

Abschlussbericht

Evaluation des Forums zur psychischen Gesundheit
für Studierende

„Psychisch fit studieren“ im Setting Hochschule
ausgehend von den Zielen des § 20a SGB V und des
Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes

Team:

Maria Koschig, M.Sc.-Psych. (Wiss. Mitarbeiterin)

Dr. phil. Ines Conrad (Arbeitsgruppenleiterin)

Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller, MPH (Institutsdirektorin)

Projektleitung:

Dr. phil. Ines Conrad

Telefon 0341 97-24336

Telefax 0341 97-24569

Ines.Conrad@medizin.uni-leipzig.de

Universität Leipzig, Medizinische Fakultät

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)

Philipp-Rosenthal-Str. 55

04103 Leipzig

Das Projekt wurde gefördert von der BARMER.

Hinweis: Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form subsummiert wurden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Zusammenfassung der wesentlichsten Ergebnisse	5
3. Wissenschaftlicher Hintergrund	7
4. Methode	13
4.1 Zentrale Ziele	13
4.2 Aspekte der Untersuchung.....	13
4.3 Untersuchungsdesign	13
4.4 Quantitative Erhebung	14
4.5 Qualitative Erhebung.....	16
4.6 Stichprobenbeschreibung	17
5. Ergebnisse.....	19
5.1 Quantitative Befragungsergebnisse	19
5.2 Qualitative Befragungsergebnisse.....	38
6. Zusammenfassung und Fazit	43
7. Nachhaltigkeit & Veröffentlichungen.....	46
Literaturverzeichnis.....	48
Anhang	52
Teil A Fragebogen	53
Teil B Fokusgruppenleitfaden.....	60
Teil C Qualitative Datenanalyse - Kategoriensystem.....	63

1. Einleitung

Die psychische Gesundheit von Studierenden stand in den letzten Jahren in einer Reihe von Erhebungen im Mittelpunkt. Sowohl Forschungseinrichtungen als auch das Deutsche Studentenwerk und verschiedene Krankenkassen haben sich mit diesem Thema beschäftigt. Die Ergebnisse zeigen, dass Studienanfänger mit diversen Herausforderungen innerhalb der Umbruchsphase Schule - Studium konfrontiert sind und enorme Anpassungs- und Reifungsleistung bewältigen müssen. Das kann mit psychischen Belastungssituationen – gerade bei Studienanfängern, aber auch im Verlauf des Studiums – einhergehen. Zudem gibt es eine Reihe von Studierenden, die bereits vor dem Studium psychische Probleme oder auch psychische Erkrankungen hatten. Für diese Gruppe sollte es Anlaufpunkte in den Hochschulen zur Unterstützung geben – sowohl auf universeller (Angebote an Gruppen ohne vorherige Risikoidentifikation) als auch auf selektiver Präventionsebene (Angebote an Gruppen mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko).

Das vom Leipziger Verein Irrsinnig Menschlich e.V. entwickelte Forum „Psychisch fit studieren“ will Studierende, Lehrkräfte und Beratungseinrichtungen der Hochschule ansprechen und zusammenbringen, um Studierende für Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt der psychischen Gesundheit zu sensibilisieren. Das niederschwellige ca. 90-120 Minuten dauernde hörsaaltaugliche Format wird vorrangig während der Einführungswochen an den Hochschulen angeboten. Das Forum informiert, klärt auf und schafft Begegnung mit Menschen der stigmatisierten Gruppe, d.h. mit ehemaligen Studierenden, die während des Studiums mit psychischen Beeinträchtigungen zu kämpfen hatten. Der Verein strebt hierbei eine Beteiligung regionaler Akteure an, wie psychosoziale Beratungsstellen der Studentenwerke, Hochschulbeauftragte und lokale Hilfsangebote etc. Ziel ist es, psychische Krisen zur Sprache zu bringen, Ängste und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen zu hinterfragen und die Studierenden zu bestärken (Empowerment), sich bei psychischen Krisen rechtzeitig Hilfe zu holen. Darüber hinaus soll auch die gesamte Hochschule angeregt werden, ein Klima zu schaffen, in dem es selbstverständlich ist, sich über psychische Krisen auszutauschen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen (Verein Irrsinnig Menschlich e.V. 2017).

Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation des Forums zur psychischen Gesundheit für Studierende „Psychisch fit studieren“ im Setting Hochschule. Die Evaluierung erfolgte sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene. So wurden u.a. die Einstellungen der Teilnehmer des Forums zu psychisch erkrankten Menschen erfasst, aber auch persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen, Hilfesuchverhalten und Kenntnisse zu Hilfsangeboten im Hochschulsetting. Darüber hinaus diskutierten im Rahmen einer Fokusgruppe Entscheider und Experten aus dem Hochschulbereich zum Thema Prävention psychischer Erkrankungen bei Studierenden.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Präventionsbedarf groß und das Thema Prävention an der Hochschule erwünscht ist. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass das Forum eine geeignete Möglichkeit darstellt, diesem Interesse zu begegnen. Im Sinne einer Weiterentwicklung und

Verstetigung könnte das Forum noch stärker auf Studienanfänger und Studienfortgeschrittene zugeschnitten werden. Zusätzlich wäre es ratsam, den veranschlagten Zeitrahmen auszudehnen.

2. Zusammenfassung der wesentlichsten Ergebnisse

Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen ist für deren Implementierung und Verbreitung unabdingbar. Ziel der geplanten Untersuchung war die Evaluation des Forums zur psychischen Gesundheit für Studierende „Psychisch fit studieren“ – das vom Leipziger Verein „Irrsinnig Menschlich“ entwickelt und implementiert wurde – im Setting Hochschule i.S. der Zielsetzungen des § 20a SGB V und des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes.

Die Evaluation wurde mittels quantitativer und qualitativer Methoden sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der strukturellen Ebene durchgeführt: Neben einem generellen Feedback zur Veranstaltung wurden die Studierenden, die am o.g. Forum teilnahmen, zum Thema „Psychische Gesundheit“ befragt. Neben Einstellungen/Wissen wurde außerdem das Hilfesuchverhalten (Verhaltenspräferenzen) erfasst. Auf der strukturellen Ebene (Verhältnisprävention) wurden Entscheider und Experten an den Universitäten i.S. eines partizipativen Forschungsansatzes i.R. von beteiligungsorientierten Methoden (Fokusgruppe) befragt. Die Evaluation erfolgte an 15 Hochschulen bundesweit.

Die Ergebnisse zeigen, dass in der jungen Stichprobe (Durchschnittsalter 24 Jahre) von überwiegend weiblichen Studienanfängerinnen (ca. 75%) nahezu alle bereits mit dem Thema psychische Krisen in Kontakt gekommen sind. Fast alle haben schon etwas darüber gehört oder gelesen, 91% kennen jemanden, der psychisch krank ist oder war. Die Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen ist insgesamt als aufgeschlossen zu bewerten. Der Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber einem potenziell psychisch kranken Kommilitonen war sehr gering ausgeprägt. Auch stereotype Vorstellungen wie „Wenn jemand psychisch erkrankt ist, ist er meist selbst dran schuld.“ waren sehr schwach verbreitet.

Obwohl die Einstellungen bezüglich psychisch erkrankter Menschen bereits überwiegend positiv waren, gab mehr als die Hälfte der Stichprobe an, dass das Forum „Psychisch fit studieren“ ihre Einstellung nochmals positiv verändert und Bedenken bzgl. psychischer Krisen abgebaut hätte. Informationsgewinn bestand für die Studierenden vor allem im Wissen über Beratungsstellen vor Ort, verschiedene psychische Erkrankungen und Lösungswege aus der Krise.

Die bisherige Erfahrung mit Phasen depressiver Verstimmung zeigte deutlich, dass es sich bei den Studienanfängern und insgesamt bei Studierenden um eine Subgruppe handelt, für die ein verstärktes Präventionsinteresse bestehen sollte. Über die Hälfte wurde positiv gescreent, bereits einmal im bisherigen Leben an einer depressiven Episode erkrankt zu sein.

Das Forum „Psychisch fit studieren“ wurde von fast allen Teilnehmern gut bis sehr gut bewertet. Zwei Drittel hoben die vermittelten Lösungswege als hilfreich bis sehr hilfreich hervor. Kritikpunkte bzw. Angaben über fehlende Inhalte bezogen sich ausschließlich auf den Wunsch nach mehr Details (z.B. zu Krankheitsbildern, zu einzelnen Beratungsstellen & Institutionen, zu Medikamenten). Es wurde mehrfach der Wunsch niedergeschrieben, das

Forum bezüglich Inhalt und Zeit umfangreicher anzubieten. Nahezu alle Teilnehmer würden das Forum „Psychisch fit studieren“ weiterempfehlen. Besonders gelobt wurden die offene Gesprächsatmosphäre und die Berichte von persönlich Betroffenen.

Die qualitative Erhebung auf der strukturellen Ebene ergänzte die quantitativen Ergebnisse und zeigte noch einmal deutlich den Wunsch nach einer Hochschulkultur auf, die sich dem Thema psychische Krisen und Prävention bei Studierenden und Angestellten widmet. Einige Versorgungsangebote für Betroffene konnten bereits eingerichtet werden, agierten jedoch teilweise nebeneinander her und seien zu wenig vernetzt. Es wurde von allen Teilnehmern der qualitativen Erhebung angeregt, einzelne Akteure „an einen Tisch zu bringen“. Insgesamt wurde von einem sehr langsamen Wandel hin zu einer präventiv-orientierten Hochschulkultur berichtet. Prävention an der Hochschule beziehe sich aktuell verstärkt auf Studierende mit körperlichen Beeinträchtigungen und weniger auf psychische Erkrankungen und allgemeine Gesundheitsziele für Studierende und Mitarbeiter (siehe Exkurs Inklusionsplan, S. 11). Zudem gäbe es kaum Förderung für Präventionsprogramme und diese sei stark davon abhängig, ob die jeweilige Leitungsebene einer Fakultät der Thematik Prävention Aufmerksamkeit schenke.

3. Wissenschaftlicher Hintergrund

Depression ist bei Kindern und Heranwachsenden, auch aus der Public Health-Perspektive betrachtet, ein relevantes Problem: Die Prävalenz von Depression im Kindesalter liegt bei durchschnittlich 5,4 % (95 % KI: 4,3–6,6) (Ravens-Sieberer et al. 2007), für Heranwachsende in der Alterskohorte 18-29 Jahre bei 9,9% (95% KI: 7,8-12,3) (Busch et al. 2013). Betroffene Heranwachsende haben zudem hohe Rückfallraten, weniger Erfolg im psychosozialen und akademischen Bereich und ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Erkrankungen (Birmaher et al. 1996; Maughan et al. 2013). Im Rahmen einer großen Erhebung von 12.395 Heranwachsenden zwischen 14 und 16 Jahren in 11 europäischen Ländern findet sich das subklinische depressive Syndrom bei 29,2%; eine manifeste Depression kam in der Kohorte bei 10,5% vor (Balázs et al. 2013).

Insgesamt zeigen 21,9 % (95 % KI: 19,9–24,0) aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al. 2007). Zudem gibt es einen Anstieg von Depressions-Inzidenzraten im jungen Erwachsenenalter (Busch et al. 2013; Rohde et al. 2009) und um das 18. Lebensjahr herum. Mindestens einer von vier Heranwachsenden litt bereits unter einer depressiven Episode (Clarke et al. 2001; Lewinsohn et al. 1993). Viele Erwachsene mit einer rezidivierenden depressiven Störung hatten ihre erste depressive Episode im Teenageralter (Pine et al. 1998). Das Alter bei Auftreten erster depressiver Symptome unterscheidet sich vom Alter der ersten klinischen Diagnose: So geben 50 % der Personen, die jemals in ihrem Leben an einer Major Depression erkrankt sind, ihren Erkrankungsbeginn um das 26. Lebensalter herum an; ihre erste Diagnose erhielten sie jedoch erst um das 39. Lebensjahr herum (Mrazek und Haggerty 2010). Das bedeutet, dass viele Personen, die später eine Major Depression entwickeln, bereits über mehrere Jahre an subklinischen depressiven Symptomen gelitten haben. Während dieser Zeit (zumeist im jungen Erwachsenenalter) bieten sich präventive Maßnahmen an, das Depressionsrisiko zu senken.

