Ebenfalls drei Teilnehmende berichten darüber, dass sie sich nicht sicher sind, ob alle Achtsamkeitspraktiken den richtigen Ansatz für sie bieten. Nur Techniken, die den Teilnehmenden wirklich geholfen haben, sollen in Zukunft beibehalten werden.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass sie seit der Kursteilnahme ausgeglichener ist.

3.2.4 Auswirkungen von Unachtsamkeit (INTERVENTIONSGRUPPE)

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe wurden gefragt, woran sie merken, dass sie einen Tag unachtsam begangen haben, also welche Auswirkungen Unachtsamkeit auf die Teilnehmenden hat.

Nach Auswertung des Materials können psychische und körperliche Auswirkungen voneinander unterschieden werden.

Zunächst soll auf die psychischen Folgen eingegangen werden. Drei Teilnehmende geben an, dass sie bei unachtsamer Lebensweise am Ende des Tages deutlich zerstreuter sind. Die Teilnehmenden sprechen von einem Gedankenkreisen, welches kein Ende nimmt.

Zwei Teilnehmende geben an, dass Sie eine allgemeine Unzufriedenheit mit sich selbst verspüren. Die Teilnehmenden sind reflektiert genug, dass ihnen bewusst ist, unachtsam gewesen zu sein. Dagegen aber nichts getan zu haben, führt zur Unzufriedenheit: *„Ich ärgere*

mich eher ein bisschen über mich selber, weil ich mir dann denke, man (Probandenname), du weißt doch eigentlich, wie es geht, warum machst du das nicht?“ (PEULKÖ2 Abs. 72).
Eine teilnehmende Person gibt an, dass sich in ihr ein Druckgefühl aufbaut, sollte sie nicht achtsam mit sich umgehen.
Die Teilnehmenden berichten außerdem von körperlichen Auswirkungen. Zwei Teilnehmende geben an, dass sie körperlich deutlich erschöpfter sind nach einem unachtsamen Tag.
Eine teilnehmende Person gibt an, dass er einen Reizmagen entwickelt. Besteht dieser über längere Zeit, kommt es zusätzlich zu einer Gewichtsabnahme. Die teilnehmende Person berichtet darüber, dass dies vor allem in Prüfungsphasen der Fall ist.
Eine teilnehmende Person berichtet über einen erhöhten Puls in diesem Zusammenhang.
Eine andere teilnehmende Person gibt an, bei Unachtsamkeit keine Auswirkungen zu verspüren weder körperlich noch psychisch.

3.2.5 Bausteine für einen achtsamen Tag (INTERVENTIONSGRUPPE)

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe wurden gefragt, wie ein achtsamer Tag für sie aussieht und was er beinhalten sollte. Die Teilnehmenden berichten also über die Bausteine, welche ihrer Meinung notwendig sind für einen achtsamen Tag.
Grundsätzlich möchten die Teilnehmenden Achtsamkeit auch in Zukunft in ihren Alltag integrieren.
Fünf Teilnehmende geben an, dass Mediationsformen für sie zu einem achtsamen Tag gehören. Unter dem Begriff Meditation sind verschiedene Meditationsformen zusammengefasst. Es wurden folgende Meditationsformen genannt: Atemmeditation, Mantra Meditation, Metameditation, Bergmeditation, Gehmeditation und nicht näher bezeichnete Meditationsformen.
Sich bewusst Zeit zu nehmen, gehört für fünf Teilnehmende zu einem achtsamen Tag dazu. Die Teilnehmenden nutzen diese Zeit, um den Tag zu reflektieren, die Umwelt und sich selbst zu spüren und bewusst einen Bruch im Alltag zu schaffen. Aber auch bewusst Pausen in den Tag zu integrieren, wie einen Mittagschlaf oder bewusst das Handy beiseitezulegen.
Vier Teilnehmende nehmen ihre Mahlzeiten achtsam zu sich. Sie konzentrieren sich auf die Empfindungen während der Nahrungsaufnahme. Ebenso nehmen sie sich ausreichend Zeit

für die Nahrungsaufnahme und bringen den Nahrungsmitteln eine Wertschätzung entgegen.

Vier Teilnehmende integrieren einen Body-Scan in den Tag. Drei Teilnehmende praktizieren Yogaformen. Eine teilnehmende Person betreibt Journeling.

Ebenfalls eine teilnehmende Person versucht mit einer Art der Szenariotechnik kommende Herausforderungen im Kopf durchzuspielen, um dann besser und achtsamer damit umgehen zu können, sobald die Situation eintritt. Dabei wird diese Herausforderung von der teilnehmenden Person positiv belegt (vgl. Abb. 11).

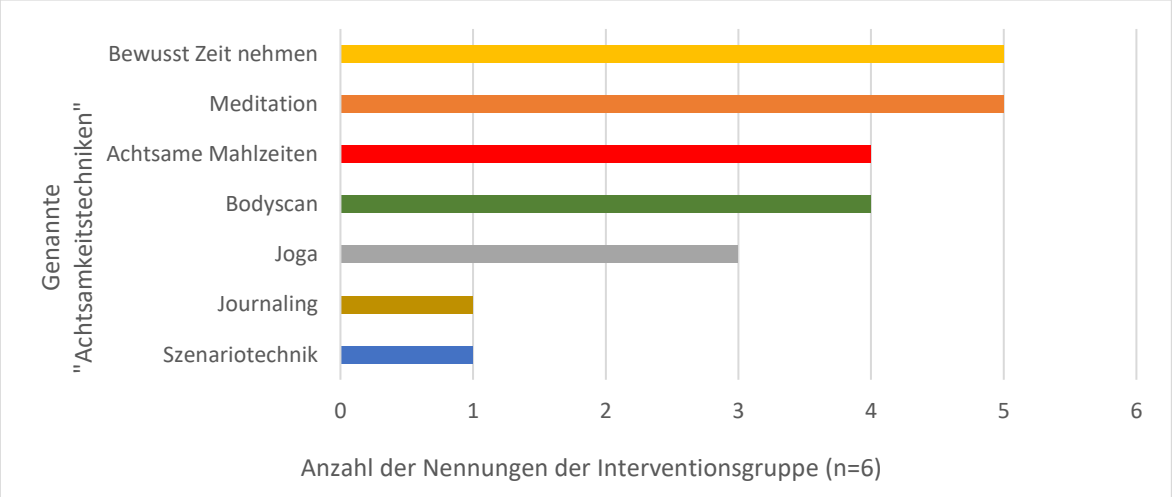


Abbildung 11: „Bausteine für einen achtsamen Tag" der Interventionsgruppe. *Die von den Teilnehmenden der Interventionsgruppe (n=6) genannten Achtsamkeitstechniken sind auf der Y-Achse aufgeführt. Die Anzahl der Nennungen ist auf der X-Achse abgebildet. Die Farben entsprechen der auf der Y-Achse genannten Achtsamkeitstechniken. Eine Nennung wird nur einmal pro Dokument gezählt (max.=6).*

3.2.6 Potentielle Kursteilnahme (KONTROLLGRUPPE)

Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurden gefragt, ob sie sich zukünftig vorstellen können, an einer Achtsamkeitsintervention wie beispielweise einem MBSR-Kurs teilzunehmen. Fünf Teilnehmende sind der potentiellen Teilnahme positive gegenüber eingestellt. Die Teilnehmenden geben jedoch an, dass sie dazu wahrscheinlich nicht genügend Zeit aufwenden könnten. Ebenso schränken sie eine potentielle Achtsamkeitspraxis damit ein, dass zunächst ein triftiger Grund für eine Teilnahme bestehen muss. Nur wenn das Stressniveau nicht mehr auszuhalten wäre und sie dadurch Einschränkungen erfahren würden, soll gehandelt werden.

Eine teilnehmende Person berichtet, dass eine potentielle Teilnahme nicht in Frage kommt. Diese teilnehmende Person bezwingt den Stress des Alltages mit Sport und körperlicher Verausgabung. Achtsamkeitstechniken zur Stressreduktion kommen nicht in Frage.

3.3 Achtsamkeit im Medizinstudium

Die Teilnehmenden beider Gruppen wurden gefragt, wie ihrer Einschätzung nach ein achtsames Medizinstudium idealerweise aussehen würde.

Einerseits formulierten die Teilnehmenden Ansätze, wie ein solches Studium auszusehen habe, andererseits wurden Herausforderungen genannt, welche einem achtsamen Medizinstudium im Wege stehen könnten (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Achtsamkeit im Medizinstudium" für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. *Die Anzahl der in den Transkripten kodierten Textsegmente ist nach der jeweiligen Kategorie beziehungsweise Subkategorie in runden Klammern angegeben. Ist eine Kategorie oder Subkategorie nur bei einer Gruppe zur Anwendung gekommen, wird diese in eckigen Klammern angegeben. Die kodierten Textsegmente werden in den Transkripten mehrfach gezählt.*

Kategorie	Subkategorie
Ansätze für ein achtsameres Studium (18)	- Studium entzerren (6) - Angebote schaffen (4) - Bewusstsein schaffen für Thematik (4) - Online-Vorlesungen (2) - Pflichtveranstaltung für alle Studierenden (1) - Mehr Transparenz (1)
Herausforderungen bei Umsetzung (18)	- Zeit (4) - Priorisierung auf Lernstoff (4) - Fehlende Angebote (3) - Achtsamkeit nicht erzwingbar (3) - Verändertes Stressniveau (2) - Zwang unachtsam zu sein (2)

3.3.1 Ansätze für achtsames Medizinstudium

Die Ergebnisse werden von den Gruppen getrennt dargestellt und im Folgenden verglichen.

3.3.1.1 Ansätze für achtsames Medizinstudium (INTERVENTIONSGRUPPE)

Vier Teilnehmende geben an, dass die Notwendigkeit besteht mehr Angebote zu schaffen. Die Teilnehmenden berichten, dass bei dem von Prof. Dr. med. Klaus Kramer angebotenen Wahlfach rasch die maximale Teilnehmerzahl erreicht wurde. Zusätzlich wünschen sich die Teilnehmenden einen Rückzugsort an der Universität, der es beispielsweise zulassen würde zwischen den Vorlesungen wieder zur Ruhe kommen zu können. Außerdem werden Angebote, fernab von universitären Kursen auf freiwilliger Basis, als notwendig empfunden, die Studierende auch spontan und ohne Voranmeldung wahrnehmen können.

Drei Teilnehmende sehen es als notwendig an, das Medizinstudium zu entzerren. Es muss den Medizinstudierenden die Möglichkeit geboten werden, zwischen den Klausuren, Praktika und Vorlesungen wieder zur Ruhe zu kommen. Prüfungen sollten nicht alle gebündelt am Ende des Studiums abgelegt werden müssen, sondern auf einen erweiterten längeren Zeitraum verteilt.

Drei Teilnehmende geben an, dass es notwendig scheint, ein Bewusstsein über die Wichtigkeit mentaler Gesundheit zu schaffen und es Methoden gibt diese zu fördern.

Die Sichtbarkeit von Achtsamkeitstechniken zur Reduktion von Stress soll erhöht werden.

Eine teilnehmende Person fordert eine verpflichtende Veranstaltung für alle Medizinstudierende zum Thema Achtsamkeit und mentale Gesundheit: *„Also so, dass es Pflichtveranstaltungen für alle sind. […] Dass man sich vielleicht auch einfach mal mit der mentalen Gesundheit beschäftigt, was ja auch in der Medizin auf jeden Fall ein Thema sein kann.“* (MOHULE1, Abs 56).

3.3.1.2 Ansätze für achtsames Medizinstudium (KONTROLLGRUPPE)

Drei Teilnehmende geben an, dass die Entzerrung des Studiums einen Ansatzpunkt darstellt, um dieses achtsamer gestalten zu können. Es werden verschieden Vorschläge zur Umsetzung gemacht. Klausurtermine der verschiedenen Fachbereiche sollten besser abgestimmt werden. Fächerblöcke sollen gebildet werden und nacheinander mit abschließender Klausur beendet werden. Auch die allgemeine Verlängerung des Medizinstudiums um ein weiteres Semester wäre eine Möglichkeit laut den Studierenden.

Zwei Studierende geben an, dass ein größeres Online-Angebot von Vorteil wäre. Durch das Onlineangebot sind Vorlesungen zeitlich flexibler in den Tagesablauf zu integrieren, was im besten Fall mehr Zeit lässt für einen achtsamen Lebensstil. Die Erlebnisse während der Coronaphase bestärken die Teilnehmenden in ihrer Einschätzung.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass eine bessere Transparenz bei der Formulierung der Lernziele des jeweiligen Lehrenden das Studium weniger stressig machen würde.

3.3.1.3 Ansätze für achtsameres Medizinstudium (GRUPPENVERGLEICH)

Die Teilnehmenden beider Gruppen sehen es als sinnvoll an, das Medizinstudium zu entzerren.

Die anderen Anregungen beider Gruppen unterscheiden sich. Die Vorschläge der Interventionsgruppe zielen darauf ab, das Thema Achtsamkeit mehr im Studium zu integrieren.
Die Ansätze der Kontrollgruppe sollen vor allem für weniger Stress und mehr Flexibilität sorgen (vgl. Abb. 12).

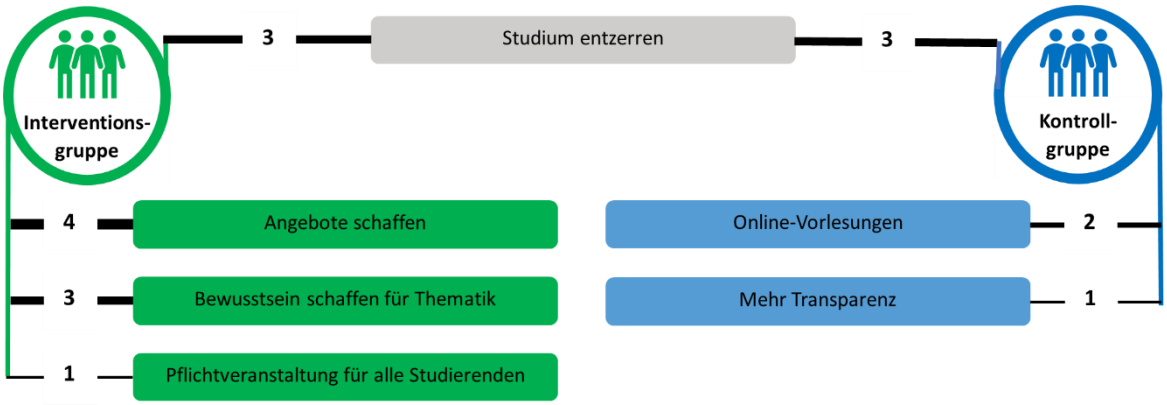


Abbildung 12: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Ansätze für ein achtsameres Medizinstudium“. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Subkategorien. Gemeinsame Subkategorien sind grau hinterlegt. Subkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Subkategorien der Kontrollgruppe sind blau hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen*

3.3.2 Herausforderungen bei Umsetzung der Ansätze für ein achtsames Medizinstudium

Die Ergebnisse werden von den Gruppen getrennt dargestellt und im Folgenden verglichen.

3.3.2.1 Herausforderungen bei Umsetzung der Ansätze für achtsames Medizinstudium (INTERVENTIONSGRUPPE)

Drei Teilnehmende geben an, dass eine achtsamkeitsbasierte Stressreduktion beziehungsweise eine achtsame Lebensweise nicht forciert werden kann und sollte. Ein eigenes Interesse sei Grundlage für den Erfolg.
Zwei Teilnehmende geben die fehlenden Angebote an der Universität als Grund an. Räumlichkeiten und Kurse gibt es nicht in ausreichendem Maß.
Eine teilnehmende Person gibt an, dass das Medizinstudium sehr leistungsorientiert ist und vor allem Wert auf die Vermittlung von Sachwissen gelegt wird. Solange dies der Fall ist, sei kein Platz für Achtsamkeit.

Eine teilnehmende Person berichtet, dass aufgrund des universitären Alltages den Studierenden keine Zeit gelassen wird, zwischen den Prüfungen wieder zur Ruhe zu kommen.
Ebenfalls eine teilnehmende Person gibt an, dass das Studium nur mit einer gewissen Unachtsamkeit gegenüber sich selbst zu bewältigen ist. Solange dies so bleibt, stellt dieser Fakt ein Problem für ein achtsames Medizinstudium dar.

3.3.2.2 Herausforderungen bei Umsetzung der Ansätze für ein achtsames Medizinstudium (KONTROLLGRUPPE)

Drei Teilnehmende geben an, dass der Faktor Zeit das größte Problem darstellt. Die Zeit ist zu knapp, um den universitären Verpflichtungen nachzukommen und gleichzeitig Achtsamkeit zu praktizieren.
Ebenfalls drei Teilnehmende geben an, dass es eine Priorisierung auf den Lernstoff gibt. Es wird allein der Lernerfolg bewertet. Der Medizinstudierende orientiert sich ebenfalls daran. Achtsamkeit spielt keine Rolle.
Zwei Teilnehmende geben an, dass es während des Studiums oder auch während des Semesters Schwankungen des Stresslevels gibt. In den weniger stressigen Phasen braucht man keine stressreduzierenden Maßnahmen. Steigt das Stressniveau, ist keine Zeit für stressreduzierende Maßnahmen. Dies stellt laut den Probanden ein Problem für ein achtsames Medizinstudium dar.
Eine teilnehmende Person nennt die limitierte Anzahl an Fehlversuchen als Hemmnis für ein achtsames Medizinstudium. Der Druck eine Prüfung bestehen zu müssen, bringt Medizinstudierende dazu, mit sich selbst unachtsam umzugehen.

3.3.2.3 Herausforderungen bei Umsetzung der Ansätze eines achtsamen Medizinstudiums (GRUPPENVERGLEICH)

Die Unterkategorien „Zeit“, „Priorisierung auf Lernstoff“ und „Zwang unachtsam zu sein“ wurden bei beiden Gruppen kodiert.
Die anderen gebildeten Unterkategorien konnten ausschließlich den jeweiligen Gruppen zugeordnet werden (vgl. Abb. 13).

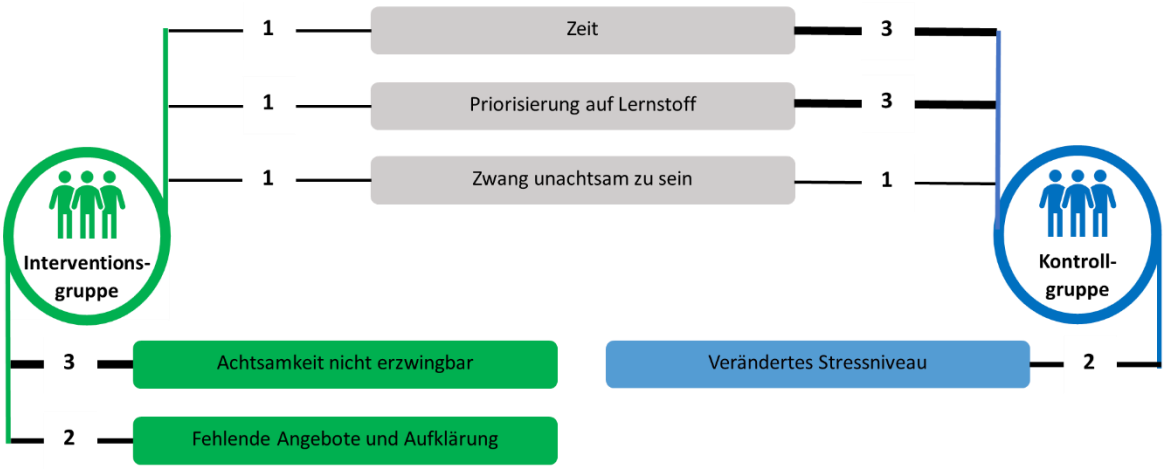


Abbildung 13: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Herausforderungen bei Umsetzung" der Ansätze eines achtsamen Medizinstudiums. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Unterkategorien. Gemeinsame Unterkategorien sind grau hinterlegt. Unterkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Unterkategorien der Kontrollgruppe sind blau hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.4 Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext

Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe wurden gefragt, was bevorstehende Prüfungen in den Teilnehmenden auslösen und wie sie mit Prüfungen umgehen. Weiterhin wurden die Teilnehmenden gefragt, ob Achtsamkeit eine Rolle in ihrer Prüfungsvorbereitung spielt und welche Auslöser sie für eine mögliche Prüfungsangst benennen.

Die Ergebnisse werden separat für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe dargestellt und miteinander verglichen.

Aus den analysierten Transkripten konnten sieben Kategorien gebildet werden, welche in 27 Subkategorien weiter untergliedert wurden (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext" für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. *Die Anzahl der in den Transkripten kodierten Textsegmente ist nach der jeweiligen Kategorie beziehungsweise Subkategorie in Klammern angegeben. Die kodierten Textsegmente werden in den Transkripten mehrfach gezählt.*

Kategorie	Subkategorie
Allgemeine Reaktionen (34)	- Stress (19) - Strukturiertheit und Konzentration auf Stoff (8) - Körperliche Symptome (6) - Entspannter Umgang (1)
Letzter Tag vor der Prüfung (27)	- Selbstfürsorge (13) - Lernen (11) - Austausch mit Freunden und Kommilitonen (3)
Momente vor der Prüfung (23)	- Kontakt mit Kommilitonen (10) - Selbstfürsorge (5) - Gefühl es hinter sich haben zu wollen (3) - Konzentration auf Lernstoff (2) - Aufgeregtheit/Angstgefühle (2) - Auf WC gehen (1)
Veränderung des Prüfungsstressniveaus (23)	- Gewöhnungseffekt (10) - Prüfungsstress gleich wie vor Studium (6) - Prüfungsstress stärker seit Studium (4) - Prüfungsstress schwächer seit Studium (3)
Rituale vor Prüfungen (12)	- Nein (10) - Ja (2)
Achtsamer Umgang mit Prüfungen (13)	- Achtsamkeit in Prüfungsvorbereitung (10) - Keine Achtsamkeit in Prüfungsvorbereitung (3)
Auslöser/Gründe für Prüfungsangst (36)	- Versagensangst (11) - Eigene Erwartungen (9) - Erwartungen von außen (7) - Große Stoffmenge (4) - Konkurrenz/Vergleiche (3) - Unvorhersagbarkeit der Prüfung (2)

3.4.1 Allgemeine Reaktionen

Die Teilnehmenden beider Gruppen wurden gefragt, wie sie auf eine bevorstehende Prüfung reagieren.