Es gibt umfangreiche Belege aus Metaanalysen von randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs), die zeigen, dass Interventionen zur Depressionsprävention im Kindes- und Jugendalter wirksam sind und die Kennwerte in Hinblick auf die numbers needed to treat to benefit (NNTB = 11) sich sehr gut mit anderen Public Health-Interventionen vergleichen lassen (Hetrick et al. 2015). Die meisten Studien zur Prävention von Depression wurden bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt (Mendelson und Eaton 2018). Eine umfangreiche Metaanalyse stammt von Merry et al. (2011). Ihre Analyse über 53 Interventionsstudien hinweg zeigt, dass das Depressionsrisiko nach einer präventiven Maßnahme 9 % geringer war im Vergleich zur Kontrollgruppe (95 % Konfidenzintervall [KI] = -0,14 - -0,05). Dieser signifikante Unterschied bestand auch noch nach 3, nach 9 sowie nach 12 Monaten. Sowohl zielgruppenorientierte (indiziert und selektiv) als auch universelle Präventionen können depressive Erkrankungen statistisch bedeutsam reduzieren. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Prinzipien liegen dem Großteil der Interventionen in der Metaanalyse von Merry et al. (2011) zugrunde. Dazu gehört z.B. die verstärkte Involvierung in positive Aktivitäten zur Verbesserung der Stimmung und die Einsicht in die Auswirkungen

dysfunktionaler Gedanken auf die Stimmung und wie diese verändert werden können. Die Metaanalyse zeigte auch einen kleinen, aber signifikanten Effekt präventiver Maßnahmen bei der Reduktion depressiver Symptome (standardisierte Mittelwertsdifferenz [SMD] = 0.20). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mithilfe von Präventionsmaßnahmen (universell, selektiv und indiziert) dem Beginn einer depressiven Erkrankung vorgebeugt werden kann.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfs- und präventiven Angeboten sowie die Etablierung von gemeindebasierten Angeboten hat das Stigma psychischer Störungen. Stigmatisierung ist nach Link und Phelan (2006) ein Prozess, in dem ein bestimmtes Merkmal, z. B. eine psychische Krankheit, dazu führt, dass Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden. Stigmatisierung droht nicht nur im Kontakt zwischen Menschen (öffentliches Stigma), sondern zeigt sich auch in diskriminierenden Strukturen und Regeln (strukturelles Stigma). Schließlich kann es zur Selbststigmatisierung kommen, wenn eine Person sich mit der eigenen psychischen Krankheit und mit vorherrschenden negativen Stereotypen auseinandersetzen muss (Corrigan et al. 2009). Das Stigma psychischer Störungen hat Trendstudien zufolge in den letzten Jahrzehnten trotz zahlreicher Initiativen nicht abgenommen (Angermeyer et al. 2013; Schomerus et al. 2012). Eine systematische Übersichtsarbeit zu Anti-Stigma-Interventionen zeigte, dass zielgruppenspezifische Interventionen vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie edukative Elemente mit Kontakt zu Betroffenen kombinieren (Thornicroft et al. 2016). Bevölkerungsweite Interventionen (z.B. Öffentlichkeitskampagnen) sind teuer. Sie können kurzzeitige positive Einstellungsveränderungen bewirken. Interventionsmöglichkeiten zur Reduktion struktureller Benachteiligung sind zum Beispiel Medienleitfäden für eine nicht-stigmatisierende Berichterstattung (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 23.05.2013). Zudem gibt es eine Reihe von Interventionen, die das subjektive Stigma-Erleben und die Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten adressieren (Rüsch und Xu 2017).

Risikogruppe Studienanfänger

Studienanfänger stellen eine besondere Subgruppe dar, die mit diversen Herausforderungen innerhalb einer Umbruchsituation konfrontiert sind. Vor dem Hintergrund ihres jungen Lebensalters haben sie enorme Anpassungs- und Reifungsleistungen zu erbringen; größtenteils müssen diese jungen Menschen erstmals in ihrem Leben allein zurechtkommen und für sich sorgen. Der Studienbeginn hat für viele auch einen Ortswechsel und dementsprechend eine Um- und Neugestaltung des sozialen Beziehungsnetzes zur Folge (Ruberman 2014). Hinzu kommen die Hürden des Studiums und dieser z.T. neuen Art sich fortzubilden: Selbststudium, eigene Lernziele setzen, neue Methoden der Wissensüberprüfung. Mehrheitlich ist auch die Lernfrequenz zu erhöhen. Die Techniker Krankenkasse brachte 2015 einen Gesundheitsreport zu Studierenden heraus. Sie ermittelten, dass 6,4% der Studenten die Kriterien einer F32-Diagnose nach ICD-10 erfüllen. Gleichaltrige hingegen, die sich auf dem ersten Arbeitsmarkt oder in einer Berufsausbildung

befinden, erfüllten in nur 5,8% der Fälle die F32-Kriterien (Techniker Krankenkasse 2015). Die Barmer veröffentlichte ein Jahr später ebenfalls Zahlen zur Gesundheit von Studierenden. Hier zeigte sich, dass 10 Jahre zuvor jeder Zwanzigste Student eine depressive Störung aufwies; 10 Jahre später jedoch fast jeder Zehnte. Die Analysen bezogen sich auf die Alterskohorte der 18- bis 25-Jährigen (BARMER 2016).

Bruffaerts et al. (2018) untersuchten den Zusammenhang zwischen dem psychischen Gesundheitszustand von Studierenden und ihrer Studienleistung. Sie ermittelten, dass ein Drittel der Studierenden Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit bzw. mit psychischen Krisen haben. Wenn diese Probleme über einen längeren Zeitraum bestehen blieben, verschlechterte sich darunter auch die Studienleistung. Zudem konnte die Arbeitsgruppe von Baumann et al. (2014) einen positiven Zusammenhang zwischen der Lebensqualität von Studierenden und deren Leistung im Studium aufzeigen. Studienleistung umfasst u.a. die Konstrukte kritisches Denken, Problemlösen und Teamarbeit.

Die Mehrfachbelastung von Studierenden ist in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt; zumal sich auch ein Trend in Richtung Primär- und Sekundärprävention abzeichnet. Es werden immer mehr Präventionsprogramme für junge Menschen entwickelt, vorerst im Setting Schule, nun auch verstärkt im Setting Hochschule.

Präventionsprogramme für Studierende – Ansatzpunkte

Wie kann verhindert werden, dass sich bei Studierenden aus einer psychischen Belastungssituation eine psychische Erkrankung entwickelt? Eine Reihe von Ergebnissen zeigen, dass ein herabgesetztes Hilfesuchverhalten mit einer schlechteren Studienleistung zusammenhängt (Barbosa et al. 2016; Baumann et al. 2014; Bohon et al. 2016; Dyrbye et al. 2015; Eisenberg et al. 2007; Wimsatt et al. 2015). Demnach besteht – im Sinne einer universellen und selektiven Prävention – die Möglichkeit, bei Studierenden Barrieren von Hilfesuchverhalten abzubauen und dieses zu fördern, um den Zugangsweg zu Behandlern und Experten zu verkürzen. Neben der reinen Informationsvermittlung über erste Anlaufstellen in der Region und Selbsthilfestrategien, spielt auch der Abbau von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung eine große Rolle. Bohon und Kollegen (2016) untersuchten Einstellungen, soziale Regeln und Verhaltensweisen hinsichtlich des Aufsuchens von Gesundheitszentren auf dem Campus und einhergehenden Barrieren der Studierenden. Studierende mit positiveren Einstellungen gegenüber Selbstfürsorge waren eher bereit Gesundheitszentren in Anspruch zu nehmen. Wimsatt und Kollegen (2015) untersuchten Zusammenhänge von Depression und Stigmatisierung bei Studierenden. Sie sahen in dieser Subgruppe nichtbehandelte depressive Symptome als großen Risikofaktor für Manifestierung und Chronifizierung einer Depression. Mittels eines 27-Item-Fragebogens mit stigmabezogenen Selbstaussagen untersuchten sie bestehende Depressionsstigma und die Wahrnehmung der eigenen Leistung. Studierende mit höheren Depressionswerten tendierten stärker in Richtung Selbststigmatisierung. Ein typisches Depressionsstigma in der Subgruppe der Studierenden bestand aus der Assoziation mit persönlicher Schwäche, aus der Erwartungshaltung professionell diskriminiert zu werden und aus der Sorge öffentlich abgewertet zu werden.

Es existieren vereinzelt Anti-Stigma-Trainings für Studierende. Telles-Correia et al. (2015) konfrontierten Medizinstudenten mit dem Thema psychische Krisen und konnten dysfunktionale Einstellungen verbessern. Zwei weitere Forschergruppen nutzten Dokumentarfilme und Kontakt zu fachlichen Experten aus entsprechenden Anlaufstellen und Gesundheitszentren. Sie führten dies in das gängige Curriculum ein und konnten Stigmatisierungen verringern (Slavin et al. 2014; Vila-Badia et al. 2016).

Vorstellung einzelner Akteure im Rahmen der Prävention psychischer Störungen bei Studierenden

Bundesweit existiert bereits eine Reihe von Einrichtungen und Anlaufpunkten an Universitäten und Hochschulen für Studierende, die im Falle einer psychischen Krise oder Belastungssituation Hilfe benötigen. Eine Auswahl dieser Akteure soll exemplarisch für den Standort Leipzig nachfolgend kurz dargestellt werden.

Zentrale Studienberatung

Die zentrale Studienberatung ist eine wichtige Anlaufstelle für Studieninteressierte, Studierende, Eltern, Schulen und andere Bildungs- und Beratungseinrichtungen sowie Unternehmen und Organisationen. Sie bietet eine vertrauliche, ergebnisoffene und unabhängige Beratung in allen Fragen zu Wegen ins Studium, der Gestaltung des Studiums und des Übergangs ins Berufsleben. Hierbei arbeitet die zentrale Studienberatung eng mit den Studienfachberatern, den Studienbüros, den Mentoren, der Psychologischen Beratung, dem Akademischen Auslandsamt, der Wissenschaftlichen Weiterbildung und dem Studentensekretariat sowie mit dem Studentenwerk zusammen. Rund um die Gestaltung des Studiums wird u.a. zum Studieren in besonderen Lebenssituationen, Studienzweifeln und Abbruchgedanken beraten. Neben den Angeboten der Psychosozialen Beratung beim Studentenwerk kann bei der Zentralen Studienberatung in Kooperation mit dem Zentrum für Lehrerbildung und Schulforschung (ZLS) eine Psychologische Erstberatung für Studierende aller Studiengänge sowie Promovierende in Anspruch genommen werden. Hierbei handelt es sich um eine kostenlose Einzelberatung zu persönlichen Schwierigkeiten im Studium wie Umgang mit Stress und Überforderung, emotionale Krisen oder Motivations-, Orientierungs- und Entscheidungsprobleme und deren Auswirkungen auf die Studienkompetenz. (Quelle: <https://www.uni-leipzig.de/studium/angebot/studienberatung/unsere-angebote.html>)

Studentenwerk mit Sozialberatung

Die Sozialberatung des Studentenwerks ist Anlaufstelle für alle Studierenden bei Fragen zu Studium, Finanzierung und Familie. Kompetente Ansprechpartner bieten eine individuelle, kostenlose und anonyme Beratung zu Themen wie Studium mit Beeinträchtigung oder chronischer Erkrankung usw. Bei Bedarf werden Kontakte zu anderen Beratungsstellen, Unterstützungsangeboten und zuständigen Ämtern vermittelt. (Quelle: <https://www.studentenwerk-leipzig.de/beratung-soziales/sozialberatung>)

Studentenwerk mit psychosozialer Beratung

Das Angebot der Psychosozialen Beratung des Studentenwerkes richtet sich an Studierende mit Studienschwierigkeiten, persönlichen Konfliktsituationen oder psychischen Belastungen und bietet in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität (vertreten durch die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig) fachkundige, kostenlose und anonyme Beratung sowie individuelle Unterstützung bei der Bewältigung der persönlichen Probleme. Das Team der Beratungsstelle besteht aus Psychologinnen und Psychologen mit abgeschlossener bzw. fortgeschrittener Weiterbildung als Psychologische/r Psychotherapeut/in. (Quelle: <https://www.studentenwerk-leipzig.de/psychosoziale-beratung>)

KoWa (Kontaktstelle Wissenschaft und Arbeit)

Die Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt (KOWA) stellt eine wichtige Verbindung zwischen der Wissenschaft – vertreten durch Wissenschaftler sowie Studierende – und der Arbeitswelt – vertreten durch Arbeitnehmer, Gewerkschaften und Unternehmen – dar. Die KOWA möchte als Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft und Arbeitswelt eine kontinuierliche Zusammenarbeit beider erreichen. Hierbei widmet sich die KOWA mit Hilfe verschiedener Veranstaltungen (Lehrveranstaltungen, Diskussionsforen, Tagungen) sowie durch Projektarbeit in den Bereichen Forschung, Beratung und Wissenstransfer vor allem den Problemlagen von Arbeitnehmern zu Themen wie Gleichstellung, Antidiskriminierung, Vereinbarkeit und Familie und Beruf usw. Mit dem Projekt „Plan B(eruf) - Berufliche Perspektiven nach Studienabbruch“ adressiert die KOWA mit verschiedenen Projektpartnern, wie der Universität Leipzig oder der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur (HTWK) Leipzig, (potenzielle) Studienabbrecherinnen und Studienabbrecher, die sich für eine duale Ausbildung in der Region Leipzig interessieren, und kleine sowie mittlere Unternehmen, die Studienabbrecher(innen) als engagierte Auszubildende anwerben möchten. Das Projektangebot umfasst u.a. die Unterstützung bei der beruflichen Orientierung, bei der Suche nach Ausbildungsplätzen sowie Kontaktaufnahme zu Unternehmen, Bewerbertraining, Regionale Vernetzung und Abstimmung der Beratungs- und Unterstützungsangebote für Studienabbrecher(innen). (Quelle: <https://www.kowa-leipzig.de/>)

Kooperationsstelle Chancengleichheit

Die Koordinierungsstelle zur Förderung der Chancengleichheit an sächsischen Universitäten und Hochschulen unterstützt landesweit Personen im Hochschulbereich, die sich für die Gleichstellung der Geschlechter und die Inklusion von Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung stark machen. Die seit 2017 zudem als Fachstelle Inklusion agierende Koordinierungsstelle bietet ein breites Angebot einschließlich der Organisation von Fachtagen, Öffentlichen Veranstaltungen und Vernetzungstreffen, Mitarbeit in Gremien auf Landes- und Bundesebene, bspw. dem Sächsischen Gleichstellungsbeirat und dem Erweiterten Vorstand der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an

Hochschulen, ein Weiterbildungsprogramm „Chancengleichheit professionell gestalten!“, Beratung der Hochschulen, wie einzelner Hochschulmitglieder, zur Geschlechtergleichstellung und Inklusion (bspw. bei der Erstellung von Aktionsplänen oder Gleichstellungskonzepten) usw. Finanziert wird die Arbeit der Koordinierungsstelle aus Mitteln des Sächsischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst. Seit der Gründung 2009 bis einschließlich 2014 war die Koordinierungsstelle an der TU Chemnitz angesiedelt, verlagerte ihre Sitz 2015 schließlich an die Universität Leipzig. (Quelle: <http://www.chancengleichheit-in-sachsen.de/koordinierungsstelle/profil.html>)

EXKURS: Inklusionsplan

Der Aktionsplan Inklusion der Universität Leipzig umfasst Ziele und Maßnahmen zur gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderungen und chronischen Erkrankungen, die systematisch der UN-Behindertenrechtskonvention folgen und sich an alle (potenziellen) Hochschulmitglieder richten. Wenngleich gemäß Artikel 1 der UN-BRK zu den Menschen mit Behinderung, alle Menschen zählen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“, werden im Aktionsplan Inklusion der Universität Leipzig Menschen mit seelischen Erkrankungen nicht explizit mit entsprechenden Zielen sowie Maßnahmen zur Inklusion adressiert. Während für Hochschulmitglieder mit Sinnesbeeinträchtigungen u.a. in den Bereichen der barrierefreien Kommunikation und der Unterstützungsangebote konkrete Maßnahmen erarbeitet wurden, scheint die Gruppe der Hochschulmitglieder mit seelischen Erkrankungen bislang nicht hinreichend als Zielgruppe berücksichtigt worden zu sein. Der Begriff „Prävention“ wird als solcher nicht im Aktionsplan Inklusion verwendet. Jedoch sind formulierte Ziele in Bereichen wie Informations- und Beratungsangebote, Unterstützungsangebote, Interessenvertretung und Sensibilisierung sowie entsprechend aufgeführte Maßnahmen und Angebote der (Primär-)Prävention zuzuordnen. Das psychologische Beratungsangebot der Zentralen Studienberatung und des Zentrums für Lehrerbildung und Schulforschung sowie das Beratungsspektrum des Studentenwerks Leipzig einschließlich der psychosozialen Beratung werden als Informations- und Beratungsangebote lediglich benannt und nicht eingehend vorgestellt.

4. Methode

4.1 Zentrale Ziele

Als ein zentrales Ziel des Projektes galt die Sensibilisierung der Studierenden für das Thema „Psychische Gesundheit“. Im Zuge dessen wurde auf Seiten der Studierenden eine verbesserte Orientierung sowie gesteigertes Wissen über geeignete Hilfsangebote und Empowerment angestrebt, sich bei psychischen Krisen Hilfe zu suchen. Auf der anderen Seite sollte das Projekt zur Unterstützung einer Hochschulkultur beitragen, in der psychische Probleme akzeptiert und nicht stigmatisiert werden.

4.2 Aspekte der Untersuchung

Individuelle Ebene – Befragung der Studierenden:

Auf individueller Ebene sollte die fragebogenbasierte Untersuchung der Studierenden eine Bewertung des Forums (in Hinblick auf Relevanz, Zeitpunkt, Qualität der Vorträge, Verbesserungsvorschläge, Lob, Kritik) und eine genauere Definition der Zielgruppe für das Programm (in Hinblick auf Geschlecht, Alter, Studiengang, Fachsemester, Erststudium) ermöglichen. Im Zuge der Befragung sollten darüber hinaus Einstellungen zum Thema psychische Gesundheit/Krankheit (in Hinblick auf Vorurteile und Stigmatisierung), Wissen zum Thema psychische Gesundheit und eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen erfasst werden. Anhand der Befragung sollte sich außerdem das Hilfesuchverhalten und Verhaltenspräferenzen im Krisenfall (Ansprechpartner, Beratungsstellen etc.) unter Studierenden darstellen lassen.

Strukturelle Ebene – Befragung von Entscheidern und Experten an Universitäten/Hochschulen:

Auf struktureller Ebene sollte die Befragung von Entscheidern sowie Experten an Universitäten und Hochschulen der Darstellung des Status Quo zum Thema Psychische Gesundheit unter Studierenden und konkret der Erfassung der Präsenz von sowohl internen als auch externen Unterstützungsangeboten, der Kooperation der Unterstützungsangebote sowie der Koordination von universitären Gesundheitsprogrammen dienen. Darüber hinaus sollte eine Plattform geschaffen werden, um Best-Practice-Beispiele und geeignete Formate, um Studierende anzusprechen, aufzeigen sowie diskutieren zu können.

4.3 Untersuchungsdesign

Die Evaluation des Forums „Psychisch fit studieren“ wurde sowohl quantitativ als auch qualitativ umgesetzt. Der **qualitative Evaluationsteil** diente der detaillierteren Erfassung des aktuellen Status Quo zum Thema psychische Krisen und psychische Gesundheit exemplarisch für eine der im Fragebogenteil beteiligten Hochschulen. Eine flächendeckende qualitative Untersuchung konnte im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel nicht geleistet werden. Die qualitativen Ergebnisse wurden mittels leitfadengestützter Fokusgruppe und ergänzenden Telefoninterviews nach Abschluss der quantitativen Evaluation exemplarisch für eine Versorgungsregion erhoben.

Die **quantitative Evaluation** des Forums „Psychisch fit studieren“ erfolgte als Querschnittsuntersuchung an 15 Hochschulen bundesweit; angegliedert an das Forum im Rahmen der Einführungswochen der jeweiligen Hochschule. Zum Überblick dient die Abbildung 1. In den abgebildeten Hochschulen erfolgte die schriftliche Befragung der am Forum „Psychisch fit studieren“ teilnehmenden Studenten; jeweils am Ende der Veranstaltung, mit dem Ziel einer Vollerhebung der Teilnehmer. Auf diesem Wege konnten im Zeitraum Oktober 2017 bis Februar 2018 insgesamt 643 Studierende hinsichtlich der Bewertung des Forums und zu ihrer Einstellung rund um das Thema psychische Krisen befragt werden.

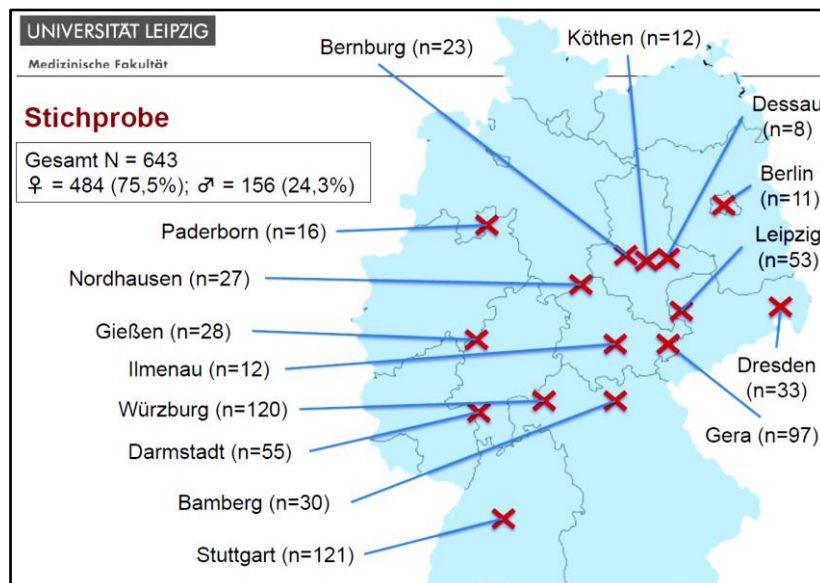


Abbildung 1. Regionale Zuordnung teilnehmender Hochschulen der quantitativen Erhebung

4.4 Quantitative Erhebung

Erstellung des Fragebogens

Ausgehend von den Fragestellungen und Zielen des Evaluationsprojektes wurden Items zur Erfassung folgender Bereiche entwickelt: Soziodemographie (Geschlecht, Alter, Studiengang, Fachsemester, Erststudium), Wissen zu psychischen Krisen, eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen, Hilfesuchverhalten und Verhaltenspräferenzen im Krisenfall, Bewertung des Forums (Relevanz, Zeitpunkt, Qualität der Vorträge, Verbesserungsvorschläge, Lob, Kritik). Neben diesen nicht-standardisierten Items wurde der Fragebogen zur Erfassung der Einstellung zu psychischen Krisen und Menschen mit psychischen Problemen um den Fragebogen zum Wunsch nach Sozialer Distanz sowie als zusätzliches Gesundheitsscreening um den PHQ2 ergänzt.

Fragebogen zum Wunsch nach Sozialer Distanz

Der Fragebogen zum Wunsch nach sozialer Distanz setzt sich aus drei Skalen zusammen: der Subskala zum Wunsch nach sozialer Distanz, der Subskala Komponenten des Stereotyps und

der Subskala Wahrgenommene Stigmatisierung. Das Instrument basiert auf der Zustimmung und Ablehnung zu einzelnen Aussagen über psychisch Erkrankte. Das Antwortverhalten soll die Einstellung des Befragten widerspiegeln. Die Zustimmung erfolgt abgestuft (5 Stufen): „stimme überhaupt nicht zu“, „stimme kaum zu“, „teils/teils“, „stimme etwas zu“, „stimme voll und ganz zu“. Es gibt positiv und negativ formulierte Items. Für die Berechnung der Subskalen werden die positiv formulierten Items invertiert, sodass ein hoher Skalenwert und auch ein hoher Gesamtwert für eine hohe ablehnende Haltung stehen. Die Subskala zum Wunsch nach sozialer Distanz beinhaltet 11 Aussagen. Die Subskala Stereotype beinhaltet 5 Items, ebenso wie die Subskala Stigmatisierung. Für die Berechnung des Summenscores der Gesamtskala kommt ein allgemeines Item hinzu, welches keiner Subskala zugeordnet ist. Der Wortlaut der Items ist dem Fragebogen im Anhang zu entnehmen. Die Originalskala wurde entwickelt, um den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber einem schizophren Erkrankten zu erfassen. Schulze et al. (2003) adaptierten die Skala für psychisch Erkrankte im Allgemeinen und setzten diese im Schulkontext ein. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Skala für den Hochschulkontext adaptiert.

Patient-Health-Questionnaire Item 2 Version - deutsch

Die vorliegende Studie nutzte den PHQ2 in deutscher Version zum Gesundheitsscreening der teilnehmenden Studierenden (Löwe 2015). Von besonderem Interesse war hierbei die Frage nach Beschwerden auf die *bisherige Lebenszeit* bezogen. Die Studie operationalisierte demnach, ob die teilnehmenden Studierenden bereits mindestens einmal in ihrem Leben eine Phase erhöhter Depressivität durchlebt haben. Es konnte ein Summenscore zwischen 0 (keine Beschwerden jemals) bis 6 (starke Beschwerden in einem mdst. zweiwöchigen Zeitraum mdst. einmal im Leben) erreicht werden. Wie in der Originalfassung des PHQ2 deutet ein Wert von 3 oder höher auf das Vorliegen einer depressiven Episode hin (Löwe et al. 2005).

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte bundesweit im Zeitraum von Oktober 2017 bis April 2018 an 15 Universitäten und Hochschulen. Im Anschluss einer jeden Durchführung des Programms an den Universitäten und Hochschulen wurden die Fragebögen an die teilgenommenen Studierenden ausgehändigt und vor Verlassen des Veranstaltungssaales wieder eingesammelt. Von 15 Universitäten und Hochschulen gingen Daten von insgesamt 643 Befragten in die quantitativen Analysen ein (Rücklauf 82%).

Dateneingabe und Datenkontrolle

Die Dateneingabe erfolgte durch zwei Mitarbeiterinnen des Evaluationsprojektes. Alle Daten wurden in eine SPSS Datei (Version 24) eingegeben. Zur Datenkontrolle wurden zufällig ausgewählte 10% der Fragebögen (n = 86) doppelt kodiert. Mit 81% wurde der deutliche Großteil der Fragebögen fehlerfrei eingegeben. Im Zuge der Datenkontrolle festgestellte Fehler (z.B. unplausibler Wert, falscher Wert, fehlender Wert) wurden anschließend berichtigt. Ergänzend wurde ein Test auf Dupletten durchgeführt.

Datenanalyse

Die quantitativen Daten wurden mithilfe des Programms SPSS (Version 24) umfassend deskriptiv ausgewertet. Freitextangaben durch die Studierenden wurden in Hinblick auf Mehrfachnennungen und inhaltliche Ähnlichkeiten zusammengefasst.

4.5 Qualitative Erhebung

Im Sinne eines partizipativen Forschungsansatzes wurden zudem beteiligungsorientierte Methoden eingesetzt. Konkret wurde im Rahmen einer Fokusgruppe mit ausgewählten Experten und Entscheidern an Universitäten und Hochschulen – unter Berücksichtigung der Ergebnisse der quantitativen Befragung – Möglichkeiten zur Sensibilisierung von Studierenden für das Thema „Psychische Gesundheit“ auf der strukturellen Ebene (Verhältnisprävention) in einem offenen sowie halbstrukturierten Teil diskutiert. Fokusgruppen lassen sich als Simulationen von Alltagsdiskursen und Unterhaltungen einsetzen und können zur Entwicklung sozialer Repräsentationen oder generellen sozialen Wissens verwendet werden (Flick 2016). Charakteristisch für die Fokusgruppen ist außerdem die explizite Nutzung der Gruppeninteraktion um Daten und Erkenntnisse zu gewinnen, die ohne diese in der Gruppe stattfindende Interaktion weniger zugänglich wären (Morgan 1997). Ergänzend wurden zwei Telefoninterviews durchgeführt.