3.4.1.1 Allgemeine Reaktionen (INTERVENTIONSGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, dass eine bevorstehende Prüfung Stress auslöst. Drei Teilnehmende geben zusätzlich an, dass dieser Stress schon sehr früh vor einer Prüfung wahrgenommen wird und mit abnehmendem Abstand zur Prüfung immer stärker wird.

Vier Teilnehmende geben an, dass sie auf eine bevorstehende Prüfung mit Strukturiertheit und Konzentration reagieren: *„Um mich auf eine Prüfung vorzubereiten, hilft es mir immer Routinen zu entwickeln. Ich habe halt so meinen Lernplan, den ich mir dann überlegt habe und dass ich den gut durcharbeite. Das gibt mir schon ein gewisses Gefühl an Sicherheit.“* (KEACHO9, Abs. 108).

Zwei Teilnehmende entwickeln körperliche Symptome. Genannte Symptome sind Verdauungsprobleme, Schlafstörungen und Nägelkauen.

Eine Person gibt an, dass sie einen entspannten Umgang mit Prüfungen hat und eine bevorstehende Prüfung nicht viel Einfluss auf die teilnehmende Person hat.

3.4.1.2 Allgemeine Reaktionen (KONTROLLGRUPPE)

Sechs Teilnehmende berichten, dass eine bevorstehende Prüfung Stress bei ihnen auslöst. Dieser Stress wird bei drei der Teilnehmenden mit geringerem Abstand zur Prüfung immer stärker.

Die Teilnehmenden berichten über ein empfundenes Druckgefühl. Hinsichtlich der limitierten Zeit während der Prüfungsvorbereitung spielt bei zwei der Teilnehmenden Zeitdruck eine Rolle. Angstgefühle werden von zwei Teilnehmenden berichtet.

Drei Teilnehmende reagieren auf eine bevorstehende Prüfung mit einem strukturierten Vorgehen und einer Konzentration auf den Prüfungsstoff: *„Mein erster Gedanke ist, wie strukturiere ich meinen Lernplan und wann fange ich frühzeitig an zu lernen, dass ich nicht in so einen Stress oder Prüfungsangst komme.“* (NGMUMU3, Abs. 88).

Eine eilnehmende Person berichtet über einen erhöhten Puls, wenn er an bevorstehende Prüfungen denkt, zeigt also körperliche Symptome.

3.4.1.3 Allgemeine Reaktion (GRUPPENVERGLEICH)

Die Subkategorien „Stress“, „Körperliche Symptome“ und „Strukturiertheit und Konzentration auf Prüfungsstoff“ konnten bei beiden Gruppen kodiert werden. Die Subkategorie „Entspannter Umgang“ konnte ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert werden (vgl. Abb. 14).

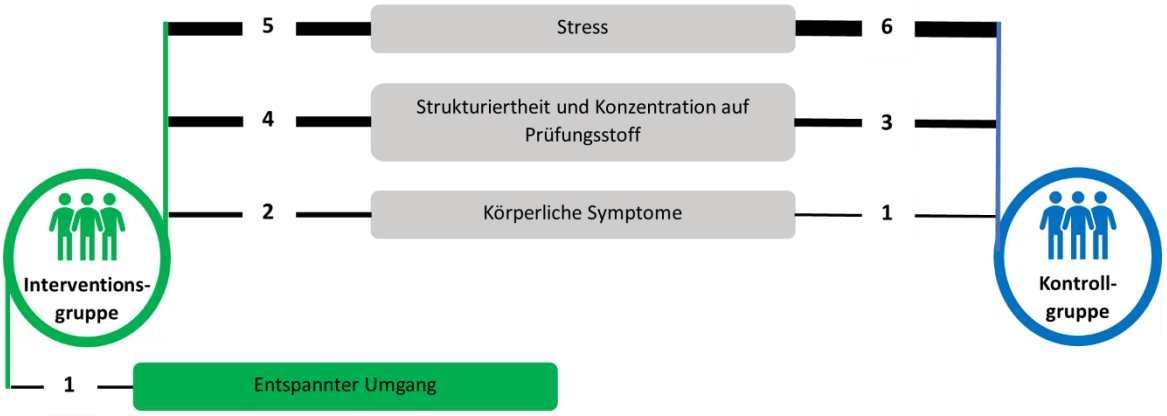


Abbildung 14: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Allgemeine Reaktionen“ auf bevorstehende Prüfungen. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Unterkategorien. Gemeinsame Unterkategorien sind grau hinterlegt. Unterkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.4.2 Der Letzte Tag vor einer Prüfung

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sie den letzten Tag vor einer bevorstehenden Prüfung begehen.

3.4.2.1 Der letzte Tag vor einer Prüfung (INTERVENTIONSGRUPPE)

Alle Teilnehmenden geben an, dass sie am Vortag einer Prüfung lernen. Jedoch unterscheidet sich das Pensum von den anderen Lerntagen. Entweder muss noch viel Stoff gelernt werden, was zu einem höheren Lernpensum führt: *„[…] dann ist es eine Nacht, wo ich nochmal mir zwei, drei Kaffee hole oder eine Koffeintablette und dann auf den Schlaf verzichte […] da lerne ich wirklich dann von in der Früh um acht bis am Abend um ein Uhr nachts oder zwei Uhr nachts […]“* (ANMAAU2 Abs.92). Wenn bereits das eigene Lernziel erreicht ist, ist das Lernpensum geringer als an den Vortagen.

Alle Teilnehmenden berichten, dass sie am letzten Tag vor einer anstehenden Prüfung in verschiedenen Formen Selbstfürsorge betreiben.
Dazu geben vier Teilnehmende an, dass sie sich bestimmte Gerichte zubereiten und sich damit etwas Gutes tun. Zwei Teilnehmende geben an, dass sie früh zu Bett gehen. Ebenfalls zwei Teilnehmende schauen einen Film. Zwei Teilnehmende suchen den Austausch mit Freunden oder Kommilitonen, da sie das beruhigt oder letzte Unklarheiten beseitigt werden können, was den Prüfungsstoff angeht. Jeweils eine teilnehmende Person gibt an, dass Meditation, Sport oder Musik eine Rolle spielen und sich bewusst eine Pause genommen wird.

3.4.2.2 Der letzte Tag vor einer Prüfung (KONTROLLGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, dass sie am Tag vor einer Prüfung lernen.
Eine teilnehmende Person berichtet, dass sie Kontakt zu ihren Freunden hat. Voraussetzung ist aber, dass der Lernplan bis zu diesem Zeitpunkt geschafft ist.
Eine weitere teilnehmende Person gibt an, dass sie am Vorabend einer Prüfung Sport zur Entspannung treibt.

3.4.2.3 Der letzte Tag vor einer Prüfung (GRUPPENVERGLEICH)

Beide Gruppen lernen noch am letzten Tag vor einer Prüfung. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe betreiben im Vergleich mit der Kontrollgruppe mehr Selbstfürsorge in verschiedenen Formen.

3.4.3 Momente vor der Prüfung

Die Teilnehmenden wurden gefragt, was sie kurz vor einer bevorstehenden Prüfung tun beziehungsweise wie sie sich verhalten. Sie sollten beschreiben, was in den letzten Minuten vor einer Prüfung passiert.

3.4.3.1 Momente vor der Prüfung (INTERVENTIONSGRUPPE)

Drei Teilnehmende geben an, dass sie sich kurz vor einer Prüfung selbst gut zureden. Die Personen versuchen sich damit zu beruhigen und mit einem guten Gefühl in die Prüfung zu gehen. Sie betreiben also eine Art der Selbstfürsorge.
Zwei Teilnehmende geben an, ein starkes Gefühl der Aufgeregtheit zu verspüren. Eine dieser beiden Personen beschreibt es als eine Art Angstgefühl.

Eine teilnehmende Person muss unbedingt nochmals auf die Toilette. Die Person beschreibt dies selbst als eine Übersprungshandlung.
Zwei Teilnehmende beschreiben, dass sie vor einer Prüfung den Kontakt zu anderen Mitstudierenden meiden und für sich sein wollen.
Drei Teilnehmende geben an, dass sie den Kontakt zu anderen Personen kurz vor einer Prüfung suchen, die Gespräche aber nicht die Prüfung zum Thema haben. Es wird also nichts Prüfungsrelevantes besprochen.

3.4.3.2 Momente vor der Prüfung (KONTROLLGRUPPE)

Drei Teilnehmende geben an, dass sie so kurz vor einer Prüfung das starke Bestreben haben, die Situation einfach hinter sich haben zu wollen. Die Teilnehmenden beschreiben diese Situation mit einem gewissen Fatalismus. Dieser äußert sich darin, dass das Ergebnis der Prüfung keine Rolle mehr spielt, sondern allein das Absolvieren der Prüfung.
Zwei Teilnehmende geben an, eine Form der Selbstfürsorge zu betreiben. Eine Person hört ein beruhigendes Lied, die andere Person redet sich selbst gut zu.
Zwei Teilnehmende sagen aus, dass sie den Kontakt zu Mitstudierenden meiden, während zwei weitere Personen den Austausch mit ihrem Umfeld suchen. Dabei ist zu erwähnen, dass eine dieser Personen dabei prüfungsrelevante Themen bespricht, während die andere Person dies nicht tut.

3.4.3.3 Momente vor der Prüfung (GRUPPENVERGLEICH)

Die Subkategorien „Kontakt zu Mitstudierenden“, „Keinen Kontakt zu Mitstudenten“ und „Selbstfürsorge“ konnten bei beiden Gruppen kodiert werden.
Die Subkategorien „Aufgeregtheit/Angstgefühle“ und „Auf WC gehen“ konnten ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert werden.
Die Subkategorien „Gefühl es hinter sich haben zu wollen“ und „Konzentration auf Lernstoff“ konnten exklusiv bei der Kontrollgruppe kodiert werden (vgl. Abb. 15).

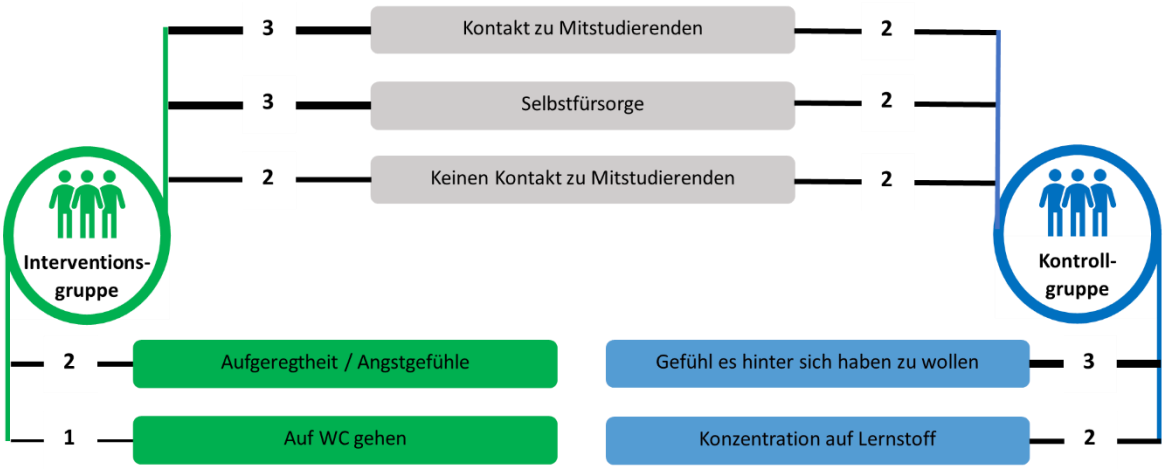


Abbildung 15: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Momente vor der Prüfung“. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Unterkategorien. Gemeinsame Unterkategorien sind grau hinterlegt. Unterkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Unterkategorien der Kontrollgruppe sind blau hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.4.4 Veränderung des Prüfungsstressniveaus

Die Teilnehmenden beider Gruppen wurden gefragt, wie oder ob sich das Stressniveau bezüglich anstehender Prüfungen verändert hat seit sie Medizin studieren.

3.4.4.1 Veränderung des Prüfungsstressniveaus (INTERVENTIONSGRUPPE)

Zwei Teilnehmende geben an, dass der Prüfungsstress gleich oder ähnlich ist wie vor dem Studium. Als Referenz wird entweder ein vorangegangenes Studium gewählt oder Prüfungen, die zu Schulzeiten abgelegt wurden.

Zwei Teilnehmende berichten, dass der Prüfungsstress schwächer geworden ist seit sie Medizin studieren.

Zwei Teilnehmende geben an, dass sie den Prüfungsstress stärker wahrnehmen als vor ihrem Medizinstudium.

Zwei Teilnehmende geben an, dass sich gleichzeitig ein Gewöhnungseffekt mit der zunehmenden Anzahl an Prüfungen einstellt. Dies hat laut den Probanden einen positiven Effekt: *„Man weiß, am Ende des Semesters kommen die Prüfungen und man weiß mittlerweile, wie man reagiert auf diesen Stress. […] mittlerweile hat man halt irgendwie seine verschiedenen Strategien, wie man es versucht, besser in den Griff zu bekommen.“* (KEACHO9, Abs.88).

3.4.4.2 Veränderung des Prüfungsstressniveaus (KONTROLLGRUPPE)

Drei Teilnehmende Personen geben an, dass der Prüfungsstress gleich oder ähnlich bewertet wird wie vor dem Beginn des Medizinstudiums.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass der Prüfungsstress als geringer empfunden wird seit dem Beginn des Studiums.

Zwei Teilnehmende berichten, dass das Prüfungsstressniveau zugenommen hat seit sie Medizin studieren.

Fünf Teilnehmende geben an, dass ein Gewöhnungseffekt eintritt, umso mehr Prüfungen man absolviert hat. Dies geht mit einem positiven Effekt einher und der Reduktion des Stressniveaus.

3.4.4.3 Veränderung des Prüfungsstressniveaus (GRUPPENVERGLEICH)

Alle Subkategorien konnten bei beiden Gruppen kodiert werden.

3.4.5 Rituale vor Prüfungen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob gewisse Dinge in der Prüfungsvorbereitung ritualisiert sind.

3.4.5.1 Rituale vor Prüfungen (INTERVENTIONSGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, keine bestimmten Rituale zu haben, welche vor einer anstehenden Prüfung durchgeführt werden.

Eine teilnehmende Person gibt an, dass sie gewisse Rituale vor einer Prüfung einhält.

3.4.5.2 Rituale vor Prüfungen (KONTROLLGRUPPE)

Fünf Teilnehmende sagen aus, dass sie keine Rituale vor einer Prüfung ausführen.

Eine teilnehmende Person hört sich ein Lied an, dies beschreibt die Person als einen festen Baustein in ihrer Prüfungsvorbereitung: *„Ich habe seit ein paar Jahren ein Lied, das ich immer anhöre, bevor ich in die Prüfung gehe.“* (MAOTRO1, Abs. 68).

3.4.6 Achtsamer Umgang mit Prüfungen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob Achtsamkeit eine Rolle in ihrer Prüfungsvorbereitung spielt.

3.4.6.1 Achtsamer Umgang mit Prüfungen (INTERVENTIOSGRUPPE)

Fünf Teilnehmende bereiten sich achtsam auf Prüfungen vor. Die vor der Prüfung etablierte Achtsamkeitspraxis wird beibehalten. Zusätzlich werden bei starkem Stress während der Prüfungsvorbereitung Maßnahmen ergriffen. Die Teilnehmenden versuchen ihre Situation zu reflektieren und diese zu akzeptieren. Meditation, Atemübungen und Yoga spielen laut den Probanden in solchen Phasen auch eine stärkere Rolle, um dem Stress entgegenwirken zu können*: […] dann im Laufe des Lernplans, wenn ich merke, Panik tritt auf, dass ich dann Atemübungen mache, dass ich mich abends hinsetze und Yoga mache […]* (KEACHO9, Abs.112).

3.4.6.2 Achtsamer Umgang mit Prüfungen (KONTROLLGRUPPE)

Drei Teilnehmende berichten, dass Achtsamkeit in ihrer Prüfungsvorbereitung eine Rolle spielt. Diese Teilnehmenden beschreiben, dass sie geführte Meditationen mithilfe einer App oder Atemübungen in die Lernphase einbauen. Bei den Aussagen und genannten Methoden sind sich die Teilnehmenden jedoch nicht sicher, ob es sich überhaupt um Achtsamkeitstechniken handelt.

Die andere Hälfte der Kontrollgruppe gibt an, dass Achtsamkeit keine Rolle in ihrer Prüfungsvorbereitung spielt.

3.4.7 Auslöser für Prüfungsangst

Die Teilnehmenden wurden gefragt, was Gründe für Prüfungsängste sind.

3.4.7.1 Auslöser für Prüfungsangst (INTERVENTIONSGRUPPE)

Vier Teilnehmende nennen die eigenen Erwartungen als einen Grund Prüfungsangst zu entwickeln. Laut den Teilnehmenden hat man bestimmte Erwartungen an sich selbst, die man erfüllen will. Die Sorge, diese nicht erfüllen zu können, kann zu Prüfungsangst führen.

Drei Teilnehmende geben an, dass die Angst zu versagen zu Prüfungsangst führen kann. Auch die Konsequenzen, die sich aus einem Versagen ergeben, sorgen für Stress.

Drei Teilnehmende nennen die Erwartungen, welche von außen an die Studierenden herangetragen werden, als Grund für Prüfungsängste. Die Familie möchte gewisse Leistungen erbracht wissen, dies sorgt für Druck von außen.

Zwei Teilnehmende berichten, dass die große Stoffmenge ein Grund für Prüfungsängste darstellt. Die schiere Masse an zu lernendem Material übermannt die Medizinstudierenden, was zu Stress und Prüfungsangst führen kann.
Als letzter Punkt wird von zwei Teilnehmenden die Unvorhersagbarkeit einer jeden Prüfung genannt. Bis zum Moment der Prüfung besteht keine Gewissheit, welche Fragen gestellt werden. Diese Unsicherheit ist potenzieller Auslöser für Prüfungsangst.

3.4.7.2 Auslöser für Prüfungsangst (KONTROLLGRUPPE)

Fünf Teilnehmende geben an, dass die Angst zu versagen eine Rolle bei der Entwicklung von Prüfungsängsten spielen kann. Die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen eines eigenen Versagens, kann laut den Teilnehmenden angstauslösend wirken.
Vier Teilnehmende berichten, dass die eigenen Erwartungen ein Grund für Prüfungsängste darstellen können. Ein zu hoher Selbstanspruch und Perfektionismus sind laut den Teilnehmenden gefährlich, denn sie bieten viel Raum den eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden.
Drei Teilnehmende sagen aus, dass Erwartungen, welche von außen kommen, ein Grund für Prüfungsangst sein kann. Die Familie stellt möglicherweise Ansprüche, die erfüllt werden sollen. Die potenzielle Scham im sozialen Umfeld bei Nichtbestehen einer Prüfung kann ebenfalls für negativen Stress sorgen.
In diese Richtung äußern sich auch zwei Teilnehmende, die den Vergleich oder die Konkurrenz mit ihrem Umfeld als möglichen Grund für Prüfungsängste sehen.
Eine teilnehmende Person sieht außerdem die große Stoffmenge als Grund für entstehende Prüfungsängste.

3.4.7.3 Auslöser für Prüfungsangst (GRUPPENVERGLEICH)

Die Subkategorien „Versagensangst“, „Eigene Erwartungen“, „Erwartungen von außen“ und „Große Stoffmenge“ konnten bei beiden Gruppen kodiert werden.
Die Subkategorie „Unvorhersagbarkeit der Prüfung“ wurde allein bei der Interventionsgruppe kodiert.
Die Subkategorie „Konkurrenz/Vergleiche“ wurde allein bei der Kontrollgruppe kodiert (vgl. Abb. 16).