Rekrutierung der Teilnehmenden – Fokusgruppe und Telefoninterviews

Für die Rekrutierung möglicher Fokusgruppenteilnehmer wurden Experten und Entscheider aus dem Bereich psychische Gesundheit im Hochschulkontext per Email sowie telefonisch kontaktiert und zu einer Gesprächsrunde zum Thema gesundheitsförderliche Hochschulkultur eingeladen. Aufgrund terminlicher Diskrepanzen war es vier Experten und Entscheidern möglich, an der Fokusgruppe teilzunehmen. Mögliche Teilnehmer für die Telefoninterviews waren ebenfalls Experten und Entscheider aus dem Hochschulkontext, deren Bereitschaft und terminliche Verfügbarkeit zu einem Telefoninterview telefonisch abgeklärt wurden. Auf diesem Wege konnten zwei ergänzende Telefoninterviews durchgeführt werden.

Durchführung der Fokusgruppe

Um die Gruppendiskussion im Rahmen der Fokusgruppe gemäß der Fragestellungen und Ziele des Evaluationsprojektes leiten sowie strukturieren zu können, wurde vorab ein Leitfaden erstellt. Der vollständige Fokusgruppenleitfaden ist dem Anhang B zu entnehmen. Der Leitfaden sah nach einer Begrüßung durch die Verantwortlichen des Evaluationsprojektes eine Vorstellungsrunde der Teilnehmenden, um wichtige soziodemographische Daten (Funktion an der Universität bzw. Hochschule, Beruf) dokumentieren zu können, und anschließend eine offene Diskussion zum Thema psychische Gesundheit sowie entsprechender Prävention im Hochschulkontext vor, die von den beiden Verantwortlichen moderiert wurde. Darüber hinaus wurden ausgehend von den

Fragestellungen und Zielen des Evaluationsprojektes vorab konkrete Fragen für die Fokusgruppenteilnehmer erarbeitet.

Sowohl die Gruppendiskussion im Rahmen der Fokusgruppe als auch die beiden Telefoninterviews wurden nach Einverständnis der Teilnehmenden mithilfe eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet und anschließend anhand der Audioaufnahmen für die weiteren qualitativen Analysen ohne Berücksichtigung von Sprechpausen oder anderen sprachlichen Merkmalen (Versprecher, Betonungen, „ähm“ und „hm“) protokolliert.

4.6 Stichprobenbeschreibung

Die Studienteilnehmer der quantitativen Erhebung waren durchschnittlich 24 Jahre alt und zu 75,5% weiblich. Der deutlich überwiegende Teil (71,1%) studierte im 1. Semester bzw. war ein Studienanfänger. Die restlichen 28,9% verteilten sich gleichmäßig auf die Fachsemester 2 bis 19. Zudem gab nur etwa jeder Vierte an, bereits ein anderes Studium in der Vergangenheit begonnen zu haben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1. Demografische Angaben

	Gesamtstichprobe (N=643)
Alter (Mittelwert)	24 Jahre (SD: 7,02)
Geschlecht	
Weiblich (%)	75,5
Fachsemester	
1. FS (%)	71,1 (Range: 1-19)
Vorheriges Studium	
Ja (%)	25,9
Fächergruppe 3*	
Ja (%)	72,0

* Fächergruppe 3 beinhaltet alle Fächer aus den Bereichen Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Mit 72% studierte der überwiegende Teil der Studienteilnehmer in einem Fach aus dem Bereich Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (siehe Tabelle 2). Innerhalb dieser Fächergruppe lässt sich in Tabelle 3 sehen, dass nahezu alle in einem sozialwissenschaftlichen Fach eingeschrieben sind. Recht und Wirtschaft sind unter den Studienteilnehmern kaum vertreten. Die am zweithäufigsten vertretene Fächergruppe bilden die Humanmediziner und Gesundheitswissenschaftler mit 10,5%. 47 Teilnehmer gaben kein Fachsemester an. Diese waren im Schnitt 34 Jahre alt.

Tabelle 2. Fächersystematik

	Häufigkeit	Prozent
Geisteswissenschaften	18	2,9
Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften	448	72,0
Mathematik, Naturwissenschaften	23	3,7
Humanmedizin, Gesundheitswissenschaften	65	10,5
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften, Veterinärmedizin	16	2,6
Ingenieurwissenschaften	37	5,9
Kunst, Kunstwissenschaft	8	1,3
Sonstiges	7	1,1
Gesamt N	622	

Tabelle 3. Fächersystematik der Fächergruppe Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

	Häufigkeit	Prozent
Kommunikationswissenschaft	9	2,0
Sozialwissenschaften	14	3,1
Sozialwesen	295	66,0
Rechtswissenschaften	2	0,4
Verwaltungswissenschaften	2	0,4
Wirtschaftswissenschaften	15	3,4
Wirtschaftsingenieurwesen	1	0,2
Psychologie	65	14,5
Erziehungswissenschaften	44	9,8
Gesamt N	447	

5. Ergebnisse

5.1 Quantitative Befragungsergebnisse

5.1.1 Einstellung zu psychischen Krisen

Nahezu alle befragten Studenten kennen jemanden, der psychisch krank ist oder war (siehe Abb. 2). Über die Hälfte der Teilnehmer gaben an, dass die Veranstaltung „Psychisch fit studieren“ ihre Einstellung gegenüber Menschen mit psychische Problemen und Krisen ins Positive verändert hätte (siehe Abb. 3). Hierbei sei zu erwähnen, dass im Rahmen der Freitextangaben am Ende des Fragebogens sowie am Rand neben diesem Item mehrfach darauf hingewiesen wurde, dass die Einstellung bereits positiv war oder nicht schlecht war. So zeigte es sich auch in der sich anschließenden Auswertung der Sozialen Distanzskala. Bedenken und Befürchtungen bezüglich eigener psychischer Krisen und deren negativer Auswirkung auf das Studium konnten bei 61,2% der Teilnehmer abgebaut werden (siehe Abb. 4).

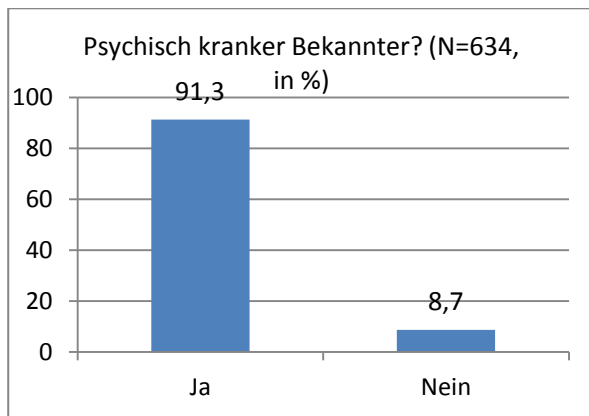


Abbildung 2. Psychisch erkrankter Bekannter?

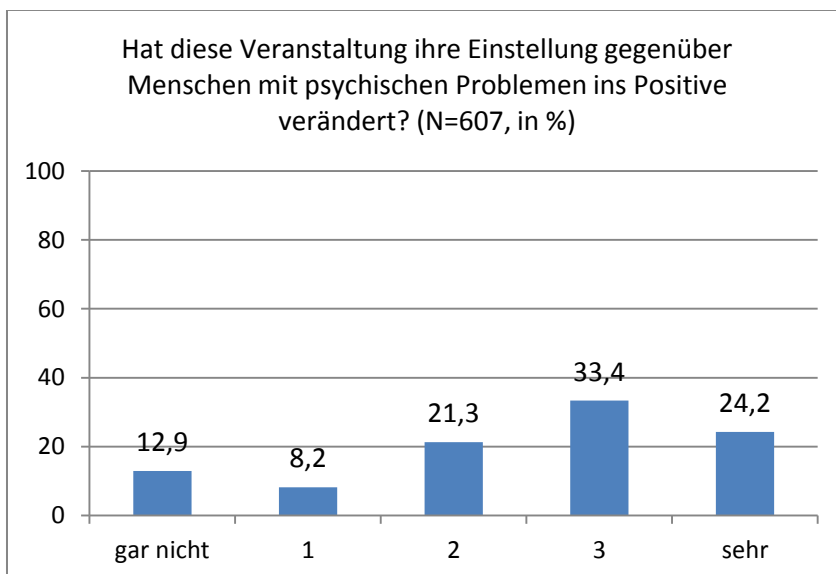


Abbildung 3. Einstellung positiv verändert?

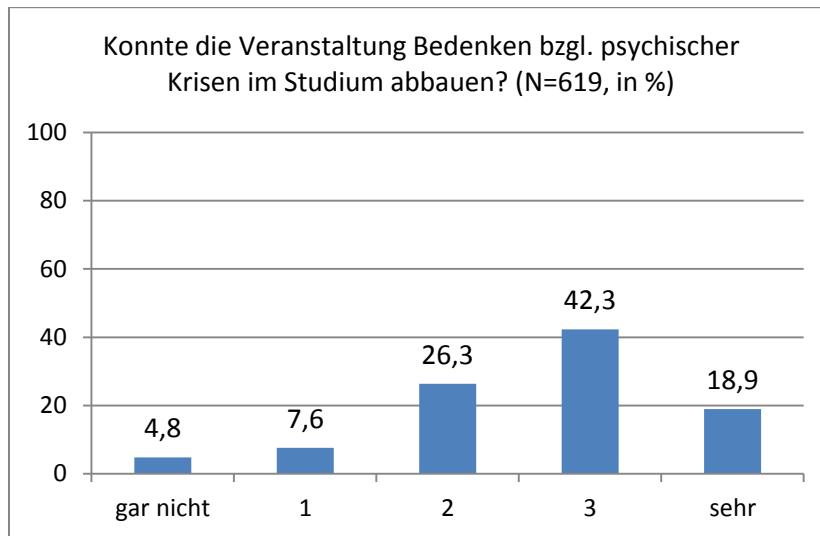


Abbildung 4. Bedenken abbauen?

Die Tabelle 4 bietet einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Antworten auf der 5-stufigen Skala von 0 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 4 = „stimme voll und ganz zu“ für die Subskalen „Soziale Distanz“, „Stigmatisierung“ und „Stereotype Vorstellungen“.

Der überwiegende Teil der befragten Studierenden zeigte gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen kein sozial distanziertes Antwortverhalten ($n = 636$; $M = 0.4$; $SD = 0.4$). So gaben über 80% der Befragten an, folgenden Aussagen überhaupt nicht zu zustimmen: „Einer, der psychisch krank ist, gehört nicht auf eine Hochschule oder Universität.“ ($n = 639$) und „Wenn mein Sitznachbar psychisch krank wäre, würde ich mich lieber wegsetzen.“ ($n = 640$). In diesem Sinne wurden von über 60 % der Befragten auch die folgenden Aussagen beantwortet: „Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht zu einer Party einladen.“ ($n = 639$), „Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, zu unterhalten.“ ($n = 639$), „Jemanden, mit einer psychischen Erkrankung, sollte man lieber nicht mit auf Exkursionen oder Ausflüge nehmen.“ ($n = 637$), „Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht mitbringen, wenn ich mich mit einem meiner Freunde treffe.“ ($n = 637$) und „Ich würde mich nie im Leben in jemanden, der psychisch krank ist, verlieben.“ ($n = 632$).

Ebenso stimmte mit jeweils über 70 % der Großteil der Befragten den Aussagen „Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, anzufreunden.“ ($n = 643$) und „Wenn jemand von meinen Freunden psychisch erkranken würde, würde ich ihn im Krankenhaus besuchen.“ ($n = 639$) zu. Wenngleich über 40 % der Befragten den Aussagen „Mir wäre es peinlich, wenn meine Freunde es wüssten, wenn jemand in meiner Familie psychisch krank ist.“ ($n = 639$) und „Jemand, der psychisch krank ist, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben.“ ($n = 639$) überhaupt nicht zustimmten, zeigte sich insgesamt eine differenziertere Verteilung der Antworten.

Auf der Subskala „Stigmatisierung“ lag eine insgesamt differenzierte Verteilung der Antworten über die 5-stufige Skala vor ($n = 631$; $M = 2.0$; $SD = 0.6$). Fast die Hälfte der

Befragten gab an, der Aussage „Die meisten Leute haben nichts dagegen, jemanden, der psychisch krank ist, zum Freund zu haben.“ ($n = 636$) teils/teils zuzustimmen. Mit teilweiser Zustimmung wurden von über 30 % der Befragten auch die restlichen Aussagen beantwortet: „Die meisten Erwachsenen haben Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankten.“ ($n = 643$), „Die meisten Jugendlichen haben Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankten.“ ($n = 635$), „Jemand mit einer psychischen Erkrankung findet genauso gut einen Partner wie andere.“ ($n = 630$) und „Jemand, der psychisch krank ist, hat Schwierigkeiten einen Ausbildungs-/Hochschul-/Arbeitsplatz zu finden.“ ($n = 633$). Tendenziell stimmten mehr Befragte den Aussagen der Subskala „Stigmatisierung“ zu, als sie abzulehnen.

Die befragten Studierenden zeigten in ihren Antworten auf der Subskala „Stereotype Vorstellungen“ insgesamt eine geringe Tendenz zu stereotypen Vorstellungen gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen ($n = 638$; $M = 0.7$; $SD = 0.5$). Über 60 % der Befragten stimmten den folgenden Aussagen überhaupt nicht zu: „Wenn jemand psychisch erkrankt ist, ist er meistens selbst daran schuld.“ ($n = 641$) und „Jemanden, der psychisch krank ist, können die Ärzte nicht helfen.“ ($n = 636$).

Vollkommene Ablehnung gaben etwa die Hälfte der Befragten ebenso auf die folgenden Aussagen an: „Jemand, der psychisch krank ist, rastet bei jeder Kleinigkeit aus.“ ($n = 640$), „Jemand, der psychisch krank ist, stellt eine Gefahr für andere Menschen dar.“ ($n = 637$) und „Jemand der psychisch krank ist, kann keine guten Leistungen erbringen.“ ($n = 636$).

Tabelle 4. Soziale Distanzskala mit Skalen Statistik

Subskala Soziale Distanz“						
Skalenmittelwert: 0,4; Standardabweichung: 0,4 (N=636)	Stimme überhaupt nicht zu %	Stimme kaum zu %	Teil/teils %	Stimme etwas zu %	Stimme voll und ganz zu %	Mittelwert (SD)*
Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, zu unterhalten. (N=639)	73,4	19,2	5,6	1,6	0,2	0,4 (0,7)
Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, anzufreunden. (N=643)	1,6	1,4	5,3	17,9	73,8	0,4 (0,8)
Mir wäre es peinlich, wenn meine Freunde es wüssten, wenn jemand in meiner Familie psychisch krank ist. (N=639)	42,4	28,6	18,6	9,5	0,8	1,0 (1,0)
Wenn mein Sitznachbar psychisch krank wäre, würde ich mich lieber wegsetzen. (N=640)	82,2	13,8	2,8	0,5	0,8	0,2 (0,6)
Wenn jemand von meinen Freunden psychisch erkranken würde, würde ich ihn im Krankenhaus besuchen. (N=639)	0,6	0,5	2,3	8,6	87,9	0,2 (0,5)
Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht zu einer Party einladen. (N=639)	73,9	17,8	4,9	2,0	1,4	0,4 (0,8)
Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht mitbringen, wenn ich mich mit meinen Freunden treffe. (N=640)	68,8	20,3	6,9	2,2	1,9	0,5 (0,9)
Jemanden mit einer psychischen Erkrankung sollte man lieber nicht mit auf Exkursionen oder Ausflüge nehmen. (N=637)	75,4	17,0	6,6	0,6	0,5	0,3 (0,7)
Ich würde mich nie im Leben in jemanden, der psychisch krank ist, verlieben. (N=632)	62,5	22,9	10,9	3,0	0,6	0,6 (0,8)
Jemand, der psychisch krank ist, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. (N=639)	47,7	29,4	19,2	3,1	0,5	0,8 (0,9)
Einer, der psychisch krank ist, gehört nicht auf eine Hochschule oder Universität. (N=639)	88,6	9,4	1,6	0,2	0,3	0,1 (0,4)

Tabelle 4. Fortsetzung

Subskala „Stigmatisierung“						
Skalenmittelwert: 2,0; Standardabweichung: 0,6 (N=631)	Stimme überhaupt nicht zu % (N)	Stimme kaum zu % (N)	Teil/teils % (N)	Stimme etwas zu % (N)	Stimme voll und ganz zu % (N)	Mittelwert (SD)*
Die meisten Erwachsenen haben Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten. (N=643)	1,4	6,0	36,8	36,6	19,2	2,7 (0,9)
Die meisten Jugendlichen haben Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten. (N=635)	2,4	6,0	39,4	33,1	19,2	2,6 (0,9)
Die meisten Leute haben nichts dagegen, jemanden, der psychisch krank ist, zum Freund zu haben. (N=636)	0,9	13,2	49,1	26,7	10,1	1,7 (0,9)
Jemand mit einer psychischen Erkrankung findet genauso gut einen Partner wie andere. (N=630)	4,0	16,0	39,5	23,3	17,1	1,7 (1,1)
Jemand, der psychisch krank ist, hat Schwierigkeiten einen Ausbildungs-/Hochschul-/Arbeitsplatz zu finden. (N=633)	20,4	23,4	38,7	14,4	3,2	1,6 (1,1)
Subskala „Stereotype Vorstellungen“						
Skalenmittelwert: 0,7; Standardabweichung: 0,5 (N=638)	Stimme überhaupt nicht zu % (N)	Stimme kaum zu % (N)	Teil/teils % (N)	Stimme etwas zu % (N)	Stimme voll und ganz zu % (N)	Mittelwert (SD)*
Wenn jemand psychisch erkrankt, ist er meistens selbst daran schuld. (N=641)	66,9	22,3	7,8	2,5	0,5	0,5 (0,8)
Jemandem, der psychisch krank ist, können die Ärzte nicht helfen. (N=636)	65,9	21,2	11,2	1,3	0,5	0,5 (0,8)
Jemand, der psychisch krank ist, rastet bei jeder Kleinigkeit aus. (N=640)	55,2	25,8	16,3	1,9	0,9	0,7 (0,9)
Jemand, der psychisch krank ist, stellt eine Gefahr für andere Menschen dar. (N=637)	52,4	28,6	18,2	0,6	0,2	0,7 (0,8)
Jemand, der psychisch krank ist, kann keine guten Leistungen im Studium erbringen. (N=636)	48,4	24,5	16,2	4,9	6,0	1,0 (1,2)
Wenn jemand von meinen Freunden psychisch krank wäre, würde ich darüber mit einer Person, der ich vertraue, reden. (N=635)	2,7	5,4	15,4	31,2	45,4	0,9 (1,0)
Gesamtskala-Mittelwert (SD)						0,9 (0,4)

* Invertierte Items sind bereits umgepolt. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 4. Werte in Richtung 4 sind im Sinne einer hohen Ausprägung auf der jeweiligen Skala zu verstehen.

5.1.2 Wissen zu psychischen Krisen

27,9% der Befragten gaben an, bislang keine eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht zu haben – jedoch befürchteten es 7,1 %. Demnach bejahte der Großteil der Befragten (78,1%), bereits eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gesammelt zu haben. Über alle Teilnehmer hinweg gab knapp jeder dritte an, *häufig wiederkehrende* Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht zu haben (siehe Abb. 5).

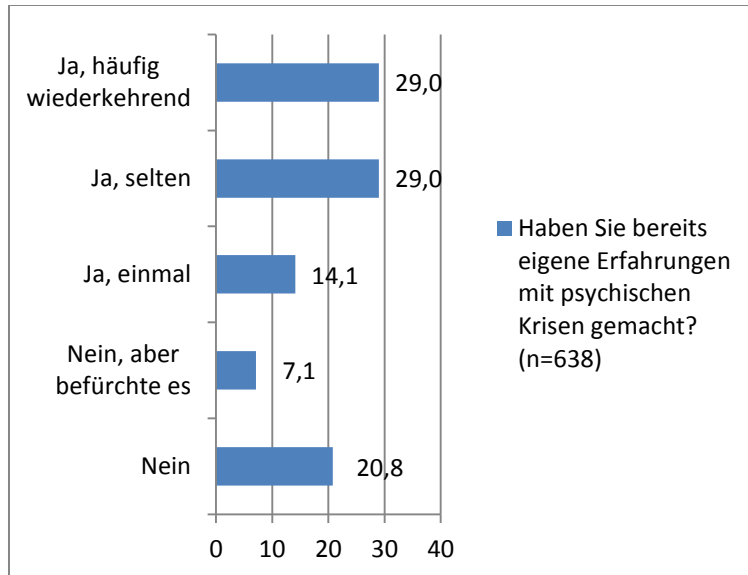


Abbildung 5. Eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen

Die Studenten wurden weiterhin gefragt, ob sie bereits etwas über psychische Krisen gehört oder gelesen hätten. Nahezu alle Teilnehmer bejahten dies, wie der Tabelle 5 entnommen werden kann. Es gaben 98,2% an, durch die Veranstaltung hilfreiche Informationen erhalten zu haben, wo sie im Falle einer psychischen Krise Hilfe erhalten würden. Nur gut jeder dritte Teilnehmer gab an, bereits vor der Veranstaltung entsprechende Beratungsstellen am Studienort gekannt zu haben. Am Ende der Veranstaltung äußerten 83,8% den Wunsch, mehr über das Thema psychische Krisen zu erfahren.

Tabelle 5. Wissen bzgl. psychischer Krisen und Hilfsmöglichkeiten

Haben Sie schon einmal etwas über psychische Krisen gehört oder gelesen? (n=639)	
ja	97,8%
Haben Sie durch die Veranstaltung hilfreiche Informationen erhalten, wo Sie sich im Fall einer psychischen Krise Hilfe suchen können? (n=627)	
ja	98,2%
Waren Ihnen entsprechende Beratungsstellen für Studierende an Ihrem Studienort bereits vor dieser Veranstaltung bekannt? (n=624)	
ja	37,2%
Möchte Sie mehr über psychische Krisen wissen? (n=612)	
ja	83,8%

Es gaben knapp über 90% an, dass sie durch die Teilnahme am Forum „Psychisch fit studieren“ wenige bis sehr viele neue Informationen über psychische Krisen gewonnen zu haben. Die restlichen knapp 10% verneinten einen Informationsgewinn. Nahezu alle schätzten die vermittelten Informationen als hilfreich ein. Jeder dritte Befragte bewertete die vermittelten Informationen als sehr hilfreich (siehe Abb. 6).

Bereits bekannte Beratungsstellen für die Studierenden der Befragung waren u.a.: Beratungsstelle des Studentenwerks, Beratung bei Behinderung, Diakonie, Notfalltelefon/Telefonseelsorge, Nightline, psychologische Beratung an der Hochschule, Sozialberatung des Studentenwerks, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrischer Dienst, Zentrale Studienberatung, Studentenhilfswerk.

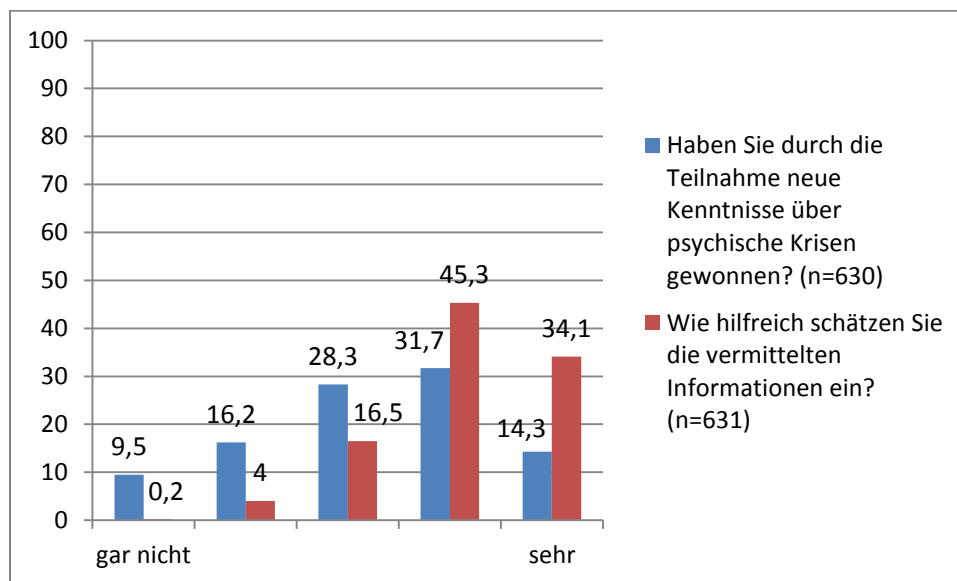


Abbildung 6. Beurteilung des Informationsgewinnes (in %)

5.1.3 Studierendengesundheit und bisherige Erfahrung mit Depressivität

Mittels der beiden Items des PHQ-2 wurde ermittelt, ob die Studienteilnehmer jemals in ihrem bisherigen Leben eine depressive Episode hatten. Abbildung 7 zeigt die Häufigkeiten der retrospektiv beurteilten Symptombelastung durch die Kardinalsymptome Interessens- & Freudverlust sowie Niedergeschlagenheit. Die jungen Studienteilnehmer decken alle Ausprägungsgrade des PHQ-2 im Hinblick auf eine Symptombelastung in ihrem bisherigen Leben ab. Abbildung 8 basiert auf der Hinzunahme des Cut-Off-Kriteriums von 3. Hierbei ist zu erkennen, dass knapp die Hälfte der Studienteilnehmer bereits mindestens einmal in ihrem Leben eine depressive Phase (Zeitkriterium 14 Tage) hatte bzw. die Kriterien hierfür retrospektiv erfüllt waren.

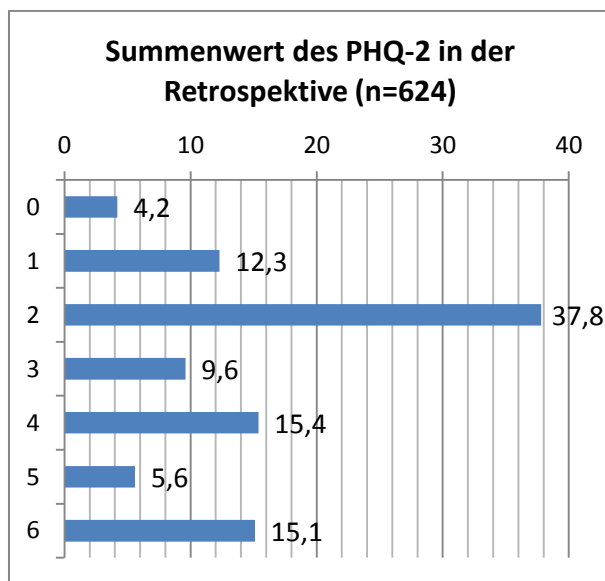


Abbildung 7. Prozentuale Verteilung der Studienteilnehmer nach ihrem Summenwert im PHQ-2 auf die bisherige Lebensspanne (in %)

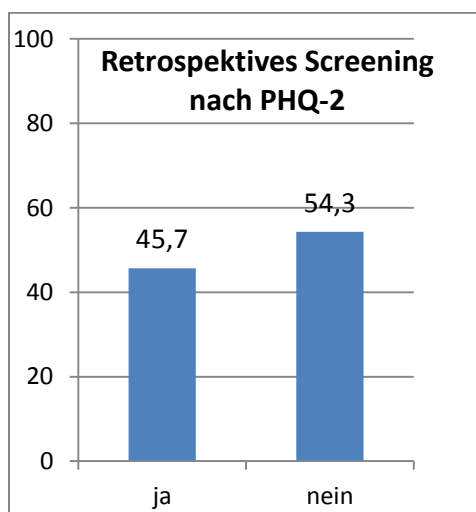


Abbildung 8. Verteilung der Studienteilnehmer nach Anwendung des Cut-off Wertes von 3; wobei ein Summenwert von 3 oder größer für ein positives Screening einer depressiven Episode in der Vergangenheit steht (N=624, in %).