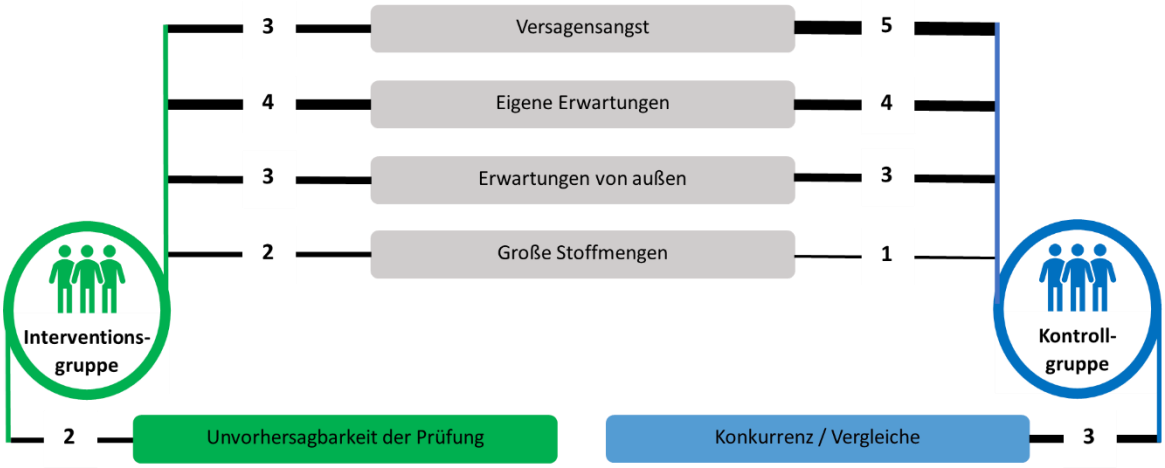


Abbildung 16: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Auslöser/Gründe für Prüfungsangst“. *Es werden Interventionsgruppe (n=6) und Kontrollgruppe (n=6) gegenübergestellt hinsichtlich der kodierten Unterkategorien. Gemeinsame Unterkategorien sind grau hinterlegt. Unterkategorien, welche ausschließlich bei der Interventionsgruppe kodiert wurden, sind grün hinterlegt. Unterkategorien der Kontrollgruppe sind blau hinterlegt. Die Zahlen auf den Verbindungslinien entsprechen der Häufigkeit der Kodierungen pro Dokumentengruppe (max.= 6). Die Stärken der Verbindungslinien korrelieren mit der Häufigkeit an Kodierungen.*

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse im Hintergrund der Forschungsfrage

Achtsamkeit wird von den befragten Medizinstudierenden zu einem großen Teil positiv belegt. Eine zukünftige Teilnahme an einem MBSR-Kurs wird von der Kontrollgruppe nicht ausgeschlossen.

Für die Teilnehmenden beider Gruppen hat Achtsamkeit nicht notwendigerweise die gleiche Bedeutung. Achtsamkeit wird als bewusstes, von anderen als wertfreies Wahrnehmen definiert. Für manche Teilnehmende stellt Achtsamkeit eine Form der Selbstfürsorge dar. Herausforderungen bei der Beschreibung des Begriffs sind wahrnehmbar. Eine klare Differenzierung zwischen den Begriffen Achtsamkeit und Meditation stellt die Teilnehmenden teils vor Herausforderungen.

Der Umgang der Medizinstudierenden mit dem Thema Achtsamkeit beziehungsweise einer eigenen Achtsamkeitspraxis im sozialen Umfeld ist sehr individuell. Es werden Gründe für und gegen einen offenen Umgang mit dem Thema Achtsamkeit genannt und thematisiert. Gegen einen offenen Umgang sprechen potentiell negative Reaktionen des Umfeldes. Die Möglichkeit des Scheiterns und damit einhergehende Fragen aus dem sozialen Umfeld geben Anlass zur Diskretion. Selbst Achtsamkeitstechniken anzuwenden, könnte vom Umfeld

als Schwäche ausgelegt werden, daher verschließt man sich dem Gegenüber und kommuniziert eine Kursteilnahme nicht nach außen.
Offen mit dem Thema umzugehen, sehen manche Teilnehmende als selbstverständlich an, die eigene Sozialisierung und eine damit einhergehende allgemein aufgeschlossene Haltung geben ihnen keine Gründe für einen diskreten Umgang.
Ein grundsätzliches Vertrauen gegenüber den Gesprächspartnern sowie das Interesse des Umfeldes scheinen notwendig. Im universitären Kontext spricht ein Austausch über das mit Achtsamkeit in Verbindung stehende Wahlfach und die dabei gemachten Erfahrungen zusätzlich eine Rolle und spricht für einen offenen Austausch.

Die Beweggründe, welche für beziehungsweise gegen eine eigene Achtsamkeitspraxis sprechen, sind von den Teilnehmenden differenziert dargestellt.
Der Wunsch, eine Veränderung der eigenen Situation herbeizuführen, steht bei beiden Gruppen im Mittelpunkt. Resilienter gegenüber Stresssituationen zu sein, allgemein weniger Stress zu empfinden, eine Leistungssteigerung zu erreichen und eine Form der Selbstfürsorge zu betreiben, werden durch die Teilnehmenden in diesem Zusammenhang benannt.
Darüber hinaus spielen externe Faktoren wie das Kursangebot der Universität oder Empfehlungen dritter eine Rolle. Ein grundsätzliches Interesse am Thema Achtsamkeit scheint zusätzlich von Bedeutung.
Gegen eine Achtsamkeitspraxis spricht laut den Medizinstudierenden unter anderem der Faktor Zeit. Ein empfundener Zeitmangel beziehungsweise das Gefühl, die Zeit anderweitig effektiver nutzen zu können, hält Studierende ab, eine eigene Achtsamkeitsroutine zu entwickeln. Es besteht zusätzlich oft kein subjektiver Bedarf, denn andere Stressbewältigungsstrategien können ebenfalls zur Stressreduktion beitragen oder es wird schlichtweg kein Stress wahrgenommen. Dabei könnte auch eine fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Stress und Achtsamkeit unter den Medizinstudierenden eine Rolle spielen. Zusätzlich gibt die Interventionsgruppe als mögliche Gründe, das geringe universitäre Angebot an Achtsamkeitskursen, sowie ein potentiell mit Achtsamkeit einhergehendes Frustrationspotential an, welches durch anfängliche Schwierigkeiten während der Etablierung von Achtsamkeit im eigenen Alltag empfunden wird.

Betrachtet man die Erfahrungen der Interventionsgruppe bezüglich des MBSR-Kurses, so sind folgende Dinge festzustellen.
Viele Teilnehmende hatten bereits Vorerfahrungen mit Achtsamkeitstechniken. Die Teilnehmenden bemerken eine Veränderung der eigenen Situation. Durch die Teilnahme kommt es zu einem gesteigerten Wohlbefinden und einer veränderten Wahrnehmung von sich selbst und dem Umfeld. Mehr Lebensenergie und die Fähigkeit sich besser fokussieren zu können, werden beschrieben.
Daneben machen die Teilnehmenden allgemeine Erfahrungen. Ihnen wird bewusst, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema Achtsamkeit einen inneren Prozess auslöst und eine tägliche Achtsamkeitspraxis in formeller und informeller Form elementar dafür ist. Die Entwicklung von Routinen spielt dabei eine entscheidende Rolle. Anfängliche Schwierigkeiten sind Teil dieses Prozesses und wurden teils durch die Teilnehmenden wahrgenommen. Ein gewisser Zwang durch den Charakter einer universitären Veranstaltung wurde positiv wahrgenommen. Gleichzeitig lernen die Teilnehmenden während der Kurszeit viel über das Thema Achtsamkeit und über sich selbst und welche Folgen Unachtsamkeit auf sie als Individuum haben kann.
Durch diese Erfahrungen können sich die Teilnehmenden achtsamer verhalten und gezielt adäquate Achtsamkeitstechniken individuell in ihren Alltag integrieren.

Beide Gruppen machen Vorschläge wie ein achtsameres Medizinstudium für sie aussehen könnte. Sie sind sich darin einig, dass für mehr Achtsamkeit mehr Zeit notwendig ist. Das Medizinstudium soll daher entzerrt werden. Außerdem, so die Interventionsgruppe, sollten weitere Angebote geschaffen werden, wie Achtsamkeitskurse oder spezielle Räumlichkeiten an der Universität, die als Rückzugsorte genutzt werden können. Unter den Medizinstudierenden soll mehr Bewusstsein für das Thema geschaffen werden, auch verpflichtende Veranstaltungen werden in diesem Zuge thematisiert.
Von der Kontrollgruppe werden Online-Vorlesungen aufgrund der hohen Flexibilität und mehr Transparenz der Lerninhalte vorgeschlagen.
Trotzdem erkennen beide Gruppen den Sachverhalt an, dass für die Umsetzung von mehr Achtsamkeit im Medizinstudium Herausforderungen zu meistern sind.

Der Zeitmangel und die Priorisierung auf den Lernstoff innerhalb des derzeitigen Lehrplans bergen eine gewisse Nötigung zur Unachtsamkeit, berichten beide Gruppen. Außerdem berichtet die Interventionsgruppe, dass Achtsamkeit nicht erzwungen werden kann.

Prüfungsstress und Prüfungsangst werden laut den Teilnehmenden durch verschiedenste Faktoren ausgelöst. Die Teilnehmenden berichten über unterschiedliche Herangehensweisen hinsichtlich der Prüfungsvorbereitung. Das Stressempfinden verändert sich mit dem zeitlichen Abstand zu den bevorstehenden Prüfungen.
Achtsamkeit spielt bei der Prüfungsvorbereitung der Interventionsgruppe insofern eine Rolle, dass die etablierten Achtsamkeitsroutinen beibehalten werden oder bei großem Stress verstärkt Anwendung finden. Die Hälfte der Kontrollgruppe gibt an, dass Achtsamkeit in der Prüfungsvorbereitung beispielsweise in Form von Atemübungen eine Rolle spielt. Für die andere Hälfte der Kontrollgruppe trifft das nicht zu.

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es zu ergründen, wie Medizinstudierende zu Achtsamkeit im Allgemeinen und speziell im universitären Kontext eingestellt sind.
Dazu wurden Medizinstudierende mit und ohne Vorerfahrungen zu diesem Thema in Einzelgesprächen befragt. Diese Gespräche wurden regelgeleitet und strukturiert ausgewertet.
Die Haltung von Medizinstudierenden zu Achtsamkeit ist noch wenig bekannt (Brami et al. 2023). Dieser Umstand ist bedeutsam für die vorliegende Studie.
Die Ergebnisse werden im Folgenden zu bereits publizierten Befunden in einen Kontext gesetzt.

4.1 Diskussion der Methoden

4.1.1 Die Stichprobe

4.1.1.1 Stichprobengröße

Die Stichprobe umfasst 12 Teilnehmende. Die Meinungen in der qualitativen Sozialforschung über die adäquate Größe einer Stichprobe sind unscharf (Hennink et al. 2017). Eine ausreichende Merkmalsbreite der Teilnehmenden kann durchaus wichtiger sein als die Anzahl an untersuchten Subjekten (Berger 2012). Diesem Ansatz wird in dieser Studie insofern Gewicht beigemessen, da es einerseits eine Interventionsgruppe gibt mit Wissen und Erfahrung bezüglich des Themas Achtsamkeit. Andererseits eine Kontrollgruppe, welche auf der anderen Seite dieses Spektrums anzusiedeln ist.
Der Anspruch einer Studie muss klar festgelegt werden. Dient die Studie dazu, Ergebnisse numerisch generalisierbar darzustellen, müssen deutlich mehr Befragungen stattfinden. Dient die Studie aber der Hypothesenbildung oder der Exploration eines Themenbereiches, ist auch hier die heterogene Zusammensetzung der Stichprobe wichtiger (Köhler und Frommer 2011). Die vorliegende Studie lässt sich dem letztgenannten Typus zuordnen.
Zusätzlich wurde in einer systematischen Übersichtsarbeit festgestellt, dass mit 9-17 Interviews eine ausreichend große Stichprobengröße erreicht wird, um eine Informationssättigung zu erreichen (Hennink u. Kaiser 2022). Mit den 12 Interviews bewegt sich die hier

vorliegende Studie in diesem benannten Bereich. Es gilt kritisch zu hinterfragen, ob sich mit einer größeren Anzahl an Probanden und Interviews auch essentiell mehr Informationen gewinnen lassen hätten können. Eine zugehörige Antwort bleibt ausstehend.

4.1.1.2 Geschlechter- und Altersverteilung

Bei der Kontrollgruppe wurde eine gleichmäßige Verteilung auf die Geschlechter erreicht, was als positiv zu bewerten ist. Dies war bei der Interventionsgruppe nicht der Fall. Fünf von sechs Teilnehmenden waren weiblichen Geschlechts.

Somit ist die Studie in dieser Hinsicht limitiert, spiegelt aber eine allgemeine Herausforderung von Studien im Zusammenhang mit Achtsamkeit, beziehungsweise Achtsamkeitspraktiken wider. Studien zeigen, dass Männer mit 29% kaum ein Drittel der Probanden in solchen Studien ausmachen (Bodenlos et al. 2017). Ein weiterer Grund könnte die Tatsache sein, dass männliche Medizinstudierende sich deutlich seltener Hilfe suchen, um mit Stress gesund umzugehen (Neufeld u. Malin 2021). Ein ausgeglichenes Verhältnis auf die Geschlechter zu erreichen ist dennoch anzustreben. Dies konnte die vorliegende Studie nicht leisten.

Der Altersdurchschnitt der Interventionsgruppe beträgt 22,3 Jahre. Bei der Kontrollgruppe liegt das Durchschnittsalter bei 29,8 Jahren (vgl. Tab. 1). Die Kontrollgruppe ist somit 7,5 Jahre älter als die Interventionsgruppe. Welche Auswirkungen dies auf die Ergebnisse der Studie hat, kann kaum abgeschätzt werden. Bei zukünftigen Studien wäre auf eine gleichmäßigere Altersverteilung zu achten.

Neben dem Alter wurde zusätzlich das entsprechende Fachsemester erfragt. Hier fiel die Diskrepanz zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe kleiner aus als bei erwähntem Durchschnittsalter (vgl. Tab.1). Das im Hinblick auf das Alter diskutierte gilt jedoch entsprechend auch für die Fachsemester.

4.1.2 Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurden semistrukturierte Interviews genutzt, welche online geführt wurden.

Ob Interviews online oder in persona geführt werden, scheint die Qualität nicht zu beeinträchtigen (Namey et al. 2020; Lobe et al. 2022). Es spricht also nichts gegen die hier angewandte Form der Datenerhebung.

Die Interviews wurden so geführt, dass sich Interviewende Person und teilnehmende Person nicht sehen. Dies bringt den Vorteil mit sich, dass eine gewisse Anonymität gewahrt bleibt. Eventuell unangenehme Inhalte werden potentiell leichter preisgegeben (Opara et al. 2023).

Dagegen kann argumentiert werden, dass eine zu große Anonymität hemmend wirkt, was negative Auswirkungen auf den Informationsgrad des Gesprächs haben kann. Es entsteht keine ausreichende Beziehung zwischen den beteiligten Personen (Deakin u. Wakefield 2014).

Ob Interviews in physischer Präsenz oder online geführt werden, liegt insofern im Ermessen des ausführenden Wissenschaftlers. Für die hier vorgelegte Studie erwies sich die Online-Datenerhebung als adäquat.

4.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Die regelgeleitete induktive Kategorienbildung am Material war Kern der vorliegenden Inhaltsanalyse.

Für den explorativen Charakter dieser Studie stellte sich die Wahl der induktiven Kategorienbildung als adäquat heraus. Die Anzahl an gebildeten Kategorien dokumentiert den Informationsgehalt des Textmaterials. Die Ausdifferenzierung des Materials konnte durch das induktive Vorgehen angemessen vollzogen werden.

Der qualitativen Forschung wird häufig der Vorwurf gemacht, dass sie undurchsichtig und schwer nachvollziehbar ist. Dieser Vorwurf wurde durch die im Methodenteil dokumentierte Regelgeleitetheit und Nachvollziehbarkeit entkräftet. Durch die Verwendung der QDA-Software ist für zusätzliche Transparenz gesorgt worden (O'Kane et al. 2021).

Die Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Mayring fanden Anwendung (vgl. Kap. 2.4). Diese wurden bereits im Methodenteil besprochen und in Kontext zu dem vorliegenden Material gebracht.

Neben diesen sechs Gütekriterien wurde zusätzlich die Interkoderreliabilität bestimmt. Es handelt sich hierbei um den Grad der Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Kodierern. Sie stellt den Versuch dar, mehr Transparenz und Reliabilität in der qualitativen Forschung zu erlangen (Cole 2023). Die im Methodenteil beschriebene Interkoderreliabilität ist insofern als ausreichend zu betrachten (vgl. Kap. 2.4.2).

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Allgemeine Beobachtung

Aus den Transkripten beider Gruppen konnten mehr Kategorien aus dem Material der Interventionsgruppe gebildet werden. Der Grund dafür könnte die stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema Achtsamkeit in der Interventionsgruppe und ein unterschiedlicher Wissenstand beider Gruppen sein. Es wurde bereits festgestellt, dass Medizinstudierende mit Vorerfahrungen bezüglich dem Thema Achtsamkeit signifikant mehr Sachwissen vorweisen als Medizinstudierende ohne Vorerfahrungen (McKenzie et al. 2012). Personen, die mehr über ein Thema wissen, sind diesbezüglich differenzierter. Nicht zuletzt aufgrund der limitierten Teilnehmerzahl kann jedoch keine abschließende Aussage darüber getroffen werden, ob dieser Sachverhalt generalisierbar ist.

4.2.2 Warum praktizieren Medizinstudierende Achtsamkeit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Medizinstudierenden durch Achtsamkeit ihre eigene Situation verändern wollen. Der Wunsch, weniger Stress zu empfinden, resilienter gegenüber Stress zu sein und eine bewusste Selbstfürsorge zu entwickeln, wurde in diesem Zusammenhang von beiden Gruppen genannt. Brami et al. bestätigt dies mit vergleichbaren Ergebnissen. Er nennt eine Steigerung von Selbstmitgefühl, Stressreduktion und für sich selbst Zeit nehmen als Beweggründe für die Teilnahme an MBSR-Kursen. Er fasst dies als ein sich um seine eigene Gesundheit kümmern zusammen (Brami et al. 2023). Dieser Wunsch nach einer Verbesserung der eigenen Situation und dem Umgang mit Stress stellt somit einen zentralen Beweggrund für eine eigene Achtsamkeitspraxis dar. Auch Shapiro zeigte, dass sich die Medizinstudierenden einen veränderten beziehungsweise verbesserten Umgang mit Stress wünschen bei gleichzeitiger Stressreduktion (Shapiro et al. 2019). Vergegenwärtigt man sich Studienergebnisse, die aufgezeigt haben, dass Medizinstudierende eine verminderte Lebensqualität aufgrund des hohen Stressniveaus empfinden, so ist der Wunsch nach einer Verbesserung der eigenen Situation nachvollziehbar (Jurkat et al. 2011).
Weiterhin berichteten beide Gruppen, dass ein geführter Achtsamkeitskurs ein strukturgebendes Element darstellt, um Routinen zu entwickeln oder Techniken zu erlernen.

Die Studierenden erwarten insofern, dass man ihnen die notwendigen Werkzeuge an die Hand gibt, um Achtsamkeit in ihr Leben aufnehmen zu können. Das Kultivieren von Achtsamkeit durch Vertiefung der Kenntnis über das Thema und regelmäßiger Anwendung von Achtsamkeitstechniken nennt auch Brami et al. als Grund für die Teilnahme an Achtsamkeitsinterventionen (Brami et al. 2023). Medizinstudierende mit der Möglichkeit, die Themaitk zu verstehen und Techniken zu erlernen, werden diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit anwenden. Eine Kombination aus formaler und informeller Achtsamkeitspraxis scheint außerdem in diesem Kontext von Bedeutung zu sein (Carmody u. Baer 2008). Eine Unterweisung mit formalem Charakter ist das Fundament, damit Achtsamkeit erfolgreich in den Alltag integriert werden kann.

Zusätzlich wurde von der Interventionsgruppe das Interesse am Thema und Empfehlungen dritter Personen als Gründe genannt.

Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld konnten bereits bei einer Studie aus dem Jahr 2016 als Grund für eine eigene Achtsamkeitspraxis belegt werden (Pepping et al. 2016). Das eigene soziale Umfeld scheint somit einen relevanten Faktor darzustellen, ob Achtsamkeit im persönlichen Leben eine Rolle spielt oder nicht.

Weiterhin berichtete die Interventionsgruppe, dass das Kursangebot der Universität ein Grund für die Teilnahme an einem Achtsamkeitskurs darstellt. Einerseits spielt die Notwendigkeit ein Wahlfach zu belegen eine Rolle, andererseits wollen sich die Probanden mit der Teilnahme selbst etwas Gutes tun und ihren Horizont erweitern. In dieser Gemengelage könnte Potential liegen, wenn Pflicht und Kür sich zu seinem eigenen Wohl verbinden lassen könnten. Vor allem vor dem Hintergrund, dass unter der Ärzteschaft psychische Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen und daher Angebote geschaffen werden sollten, dem entgegenzuwirken (Linsmayer 2020). Warum also nicht bereits im Studium damit beginnen?

4.2.3 Was hält Medizinstudierende davon ab Achtsamkeitspraktiken anzuwenden

Der Faktor Zeit scheint entscheidend zu sein, ob Achtsamkeitstechniken Anwendung finden oder nicht. Beide Gruppen berichteten, dass ein subjektiv empfundener Zeitmangel während des Medizinstudiums besteht. Zeitmangel wurde von anderen Studien ebenfalls als

Hinderungsgrund für eine eigene Achtsamkeitspraxis benannt (Shapiro et al. 2019; Danilewitz et al. 2018). Dieser Faktor sollte bei potentiellen universitären Kursangeboten berücksichtigt werden.