5.1.4 Quantitative Ergebnisse differenziert nach Geschlecht, sozialen/ nichtsozialen Fächern, Erstsemestern/Studienerfahrenen

Zusätzlich wurden die Daten der schriftlichen Befragung differenziert nach Geschlecht, Fächerzugehörigkeit (soziales vs. nicht-soziales Fach) sowie Semesteranzahl (1. Fachsemester zum Zeitpunkt der Befragung vs. späteres Fachsemester) analysiert, um evtl. bestehende Gruppenunterschiede festzustellen.

5.1.4.1 Differenziert nach Geschlecht

Auffällig war, dass deutlich mehr Frauen als Männer das Forum besuchten. Es gab jedoch keine signifikanten Unterschiede im Alter und hinsichtlich der psychischen Gesundheit (s. Tab. 6). Allerdings weisen die Ergebnisse darauf hin, dass männliche Teilnehmer des Forums einen höheren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch erkrankten Menschen haben als weibliche Teilnehmer. Auch in den anderen beiden Subskalen Stigmatisierung und Stereotype zeigen sich signifikant höhere Werte für die männlichen Befragten (Tab. 6).

Tabelle 6. Gruppenunterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf das Alter, die bisherige psychische Gesundheit, den Wunsch nach sozialer Distanz, stigmatisierende & stereotype Vorstellungen

	Frauen (N=483)	Männer (N=155)	p
Alter (Mittelwert (SD))	23,85 (7,37)	24,46 (5,49)	0,34
PHQ-Summenwert (n=622)	2,90 (1,68)	3,14 (1,86)	0,16
Soziale Distanz* (n=636)	0,39 (0,37)	0,58 (0,51)	0,00***
Stigmatisierung* (n=631)	1,96 (0,60)	2,26 (0,53)	0,00***
Stereotype* (n=638)	0,60 (0,48)	0,81 (0,54)	0,00***

*Subskalen der Sozialen Distanzskala haben einen Wertebereich von 0-4

5.1.4.2 Differenziert nach sozialen gegenüber nicht-sozialen Fächertypen

Studierende nicht-sozialer Fächer, die das Forum besuchten, waren im Durchschnitt etwa 2 Jahre älter als Studierende sozialer Fächer (Tab. 7). Auffällig hier ist, dass die Befragten der nicht-sozialen Fächer einen deutlich höheren PHQ-Wert haben, d.h. eher eine depressive Phase in ihrem bisherigen Leben hatten. Auf die Frage nach eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen hin, zeigten sich keine Unterschiede zwischen Studierenden sozialer und nicht-sozialer Fächer (siehe Abb. 9). Hinsichtlich der Subskalen der Sozialen Distanzskala zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede. Lediglich für den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken gab es einen geringfügigen Unterschied: Studierende nicht-sozialer Fächer zeigten einen etwas stärkeren Wunsch nach sozialer Distanz als Studierende sozialer Fächer. Allerdings sind die Werte insgesamt auf einem sehr geringen Level (Tab. 7).

Betrachtet man nur die Gruppe der Studienanfänger (1. Semester), ist dieser Unterschied bzgl. der sozialen Distanz zwischen den Fächergruppen nicht mehr vorhanden. Allerdings zeigt sich bei den Studienanfängern, dass Studierende nicht-sozialer Fächer stärker diskriminierende und stereotype Aussagen ablehnen als ihre Kommilitonen der sozialen Fächer. Es handelt sich hierbei jedoch um sehr kleine Effektstärken. Zudem sind die Werte beider Gruppen auf der Subskala Stereotype Vorstellungen sehr gering ausgeprägt. Sowohl Studienanfänger in den sozialen Fächern als auch in den nicht-sozialen Fächern weisen in der Umfrage sehr gering ausgeprägte stereotype Einstellungen und soziale Distanzwünsche gegenüber psychisch Erkrankten auf (vgl. Tab. 7).

Tabelle 7. Gruppenunterschiede zwischen Studierenden sozialer Fächertypen und nichtsozialer in Bezug auf das Alter, die bisherige psychische Gesundheit, den Wunsch nach sozialer Distanz, stigmatisierende & stereotype Vorstellungen

	Sozialer Fächertyp (N=447)	Nichtsozialer Fächertyp (N=174)	p
Alter (Mittelwert)	22,91	24,93	0,00***
(SD)	5,23	7,25	
Geschlecht			
Weiblich (%)	80,09	64,16	
PHQ-Summenwert (n=603)	2,86 (1,69)	3,24 (1,81)	0,02***
Soziale Distanz* (n=605)	0,41 (0,39)	0,49 (0,46)	0,04***
Stigmatisierung* (n=618)	2,01 (0,60)	2,10 (0,58)	0,09
Stereotype* (n=611)	0,65 (0,49)	0,66 (0,52)	0,87

*Subskalen der Sozialen Distanzskala haben einen Wertebereich von 0-4

Obige Analyse (vgl. Tab. 7) wurde ergänzt um die Auswertung möglicher Gruppenunterschiede zwischen Studierenden sozialer und nichtsozialer Fächertypen nur für die Untergruppe der 327 *Erstsemester* (siehe Tab. 8).

Tabelle 8. Gruppenunterschiede zwischen Studierenden sozialer Fächertypen und nichtsozialer bei Erstsemestern in Bezug auf die bisherige psychische Gesundheit, den Wunsch nach sozialer Distanz, stigmatisierende & stereotype Vorstellungen

	Sozialer Fächertyp (N=245)	Nichtsozialer Fächertyp (N=79)	p
Geschlecht			
Weiblich (%)	85,31	75,64	
PHQ-Summenwert (n=320)	2,57 (1,55)	2,95 (1,67)	0,06
Soziale Distanz* (n=321)	0,43 (0,43)	0,38 (0,31)	0,32
Stigmatisierung* (n=317)	1,93 (0,58)	1,95 (0,57)	0,71
Stereotype* (n=322)	0,68 (0,51)	0,52 (0,38)	0,00***

*Subskalen der Sozialen Distanzskala haben einen Wertebereich von 0-4

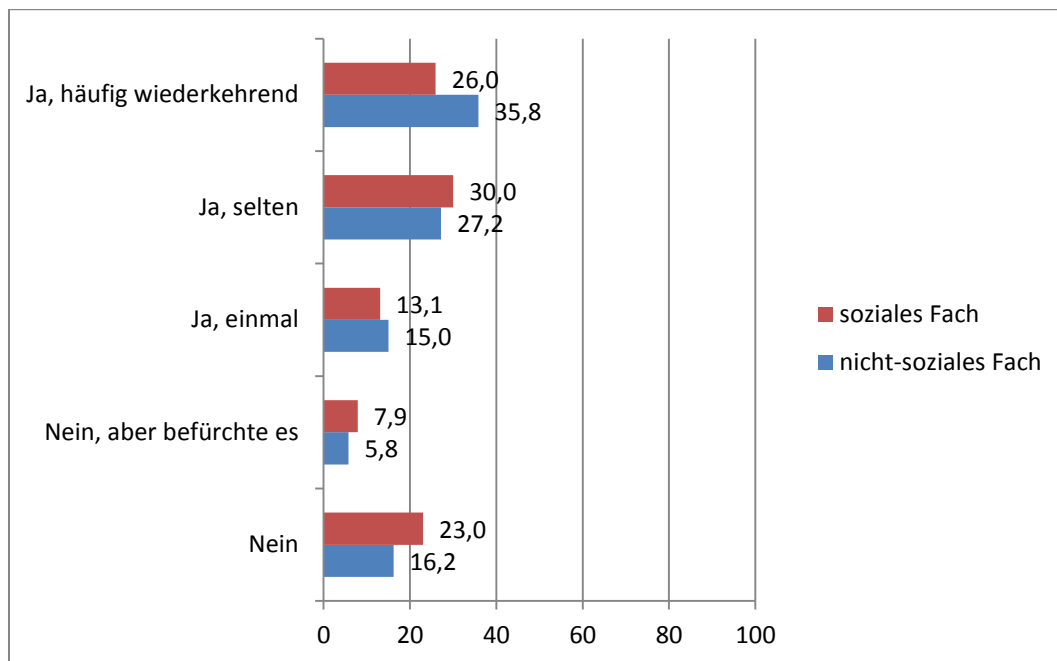


Abbildung 9. Vergleich von Studierenden sozialer und nicht-sozialer Fächer hinsichtlich ihrer Antwort auf die Frage „Haben Sie bereits eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht?“ (N=616; in %)

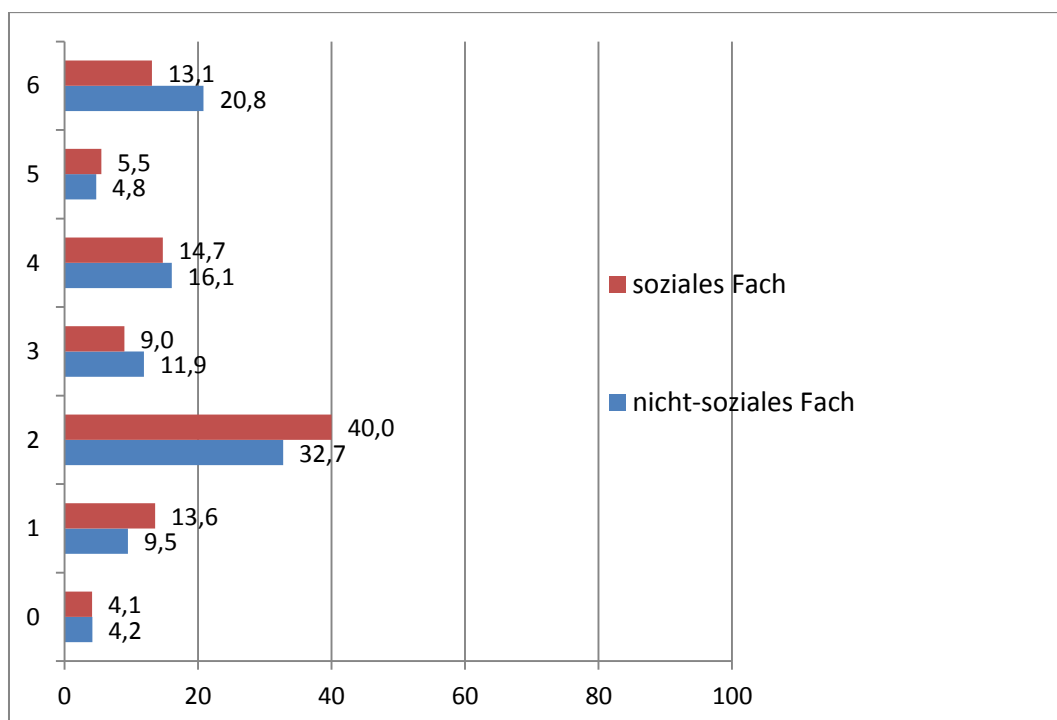


Abbildung 10. Vergleich von Studierenden sozialer und nicht-sozialer Fächer hinsichtlich ihres Summenwertes im PHQ-2 (lifetime); N=603, in %

5.1.4.3 Differenziert nach Erstsemestern und Studienfortgeschrittenen

Die Mehrheit der befragten Teilnehmer des Forums befand sich im 1. Semester. Es zeigt sich, dass Studierende in einem höheren Semester deutlich mehr Erfahrungen mit depressiven Episoden in ihrem Leben hatten als Studienanfänger (Tab. 9). Außerdem sind die Werte der Skala Stigmatisierung bei Studierenden des 1. Semesters signifikant geringer als bei

Studierenden in einem höheren Semester. Für die anderen beiden Subskalen zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede (Tab. 9).

Tabelle 9. Gruppenunterschiede zwischen Erstsemestern und fortgeschrittenen Studierenden in Bezug auf das Alter, die bisherige psychische Gesundheit, den Wunsch nach sozialer Distanz, stigmatisierende & stereotype Vorstellungen

	Erstsemester (N=326)	Studienfort- geschrittene (N=280)	p
Alter (Mittelwert)	21,51	25,77	0,00***
(SD)	(4,35)	(6,69)	
Geschlecht			
Weiblich (%)	82,82	67,62	
PHQ-Summenwert	2,67 (1,59)	3,35 (1,83)	0,00***
(n=592)			
Soziale Distanz*	0,41 (0,40)	0,49 (0,47)	0,07
(n=590)			
Stigmatisierung*	1,98 (0,58)	2,18 (0,61)	0,00***
(n=585)			
Stereotype* (n=592)	0,64 (0,49)	0,69 (0,52)	0,06

*Subskalen der Sozialen Distanzskala haben einen Wertebereich von 0-4

5.1.4.4 Differenziert nach bisheriger Erfahrung mit Depressivität

Von allen Befragten wurde mithilfe des Summenwertes im PHQ-2 ermittelt, ob in der bisherigen Lebenszeit eine depressive Episode vorlag oder nicht. 45,7% der befragten Studierenden wurde auf diesem Wege positiv gescreent, in der Vergangenheit eine mindestens zweiwöchig anhaltende depressive Verstimmung erlebt zu haben. Befragte mit depressiver Verstimmung waren signifikant älter als befragte ohne (siehe Tab. 10). Es handelte sich um einen sehr kleinen Altersunterschied. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass Studierende mit bereits erlebter depressiver Verstimmung in der Vergangenheit (oder gegenwärtig) stärker ausgeprägte stigmatisierende Vorstellungen hatten als Studierende ohne derartige Erfahrung. So stimmten sie Aussagen wie „Die meisten Erwachsenen haben Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten.“ oder „Jemand, der psychisch krank ist, hat Schwierigkeiten einen Ausbildungs-/Hochschul-/Arbeitsplatz zu finden.“ etwas stärker zu.

Tabelle 10. Gruppenunterschiede zwischen Studierenden mit depressiver Verstimmung in der Vergangenheit und bzgl. Alter, Wunsch nach sozialer Distanz, stigmatisierender & stereotyper Vorstellungen

	Mit depressiver Episode (lifetime) (N=285)	Ohne depressive Episode (lifetime) (N=339)	p
Alter (Mittelwert) (SD)	24,47 (6,97)	23,39 (6,50)	0,046***
Geschlecht			
Weiblich (%)	73,94	77,88	
Soziale Distanz* (n=621)	0,46 (0,42)	0,43 (0,42)	0,29
Stigmatisierung* (n=616)	2,14 (0,58)	1,96 (0,60)	0,00***
Stereotype* (n=623)	0,68 (0,51)	0,64 (0,50)	0,32

*Subskalen der Sozialen Distanzskala haben einen Wertebereich von 0-4

5.1.5 Lösungswege aus der Krise

Die Teilnehmer des Forums „Psychisch fit studieren“ gaben an, welche vermittelten Lösungsansätze sie im Fall einer psychischen Krise anwenden würden. Folgende Strategien wurden genannt:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Notfallkoffer</u> ✓ Selbsthilfe; <u>Selbsthilfegruppe</u> ✓ Achtsamkeit ✓ <u>Beratung/professionelle Hilfe</u> suchen ✓ Gesundes Essen/Ernährung; <u>Sport</u> treiben; <u>ausgeglichener Lebensstil</u> ✓ Alltag strukturieren; Rituale ✓ soziale Kontakt stärken/aufsuchen „sich in gute Gesellschaft begeben“ ✓ an die Familie/Partner wenden/<u>sich anvertrauen</u> ✓ Internetseiten nutzen ✓ Auszeit nehmen ✓ Sich <u>Hilfe suchen</u> ✓ In der Krise keine wichtigen Entscheidungen treffen ✓ Krankschreiben lassen ✓ Positive Denkweise ✓ Ruhe bewahren ✓ Sich selbst Gutes tun | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entspannungsübungen ✓ Gesundheitsamt ✓ Meditation/Yoga ✓ Bücher lesen ✓ Es sich eingestehen, „das Bewusstwerden“ ✓ Akzeptieren, wenn etwas nicht klappt ✓ Strukturierte Liste ✓ „endlich mal den 1. Schritt tun“ ✓ <u>Gespräche, Gespräche, Gespräche</u> ✓ <u>Grenzen setzen</u> ✓ Viel Schlaf ✓ Mit anderen Studenten austauschen ✓ Kleine Dinge wahrnehmen ✓ Keine Drogen! ✓ Kleine Ziele stecken ✓ Nicht isolieren ✓ Sauna, Natur, Garten ✓ Resilienz stärken ✓ Offline gehen |
|--|---|

Die **hervorgehobenen Lösungsansätze** wurden besonders häufig von den Teilnehmern genannt. Es wurde insbesondere darauf hingewiesen, sich Hilfe zu suchen, sich beraten zu lassen und sich anzuvertrauen. Das Führen eines ausgeglichenen Lebensstils in Form von gesunder Ernährung, Sport und Bewegung sowie Ausgleich wurde ebenso betont. Des Weiteren wurden eine Reihe von Selbsthilfe- und Selbstkontrollstrategien genannt; hier vor allem das Erkennen und Einhalten von persönlichen Grenzen.

Nahezu jeder Teilnehmer der Veranstaltung zog es in Betracht, sich im Falle einer psychischen Krise jemanden zum Reden zu suchen. Über die Hälfte war sich ziemlich sicher bis überzeugt davon, einen Ansprechpartner für die eigenen Probleme zu suchen (siehe Abb. 11). Auf die Frage, wen sie als Ansprechpartner auswählen würden, antworteten 76,5% mit einem Freund bzw. einer Freundin. An zweiter Stelle wurde die Familie mit 60,5% genannt und an dritter Stelle schließlich professionelle Helfer mit 55,6% (vgl. Abb. 12). Die Option, im Internet Hilfe zu suchen, spielte mit 13,6% (für eine unbekannte Person) und 7,0% (für eine bekannte Person) eine sehr untergeordnete Rolle. Nahezu keine Option als Ansprechpartner waren die Dozenten mit 4,9%.

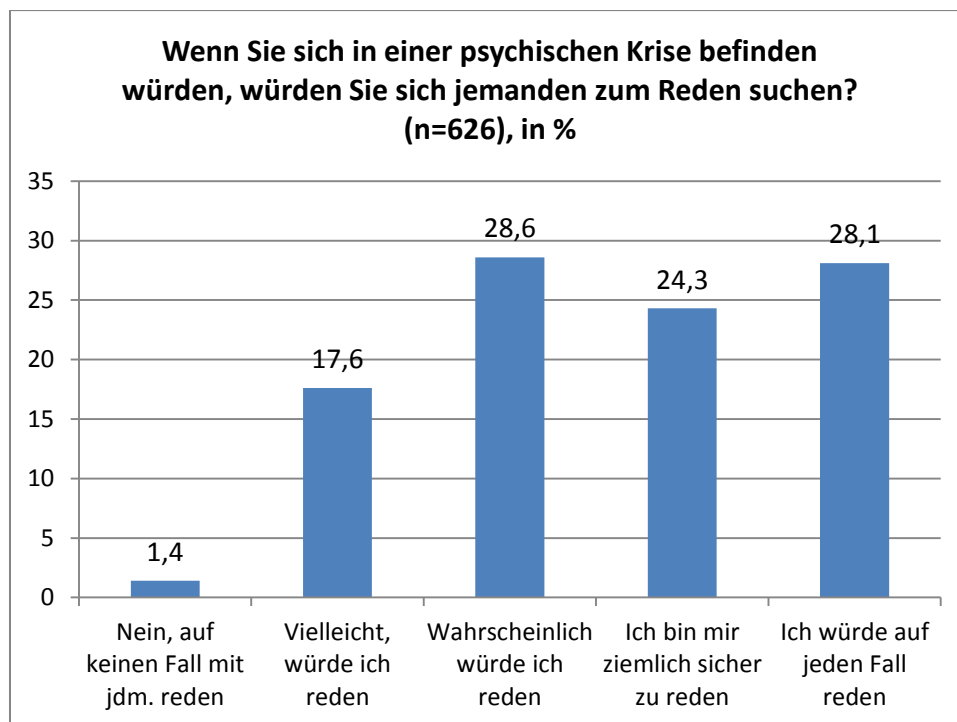


Abbildung 11. Relative Häufigkeiten der Studienteilnehmer, sich in einer psychischen Krise jemanden zum Reden zu suchen

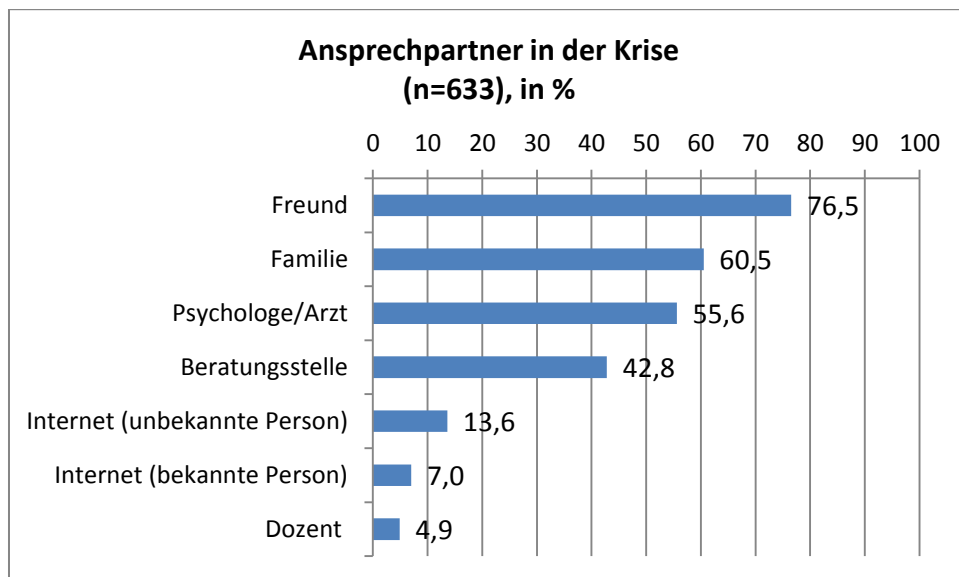


Abbildung 12. „Mit wem würden Sie im Falle einer psychischen Krise reden?“ (Mehrfachantwortmöglichkeit)

5.1.6 Bewertung des Forums „Psychisch fit studieren“

Knapp zwei Drittel (64,1%) der Studierenden bewerteten die vermittelten Lösungswege und Strategien aus der Krise als hilfreich bis sehr hilfreich. Lediglich 8,1% der Befragten schätzten die vermittelten Strategien als wenig bis gar nicht hilfreich ein (vgl. Abb. 13).

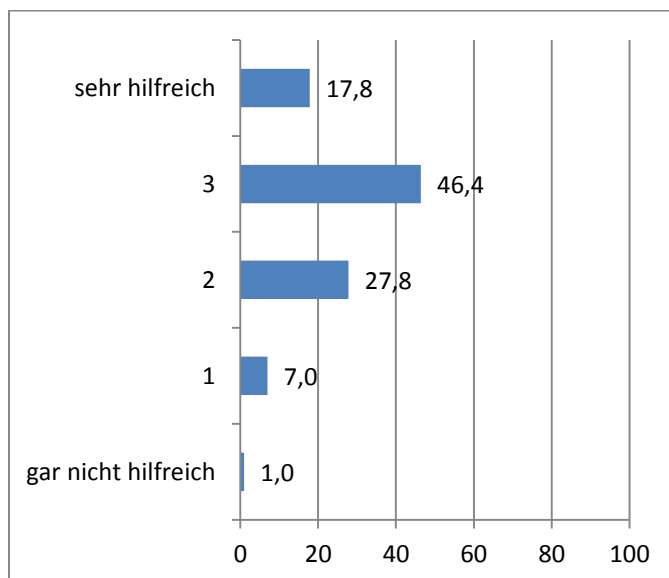


Abbildung 13. „Wie hilfreich schätzen Sie die in der Veranstaltung vermittelten Lösungswege und Bewältigungsstrategien ein?“ (n=643, in %)

Die Studierenden wurden außerdem gefragt, wie sie *auf die Veranstaltung „Psychisch fit studieren“ aufmerksam geworden* sind. Mit 54,4% war dem Großteil die Veranstaltung durch den Veranstaltungskalender der Einführungswoche bekannt. Als zweithäufigste Informationsquelle wurden mit 25,7% Aushänge in der Universität angegeben. Lediglich 8,9% sind durch Kommilitonen, Freunde oder Bekannte auf das Forum aufmerksam geworden. Die Teilnehmer wurden zudem zur Platzierung der Veranstaltung im

Studienverlauf befragt (siehe Abb. 14). Knapp drei Viertel der Befragten gaben an, Die Platzierung des Forums zu Beginn des Semesters für sinnvoll zu finden. Etwas mehr als jeder Vierte hätte sich ein Präventionsprogramm wie „Psychisch fit studieren“ bereits in der Schule gewünscht. Lediglich 2,2% der Befragten bewerteten den Zeitpunkt von „Psychisch fit studieren“ im Studienverlauf als zu früh gewählt.

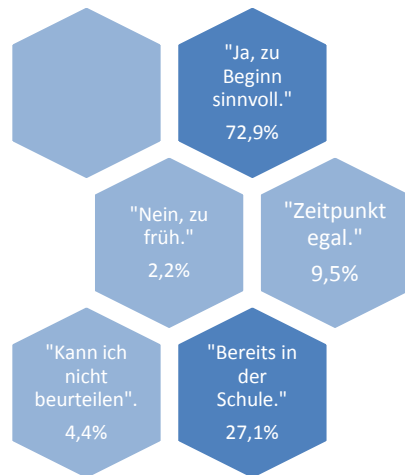


Abbildung 14. Platzierung der Veranstaltung im Studienverlauf

Die Teilnehmer wurden zudem befragt, welche dargebotenen Inhalte für sie besonders wichtig waren im Rahmen der Veranstaltung (Mehrfachnennungen möglich). Als besonders relevant wurde die Beschreibung psychischer Krisen aus Betroffenenensicht durch den persönlichen Experten bewertet (von 64,6%). Fast genauso bedeutsam wurden Informationen über Warnsignale eingestuft (62,6%). Knapp die Hälfte der Teilnehmer sah Informationen zu Strategien gegen Stress und Empfehlungen für vorbeugende Maßnahmen als wichtig an (siehe Abb. 15).