Eine fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema, kein empfundener Bedarf und andere Stressbewältigungstechniken wurden zusätzlich von beiden Gruppen als mögliche Hinderungsgründe für eine eigene Achtsamkeitspraxis genannt. Medizinstudierende besitzen laut einer Studie von McKenzie weniger Wissen über Achtsamkeitstechniken verglichen mit Psychologiestudierenden (McKenzie et al. 2012). Dies könnte auf eine fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Achtsamkeit beziehungsweise auf einen bestehenden Wissensmangel hindeuten. Damit könnte auch der Grund keinen Bedarf zu empfinden einhergehen, denn ohne Kenntnis über die Möglichkeiten und Vorteile einer achtsamen Lebensweise, wird wahrscheinlich kein Bedarf entstehen. McKenzie beschreibt außerdem, dass mit der Zunahme an Wissen auch die positive Einstellung gegenüber dem Thema zunimmt (McKenzie et al. 2012). Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass neben Achtsamkeit in formeller und informeller Form auch andere Coping-Strategien eine Rolle bei der Stressbewältigung im Medizinstudium spielen (Neufeld u. Malin 2021). Achtsamkeitsinterventionen sind also nicht für alle Studierenden gleichermaßen adäquat und notwendig zur Stressbewältigung.

Die Interventionsgruppe berichtete zusätzlich, dass Vorurteile gegenüber der Thematik Medizinstudierende abhalten könnten, Achtsamkeitstechniken anzuwenden oder Achtsamkeitskurse zu belegen. Hankir et al. stellten dazu fest, dass es unter Medizinstudierenden mit einem gewissen Stigma behaftet ist, Hilfe zu benötigen, um ihre psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen (Hankir et al. 2014). Information und Aufklärung während des Studiums könnte daher ein wichtiger Faktor sein, um einerseits Stigmata abzubauen und ein positiveres Framing für die Thematik zu erreichen.

Im vorangegangenen Kapitel benannten die Teilnehmenden dieser Studie, dass das Kursangebot der Universität einen Grund für eine eigene Achtsamkeitspraxis darstellt. In diesem Kontext wurde nun ein mangelndes Angebot als Grund dagegen genannt. Dies widerspricht sich nicht zwangsläufig. Einerseits besteht die Möglichkeit an einem Kurs teilzunehmen und damit gleichzeitig ein notwendiges Wahlfach zu belegen, was ein Grund dafür sein kann. Andererseits sind die Kursplätze limitiert. Nicht jeder der das Wahlfach belegen möchte, kann dies tun. Eine Anpassung hin zu einem größeren Angebot, um der bestehenden Nachfrage gerecht zu werden, kann diskutiert werden.

4.2.4 Was verstehen Medizinstudierende unter Achtsamkeit

Es konnten drei Kategorien aus dem Material herausgearbeitet werden, welche auf beide Gruppen anwendbar sind. Achtsamkeit stellt für die Teilnehmenden ein bewusstes Wahrnehmen und Ausführen von Dingen, ein wertfreies Wahrnehmen und eine Form der Selbstfürsorge dar.

Ein Teil der Aussagen beider Gruppen ähnelt den Definitionen von Kabat-Zinn und Bishop, wie ein bewusstes und wertfreies Wahrnehmen (Kabat-Zinn 2021) oder der selbstregulierten Aufmerksamkeit, die eine verbesserte Wahrnehmung in bestimmten Momenten bringe (Bishop 2004). Ein Teil der Aussagen beider Gruppen kann damit unterstützt werden. Laut Sternberg kann Achtsamkeit auch als eine bevorzugte Form des Denkens beschrieben werden beziehungsweise eine Art und Weise, wie die Welt in ihrer Gesamtheit wahrgenommen wird (Sternberg 2000). Die Aussagen der Teilnehmenden über Achtsamkeit als eine bewusste Form des Wahrnehmens, sind damit in gewisser Form mit den Aussagen Sternbergs verwandt.

Dass Achtsamkeit von den Teilnehmenden als eine Form der Selbstfürsorge definiert wurde, ist nicht abschließend zu erklären. Diese Form der Definition könnte damit zusammenhängen, dass der erhoffte Effekt einer achtsamen Lebensweise auf den Begriff projiziert wird. Man betreibt aktiv Achtsamkeit, um sich selbst etwas Gutes zu tun. Achtsamkeit wird mit Selbstfürsorge teilweise gleichgesetzt. Achtsamkeit auf sich selbst angewendet, wenn authentisch und wahrhaftig gelebt, kann Raum für Selbstfürsorge schaffen.

Einige Teilnehmende hatten Schwierigkeiten, Achtsamkeit zu definieren. Diese Beobachtung konnte bereits in einer Studie von Alvear et al. gemacht werden, in der meditierende Personen darum gebeten wurden, Achtsamkeit in eigenen Worten zu beschreiben (Alvear et al. 2022). Die Vermutung, dass Medizinstudierende Wissenslücken zu der Thematik aufweisen, wird hierdurch nochmals verstärkt.

Vergleicht man, wie die Medizinstudierenden Meditation definierten, fallen gewisse Gemeinsamkeiten ins Auge.

Meditation wurde unter anderem ähnlich wie Achtsamkeit als ein wertungsfreies Wahrnehmen und als eine Form der Selbstfürsorge definiert. Gleichzeitig gab es auch hier Teilnehmende, die Probleme bei der Definition des Begriffs hatten.

Schindler beschrieb in diesem Zusammenhang, dass die Begriffe Meditation und Achtsamkeit in der Literatur nicht immer klar voneinander getrennt werden. Er stellte fest, dass es viele unterschiedliche Formen der Meditation gibt, welche sich in ihren Ansätzen und den methodischen Konditionen teilweise stark unterscheiden. Meditation muss nicht zwangsläufig achtsam sein (Schindler 2020). Die Ergebnisse und die Befunde von Schindler ergeben damit ein gemeinsames Bild. Klare Definitionen und Abgrenzungen zwischen den Begriffen sind durch die Medizinstudierenden nicht immer möglich.

4.2.5 Beurteilung und Umgang mit Achtsamkeit

Achtsamkeit wurde von einem Großteil der befragten Personen positiv eingeordnet. Zwei Teilnehmende der Kontrollgruppe stehen dem Thema jedoch mit Skepsis gegenüber. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Grad an Wissen zum Thema Achtsamkeit eine Rolle spielen kann, welche Meinung Personen dazu haben. Limitiertes Wissen resultiert in einer negativeren Einstellung (McKenzie, 2012).

Dieser Sachverhalt könnte auch bei der hier vorgelegten Studie eine Rolle gespielt haben und würde erklären, warum nur Teilnehmende der Kontrollgruppe dem Thema mit Skepsis gegenüberstehen.

Neben der positiven beziehungsweise negativen Beurteilung war der Umgang mit dem Thema Achtsamkeit im eigenen Umfeld von Interesse.

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe gingen zu einem großen Teil offen mit der eigenen Kursteilnahme um. Auch Teilnehmende der Kontrollgruppe stehen dem Austausch im Umfeld bei einer potentiellen Kursteilnahme offen gegenüber. Zugleich wurden aber auch Gründe thematisiert, die gegen einen offenen Umgang sprechen.

Die Datenlage, warum oder ob sich Medizinstudierende über Achtsamkeit, Achtsamkeitstechniken und damit in Verbindung stehende Themen wie beispielsweise MBSR-Kurse untereinander austauschen, ist spärlich.

Die Reaktionen des Umfeldes, das Eingeständnis von Schwäche und das eigene potentielle Scheitern wurden als Gründe für einen diskreten Umgang genannt. Die Studierenden bringen damit wohl die Angst zum Ausdruck eventuell negative Erfahrungen machen zu müssen, sollte ein eigener achtsamer Lebensstil thematisiert werden. Dies legt die Annahme zugrunde, dass ein gewisser Teil an Medizinstudierenden oder deren Umfeld Vorurteile bezüglich des Themas hegen könnten. Zumindest unter medizinischem Personal kann eine

Stigmatisierung von Menschen beobachtet werden, welche psychologische Hilfe benötigen (Henderson et al. 2014). Dazu kommen bereits erwähnte Vorurteile gegen Personen, die aktiv Aufwand betreiben, um psychisch gesund zu bleiben (Hankir et al. 2014). Diese Befunde könnten eine potentielle Zurückhaltung im Umgang mit dem Thema erklären.

Betrachtet man die Anzahl an genannten Gründen, die für oder gegen einen offenen Umgang im sozialen Umfeld mit Achtsamkeit sprechen, so fällt eines auf: Die Interventionsgruppe benennt fast doppelt so viele Gründe für beziehungsweise gegen einen offenen Umgang wie die Kontrollgruppe. Dies könnte den Schluss zulassen, dass Probanden der Interventionsgruppe sich durchaus Gedanken gemacht haben, wie die Kursteilnahme in ihrem Umfeld aufgenommen wird.

Es bedarf weiterer wissenschaftlicher Erhebungen, um die Rolle des Umfeldes für die im Kontext stehenden Personen zu klären.

4.2.6 Erfahrungen von Medizinstudierenden mit Achtsamkeit

Ein Großteil der Interventionsgruppe hatte bereits vor der Kursteilnahme Vorerfahrungen mit Achtsamkeit beziehungsweise Achtsamkeitstechniken. Diese Teilnehmenden hatten vor Beginn der Studie bereits meditiert, Yoga praktiziert oder Atemübungen angewandt.

Demgegenüber steht die Kontrollgruppe, welche keine oder nur sehr marginale Erfahrungen mit dem Thema aufweist.

Dieser Unterschied bezüglich der Vorerfahrungen dokumentiert die gewünschte Heterogenität der teilnehmenden Medizinstudierenden, welche für die hier vorliegende Form der Datenerhebung von Bedeutung ist (Hanson et al. 2011).

4.2.7 Erfahrungen der Interventionsgruppe mit der Kursteilnahme

Die Teilnehmenden machten die Erfahrung, dass sich durch die Kursteilnahme ihre persönliche Situation veränderte.

Sie berichteten von einem gesteigerten Wohlbefinden. Körperliche Stresssymptome wurden abgemildert, Lern- beziehungsweise Prüfungsphasen besser überstanden. Die bewusst in den Tagesablauf integrierten Achtsamkeitsübungen bewirken, das negative Verhaltensmuster durchbrochen werden konnten.

Bereits in mehreren Studien über Achtsamkeitsinterventionen wurde belegt, dass das Wohlbefinden von Studierenden nachweislich gesteigert werden kann, bei gleichzeitiger

Stressreduktion (Zollars et al. 2019; Rosenzweig et al. 2003; Shapiro et al. 1998). Die Teilnahme an Achtsamkeitsinterventionen scheint somit die Resilienz der Medizinstudierenden gegenüber Stress zu verbessern. Bacchi und Licinio kamen in ihrer Studie ebenfalls zu diesem Schluss. In der befragten Stichprobe bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer höheren Resilienz und einer damit einhergehenden geringeren psychischen Belastung (Bacchi u. Licinio 2017).

Die Teilnehmenden bemerken zusätzlich eine veränderte Wahrnehmung ihrer Selbst und ihres Umfelds. Angewandte Achtsamkeit kann zu einer veränderten beziehungsweise verbesserten Selbstwahrnehmung führen (Gockel et al. 2013). Inwiefern diese Befunde der Interventionsgruppe nachhaltig sind, kann darüber hinaus jedoch nicht abschließend geklärt werden. Befragungen mit längeren zeitlichen Abständen zu den jeweiligen Interventionen könnten dahingehend aufschlussreich sein.

Teilnehmende berichteten von mehr Lebensenergie und einer verbesserten Fähigkeit fokussiert einer Tätigkeit nachzugehen. Diese Veränderungen über eine achtsame Lebensweise zu fördern, ist möglich (Hjeltnes et al. 2015). Allerdings scheint dieser Effekt eine gewisse Halbwertszeit zu besitzen. Je länger eine Achtsamkeitsintervention zurückliegt, desto geringer wird der positive Effekt auf die akademischen Leistungen von Studierenden (Lampe u. Müller-Hilke 2021). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Teilnehmende der Interventionsgruppe darüber berichteten, weniger Stress in Lern- beziehungsweise Prüfungssituationen zu bemerken. Über die akademischen Leistungen der Studierenden kann jedoch keine Aussage getroffen werden, da diese nicht erfragt wurden.

Es ist festzuhalten, dass alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe Veränderungen wahrnahmen und diese grundsätzlich positiv belegt wurden.

Neben der Veränderung der eigenen Situation machten die Teilnehmenden allgemeine Erfahrungen. Dazu gehörte die Einsicht, dass Achtsamkeit einen Prozess darstellt und gewisse Fertigkeiten abverlangt. Allein der Entschluss einen achtwöchigen MBSR-Kurs zu belegen oder Achtsamkeitstechniken zu praktizieren, reicht laut den Aussagen der Teilnehmenden nicht aus. Wie bereits Williams aufzeigte, ist ein achtsamer Lebensstil nur durch einen inneren Prozess und durch Übung erreichbar (Williams 2010). Es besteht ein Zusammenhang zwischen regelmäßiger Übungspraxis und dem Maß an Achtsamkeit (Carmody u. Baer 2008). Dies scheinen die Teilnehmenden verstanden zu haben. In diesem Zuge berichteten die Probanden auch von anfänglichen Schwierigkeiten Techniken zu erlernen

beziehungsweise anzuwenden. Ein gewisser Zwang durch den universitären Kontext wurde in diesem Zusammenhang positiv bewertet. Dieser Befund könnte darauf hinweisen, dass feste Strukturen für potentielle Achtsamkeitsinterventionen an Universitäten eine Rolle für den Erfolg spielen. Sehr überspitzt formuliert müsste die Frage lauten: „Muss man Medizinstudierende zu ihrem Glück zwingen?“. Dobkin und Hutchinson sehen, konträr zu dieser Hypothese, Freiwilligkeit als Grundvoraussetzung für Etablierung von Achtsamkeit (Dobkin und Hutchinson 2013). Abschließend kann dieser Sachverhalt nicht geklärt werden, wirft aber die Frage auf, bis zu welchem Grad der verpflichtende Charakter eines universitären Kontextes in diesem Zusammenhang positiv wirken kann.

4.2.8 Ableitungen der Interventionsgruppe aus der Kursteilnahme

Zwei Drittel der Interventionsgruppe gibt an, seit der Kursteilnahme eine geänderte Einstellung in Bezug auf Achtsamkeit wahrzunehmen. Der MBSR-Kurs führt zu einem tieferen Verständnis der Thematik und dient als Motivation, eine eigene Achtsamkeitspraxis beizubehalten.

Je mehr Wissen Medizinstudierende über das Thema Achtsamkeit aufweisen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese selbst Achtsamkeitstechniken anwenden oder weiterempfehlen (McKenzie et al. 2012). Diese Befunde können teilweise als Erklärung für den beschriebenen Motivationseffekt des MBSR-Kurses dienen. Zusätzlich könnte es eine Rolle spielen, dass Achtsamkeit einhergeht mit einer gesteigerten Lebensqualität. Der Wunsch, diese zu erhalten, könnte den Quell der Motivation darstellen, wie auch Langdon et al. bereits feststellte (Langdon et al. 2011).

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe möchten Achtsamkeitsübungen auch in Zukunft in ihren Alltag integrieren. Die Ergebnisse von Van Dijk et al. könnten Anlass dazu geben, optimistisch zu sein, dass die Interventionsgruppe dieses Ziel auch erreicht. Van Dijk stellte fest, dass Teilnehmende zwei Jahre nach Teilnahme an einem MBSR-Kurs Achtsamkeit immer noch aktiv praktizieren, wenn auch vornehmlich in informeller Art (van Dijk et al. 2022). Weiterhin waren die Teilnehmenden angehalten einen achtsamen Tag zu skizzieren und zu erläutern, was für Sie zu einem solchen Tag gehört (vgl. Abb. 11). Es fand ein bewusstes „Cherry-Picking“ statt. Nur Techniken, die sich für die Teilnehmenden als effektiv erwiesen hatten, sollen Anwendung finden. Es lassen sich bei der geringen Teilnehmerzahl

keine allgemein gültigen Rückschlüsse ziehen, welche Achtsamkeitspraktiken am effektivsten oder beliebtesten betrachtet werden können.
Die grundlegendere Erkenntnis könnte aber sein, dass nur Medizinstudierende, die Techniken erlernt haben, diese individuell an ihre Lebenssituation anpassen können. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Vermittlung dieser Fähigkeiten. Van Dijk et al. hält es ebenfalls in diesem Kontext für sinnvoll, Medizinstudierenden die notwendigen Kompetenzen zu verschaffen (van Dijk et al. 2022).

4.2.9 Potentielle Teilnahme an MBSR-Kurs durch Kontrollgruppe

Fünf Personen der Kontrollgruppe können sich vorstellen an einem MBSR-Kurs teilzunehmen. Allerdings schränkten sie diese Aussage damit ein, dass ein Grund vorliegen muss für diesen Entschluss. Eine weitere Person schließt eine Teilnahme sogar kategorisch aus.
Van Dijk et al. zeigte, dass das Interesse und der Wille einer potentiellen Teilnahme an einem MBSR-Kurs bei Medizinstudierenden mit einer messbar höheren psychischen Belastung deutlich größer ist im Vergleich zu Medizinstudierenden, die diese Belastung nicht aufweisen (van Dijk et al. 2015). In gewisser Weise stützt dies die Aussagen der Kontrollgruppe. Nur bei einem vorliegenden Grund wie beispielsweise einer erhöhten psychischen Belastung würden die Teilnehmenden eine Kursteilnahme erwägen.
Vergegenwärtigt man sich zusätzlich, dass zu Beginn der Diskussion Gründe für eine Kursteilnahme besprochen wurden, so schließt sich ein Kreis (Vergleich 4.2.2). Für die Studierenden der Kontrollgruppe scheint allerdings auch zu gelten, dass ohne diesen triftigen Grund keine Achtsamkeit praktiziert werden muss. Achtsamkeit wird vermutlich nicht als potentieller Bestandteil des alltäglichen Lebens wahrgenommen, sondern als Werkzeug auftretenden Problemen wie beispielweise Lernstress oder schlechten akademische Leistungen entgegenzuwirken. Achtsamkeit kann dies leisten. Dieser Gedankengang kann aber die Gefahr bergen, dass Achtsamkeit nur als Mittel zum Zweck wahrgenommen wird. Brami et al. nannte sogar die Gefahr, dass Achtsamkeit von Menschen als reines Mittel zur Selbstoptimierung wahrgenommen wird (Brami et al. 2023). Auch Hyland übte dahingehend Kritik, dass Achtsamkeit zunehmend als reines Instrument zu Selbsthilfe gesehen wird (Hyland 2017). Es lässt sich allerdings nicht abschließend feststellen, ob die Kontrollgruppe Achtsamkeit beziehungsweise Achtsamkeitsinterventionen in diesem Kontext wahrnimmt.

4.2.10 Das achtsame Medizinstudium

Beide Gruppen waren sich einig in der Einschätzung, dass das Medizinstudium entzerrt werden sollte.

In der Betrachtung, wie sich die Probanden beider Gruppen ein achtsameres Studium vorstellen, zeigten sich unterschiedliche Ansätze.

Die Vorschläge der Interventionsgruppe zielten darauf ab, das Thema Achtsamkeit im Studium präsenter zu machen und stärker zu etablieren.

Die Kontrollgruppe hingegen nannte Ansätze für ein Medizinstudium mit mehr Zeit, Flexibilität und Transparenz.

Zunächst wird auf die Interventionsgruppe eingegangen. Diese wünschte sich mehr Angebote sowie einen Rückzugsort in den Räumlichkeiten der Universität mit der Möglichkeit zu meditieren und zur Ruhe zu kommen. Ein größeres Angebot für das Wohlbefinden der Studierenden zu schaffen, scheint eine Notwendigkeit darzustellen, wie Hill et al. bereits aufzeigen konnte (Hill et al. 2018). Ein Rückzugsort im Sinne eines „Mindfulness Meditation Lab“, wie durch Biber beschrieben, kann sich positiv auf das Wohlbefinden von Studierenden auswirken, auch der Austausch innerhalb der anwesenden Studenten wirkt befruchtend (Biber 2020). Ein solcher Ort könnte als potentielle Keimzelle für mehr Achtsamkeit im universitären Alltag wirken.

Die Interventionsgruppe plädierte dafür, dass im Medizinstudium unter den Studierenden ein Bewusstsein dafür geschaffen werden sollte, was Achtsamkeit bedeutet und welche Vorteile Achtsamkeit für den Alltag der Studenten bringen kann. Sogar verpflichtende Veranstaltungen im Curriculum werden in diesem Rahmen von einer Person vorgeschlagen. Demgegenüber stehen wiederum die Aussagen von Dobkin und Hutchinson, die den freien Willen als Grundvoraussetzung für die Teilnahme an Achtsamkeitsinterventionen nennen (Dobkin u. Hutchinson 2013). Ob verpflichtende Achtsamkeitsinterventionen durchsetzbar und im Sinne der Studierenden sind, ist fraglich. Veranstaltungen mit einem aufklärenden Charakter könnten als sinnvoller betrachtet werden. Damit könnte außerdem für mehr Sichtbarkeit von weiterführenden Kursen gesorgt werden, was den Aussagen der Interventionsgruppe Rechnung tragen würde.

Bei der Kontrollgruppe steht der Verdacht nahe, dass die Vorschläge für ein achtsameres Studium teils mit einem stressfreieren Studium gleichgesetzt werden. Stress kann als eine wahrgenommene Dysbalance zwischen den Aufgaben des Alltags und der Befähigung eines Menschen darauf zu reagieren verstanden werden (Lazarus u. Folkman 1984). Auf Studierende angewandt bedeutet dies, dass die akademischen Herausforderungen die Ressourcen, diese zu bewältigen, übersteigen (Moffat et al. 2004). Die Kontrollgruppe zielt somit vermutlich mit ihren Vorschlägen darauf ab, die Lehrplananforderungen zu senken. Mit Gewissheit lässt sich diese Vermutung jedoch nicht belegen.

Als konkrete Vorschläge nennt die Kontrollgruppe Online-Vorlesungen beizubehalten beziehungsweise auszuweiten und das Studium transparenter zu gestalten.

Im Zuge der Covid-19 Pandemie führte Dost et al. eine Studie zu Online-Vorlesungen und deren Wahrnehmung unter Medizinstudierenden durch. Als einer der Vorteile wurde die maximale Flexibilität dieser Form der Lehrveranstaltung belegt (Dost et al. 2020). Diese Flexibilität könnte einem achtsamen Studium zugutekommen, indem die Studierenden ihren Stundenplan autonomer gestalten können.

Beide Gruppen erkennen den Umstand an, dass sich bei der Umsetzung eines achtsamen Medizinstudiums Herausforderungen ergeben.

Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nannten den Faktor Zeit, eine damit notwendige Priorisierung auf den Lernstoff und den vermeintlich damit einhergehenden Zwang zur Unachtsamkeit als potentielle Probleme.

Nach Erhebungen des Deutschen Studentenwerks verwenden Studierende der Human-, Tier- und Zahnmedizin durchschnittlich 46 Stunden pro Woche auf ihr Studium. Damit sind sie im Vergleich mit anderen Studiengängen Spitzenreiter (Middendorff et al. 2013). Durch diesen hohen Zeitaufwand können Konflikte entstehen. Hill et al. bestätigt indirekt die von den Teilnehmenden genannten Hinderungsgründe in einer Studie über Stressoren im Medizinstudium. Ein empfundener Zeitmangel, der Umfang des Lernmaterials und eine Dysbalance der Work-Life-Balance sorgen für Stress (Hill et al. 2018). Diese Befunde ähneln stark dem, was die Teilnehmenden als Probleme bei der Umsetzung eines achtsamen Studiums angeben.

Zwei Teilnehmende der Kontrollgruppe beschrieben als Problem, dass sich das empfundene Stressniveau über das gesamte Studium stetig verändert. In manchen Phasen ist keine

Stressreduktion nötig. Steigt das Stresslevel, ist keine Zeit für achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung vorhanden, so die Aussage.

Ziel sollte es daher sein, dass Achtsamkeit unabhängig von empfundenem Stress gelebt wird, auch um dadurch resilienter in Phasen hoher Stressbelastung zu sein.

Die Interventionsgruppe sah als weiteres Problem für die Umsetzung eines achtsamen Medizinstudiums das bereits erwähnte Fehlen von Angeboten. Sie sieht es als notwendig an, ein breiteres Angebot zu schaffen. Dieser Sachverhalt wurde bereits zu Anfang dieses Kapitels besprochen.

Abschließend lassen die Befunde den Schluss zu, dass sich Medizinstudierende ein achtsameres Medizinstudium vorstellen können und auch konkrete Vorschläge äußern, wie dies erreicht werden könnte. Gleichzeitig werden Probleme bei der Umsetzung erkannt und thematisiert. Beide Gruppen sehen gewisse Grenzen bei der Umsetzung eines achtsamen Studiums.

4.2.11 Umgang mit Prüfungen

Beide Gruppen wurden befragt, wie sie mit der Situation anstehender Prüfungen umgehen. Prüfungen und die Vorbereitungen auf diese sind die vermutlich größten Stressfaktoren für Studierende der Medizin (Radcliffe und Lester 2003). Prüfungen sind wiederkehrende, für den Erfolg des Studiums kritische Situationen (Spangler et al. 2002). Studierende können Prüfungen nicht umgehen. Jeder muss sich damit auf eine bestimmte Art und Weise arrangieren. Es könnte daher von Bedeutung sein, wie Medizinstudierende mit Prüfungen umgehen, woher potentielle Prüfungsangst rührt und ob Achtsamkeit bewusst oder unbewusst dabei eine Rolle spielt.

Teilnehmende beider Gruppen gaben an, dass sich mit abnehmendem zeitlichem Abstand zur Prüfung das Stressniveau erhöht. Spangler et al. stellte fest, dass negative Emotionen hinsichtlich bevorstehender Prüfungssituationen kurz vor Beginn einer Klausur am stärksten durch Medizinstudierende wahrgenommen werden (Spangler et al. 2002). Dies stützt zusätzlich die Annahme, dass das Stressniveau und der zeitliche Abstand zu einer Prüfung miteinander in Verbindung stehen könnten. Interventionen zur Stressreduktion sollten also am besten abgeschlossen sein, damit die Teilnehmenden für diese Phasen bereits Rüstzeug haben. Alternativ wären Angebote in einem adäquaten Zeitrahmen in diesen Phasen für die

Studierenden vorteilhaft. Was hierbei als adäquat anzusehen wäre, müsste vorab geklärt werden.

Gleichzeitig berichteten beide Gruppen, dass ein gewisser Gewöhnungseffekt mit zunehmender Zeit des Studiums eintritt. Der Umgang mit Prüfungen wird routinierter. Dieser Effekt wird von den Studierenden als positiv wahrgenommen. McKerrow et al. zeigte in diesem Zusammenhang, dass Medizinstudierende im ersten Jahr des Studiums psychisch und physisch am meisten leiden. Über den weiteren Verlauf tritt jedoch wieder eine Besserung dahingehend ein (McKerrow et al. 2020). Demgegenüber stehen die Ergebnisse einer Studie von Erschens et al., welche zeigte, dass es zu Stresspeaks im Verlauf des Medizinstudiums kommt, vor allem in Zusammenhang mit wichtigen staatlichen Prüfungen (Erschens et al. 2018). Ein wie von den Probanden beschriebener Gewöhnungseffekt mit Abnahme des Prüfungsstresslevels ist also nicht zwangsläufig zu beobachten. Ob Gewöhnungseffekte eine Rolle spielen, ist nicht abschließend zu klären. Es wäre möglich, dass der beschriebene Gewöhnungseffekt im Verlauf des Studiums mit individuell erlernten Copingstrategien gleichgesetzt wird. Die Studierenden haben bereits Prüfungen erlebt und passen sich daran an. Zu Beginn eines Studiums erlernte Achtsamkeitstechniken könnten hilfreich sein, diesen Effekt schneller zu erzielen und somit Stress zu vermeiden oder zu reduzieren. Folgt man diesem Ansatz, so könnte auch eine Rolle spielen, wann Medizinstudierende erstmals Kontakt mit Achtsamkeitsinterventionen haben, um einen größtmöglichen Effekt zu erzielen.

Das Prüfungsstressniveau im Vergleich zu vorangegangen Prüfungssituationen wie beispielsweise dem Abitur wird sehr unterschiedlich empfunden. Manche empfinden den Prüfungsstress im Medizinstudium als ähnlich wie zuvor, andere als stärker oder sogar schwächer. Beide Gruppen sind ähnlich differenziert in dieser Fragestellung.

Der Übergang zwischen Schulzeit und Studium wird auch von anderen Studien als ein stresserzeugendes Element beschrieben (Radcliffe u. Lester 2003; Hill et al. 2018).

Versagensangst, die eigenen Erwartungen, die Erwartungen von Außenstehenden und die große Stoffmenge wurden von beiden Gruppen als mögliche Auslöser für Prüfungsangst genannt. Zusätzlich wurde von der Interventionsgruppe der Faktor der Unvorhersagbarkeit einer Prüfung genannt. Die Kontrollgruppe nannte zusätzlich Konkurrenz beziehungsweise Vergleiche mit Mitstudierenden als Grund.

Bonaccio und Reeve beschreiben Prüfungsangst als einen Zustand, der vor oder während einer bestimmten Prüfungssituation erlebt wird und das Risiko des Scheiterns und den

damit verbundenen Konsequenzen miteinbezieht (Bonaccio und Reeve 2010). Alle genannten potentiellen Gründe, die für Prüfungsangst sorgen können, decken sich mit einer in größerem Umfang angelegten Mixed-Methods Studie von Bonaccio und Reeve (Bonaccio u. Reeve 2010). Es muss kritisch hinterfragt werden, inwieweit der Faktor Prüfungsangst zur Beantwortung der Fragestellung beigetragen hat.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der zeitliche Abstand, Gewöhnungseffekte und der individuell empfundene Stress eine Rolle dabei spielen könnten, wie Prüfungen wahrgenommen werden. Achtsamkeit könnte für Medizinstudierenden hilfreich sein, Prüfungsstress zu vermindern.

4.2.12 Achtsame Prüfungsvorbereitung

Fünf Teilnehmende der Interventionsgruppe gaben an, dass Achtsamkeit in ihrer Prüfungsvorbereitung eine Rolle spielt. Dabei wird die im Alltag etablierte und im MBSR-Kurs gelernte formelle Achtsamkeitspraxis beibehalten. Sie spielt eine größere Rolle in den Prüfungsphasen. Zusätzlich praktizieren die Teilnehmenden informelle Achtsamkeit. Die Teilnehmenden reflektieren und akzeptieren die Situation, in der sie sich befinden.

Die Kontrollgruppe ist geteilt. Drei Teilnehmende geben an, dass Achtsamkeit eine Rolle spielt, bei der anderen Hälfte ist das nicht der Fall.

Formelle und informelle Achtsamkeit kann dazu beitragen, dass Medizinstudierenden weniger Stress in Verbindung mit Prüfungen wahrnehmen (Ross et al. 2020). Der Fakt, dass vor allem die Interventionsgruppe, aber auch die Kontrollgruppe Achtsamkeitstechniken anwenden, könnte darauf hindeuten, dass eine Senkung des empfundenen Stressniveaus erzielt wird und somit ein positiver Effekt für die Medizinstudierenden einhergeht. Achtsamkeit könnte also, wie bereits erwähnt, als ein Baustein dienen, intensive Phasen des Medizinstudiums besser zu überstehen.

Weiterhin betreiben beide Gruppen in den verschiedenen Phasen der Prüfungsvorbereitung zusätzlich die ein oder andere Form der Selbstfürsorge. Dies ist bei beiden Gruppen gleichermaßen zu beobachten.

Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge besteht darin, durch bewusste Selbstkontrolle und Eigenständigkeit für sich selbst zu sorgen, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen, aufrechtzuerhalten oder zu fördern (Martínez et al. 2021). Achtsamkeit und Selbstfürsorge erfüllen für die Studierenden somit ähnliche Aufgaben. Ziel ist es, Stress zu reduzieren und

das eigene Wohlbefinden zu erhöhen. In Kapitel 4.2.4 definieren Medizinstudierende Achtsamkeit sogar als eine Art der Selbstfürsorge. Der erhobene Verdacht, dass diese beiden Begrifflichkeiten durch die Teilnehmenden gleichgesetzt werden, verhärtet sich somit.

5 Zusammenfassung

Achtsamkeit in formeller und informeller Form erfreut sich einer immer größer werdenden Beliebtheit. Vor allem als Werkzeug zur Stressreduktion kann Achtsamkeit wertvoll sein. Medizinstudierende als eine Gruppe, die nachweislich einem hohen Maß an Stress ausgesetzt sind, kann Achtsamkeit dabei helfen, Stress zu reduzieren. Die Wirksamkeit von Achtsamkeit bei der Reduktion von Stresssymptomen mithilfe von verschiedensten Interventionsformen scheint bewiesen zu sein. Über die Einstellung von Medizinstudierenden zum Thema Achtsamkeit wurde bisher jedoch wenig berichtet.

Diese Studie hat den Zweck, die Einstellung und Sichtweise von Medizinstudiereden zum Thema Achtsamkeit im privaten und universitären Kontext zu ergründen. Was spricht aus der Sicht der Teilnehmenden für Achtsamkeit, was dagegen. Welche Erfahrungen haben Medizinstudierende mit diesem Thema und kann Achtsamkeit eine Rolle im Medizinstudium spielen.

Zu diesem Zweck wurden Medizinstudierende der Universität Ulm mittels semistrukturierter, leitfadengestützter Interviews befragt. Eine Hälfte der Teilnehmenden hatte vor der Befragung eine achtwöchigen Achtsamkeitsintervention absolviert und bildete die Interventionsgruppe. Die andere Hälfte hatte zum Zeitpunkt der Befragung an keiner Achtsamkeitsintervention teilgenommen. Damit sollte eine möglichst große Heterogenität bei den zu befragenden Personen erreicht werden.

Für die Auswertung wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt und softwaregestützt ausgewertet.

Es ergaben sich vier Hauptthemenkomplexe, welche in 21 Kategorien und 97 Subkategorien unterteilt werden konnten. Die Hauptthemenkomplexe waren „Persönliche Einstellung“, „Erfahrungen mit Achtsamkeit“, „Achtsamkeit im Medizinstudium“ und „Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext“.

Es wurde ein breites Spektrum an Gründen für und gegen eine eigene Achtsamkeitspraxis von den Teilnehmenden genannt. Der Wille, die eigene Situation zu verändern und den empfundenen Stress zu reduzieren, stellt ein wiederkehrendes Motiv dar. Der Faktor Zeit scheint gleichzeitig relevant zu sein, ob Achtsamkeit in formeller oder informeller Form Anwendung findet.

Die Medizinstudierenden definieren Achtsamkeit sehr individuell und setzen den Begriff teilweise mit einer Art der Selbstfürsorge gleich. Es besteht darüber hinaus eine gewisse Unsicherheit bei der Definition des Begriffs, was auf Wissenslücken hinweisen könnte.
Wie im eigenen Umfeld mit dem Thema umgegangen wird, ist sehr individuell. Sowohl für einen offenen, wie einen diskreten Umgang, finden die Teilnehmenden Argumente. Das soziale Umfeld selbst scheint dabei von Bedeutung zu sein.
Die Interventionsgruppe hat laut ihren Aussagen von der Teilnahme an der Intervention profitiert. Überraschend ist die positive Besetzung eines zu einem gewissen Grad empfundenen Zwanges durch den Rahmen eines universitären Kurses. Der Kurs dient den Teilnehmenden als Füllhorn von Methoden zur Stressbewältigung. Dinge die als adäquat empfunden werden, finden Einzug im Alltag.
Hinsichtlich eines achtsamen Medizinstudiums sehen die Teilnehmenden Grenzen. Mehr Angebote werden gefordert und befürwortet. Eine Veränderung des bestehenden Curriculums wird vorgeschlagen.
Prüfungsstress als zentrales stressauslösendes Element unter Medizinstudierenden hat verschiedene Auslöser. Eine gezielte achtsame Auseinandersetzung mit dem Thema wird nur angedeutet.
Die Sichtweise von Medizinstudierenden auf das Thema Achtsamkeit mit seinen verschiedenen Facetten ist sehr vielseitig. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie und der limitierten Teilnehmerzahl können keine generalisierbaren Ergebnisse berichtet werden. Weitere qualitative und quantitative Forschung mit größeren Teilnehmerzahlen, muss die Ergebnisse einordnen. Die Studie kratzt an der Oberfläche von möglicherweise relevanten Themen und wirft gleichzeitig neue Fragen auf. Darunter: „Welche Probleme bringt die derzeitige Struktur des Medizinstudiums bei der Integration von Achtsamkeit mit sich?“, „Warum wird der Zwang eines universitären Kurses und dessen strukturgebenden Charakters teils positiv belegt?“, „Warum werden nur bestimmte Achtsamkeitsmethoden von den Teilnehmenden im Alltag etabliert und könnten davon niederschwellige, auf die Bedürfnisse der Studierenden angepasste Interventionen abgeleitet werden?“.

6 Literaturverzeichnis

1. Alvear D, Soler J, Cebolla A (2022) Meditators' Non-academic Definition of Mindfulness. Mindfulness (NY) 13 (6): 1544–1554. doi: 10.1007/s12671-022-01899-3
2. Bacchi S, Licinio J: (2017) Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. Acad Psychiatry 41: 185–188. doi: 10.1007/s40596-016-0488-0
3. Berger U (2012) Die Stichprobe: Kommt es auf die Grösse an? Psychother Psychosom Med Psychol 62: 319. doi: 10.1055/s-0032-1305109
4. Biber DD (2020) Integration of a Mindfulness Meditation Lab for University Students. BHAC journal 4: 88–95. doi: https://doi.org/10.18061/bhac.v4i2.7666
5. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G (2004) Mindfulness: A Proposed Operational Definition. Clin Psychol (New York) 11: 230–241. doi: https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077
6. Bodenlos JS, Strang K, Gray-Bauer R, Faherty A, Ashdown BK (2017) Male Representation in Randomized Clinical Trials of Mindfulness-Based Therapies. Mindfulness (NY) 8: 259–265. doi: 10.1007/s12671-016-0646-1
7. Bonaccio S, Reeve CL (2010) The nature and relative importance of students' perceptions of the sources of test anxiety. Learn Individ Differ 20: 617–625. doi: 10.1016/j.lindif.2010.09.007
8. Bouw N, Huijbregts SCJ, Scholte E, Swaab H (2019) Mindfulness-Based Stress Reduction in Prison: Experiences of Inmates, Instructors, and Prison Staff. Int J Offender Ther Comp Criminol 63: 2550–2571. doi: 10.1177/0306624X19856232
9. Brami C, Sultan S, Robieux L, Piot M, Gartili H, Zenasni F (2023) Understanding students' motivations for participating in a mindfulness course: a qualitative analysis of medical students' views. BMC Complement Med Ther 23: 163. doi: 10.1186/s12906-023-03949-2

10. Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, Satele DV, Sloan JA, Dyrbye LN (2014) Distress among matriculating medical students relative to the general population. Acad Med 89: 1520–1525. doi: 10.1097/ACM.0000000000000482

11. Bryman A (2006) Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? Qual Res 6: 97–113. doi: 10.1177/1468794106058877

12. Cannon, WB (1929) Organization for physiological homeostasis. Physiol Rev 9: 399-431. doi: 10.1152/PHYSREV.1929.9.3.399

13. Carmody J, Baer RA (2008) Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. J Behav Med 31: 23–33. doi: 10.1007/s10865-007-9130-7

14. Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH (2004) Mindfulness-based relationship enhancement. Behav Ther 35: 471–494. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80028-5

15. Cohen J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas 20: 37-46. doi: 0.1177/001316446002000104

16. Cole R (2023) Inter-Rater Reliability Methods in Qualitative Case Study Research. Sociol Methods Res 0 (0). doi: 10.1177/00491241231156971

17. Danilewitz M, Koszycki D, Maclean H, Sanchez-Campos M, Gonsalves C, Archibald D, Bradwejn J (2018) Feasibility and effectiveness of an online mindfulness meditation program for medical students. Can Med Educ J 9: 15-25. doi: 10.36834/CMEJ.43041

18. Deakin H, Wakefield K (2014) Skype interviewing: reflections of two PhD researchers. Qual Res 14: 603–616. doi: 10.1177/1468794113488126

19. De Bruin A (2021) The Munich Model “Mindfulness and Meditation in a University Context”. In: Mindfulness and Meditation at University 10 Years of the Munich Model. Transcript, Bielefeld, pp 57-68

20. Dobkin PL, Hutchinson TA (2013) Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going? Med Educ 47: 768–779. doi: 10.1111/medu.12200

21. Dost S, Hossain A, Shehab M, Abdelwahed A, Al-Nusair L (2020) Perceptions of medical students towards online teaching during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey of 2721 UK medical students. BMJ open 10: e042378. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042378

22. Dresing T, Pehl T (2018) Transkription. In: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage, Eigenverlag, Marburg, pp 16-33

23. Dundas I, Thorsheim T, Hjeltnes A, Binder PE (2016) Mindfulness Based Stress Reduction for Academic Evaluation Anxiety: A Naturalistic Longitudinal Study. J College Stud Psychother 30: 114–131. doi: 10.1080/87568225.2016.1140988

24. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD (2014) Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med 89: 443–451. doi: 10.1097/ACM.0000000000000134

25. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD (2006) Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. Acad Med 81: 354–373. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009

26. Erschens R, Herrmann-Werner A, Keifenheim KE, Loda T, Bugaj T J, Nikendei C, Lammerding-Köppel M, Zipfel S, Junne F (2018) Differential determination of perceived stress in medical students and high-school graduates due to private and training-related stressors. PLoS One 13: e0191831. doi: 10.1371/journal.pone.0191831

27. Frank P, Marken M (2022) Developments in Qualitative Mindfulness Practice Research: a Pilot Scoping Review. Mindfulness (NY) 13: 17–36. doi: 10.1007/s12671-021-01748-9

28. Garland E, Gaylord S (2009) Envisioning a Future Contemplative Science of Mindfulness: Fruitful Methods and New Content for the Next Wave of Research. Complement Health Pract Rev 14: 3-9. doi: 10.1177/1533210109333718

29. Gläser-Zikuda M, Hagenauer G, Stephan M (2020) The Potential of Qualitative Content Analysis for Empirical Educational Research. Forum Qual Soc Res 21: 17. doi: 10.17169/fqs-21.1.3443

30. Gockel A, Burton D, James S, Bryer E (2013) Introducing Mindfulness as a Self-Care and Clinical Training Strategy for Beginning Social Work Students. Mindfulness (NY) 4: 343–353. doi: 10.1007/s12671-012-0134-1

31. Gorman TE, Green CS (2016) Short-term mindfulness intervention reduces the negative attentional effects associated with heavy media multitasking. Scientific reports 6: 24542. doi: 10.1038/srep24542

32. Hankir AK, Northall A, Zaman R (2014) Stigma and mental health challenges in medical students. BMJ Case Rep 2014: bcr2014205226. doi: 10.1136/bcr-2014-205226

33. Hanson JL, Balmer, Dorene DF, Giardino AP (2011) Qualitative research methods for medical educators. Acad Pediatr 11: 375–386. doi: 10.1016/j.acap.2011.05.001

34. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G (2014) Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Lancet Psychiatry 1: 467–482. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6

35. Hennink M, Kaiser BN (2022) Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. Soc Sci Med 292: 114523. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114523

36. Hennink M, Kaiser BN, Marconi VC (2017) Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? Qual Health Res 27: 591-608. doi: 10.1177/1049732316665344

37. Hill MR, Goicochea S, Merlo LJ (2018) In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation. Med Educ Online23: 1530558. doi: 10.1080/10872981.2018.1530558

38. Hjeltnes A, Binder P, Moltu C, Dundas I (2015) Facing the fear of failure: An explorative qualitative study of client experiences in a mindfulness-based stress reduction program for university students with academic evaluation anxiety. Int J Qual Stud Health Well-being 10: 27990. doi: 10.3402/qhw.v10.27990

39. Hyland T (2017) McDonaldizing Spirituality. Journal of Transformative Education 15: 334–356. doi: 10.1177/1541344617696972

40. Ihme KRM, Sundstrom P (2021) The mindful shield: The effects of mindfulness training on resilience and leadership in military leaders. Perspect Psychiatr Care 57: 675–688. doi: 10.1111/ppc.12594

41. Jurkat, H, Höfer S, Richter L, Cramer M, Vetter, A (2011) Lebensqualität, Stressbewältigung und Gesundheitsförderung bei Studierenden der Human- und Zahnmedizin. Eine Vergleichsuntersuchung. Dtsch Med Wochenschr 136: 1245–1250. doi: 10.1055/s-0031-1280544

42. Kabat-Zinn J (1982) An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. Gen Hosp Psychiatry 4: 33–47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3

43. Kabat-Zinn J (2015) Mindfulness. Mindfulness (NY) 6: 1481–1483. doi: 10.1007/s12671-015-0456-x

44. Kabat-Zinn J (2021) The invitation within the cultivation of mindfulness. Mindfulness (NY) 12: 1034-1037. doi: 10.1007/s12671-021-01592-x

45. Kakoschke N, Hassed C, Chambers R, Lee K (2021) The importance of formal versus informal mindfulness practice for enhancing psychological wellbeing and study engagement in a medical student cohort with a 5-week mindfulness-based lifestyle program. PLoS One 16: e0258999. doi: 10.1371/journal.pone.0258999

46. Köhler K, Frommer J (2011) Kriterien der Samplerekrutierung in der qualitativen Forschung. Psychother Psychosom Med Psychol 61: 34-35. doi: 10.1055/s-0030-1266114

47. Krägeloh CU, Henning MA, Medvedev O, Feng XJ, Moir F, Billington R, Siegert RJ (2019) Meta-theories and qualitative methods in mindfulness research. In: Mindfulness-based intervention research: Characteristics, approaches, and developments. Routledge, London, New York, pp 31-56

48. Kuckartz U, Rädiker S (2020) Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Springer, Wiesbaden

49. Kuhlmann SM, Bürger A, Esser G, Hammerle F (2015) A mindfulness-based stress prevention training for medical students (MediMind): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 16: 40. doi: 10.1186/s13063-014-0533-9

50. Lampe LC, Müller-Hilke B (2021) Mindfulness-based intervention helps preclinical medical students to contain stress, maintain mindfulness and improve academic success. BMC Med Educ 21: 145. doi: 10.1186/s12909-021-02578-y

51. Landis JR, Koch GG (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 33: 159-174. doi: 10.2307/2529310

52. Langdon S, Jones FW, Hutton J, Holttum S (2011) A Grounded-Theory Study of Mindfulness Practice Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Mindfulness (NY) 2 (4): 270–281. doi: 10.1007/s12671-011-0070-5

53. Lazarus R, Folkman S (1984) Stress, appraisal, and coping. Springer, New York, pp 1-115

54. Linsmayer D (2020) Suizidalität und Sucht unter Ärzten. Uro-News 24: 28–31. doi: 10.1007/s00092-020-4162-1

55. Lobe B, Morgan DL, Hoffman K (2022) A Systematic Comparison of In-Person and Video-Based Online Interviewing. Int J Qual Methods 21 doi: 10.1177/16094069221127068

56. MacLean L, Booza J, Balon R (2016) The Impact of Medical School on Student Mental Health. Acad Psychiatry 40: 89–91. doi: 10.1007/s40596-015-0301-5

57. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P (2021) Self-care: A concept analysis. Int J Nurs Sci 8: 418-425. doi: 10.1016/j.ijnss.2021.08.007

58. Maslach C, Leiter MP (2016) Burnout. In: Stress. Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. Academic Press, Cambridge, pp 351–357

59. Mayring P (2022) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Auflage, Beltz, Weinheim Basel

60. Mayring P (2023) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 7. Auflage, Beltz, Weinheim Basel

61. McEwen BS, Akil H (2020) Revisiting the stress concept: implications for affective disorders J Neurosci 40: 12-21. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019

62. McKenzie SP, Hassed CS, Gear JC (2012) Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. Explore (NY) 8: 360–367. doi: 10.1016/j.explore.2012.08.003

63. McKerrow I, Carney PA, Caretta-Weyer H, Furnari M, Miller Juve A (2020) Trends in medical students' stress, physical, and emotional health throughout training. Med Educ Online 25: 1709278. doi: 10.1080/10872981.2019.1709278

64. Middendorff E, Apolinarski B, Poskowsky J, Kandulla M, Netz N (2013) Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012: 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch das HIS-Institut für Hochschulforschung | Bundesministerium für Bildung und Forschung. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/81157/ssoar-2013-middendorff_et_al-die_wirtschaftliche_und_soziale_lage.pdf?sequence=1&isallowed=y&lnkname=ssoar-2013-middendorff_et_al-die_wirtschaftliche_und_soziale_lage.pdf. Accessed 20.Nov 2024

65. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM (2004) First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. Med Educ 38: 482–491. doi: 10.1046/j.1365-2929.2004.01814.x

66. Moore S, Wilcox H, Sinclair C, Chambers R, Hassed C, Auret K (2022) Brief online mindfulness training for medical students: a randomized control study. The international journal of whole person care 9: 40–41. doi: 10.26443/ijwpc.v9i1.337

67. Namey E, Guest G, O'Regan A, Godwin CL, Taylor J, Martinez A (2020) How Does Mode of Qualitative Data Collection Affect Data and Cost? Findings from a Quasi-experimental Study. Field Methods 32: 58–74. doi: 10.1177/1525822X19886839

68. Neufeld A, Malin G (2021) How medical students cope with stress: a cross-sectional look at strategies and their sociodemographic antecedents. BMC Med Educ 21: 299. doi: 10.1186/s12909-021-02734-4

69. O'Connor C, Joffe H (2020) Intercoder Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. Int J Qual Methods 19. doi: 10.1177/1609406919899220

70. O'Kane P, Smith A, Lerman MP (2021) Building Transparency and Trustworthiness in Inductive Research Through Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software. Organ Res Methods 24: 104–139. doi: 10.1177/1094428119865016

71. Opara V, Spangsdorf S, Ryan M (2023) Reflecting on the use of Google Docs for online interviews: Innovation in qualitative data collection. Qual Res 23: 561–578. doi: 10.1177/14687941211045192

72. Pepping CA, Walters B, Davis PJ, O'Donovan A (2016) Why Do People Practice Mindfulness? An Investigation into Reasons for Practicing Mindfulness Meditation. In: Mindfulness 7: 542–547. doi: 10.1007/s12671-016-0490-3

73. QR-code-generator.com 2024, https://www.qr-code-generator.com. Accessed 21. Jan 2024

74. Quaglia JT, Brown KW, Lindsay EK, Creswell JD, Goodman RJ (2015) From conceptualization to operationalization of mindfulness. In: Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice. Guilford Publications, New York, pp 151-170

75. Radcliffe C, Lester H (2003) Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. Med Educ 37: 32–38. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01405

76. Rau G, Shih Y (2021) Evaluation of Cohen's kappa and other measures of inter-rater agreement for genre analysis and other nominal data. Journal of English for Academic Purposes 53: 101026. doi: 10.1016/j.jeap.2021.101026

77. Rosenzweig S, Reibel D, Greeson JM, Brainard GC, Hojat M (2003) Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. Teach Learn Med 15: 88–92. doi: 10.1207/S15328015TLM1502_03

78. Ross SJ, Owens K, Roberts A, Jennings E, Mylrea M (2020) Mindfulness Training: Success in Reducing First Year Health Professional Students' Study and Exam Related Stress. Health Prof Educ 6: 162–169. doi: 10.1016/j.hpe.2020.02.004

79. Rotenstein LS, Ramos M, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA (2016) Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA 316: 2214–2236. doi: 10.1001/jama.2016.17324

80. Schindler S (2020) Ein achtsamer Blick auf den Achtsamkeits-Hype. Organisationsberat Superv Coach 27: 111–124. doi: 10.1007/s11613-020-00641-z

81. Seliger K, Brähler E (2007) Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. Psychotherapeut 52: 280–286. doi: 10.1007/s00278-006-0529-3

82. Selye H (1946) The general adaption Syndrome and the Diseases of Adaption. J Clin Endocrinol Metab 6: 117-230. doi: 10.1210/jcem-6-2-117

83. Shapiro P, Lebeau R, Tobia A (2019) Mindfulness Meditation for Medical Students: a Student-Led Initiative to Expose Medical Students to Mindfulness Practices. Med Sci Educ 29: 439–451. doi: 10.1007/s40670-019-00708-2

84. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G (1998) Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med 21: 581–599. doi: 10.1023/a:1018700829825

85. Shulman B, Dueck R, Ryan D, Breau G, Sadowski I, Misri S (2018) Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. J Affect Disord 235: 61–67. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.065

86. Sibinga, EMS, Perry-Parrish C, Chung s, Johnson SB, Smith N, Ellen JM (2013) School-based mindfulness instruction for urban male youth: a small randomized controlled trial. Prev Med 57: 799–801. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.08.027

87. Spangler G, Pekrun R, Kramer K, Hofmann H (2002) Students' Emotions, Physiological Reactions, and Coping in Academic Exams. Anxiety, Stress & Coping 15: 413–432. doi: 10.1080/1061580021000056555

88. Sternberg R J (2000) Images of Mindfulness. J Soc Issues 56: 11–26. doi: 10.1111/0022-4537.00149

89. Universität Ulm Statistik 3: Studierende nach dem ersten Studienfach (Kopfstatistik) | Universität Ulm https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/studium/Studierendenstatistik/WS2022/Statistik3_WS_22_23.pdf. Accessed 20 Nov 2024

90. Van Dijk I, Lucassen PLBJ, Akkermans RP, van Engelen BGM, van Weel C, Speckens AEM (2017) Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Clinical Clerkship Students: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Acad Med 92: 1012–1021. doi: 10.1097/ACM.0000000000001546

91. Van Dijk I, Lucassen PLBJ, Speckens AEM (2015) Mindfulness training for medical students in their clinical clerkships: two cross-sectional studies exploring interest and participation. BMC Med Educ 15: 24. doi: 10.1186/s12909-015-0302-9

92. Van Dijk I, van Beek MHTC, Arts-de Jong M, Lucassen PLBJ, van Weel C, Speckens AEM (2022) Experiences of Clinical Clerkship Students With Mindfulness-Based Stress Reduction: A Qualitative Study on Long-Term Effects. Frontiers in psychology 13: 785090. doi: 10.3389/fpsyg.2022.785090

93. Vieira SM, Kaymak U, Sousa JMC (2010) Cohen's kappa coefficient as a performance measure for feature selection. International Conference on Fuzzy Systems 2010 Barcelona, Spain: 1–8. doi: 10.1109/FUZZY.2010.5584447

94. Vorontsova-Wenger O, Ghisletta P, Ababkov V, Bondolfi G, Barisnikov K (2022) Short mindfulness-based intervention for psychological and academic outcomes among university students. Anxiety Stress Coping 35: 141–157. doi: 10.1080/10615806.2021.1931143

95. Warnecke E, Quinn S, Ogden K, Towle N, Nelson MR (2011) A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. Med Educ 45: 381–388. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03877.x

96. WHO Mental health | WHO https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1. Accessed 20. Nov 2024

97. Williams JMG (2010) Mindfulness and psychological process. Emotion 10: 1–7. doi: 10.1037/a0018360

98. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH (2013) Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. Addict Behav 38: 1563–1571. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.04.001

99. Xu H, Tuckett A, Kynoch K, Eley R (2021) A mobile mindfulness intervention for emergency department staff to improve stress and wellbeing: A qualitative study. Int Emerg Nurs 58: 101039. doi: 10.1016/j.ienj.2021.101039

100. Zollars I, Poirier TI, Pailden J (2019) Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and perceived stress. Curr Pharm Teach Learn 11: 1022–1028. doi: 10.1016/j.cptl.2019.06.005

7 Anhang

A: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell der Inhaltsanalyse **18**

Abbildung 2: Ablaufmodell der induktiven Kodierung und Kategorienbildung **20**

Abbildung 3: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Beweggründe für Achtsamkeitspraxis“ **28**

Abbildung 4: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Beweggründe Achtsamkeitspraxis nicht anzuwenden“ **31**

Abbildung 5: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Definition von Achtsamkeit“ .. **33**

Abbildung 6: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Definition von Meditation“ ... **34**

Abbildung 7: Vergleich der Gründe diskreter beziehungsweise offener Umgang mit Achtsamkeit der Interventionsgruppe **38**

Abbildung 8: Vergleich der Gründe für diskreten beziehungsweise offenen Umgang mit Achtsamkeit der Kontrollgruppe **40**

Abbildung 9: Gruppenvergleich bezüglich der Gründe für einen diskreten beziehungsweise offenen Umgang mit Achtsamkeit **41**

Abbildung 10: „Erfahrungen während Studienteilnahme“ der Interventionsgruppe **45**

Abbildung 11: „Bausteine für einen achtsamen Tag“ der Interventionsgruppe..... **48**

Abbildung 12: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Ansätze für ein achtsameres Medizinstudium“ **52**

Abbildung 13: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Herausforderungen bei Umsetzung“ der Ansätze eines achtsamen Medizinstudiums. **54**

Abbildung 14: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Allgemeine Reaktionen“ auf bevorstehende Prüfungen..... **57**

Abbildung 15: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Momente vor der Prüfung“ **60**

Abbildung 16: Gruppenvergleich der Subkategorien der Kategorie „Auslöser/Gründe für Prüfungsangst“ **64**

B: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe **12**

Tabelle 2: Wortanzahl und Interviewdauer im Gruppenvergleich **15**

Tabelle 3: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Persönliche Einstellung“ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe**.** **25**

Tabelle 4: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Erfahrungen mit Achtsamkeit“ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe..... **42**

Tabelle 5: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Achtsamkeit im Medizinstudium“ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe **50**

Tabelle 6: Definition der Kategorien und Subkategorien des Hauptthemas „Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext“ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe **55**

C: Informationen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir möchten Dich einladen, im Rahmen der Studie COMMIT-*Comparison of different Methods of Mindfulness Training* Training (Vergleich von verschiedenen Methoden von Achtsamkeitstraining) an einem Interview teilzunehmen.

In diesem Interview möchten wir etwas über Deine Einstellung gegenüber Achtsamkeit im privaten, beruflichen und universitären Kontext erfahren. Die Fragen senden wir Dir vor dem Interview per E-Mail zu, sodass du eine ungefähre Vorstellung bekommst, was im Interview gefragt werden könnte. Das Interview werden wir über Zoom ohne Kamera führen und uns ca. 30 Minuten Zeit nehmen. Die Interviews werden als Audiodatei aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Diese Transkripte werden pseudonymisiert gespeichert. Andere Personen können somit keinen Rückschluss auf Deine Person ziehen.
Teilnahmeberechtigt sind alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie COMMIT, sowie alle Medizinstudierende, welche noch keine Erfahrungen mit Meditationspraktiken oder MBSR-Kursen haben.

Freiwilligkeit

An diesem Forschungsprojekt nimmst Du freiwillig teil. Deine Einwilligung kannst Du jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin studienbedingt erhobenen Daten gelöscht.

Erreichbarkeit des Studienpersonals

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit die Ansprechpartner*innen [redacted] unter der Telefonnummer [redacted] erreichen. In Notfällen gilt folgende Nummer: [redacted]

Versicherung

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießt Du Versicherungsschutz. Das Universitätsklinikum Ulm und dessen an der Studie mitwirkende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind haftpflichtversichert für den Fall, dass Du durch deren Verschulden einen Schaden erleidest. Einen Schaden, der Deiner Meinung nach auf dieses Forschungsprojekt zurückzuführen ist, meldest Du bitte unverzüglich der Studienleitung.

Schweigepflicht

Alle Personen, welche Dich im Rahmen dieses Projekts betreuen, unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden. Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Akte nehmen. Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten beruflichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Datenschutz

- Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs.1c) DSGVO).
- Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind:

[redacted]

Die Daten werden in pseudonymisierter Form an [redacted] bzw. von ihm beauftragte Stellen zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung weitergeleitet. Zugriff auf die personenbezogenen Daten haben nur die zuständigen Personen im jeweiligen Studienzentrum.

Pseudonymisieren bedeutet, dass die personenbezogenen Daten wie der Name und das Geburtsdatum ohne Hinzuziehung einer Liste nicht mehr einer konkreten Person zugeordnet werden können. Die personenbezogenen Daten werden durch einen Nummern- und/oder Buchstabencode ersetzt. Im Studienzentrum ist eine Liste hinterlegt, auf der die Namen den Nummern- und/oder Buchstabencodes zugeordnet sind. Diese Liste wird im Studienzentrum gesondert aufbewahrt und unterliegt dort technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten Dir durch unbefugte Personen nicht zugeordnet werden können.

Die Daten werden 10 Jahre nach Beendigung oder Abbruch der Studie aufbewahrt. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert und werden gelöscht, wenn sie nicht mehr benötigt werden.

Welche weiteren Rechte habe ich bezogen auf den Datenschutz?

Du hast das Recht, von dem oder der Verantwortlichen Auskunft über die von Dir gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich der kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls kannst Du die Berichtigung oder Löschung personenbezogener Daten verlangen.

Bei Fragen zur Nutzung oder Verarbeitung Deiner Daten wendest Du Dich bitte an den/die Datenschutzbeauftragte/n des lokalen Studienzentrums:

[redacted]

Falls Du Bedenken oder Beschwerden hinsichtlich der Verarbeitung Deiner Daten hast, wendest Du Dich bitte an die Datenschutz-Aufsichtsbehörde Deines Studienzentrums.

Die entsprechenden Kontaktdaten findest Du auf der Internetseite des Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz: [redacted]

Post-Adresse des Teilnehmenden oder der Teilnehmenden:

Vor- und Nachname:

_____

Adresse:

_____

_____

E-Mail:

_____

Telefonnummer:

_____

Erklärung und Unterschrift der aufklärenden Mitarbeitenden:

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung eingeholt.

_____
(Name und Vorname in Druckschrift)

_____ _____
(Datum) (Unterschrift)

[redacted]

[redacted]

Einwilligungserklärung

Titel der Studie COMMIT- Comparison of different Methods of Mindfulnsess Training (Vergleich von verschiedenen Methoden von Achtsamkeitstraining)

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir ..... ausreichend erklärt.

Ich hatte zusätzliche Fragen:

.....

.....
Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.
Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.
Eine Kopie der Probandeninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name Proband/in)

....
Ort, Datum (Unterschrift Proband/in)

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Dich erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich die Ärztin / den Arzt von der beruflichen Schweigepflicht.
3. Ich habe verstanden, dass ich das Recht habe, Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die mich betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Ich willige in die oben beschriebene Verwendung meiner Daten ein.

.....
(Name Proband/in)

....
Ort, Datum (Unterschrift Proband/in)

D: Interviewleitfaden Interventionsgruppe

[redacted]

Leitfaden semistrukturiertes Interview der Studie COMMIT

Danke nochmal, dass du dir die Zeit nimmst, um an der Befragung teilzunehmen.

Mein Name ist …. und ich werde das Interview mit dir führen.

Mithilfe dieses Interviews möchten wir mehr über deine Erfahrungen, die du in diesem Semester mit den dir zur Verfügung gestellten Achtsamkeitsmethode gemacht hast, erfahren. Des Weiteren werden wir dich fragen, wie du gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitsübungen im Medizinstudium eingestellt bist.

[Aufklärung Freiwilligkeit und Datenschutz]

Für das Interview haben wir ca. 30 Minuten veranschlagt. Du kannst das Interview jederzeit beenden oder unterbrechen, und wir setzen es ggf. zu einem späteren Zeitpunkt fort.

Ich würde das Interview gerne auf Tonband aufzeichnen. Das Gespräch und die Ergebnisse werden nur in pseudonymisierter Form bearbeitet. Ein Rückschluss auf deine Person ist somit nicht mehr möglich. Ist das in Ordnung für dich?

[Aufnahme wird eingeschaltet]

Nun ist das Tonband eingeschaltet. Würdest du mir bitte nochmals bestätigten, dass du mit der Aufzeichnung des Gesprächs auf Tonband einverstanden bist, dass ich dich über den Datenschutz aufgeklärt habe und dass alle Angaben freiwillig sind?

[Antwort von Probanden abwarten]

Danke.

Eckdaten zum Interview

Datum _____

Uhrzeit _____

ID _____

[redacted]

Inhaltlicher Fokus	**Leitfrage**	**Nachfragen/Konkrete Fragen**
Einstieg in das Gespräch	Zu Beginn: Was hat dich dazu bewegt an der Meditationsübung bzw. dem MBSR-Kurs teilzunehmen?	Was glaubst du, was könnte andere Studierende davon abhalten, dieses Angebot wahrzunehmen?
Erfahrungen mit Achtsamkeitspraxis	Wie würdest du den Begriff Meditation bzw. Achtsamkeit in deinen eigenen Worten beschreiben?	- Inwieweit kannst du die Kurserfahrungen mit bereits gemachten Erfahrungen vergleichen.
Persönliche Einstellung	Welches Resümee ziehst du aus der Studienteilnahme?	- Wie hat sich deine Einstellung gegenüber MBSR/Meditationsübungen entwickelt seit der Kursteilnahme? - Gab es für dich „Aha-Erlebnisse“ während der Studienteilnahme? Wenn ja, beschreibe mir das bitte. - Kannst du mir eine Situation schildern, die du durch die Teilnahme an unserem Projekt in anderer Form wahrgenommen oder empfunden hast als vor dem MBSR-Kurs oder den Meditationsübungen? - Kannst du mir eine Situation Beschreiben, wo du im Nachhinein schwergefallen ist achtsam zu reagieren, trotz der Teilnahme an MBSR oder Meditation? - Nachfrage: Beschreibe mir, warum du glaubst, dass das so war.
	Wie könnte eine zukünftige eigenständige Übungspraxis für dich aussehen?	- Wenn Achtsamkeit weiter praktiziert werden soll, wie sieht ein achtsamer Tag für dich aus? [Tagesablauf] Folgefrage: - Woran merkst du, dass du deinen

		Tag nicht mit genügend Achtsamkeit begangen hast?
Achtsamkeit im Medizinstudium	Wie stellst du dir ein achtsames Medizinstudium vor?	- Wie offen sprichst du mit deinem Umfeld über die Teilnahme an den Meditationsübungen bzw. dem MBSR-Kurs? - Was glaubst du, wo liegen die Gründe für deinen Umgang damit?
Prüfungsangst	Was löst eine anstehende Prüfung bei dir aus? (Verhaltensmuster)	- Beschreibe mir bitte, ob sich deine Einstellung/Wahrnehmung verändert hat, seit du Medizin studierst? - was geht dir kurz vor einer Prüfung durch den Kopf? - warum glaubst du, haben Studierende Angst vor Prüfungen/Prüfungssituationen?
	Wie bereitest du dich mental/emotional auf eine Prüfung vor? (Eigener Umgang mit der Situation	- Beschreibe mir deinen Tag vor einer Prüfung, auf was legst du an solchen Tagen wert? - Inwiefern spielt Achtsamkeit eine Rolle in deiner Prüfungsvorbereitung

Pseudonymisierung:
Die Umfrage findet pseudonymisiert statt. Dazu bitten wir dich, sich selbst einen Personencode zu vergeben.
Dieser setzt sich aus den ersten zwei Anfangsbuchstaben des Vornamens deiner Mutter, den ersten zwei Anfangsbuchstaben des Vornamens deines Vaters, die ersten zwei Buchstaben deines Geburtsortes und der letzten Ziffer deines Geburtsjahres zusammen.

Beispiel: Deine Mutter heißt Anna, dein Vater heißt Peter, du bist in Berlin geboren und dein Geburtsjahr ist 1998, so lautet Ihr Personencode: An-Pe-Be-8

Wie lauten die ersten zwei Buchstaben des Vornamens deiner Mutter?
☐☐
Wie lauten die ersten zwei Buchstaben des Vornamens deines Vaters?
☐☐
Wie lauten die ersten zwei Buchstaben deines Geburtsortes?
☐☐
Wie lautet die letzte Ziffer deines Geburtsjahres?
☐☐

E: Interviewleitfaden Kontrollgruppe

[redacted]

Leitfaden semistrukturiertes Interview der Studie COMMIT - Kontrollgruppe

Danke nochmal, dass du dir die Zeit nimmst, um an der Befragung teilzunehmen.

Mein Name ist …. und ich werde das Interview mit dir führen.
Mithilfe dieses Interviews möchten wir mehr über deine Einstellung gegenüber Achtsamkeit, deiner Sichtweise zu Achtsamkeit speziell im Medizinstudium und zum Thema Prüfungsangst erfahren.
Des Weiteren werden wir dich fragen, wie du gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitsübungen im Medizinstudium und im privaten eingestellt bist.

[Aufklärung Freiwilligkeit und Datenschutz]

Für das Interview haben wir ca. 30 Minuten veranschlagt. Du kannst das Interview jederzeit beenden oder unterbrechen, und wir setzen es ggf. zu einem späteren Zeitpunkt fort.

Ich würde das Interview gerne auf Tonband aufzeichnen. Das Gespräch und die Ergebnisse werden nur in pseudonymisierter Form bearbeitet. Ein Rückschluss auf deine Person ist somit nicht mehr möglich. Ist das in Ordnung für dich?

[Aufnahme wird eingeschaltet]

Nun ist das Tonband eingeschaltet. Würdest du mir bitte nochmals bestätigten, dass du mit der Aufzeichnung des Gesprächs auf Tonband einverstanden bist, dass ich dich über den Datenschutz aufgeklärt habe und dass alle Angaben freiwillig sind?

[Antwort von Probanden abwarten]

Danke.

Eckdaten zum Interview

Datum _____

Uhrzeit _____

ID _____

[redacted]

Inhaltlicher Fokus	Leitfrage	Nachfragen/Konkrete Fragen
Einstieg in das Gespräch	Warum glaubst du, wenden Studierende der Medizin Achtsamkeits- bzw. Meditationstechniken an?	- Beschreibe mir bitte, welche Rolle Achtsamkeit in deinem Alltag oder Studium spielt. - Warum spielt Achtsamkeit eine/keine Rolle?
Persönliche Einstellung	Welche Achtsamkeitsmethoden/Meditationsformen kennst du?	- Beantworte mir bitte, ob du es dir vorstellen könntest, zukünftig zu meditieren oder andere Achtsamkeitstechniken auszuprobieren.
	Wie stehst du zu Achtsamkeitspraktiken wie MBSR, Meditation oder ähnlichem? (MBSR wird bei Bedarf erklärt)	-Worauf gründet sich diese Meinung/Einschätzung?
Erfahrungen mit Achtsamkeitspraxis	Wie würdest du den Begriff Meditation bzw. Achtsamkeit in deinen eigenen Worten beschreiben?	- Kannst du mir Situationen, in denen du bereits Kontakt mit Achtsamkeits- oder Meditationspraktiken hattest, beschreiben? - Gibt es in deinem Umfeld Personen, die Achtsamkeit praktizieren (MBSR oder Meditation, usw.?
	Kannst du mir bitte erklären, was dich davon abhält bzw. bestärkt Achtsamkeit zu praktizieren oder eben gerade dies nicht zu tun?	-
Achtsamkeit im Medizinstudium	Wie stellst du dir ein achtsames Medizinstudium vor? **Bzw.** Wie stellst du dir ein stressfreieres Medizinstudium vor?	- Nehmen wir mal an, du würdest Meditationsübungen machen oder irgendeine Form von Achtsamkeitstechniken, würdest du mit deinem Umfeld darüber sprechen? -Was glaubst du wo liegen die Gründe für einen derartigen Umgang mit der Thematik?
Prüfungsangst	Was löst eine anstehende Prüfung bei dir aus? (Verhaltensmuster)	- Beschreibe mir bitte, ob sich deine Einstellung/Wahrnehmung verändert hat, seit du Medizin studierst? - was geht dir kurz vor einer Prüfung

		durch den Kopf? - warum glaubst du, haben Studierende Angst vor Prüfungen/Prüfungssituationen?
	Wie bereitest du dich mental/emotional auf eine Prüfung vor?	- Beschreibe mir deinen Tag vor einer Prüfung, auf was legst du an solchen Tagen wert? - Hast du bestimmte Rituale, die du einhalten musst vor einer Prüfung? - Inwiefern spielt Achtsamkeit eine Rolle in deiner Prüfungsvorbereitung?

Pseudonymisierung:
Die Umfrage findet pseudonymisiert statt. Dazu bitten wir dich, sich selbst einen Personencode zu vergeben.
Dieser setzt sich aus den ersten zwei Anfangsbuchstaben des Vornamens deiner Mutter, den ersten zwei Anfangsbuchstaben des Vornamens deines Vaters, die ersten zwei Buchstaben deines Geburtsortes und der letzten Ziffer deines Geburtsjahres zusammen.

Beispiel: Deine Mutter heißt Anna, dein Vater heißt Peter, du bist in Berlin geboren und dein Geburtsjahr ist 1998, so lautet Ihr Personencode: An-Pe-Be-8

Wie lauten die ersten zwei Buchstaben des Vornamens deiner Mutter?
☐☐
Wie lauten die ersten zwei Buchstaben des Vornamens deines Vaters?
☐☐
Wie lauten die ersten zwei Buchstaben deines Geburtsortes?
☐☐
Wie lautet die letzte Ziffer deines Geburtsjahres?
☐☐

F: Kodesystem

Kodesystem

1 Persönliche Einstellung zu Achtsamkeit

In diese Kategorie fallen Aussagen, welche Aufschluss auf die persönliche Einstellung der Proband*innen geben.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, sondern dient allein als strukturierendes Element.

1.1 Beweggründe für Achtsamkeitspraxis

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aussagen über die Beweggründe für Achtsamkeitspraxis genannt werden. Darunter fallen die Gründe für eine eigene Achtsamkeitspraxis, sowie denkbare Gründe für eine Achtsamkeitspraxis dritter Personen.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.1.1 Stressbelastung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Beweggrund für Achtsamkeitspraxis die allgemeine Stressbelastung des Studiums nennen. Durch die tatsächliche oder potenteille Kursteilnahme erhoffen sich Proband*innen Stress zu bewältigen und einen stressreduzierenden Effekt.

1.1.2 Kurs als strukturgebendes Element

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Beweggrund für Achtsamkeitspraxis den Kurs als ein strukturgebendes Element nennen. Der Proband*innen erwarten durch eine Kursteilnahme Techniken zu erlernen, welche in Zukunft angewandt werden können. Gleichzeitig ist die Struktur des Kurses auch ein Grund dafür, eine gewisse Kontinuität zu schaffen.

1.1.3 Wunsch nach Resilienz

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen den Wunsch nach einer höheren Resilienz gegenüber Stress im Medizinstudium äußern und als Beweggrund für eine Achtsamkeitspraxis nennen.

1.1.4 Bewusste Selbstfürsorge

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Beweggrund für Achtsamkeitspraxis Selbstfürsorge angeben. Der Proband*innen wollen sich um sich selbst kümmern, um den Stress des Medizinstudiums zu bewältigen.

1.1.5 Leistungssteigerung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Beweggrund für Achtsamkeitspraxis eine potentielle Leistungssteigerung nennen.

1.1.6 Kursangebot der Universität

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Beweggrund für Achtsamkeitspraxis das Kursangebot der Universität nennen.

1.1.7 Interesse

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Beweggrund für Achtsamkeitspraxis Interesse angeben beziehungsweise der Wille sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.

1.1.8 Empfehlungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Probanden als Beweggründe für Achtsamkeitspraxis Empfehlungen dritter nennen.

1.2 Beweggründe Achtsamkeitspraktiken nicht anzuwenden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aussagen über die Gründe gegen eine Achtsamkeitspraxis genannt werden. Darunter fallen die eigenen Gründe für keine Achtsamkeitspraxis, sowie denkbare Gründe gegen eine Achtsamkeitspraxis dritter Personen. Somit auch Aspekte, die Medizinstudierende davon abhalten MBSR-Kurse oder Meditationsübungen zu praktizieren.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dienst also nur der Strukturierung.

1.2.1 Zeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für keine Achtsamkeitspraxis angeben, dass es an der Zeit für eine Teilnahme mangelt oder die Kurszeiten als nicht passend empfunden werden.

1.2.2 Kein Bedarf

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen den fehlenden Bedarf als Grund gegen Achtsamkeitspraktiken nennen. Es besteht also kein subjektiv empfundener Bedarf Achtsamkeit zu praktizieren.

1.2.3 Fehlende Auseinandersetzung mit Thema

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen ein fehlendes Bewusstsein beziehungsweise eine fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik als Grund gegen Achtsamkeitspraktiken nennen.

1.2.4 Andere Stressbewältigungstechniken

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund gegen Achtsamkeitspraktiken andere Formen der Stressbewältigung nennen. Diese anderen Formen werden praktiziert, sodass Achtsamkeitspraktiken als nicht notwendig empfunden werden.

1.2.5 Vorurteile/Stigmatisierung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen eine Stigmatisierung oder Vorurteile als Grund gegen Achtsamkeitspraktiken nennen. Medizinstudierende haben eine vorgefertigte Meinung von der Thematik und nehmen davon Abstand.

1.2.6 Geringes Angebot und Sichtbarkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen das geringe Angebot beziehungsweise eine fehlende Sichtbarkeit als Grund gegen Achtsamkeitspraktiken nennen.

1.2.7 Frustrationspotential

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen das potentielle Frustrationspotential als Grund gegen Achtsamkeitspraktiken nennen. Proband*innen scheuen sich vor einer Kursteilnahme, da anfängliche Schwierigkeiten ein gewisses Frustrationspotential bieten und sich schnelle Erfolge nicht immer gleich einstellen.

1.3 Definition von Achtsamkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Aussagen über die Definition von Achtsamkeit treffen, also wie definieren die Medizinstudierenden Meditation in Ihren eigenen Worten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.3.1 Bewusstes Wahrnehmen und Tun

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Achtsamkeit als bewusstes Wahrnehmen und Tun beschreiben. Situationen oder Zustände werden aktiv und bewusst wahrgenommen und sich bewusst gemacht.

1.3.2 Selbstfürsorge

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Achtsamkeit als eine Art der Selbstfürsorge beschreiben. Proband*innen geben an, damit etwas für sich selbst zu tun und auf sich und Ihr Inneres zu hören.

1.3.3 Wertfreies Wahrnehmen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Achtsamkeit als wertungsfreies Wahrnehmen beschreiben. Situationen oder Zustände werden wertfrei angenommen und akzeptiert.

1.3.4 Schwierigkeiten mit Definition

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen aufzeigen, dass es Ihnen schwerfällt, den Begriff Achtsamkeit zu definieren.

1.4 Definition von Meditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Aussagen über die Definition von Meditation treffen, also wie definieren die Medizinstudierenden Meditation in Ihren eigenen Worten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.4.1 Aktive Entspannung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Meditation als eine Form der aktiven Entspannung beschreiben.

1.4.2 Zur Ruhe kommen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Meditation als eine Technik beschreiben, mit der man zur Ruhe kommt.

1.4.3 Wertungsfreies Wahrnehmen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Meditation als wertungsfreies Wahrnehmen von sich selbst oder der Situation, in der man sich befindet, definieren.

1.4.4 Schwierigkeiten bei Definition

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen aufzeigen, dass es Ihnen schwerfällt, den Begriff Meditation zu definieren.

1.4.5 Selbstfürsorge

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Meditation als Selbstfürsorge definieren.

1.4.6 Methode um achtsam zu werden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen durch Ihre Aussagen Meditation als Methode definieren, um achtsamer zu werden.

1.5 Persönliche Meinung zu Achtsamkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Ihre persönliche Meinung zu Achtsamkeit beziehungsweise Achtsamkeitspraktiken beschreiben.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.5.1 Hilfreich/positiver Effekt von Achtsamkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Achtsamkeit von den Proband*innen als hilfreich angesehen wird oder ein positiver Effekt bescheinigt wird.

1.5.2 Positive Einstellung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen eine positive Einstellung gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitspraktiken haben.

1.5.3 Skeptische Einstellung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben eher skeptisch gegenüber dem Thema Achtsamkeit eingestellt sind.

1.6 Umgang mit Achtsamkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über Ihren Umgang mit Achtsamkeit beziehungsweise Achtsamkeitspraktiken sprechen.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.6.1 Kontakt im Umfeld

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über Ihren Kontakt im Umfeld berichten. Hierbei geht es vor allem darum, ob im Umfeld bereits Kontakt mit Achtsamkeitspraktiken besteht. Im Weiteren wird also nur unterschieden, ob Kontakt bestand oder nicht.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.6.1.1 Nein

Diese Kategorie wird vergeben, wenn kein Kontakt im Umfeld der Proband*innen besteht.

1.6.1.2 Ja

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Kontakt im Umfeld der Proband*innen besteht.

1.6.2 Offener Umgang

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, mit dem Thema Achtsamkeit offen umzugehen.

1.6.2.1 Gründe für offenen Umgang

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Gründe für den offenen Umgang mit der Thematik Achtsamkeit angeben.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.6.2.1.1 Vertrauen zum Gesprächspartner

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen offenen Umgang mit dem Thema Achtsamkeit das Vertrauen zum Gesprächspartner angeben.

1.6.2.1.2 Aufgeschlossene Haltung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen offenen Umgang, die eigene aufgeschlossene Haltung gegenüber dem Thema Achtsamkeit nennen.

1.6.2.1.3 Gesprächsthema bei Wahlfachauswahl

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen offenen Umgang den Austausch mit Mitstudierenden bezüglich des Wahlfaches nennen. Hierbei wird der MBSR-Kurs "EarlyBird" thematisiert.

1.6.2.1.4 Interesse des Umfeldes

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für Ihren offenen Umgang das Interesse des Umfeldes nennen.
Aufgrund von Interesse und Nachfragen des Umfeldes erzählen die Proband*innen von den Erfahrungen mit Achtsamkeit.

1.6.2.1.5 Sozialisierung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen offenen Umgang mit dem Thema Achtsamkeit ihre Sozialisierung angeben. Proband*innen sind so erzogen worden oder haben die Erfahrung gemacht, dass es keine Gründe gibt gewisse Themen, wie beispielsweise Achtsamkeit, für sich zu behalten.

1.6.3 Diskreter Umgang

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, mit dem Thema Achtsamkeit diskret umzugehen.

1.6.3.1 Gründe für diskreten Umgang

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Gründe für einen diskreten Umgang mit der Thematik Achtsamkeit angeben.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

1.6.3.1.1 Reaktionen des Umfeldes

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Probanden als Grund für einen diskreten Umgang die Reaktionen des Umfeldes nennen.
Potentiell negative Reaktionen steigern die Hemmschwelle, das Umfeld in das Vertrauen zu ziehen.

1.6.3.1.2 Eingeständnis von Schwäche

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen diskreten Umgang mit dem Thema Achtsamkeit das Eingeständnis von Schwäche als genannt wird.
Proband*innen geben an, dass durch die Anwendung von Achtsamkeitspraktiken indirekt Schwäche gezeigt wird, da man nicht wie viele andere das eigene Leben ohne Achtsamkeit meistern kann.

1.6.3.1.3 Intimes Thema

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen diskreten Umgang angeben, dass es sich um ein sehr Intimes Thema handelt, dass nicht jeder besprochen haben möchte.

1.6.3.1.4 Eigenes potentielles Scheitern

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Grund für einen diskreten Umgang das eigene potentielle Scheitern angegeben wird.
Proband*innen gehen mit dem Thema diskret um, da Sie selbst Achtsamkeitspraktiken anwenden, aber ein potentieller Misserfolg mit dem Umfeld nicht kommuniziert werden soll.

1.6.4 Situationsbedingter Umgang

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben je nach Situation unterschiedlich offen mit dem Thema Achtsamkeit umzugehen.

1.6.5 Achtsamkeit spielt keine Rolle

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Achtsamkeit keine Rolle in Ihrem Alltag spielt.

2 Erfahrungen mit Achtsamkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über Ihre Erfahrungen in Bezug auf Achtsamkeit oder Achtsamkeitstechniken berichten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

2.1 Vorerfahrungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über Vorkenntnisse oder Vorerfahrungen in Bezug auf Achtsamkeit oder Achtsamkeitstechniken berichten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

2.1.1 Eigene Erfahrung vorhanden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, ob Sie Vorerfahrungen mit Achtsamkeitspraxis hatten oder nicht.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

2.1.1.1 Ja

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben bereits Erfahrungen vor der Kursteilnahme gemacht zu haben

2.1.1.2 Nein

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, keine Vorerfahrungen gemacht zu haben.

2.1.2 Genannte Methoden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Methoden nennen, welche Sie kennen in Bezug auf Achtsamkeit. Dabei ist vorerst zweitrangig, ob die Methoden wirkliche Achtsamkeitstechniken darstellen oder nicht.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

2.1.2.1 Yoga

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Yoga nennen.

2.1.2.2 Meditationsformen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Autogenes Training nennen.

2.1.2.3 Atemübungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Atemübungen nennen.

2.1.2.4 Progressive Muskelentspannung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Progressive Muskelentspannung nennen.

2.1.2.5 Meditation mit App

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Meditation mit einer App nennen.

2.1.2.6 Autogenes Training

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Autogenes Training nennen.

2.1.2.7 Traumreise

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik eine Traumreise nennen.

2.1.2.8 Selbsthilfegruppen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Selbsthilfegruppen nennen.

2.1.2.9 Journeling

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Journeling nennen.

2.1.2.10 Biofeedback

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Ihnen bekannte Achtsamkeitstechnik Biofeedback nennen.

2.2 Erfahrungen während Studienteilnahme

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über Erfahrungen während der Kursteilnahme berichten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

2.2.1 Veränderte Wahrnehmung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie während der Kursteilnahme die Erfahrung gemacht haben, dass Sie eine bessere Wahrnehmung von sich und ihrer Umwelt gehabt haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.2 Entwicklung von Routinen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie die Erfahrung gemacht haben, dass der Kurs für die Entwicklung von Routinen vorteilhaft war.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.3 Gesteigertes Wohlbefinden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie während der Kursteilnahme ein gesteigertes Wohlbefinden empfunden haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.4 Neue Dinge kennengelernt

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen die Erfahrungen gemacht haben, dass Sie durch die Kursteilnahme neue Dinge in Bezug auf Achtsamkeit kennengelernt haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.5 Anfängliche Schwierigkeiten

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie anfänglich Schwierigkeiten hatten Achtsamkeit zu praktizieren und nicht beispielsweise in alte Muster zu verfallen.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.6 Achtsamkeit ist Prozess

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen die Erfahrung gemacht haben, dass die Fortschritte während der Kursteilnahme einen graduellen Prozess darstellen.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.7 Mehr Energie und Fokus

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie während der Kursteilnahme mehr Energie gespürt haben und sich besser fokussieren konnten.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.2.8 Übung ist notwendig

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie die Erfahrung gemacht haben, dass eine Übung notwendig ist um die Kursziele zu erreichen.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3 Erfahrrungen nach Kursteilnahme

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, welche Erfahrungen sie nach der Kursteilnahme gemacht haben.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3.1 Geänderte Einstellung seit Kursteilnahme

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie seit der Kursteilnahme eine geänderte Einstellung gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitspraxis haben beziehungsweise diese gleich geblieben ist.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3.1.1 Nein

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie seit der Kursteilnahme keine veränderte Einstellung gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitspraktiken haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3.1.2 Ja

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie seit der Kursteilnahme eine veränderte Einstellung gegenüber Achtsamkeit und Achtsamkeitspraktiken haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3.2 Kurs als Anreiz Fortführung Achtsamkeitspraxis

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass der Kurs als Anreiz für eine eigene Fortführung Achtsamkeitspraxis dient.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3.3 Unsicherheit ob das Richtige

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie sich nicht sicher sind, ob die Kursteilnahme das richtige ist.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.3.4 Mehr Ausgeglichenheit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie sich seit der Kursteilnahme ausgeglichener fühlen.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4 Auswirkungen von Unachtsamkeit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über die Folgen von Unachtsamkeit berichten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

2.4.1 Psychische Auswirkungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie psychische Auswirkungen verspüren, wenn Sie einen Tag unachtsam begehen oder begangen haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient somit der Strukturierung.

2.4.1.1 Zerstreutheit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund eines unachtsamen Lebensstils zerstreuter sind.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.1.2 Unzufriedenheit

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund eines unachtsamen Lebensstils ein Gefühl der Unzufriedenheit verspüren.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.1.3 Druckgefühl

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund eines unachtsamen Lebensstils ein Druckgefühl entwickeln.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.2 Körperliche Auswirkungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie körperliche Auswirkungen verspüren, wenn Sie einen Tag unachtsam begehen oder begangen haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient somit der Strukturierung.

2.4.2.1 Körperliche Erschöpfung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund eines unachtsamen Lebensstils eine körperliche Erschöpfung verspüren.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.2.2 Gewichtsabnahme

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie Gewicht verlieren, wenn Sie einen unachtsamen Lebensstil über längeren Zeitraum betreiben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.2.3 Reizmagen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund eines unachtsamen Lebensstils einen Reizmagen entwickeln.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.2.4 Erhöhter Puls

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund eines unachtsamen Lebensstils einen erhöhten Puls haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.4.3 Keine Auswirkungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie keine direkten Auswirkungen spüren, wenn Sie einen Tag unachtsam begehen oder begangen haben.
Diese Kategorie kann nur auf die Interventionsgruppe angewandt werden.

2.5 Bausteine achtsamer Tag

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Bausteine nennen, welche für Sie zu einem achtsamen Tag gehören könnten.
Es spielt hier primär keine Rolle, ob die genannten Bausteine, Elemente oder Techniken tatsächlich Achtsamkeitstechniken darstellen. Je nach Wissenstand definieren die Proband*innen den Begriff Achtsamkeit unterschiedlich.
Diese Kategorie wird nicht kodier, dient als der Strukturierung.

2.5.1 Meditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Meditation in verschiedenen Formen als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.1.1 Atemmeditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Atemmeditation als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.1.2 Mantra Meditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Teilnehmende darüber berichten eine Mantra Meditation in einen achtsamen Tag einbauen zu wollen.

2.5.1.3 Meditation (nicht näher bezeichnet)

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Teilnehmende darüber berichten eine Meditation in einen achtsamen Tag einbauen zu wollen. Die Teilnehmenden differenzieren hier aber nicht, welche Art der Meditation es ist.

2.5.1.4 Metameditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Teilnehmende darüber berichten eine Metameditation in einen achtsamen Tag einbauen zu wollen.

2.5.1.5 Bergmeditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Teilnehmende darüber berichten eine Bergmeditation in einen achtsamen Tag einbauen zu wollen.

2.5.1.6 Gehmeditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Gehmeditation als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.2 Bewusst Zeit nehmen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen das bewusste Zeit nehmen als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.3 Yoga

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Yoga als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.4 Achtsame Mahlzeiten

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen die achtsame Nahrungsaufnahme als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.5 Body Scan

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen ein Body Scan als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.6 Journaling

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Journaling als einen möglichen Baustein für einen achtsamen Tagesablauf nennen.

2.5.7 Szenariotechnik

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Baustein für einen achtsamen Tag eine Szenariontechnik angewandt wird. Zukünftige Aufgaben werden positiv belegt, um damit diese Aufgaben später positiv zu empfinden und diese positiv angehen zu können.

2.6 Potentielle Kursteilnahme [Kontrollgruppe]

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen sich über eine potentielle Kursteilnahme äußern.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also der Strukturierung.

2.6.1 Nein

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen sich keine Kursteilnahme vorstellen können.
Diese Kategorie kann nur auf die Kontrollgruppe angewandt werden.

2.6.2 Ja

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen sich eine Kursteilnahme vorstellen können.
Diese Kategorie kann nur auf die Kontrollgruppe angewandt werden.

3 Achtsamkeit im Medizinstudium

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über Achtsamkeit im Medizinstudium berichten.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

3.1 Ansätze für ein achtsameres Studium

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen Ansätze für ein achtsameres Medizinstudium nennen.
Diese Kategorie dient der Strukturierung, wird daher nicht kodiert.

3.1.1 Studium entzerren

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Möglichkeit für ein achtsameres Medizinstudium vorschlagen, das Studium zu entzerren

3.1.2 Angebote schaffen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Möglichkeit für ein achtsameres Medizinstudium vorschlagen, mehr Angebote zu schaffen, welche zur Stressreduktion dienen können.

3.1.3 Bewusstsein schaffen für Thematik

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Möglichkeit für ein achtsameres Medizinstudium vorschlagen, mehr Bewusstsein für das Thema zu schaffen.

3.1.4 Onlinevorlesungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Möglichkeit für ein achtsameres Medizinstudium vorschlagen, das während des Studiums mehr Onlinevorlesungen gehalten werden.

3.1.5 Pflichtveranstaltungen für alle Studenten

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Möglichkeit für ein achtsameres Medizinstudium vorschlagen, dass Pflichtveranstaltungen geschaffen werden müssen, welche Achtsamkeit als Thema haben.

3.1.6 Mehr Transparenz

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als Möglichkeit für ein achtsameres Medizinstudium vorschlagen, dass bei Lernzielen mehr Transparenz herrscht.

3.2 Herausforderungen bei Umsetzung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen über die Probleme bei der Umsetzung eines achtsameren Medizinstudiums berichten.
Diese Kategorie dient der Strukturierung, wird somit nicht kodiert.

3.2.1 Zeit

Medizinstudierende geben an, dass zu knapp bemessene Zeit ein Problem für Sie ist achtsam im Medizinstudium zu sein und weniger Stress zu haben.

3.2.2 Priorisierung Lernstoff

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als mögliche Probleme bei der Umsetzung eines achtsameren Medizinstudiums angeben, dass die Priorisierung auf den Lernstoff ein Hindernis darstellt.

3.2.3 Fehlende Angebote und Aufklärung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als mögliche Probleme bei der Umsetzung eines achtsameren Medizinstudiums angeben, dass das fehlende Angebot und die fehlende Aufklärung ein Hindernis darstellen.

3.2.4 Achtsamkeit nicht erzwingbar

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als mögliches Problem bei der Umsetzung eines achtsameren Medizinstudiums angeben, dass Achtsamkeit nicht erzwingbar ist.

3.2.5 Verändertes Stressniveau

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als mögliches Problem bei der Umsetzung eines achtsameren Medizinstudiums angeben, dass durch ein verändertes Stressniveau während des Studiums ein Hinderungsgrund ist.

3.2.6 Zwang unachtsam zu sein

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen als mögliches Problem bei der Umsetzung eines achtsameren Medizinstudiums angeben, dass der Zwang unachtsam zu sein ein Hindernis darstellt.

4 Umgang mit Prüfungen im achtsamen Kontext

In diese Kategorie fallen Aussagen, welche Aufschluss über den Umgang der Proband*innen mit Prüfungen und Prüfungsangst geben.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, sondern dient allein als strukturierendes Element.

4.1 Allgemeine Reaktionen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen darüber berichten, wie Sie auf eine bevorstehende Prüfung reagieren.
Diese Kategorie dient der Strukturierung und wird nicht kodiert.

4.1.1 Stress

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie in einer Form Stress empfinden, wenn Sie sich mit einer Prüfung auseinandersetzen müssen.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

4.1.1.1 Beklemmende Gefühle

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen darüber berichten, dass Sie beklemmende Gefühle haben, wenn eine Prüfung bevorsteht.

4.1.1.2 Zunehmender Stress mit näher rückender Prüfung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass der empfundene Stress mit dem Näherrücken der Prüfung zunimmt.

4.1.1.3 Stress wird früh wahrgenommen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie den Stress bei einer bevorstehenden Prüfung früh wahrnehmen.

4.1.2 Strukturiertheit und Konzentration auf Prüfungsstoff

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen in Ihrer Prüfungsvorbereitung strukturiert vorgehen. Es wird sich hauptsächlich auf den Prüfungsrelevanten Stoff konzentriert.

4.1.3 Körperliche Symptome

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben vor Prüfungen oder allgemein in Ihrer Prüfungsvorbereitung körperliche Stresssymptome zu entwickeln.

4.1.3.1 Verdauungsproblematik

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben Verdauungsprobleme zu entwickeln aufgrund einer bevorstehenden Prüfung.

4.1.3.2 Albträume/Schlechter Schlaf

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund einer bevorstehenden Prüfung Probleme mit ihrem Schlaf bekommen.

4.1.3.3 Beschleunigter Puls

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie einen beschleunigten Puls entwickeln aufgrund einer bevorstehenden Prüfung.

4.1.3.4 Nägelkauen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie aufgrund einer bevorstehenden Prüfung beginnen mit den Nägeln zu kauen oder daran zu zupfen.

4.1.4 Entspannter Umgang

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie einen entspannten Umgang mit Prüfungen und dem damit verbundenen Stress haben.

4.2 Letzter Tag vor der Prüfung

Wie begehen Proband*innen den letzten Tag vor einer Prüfung.

4.2.1 Selbstfürsorge

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen darüber berichten, dass Sie sich am Tag vor einer anstehenden Prüfung sich selbst etwas Gutes tun und damit eine Form der Selbstfürsorge betreiben.

4.2.1.1 Gutes Essen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung etwas gutes zu essen machen.

4.2.1.2 Austausch mit Freunden/Kommilitonen/Familie

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung den Austausch mit Freunden und Kommilitonen suchen.

4.2.1.3 Sport

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung Sport zur Entspannung betreiben.

4.2.1.4 Früh ins Bett

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung früh in das Bett gehen.

4.2.1.5 Film schauen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung einen Film schauen um sich zu beruhigen.

4.2.1.6 Beruhigende Lieder

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung Lieder zur Beruhigung hören.

4.2.1.7 Meditation

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung zur Beruhigung meditieren.

4.2.1.8 Freizeit, wenn Lernstoff geschafft

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie sich am Tag vor der Prüfung bewusst Freizeit nehmen, wenn der Lernstoff geschafft ist.

4.2.2 Lernen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie am Tag vor der Prüfung noch Lernen.

4.3 Momente vor der Prüfung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben was Sie wenige Momente vor einer Prüfung tun.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

4.3.1 Kontakt mit Kommilitonen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Probanden angeben, ob Sie vor einer Prüfung Kontakt zu Ihren Mitstudierenden suchen oder nicht.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

4.3.1.1 Keinen Kontakt zu Mitstudierenden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, kurz vor der Prüfung keinen Kontakt zu Mitstudierenden zu haben.

4.3.1.2 Prüfungsrelevante Gespräche

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie kurz vor einer anstehenden Prüfung prüfungsrelevante Themen mit Ihren Mitstudierenden besprechen.

4.3.1.3 keine Prüfungsrelevanten Gespräche kurz vor Prüfung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie kurz vor einer Prüfung keine Prüfungsrelevanten Gespräche mit ihren Mitstudierenden führen.

4.3.2 Selbstfürsorge

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen berichten, dass Sie kurz vor der anstehenden Prüfung in irgend einer Form Selbstfürsorge betreiben
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

4.3.2.1 Beruhigende Lieder

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie kurz vor Prüfungen bestimmte Lieder hören um sich zu beruhigen.

4.3.2.2 Sich selbst gut zureden

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie sich kurz vor einer Prüfung selbst gut zureden.

4.3.3 Gefühl es hinter sich haben zu wollen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie kurz vor der Prüfung diese einfach nur noch hinter sich bringen wollen, um einen Abschluss der Situation zu haben.

4.3.4 Konzentration auf Lernstoff

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen sich kurz vor der Prüfung nochmals auf den Prüfungsstoff konzentrieren.

4.3.5 Aufgeregtheit/Angstgefühle

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben kurz vor einer Prüfung eine Gefühl der Aufregung und Angst zu verspüren.

4.3.6 Auf WC gehen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben kurz vor einer Prüfung nochmals auf das WC zu müssen.

4.4 Veränderung des Prüfungsstressniveaus

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen darüber berichten, ob sich der Prüfungsstress seit dem Beginn des Medizinstudiums verschlimmert hat.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also der Strukturierung.

4.4.1 Prüfungsstress gleich wie vor Studium

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie keine Zunahme des Prüfungsstresses empfinden seit Sie Medizin studieren.

4.4.2 Prüfungsstress schwächer seit Studium

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass weniger Prüfungsstress empfinden, seit sie Medizin studieren.

4.4.3 Prüfungsstress stärker seit Studium

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie seit Sie Medizin studieren mehr Prüfungsstress empfinden.

4.4.4 Gewöhnungseffekt

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie einen Gewöhnungseffekt bemerken mit zunehmender Anzahl an Prüfungen.

4.5 Rituale vor Prüfungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, ob sie Rituale vor der Prüfung haben oder nicht.

4.5.1 Ja

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Probanden darüber berichten, dass Sie Rituale vor einer Prüfung haben.

4.5.2 Nein

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Probanden darüber berichten, dass Sie keine Rituale vor einer Prüfung haben.

4.6 Achtsamer Umgang mit Prüfungen

Wie geht der Proband achtsam mit Prüfungen oder der Prüfungsvorbereitung um.

4.6.1 Achtsamkeit in Prüfungsvorbereitung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass sie in Ihre Prüfungsvorbereitung Achtsamkeit oder Achtsamkeitstechniken einbauen.

4.6.2 Keine Achtsamkeit in Prüfungsvorbereitung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Sie nicht bewusst Achtsamkeit in Ihre Prüfungsvorbereitung einbauen.

4.7 Auslöser/Gründe für Prüfungsangst

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen berichten, welche Gründe oder Auslöser Sie für Prüfungsangst verantwortlich machen.
Diese Kategorie wird nicht kodiert, dient also nur der Strukturierung.

4.7.1 Versagensangst

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Versagensangst beziehungsweise die Angst vor den Konsequenzen einer nicht bestanden Prüfung für Prüfungsangst verantwortlich sind.

4.7.2 Eigene Erwartungen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass eigenen Erwartungen die teils überzogen sind für Prüfungsangst verantwortlich sind.

4.7.3 Erwartungen von Außen

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass Erwartungen von Außen für Prüfungsangst verantwortlich sind.

4.7.4 Große Stoffmenge

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass die große Stoffmenge für Prüfungsangst verantwortlich ist.

4.7.5 Konkurrenz/Vergleiche

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass die Konkurrenz beziehungsweise Vergleiche mit anderen Mitstudierenden für Prüfungsangst verantwortlich ist.

4.7.6 Unvorhersagbarkeit der Prüfung

Diese Kategorie wird vergeben, wenn Proband*innen angeben, dass die Unvorhersagbarkeit einer Prüfung für Prüfungsangst verantwortlich ist. Man weiß nicht genau, was in der Prüfung abgefragt wird und wird dadurch verunsichert.

G: Berechnung Interkoderübereinstimmung

		Person 1		
		1	**0**	
Person 2	**1**	a = 246	b = 50	296
	0	c = 70	0	70
		316	50	366

P(observed) = Po = a / (a + b + c) = 0.67

P(chance) = Pc = 1 / Anzahl der Kodes = 1 / 99 = 0.01

Kappa = (Po - Pc) / (1 - Pc) = 0.67

Bei ungleicher Anzahl an Kodes pro Segment oder bei Auswertung eines Kodes allein:

P(chance) = Pc = Anzahl der Kodes / (Anzahl der Kodes + 1)^2 = 0.01

Kappa = (Po - Pc) / (1 - Pc) = 0.67

H: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

Die im folgenden festgelegten Regeln finden Anwendung bei der Verschriftlichung der Audiodateien im Rahmen der Dissertation „Achtsamkeit bei Medizinstudierenden – eine qualitative Interviewstudie“. Die Regeln sind an Kuckartz[1], Mayring[2] und Dresing & Pehl[3] angelehnt:

- Die Transkription findet in normalem Schriftdeutsch statt (Dialektische Färbungen werden ins Hochdeutsche übersetzt und geglättet, dabei darf der Inhalt des gesprochenen nicht verändert werden).
- Es wird wörtlich transkribiert. Wiederholungen und Füllwörter können weggelassen werden, wenn die Lesbarkeit davon profitiert und kein Informationsinhalt verloren geht.
- Jeder Sprecherwechsel wird durch einen Absatz und eine darauffolgende leere Zeile gekennzeichnet.
- Vor den jeweiligen Sprecher wird eine Zeitmarke eingefügt im folgenden Format: [hh.mm.ss]. Beispiel: Interviewminute 23 und 15 Sekunden: [00.23.15]
- Der Interviewer wird durch „I“ gekennzeichnet
- Die Interviewte Person wird mit dem zugehörigen Pseudonym gekennzeichnet z.B. SYAND0, UTJOF1. Dahinter folgt ein Doppelpunkt und ein Absatz. Es folgt der transkribierte gesprochene Text der jeweiligen Person.
- Wird in der Audiodatei der Name der interviewten Person erwähnt wird dieser nicht transkribiert, sondern nur (Probandenname) geschrieben.
- Lacht eine Teilnehmende Person während des Interviews wird (lacht) transkribiert.
- Längere Pausen werden mit (...) transkribiert.
- Unvollendete Halbsätze werden mit „/“ transkribiert.
- Unverständliche Passagen werden mit (unv.) transkribiert.
- Die einzelnen Zeilen werden laufend durchnummeriert.
- Um dem Datenschutz gerecht zu werden, müssen die Audiodateien nach der Transkription gelöscht werden.
- Die Text-Datei wird als .docx-Dateiformat gespeichert. Dabei werden die Dateien wie folgt benannt: Transkript_Synonym_Datum.docx. Beispiel: Transkript_PEULKÖ_19102022.docx.

[1]Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2020): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer VS (Springer eBook Collection).

[2]Mayring, Philipp (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Neuausgabe. Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG (Beltz Pädagogik).

[3]Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 2. Aufl. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

I: Plan MBSR-Kurs Early Bird

Inhalt wurde aus Gründen des Urheberrechts / Datenschutzes entfernt

Inhalt wurde aus Gründen des Urheberrechts / Datenschutzes entfernt

Inhalt wurde aus Gründen des Urheberrechts / Datenschutzes entfernt

Inhalt wurde aus Gründen des Urheberrechts / Datenschutzes entfernt

8 Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	David Matthias Rampf
Geburtsjahr	1990
Geburtsort	Aalen

Schulbildung

2008 – 2011	Berufliches Gymnasium (EG), Edith-Stein-Schule, Ravensburg
2002 – 2008	Realschule St. Konrad, Ravensburg
1998 – 2002	Grund- und Hauptschule St. Konrad, Ravensburg

Ausbildung und Studium

2020 - derzeit	Angestellter Zahnarzt in der Gemeinschaftspraxis Dres. Mündel in Weingarten
2019 - 2020	Angestellter Zahnarzt in der Gemeinschaftspraxis Dres. Wiech in Wangen i.A.
2013 - 2018	Studium der Zahnmedizin an der Universität Ulm - Vorphysikum 2014 - Physikum 2015 - Examen 2018
2012 - 2013	Beginn einer Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in der Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben
2011 - 2012	Beginn eines Studiums der Biochemie an der Eberhard Karls Universität Tübingen (2 Semester)

_____

David Matthias Rampf