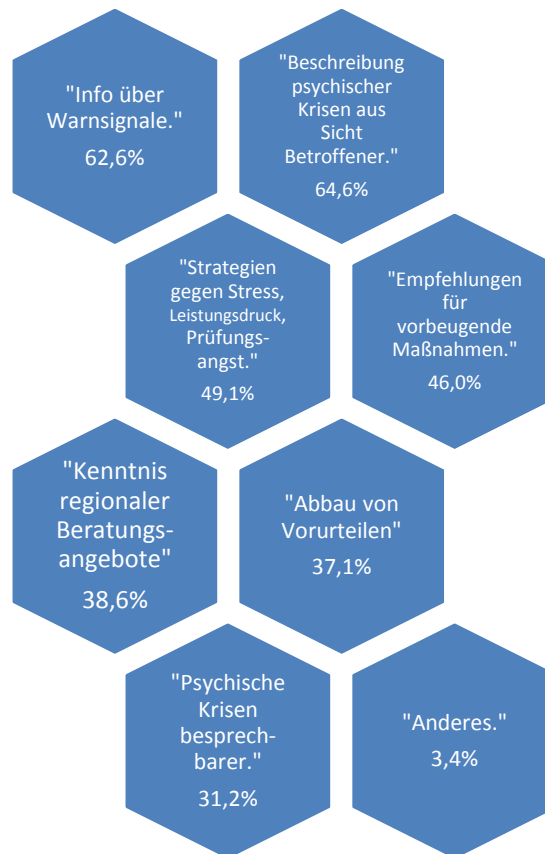


Abbildung 15. "Welche Inhalte waren für Sie am wichtigsten?"

Ergänzend wurden die Studierenden gefragt, ob Ihnen relevante Inhalt gefehlt haben. Abbildung 16 zeigt, dass es den Studierenden schwer fiel, dies zu beurteilen (52,2%), 16,1% gaben an, dass relevante Inhalte gefehlt hätten. Knapp ein Drittel verneinte die Frage.

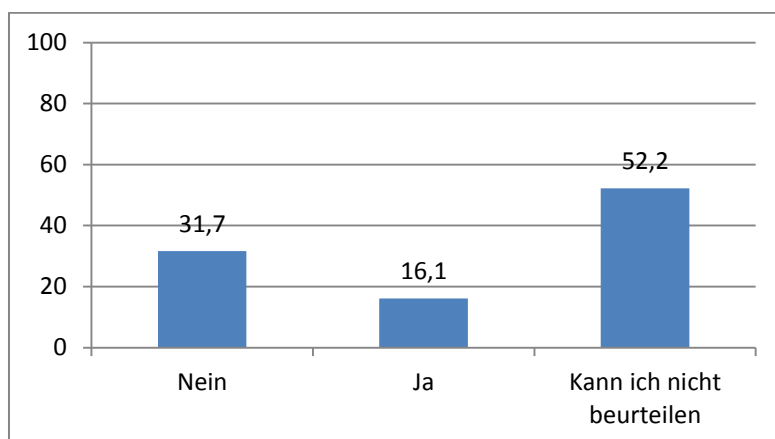


Abbildung 16. "Fehlten wichtige Inhalte?" (n=609, in %)

Folgende Inhalte wurden im Feld für Freitextangaben angegeben und von den Studierenden gewünscht:

- ❖ Alternativen zu medikamentöser Therapie
- ❖ Genaue Ortsangaben zu Hilfsangeboten; **mehr Zeit** um Beratungsstellen vor Ort vorzustellen
- ❖ Anderes Beispiel als Sucht; **verschiedene Krankheitsbilder**
- ❖ Aufklärung über Hauptsymptome der häufigsten psychischen Erkrankungen
- ❖ Information darüber, wie und wo man einen Therapieplatz bekommt
- ❖ Mehr Information über Psychopharmaka
- ❖ Den Mut mehr thematisieren
- ❖ Mehr **Strategien bei Prüfungsstress** und -angst
- ❖ Insgesamt bestand der **Wunsch nach detaillierteren Angaben** und mehr Informationen
- ❖ Präventionsmöglichkeiten im Kindesalter
- ❖ Umgang damit, wenn man Krise bei Kommilitone bemerkt; „**Ansprechen**“

Die Abbildungen 17 und 18 zeigen eindrücklich, dass sowohl die didaktische als auch die fachliche Qualifikation der Experten des Forums „Psychisch fit studieren“ von nahezu allen Studierenden als gut bis sehr gut bewertet wurde. Demnach ist es auch nicht überraschend, dass der deutliche Großteil der Teilnehmer (87,4%) die Veranstaltung weiterempfehlen würde. Lediglich 8 von 627 Studierenden würden „Psychisch fit studieren“ eher nicht weiterempfehlen; 11,3% waren unentschlossen (siehe Abb. 19)

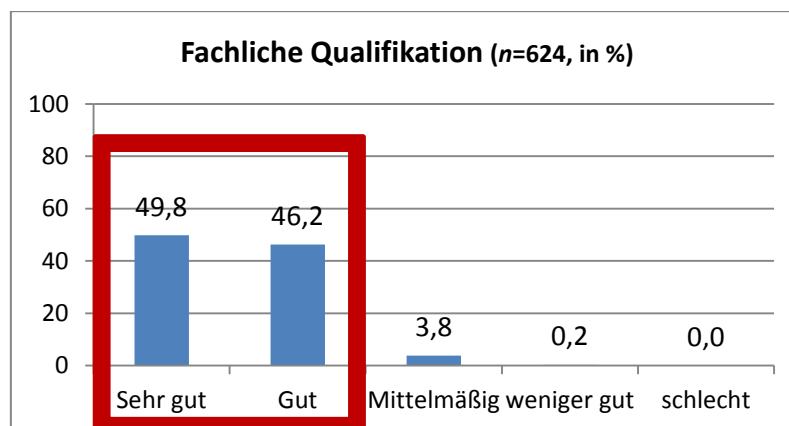


Abbildung 17. "Wie beurteilen Sie die fachliche Qualifikation der Experten?"

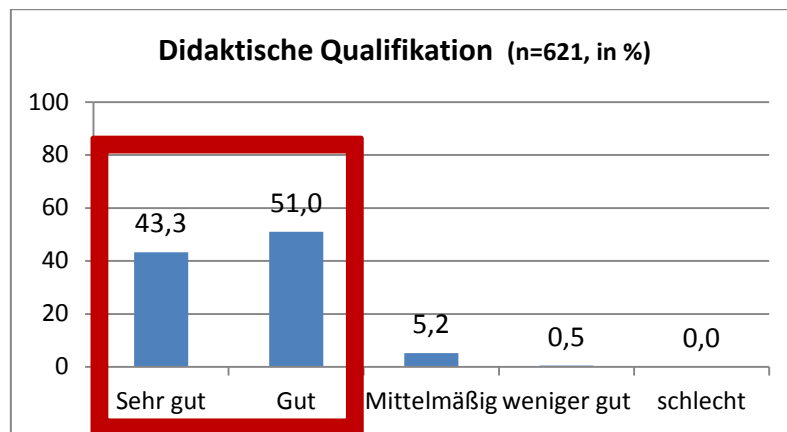


Abbildung 18. Wie beurteilen Sie die didaktische Qualifikation der Experten?"

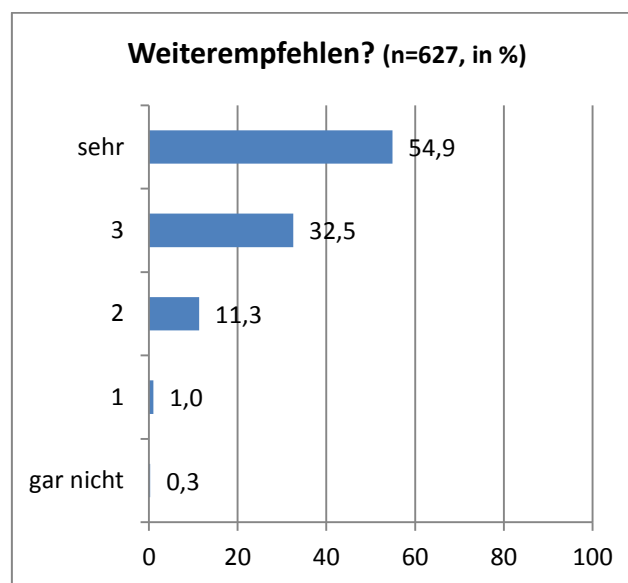


Abbildung 19. "Würden Sie diese Veranstaltung anderen Studierenden weiterempfehlen?"

In der Abbildung 20 sind die Freitextangaben der Studierenden hinsichtlich Lob und Kritik sowie Verbesserungsvorschlägen zusammengefasst.

Verbesserungsvorschläge – „Was könnte an der Veranstaltung verbessert werden?“

- Zu Beginn der Veranstaltung wurde etwas zu viel Angst gemacht; „aufbauen statt verunsichern“
- Anschlussveranstaltungen anbieten oder Wiederholungen; „Aufbauveranstaltung nach ein paar Semestern“
- Alternativen zur medikamentösen Therapie vorstellen
- Psychische Störungen vorstellen
- Mehr darauf eingehen, wie Betroffene besser im Bekanntenkreis mit Erkrankung oder psychischen Problemen umgehen können
- Format zu kurz, daher oberflächlich
- Publikum mehr einbeziehen, Betroffene aus Publikum einbeziehen; interaktivere

Gestaltung; kleinere Gruppen - Mit Workshop verbinden - Mehr Betroffenenperspektiven - Mehr Werbung - Mehr Zusammenarbeit Dozenten/Professoren; Zusammenarbeit mit Fachhochschule - Auch auf Themen wie Prüfungsstress und Leistungsdruck eingehen
Lob – „Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“
- Offene Runde, locker, Ehrlichkeit, dass psychische Krankheiten nicht dramatisiert werden - Persönliche echte Beispiele; Berichte des Betroffenen - Einbezug der Studierenden
Kritik – „Was hat Ihnen gefehlt?“
- An wen genau man sich wenden kann? Wo? Genauer Ort hilfreich, weil man sich nicht auskennt - andere Beispiele als Suchtprobleme, andere Krankheitsbilder; Symptome psychischer Störungen - mehr über Warnsignale - mehr auf Stigmatisierung und Abbau von Vorurteilen eingehen - Vor- und Nachteile Psychopharmaka - Zu viel Probleme thematisiert, mehr Mut betonen - Infos für internationale Studierende fehlen, wo die sich speziell hinwenden können - Mehr auf Stressbewältigung eingehen (häufig gewünscht) - Wie gehe ich mit Menschen um, die eine psychische Erkrankung haben, aber keine Hilfe annehmen?

Abbildung 20. Freie Rückmeldung positiver und negativer Kritik (Freitextangaben)

5.2 Qualitative Befragungsergebnisse

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse können in fünf relevante Bereiche zusammengefasst werden:

- ❖ Status Quo – gesunde Hochschulkultur
- ❖ Vorhandene Präventionsangebote und genutzte Präventionsinstrumente
- ❖ Interne und externe Kooperationspartner
- ❖ Hindernisse und Barrieren der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur
- ❖ Förderliche Faktoren

Eine detailliertere Darstellung der Kategorien und Ankerbeispiele ist im Anhang zu finden.

5.2.1 Status Quo – Gesunde Hochschulkultur

Im Rahmen der Fokusgruppe berichteten die Experten über eine gegenwärtige Zunahme der Fallzahl psychisch belasteter Studierender – unabhängig davon, ob die Fallzahl tatsächlich zugenommen habe oder Betroffene sich eher Hilfe in Beratungsstellen suchen würden. Die Teilnehmer berichteten in diesem Zusammenhang von einem höheren Durchlauf von

Studierenden in Beratungsstellen und von Studierenden mit psychischen Krisen, die sich bei der Studienberatung melden. Ein stärkeres Hilfesuchverhalten Betroffener, welches sich zunehmend in der Gesellschaft zeige, würde sich auch unter den Studierenden widerspiegeln. Zwar bestehe bereits eine Vielzahl von gesundheitsförderlichen Angeboten, es fehle jedoch an einer systematischen Übersicht und Vernetzung dieser. Darüber hinaus gäbe es unter den Akteuren des Gesundheitsmanagements, der Hochschulleitung und den Mitarbeitern in anderen Bereichen der Hochschule bislang kein gemeinsames Gesundheitsziel, in dessen Sinne einheitliche Maßnahmen und Regelungen für Studierende mit psychischen Erkrankungen bzw. Belastungen getroffen werden können. Bestehende krankheitsförderliche Studienstrukturen und -regelungen würden jedoch eine klare Positionierung der Hochschulleitung und entsprechende gesundheitsförderliche Veränderungen in der Lebenswelt Hochschule dringend erforderlich machen. Bei dem Aufbau bzw. der Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen und Angebote sei vor allem die Initiative der Hochschule gefragt. Als Hochschule Teil eines Mentoringprogramms zu sein, im Rahmen dessen Experten verschiedener Hochschulen vernetzt sind, würde hierbei einen wertvollen Erfahrungsaustausch sowie Einblicke in das Gesundheitsmanagement anderer Hochschulen ermöglichen.

„Der Anteil derer, die mit Problemen in die Beratung kommen, und folglich geleistete Verweisberatung brauchen, wird größer.“

„Heutzutage sind die Regelungen kompliziert – Studierende, die eine Prüfung nicht belegen wollen, müssen sich vom Modul abmelden und das gesamte Modul anschließend nochmal besuchen. Die Universität könnte diesbezüglich präventiv mehr machen.“

5.2.2 Vorhandene Präventionsangebote und genutzte Präventionsinstrumente

Eine transparente Übersicht über die vorhandenen Präventionsangebote im Bereich psychische Gesundheit soll neben dem Hochschulinklusionsplan, welcher an der UN-Behindertenrechtskonvention orientierte Ziele sowie daraus abgeleitete Maßnahmen zur uneingeschränkten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen umfasst, eine neu entwickelte Website bieten.

Unterstützung und Sicherheit würden vor allem Erstsemester durch den jahrgangsübergreifenden Austausch im Rahmen eines Mentoren-Programms erhalten. Im Verlauf des Studiums könnten Studierende bei Verzögerungen im Studienverlauf bzw. einem Missverhältnis von Semesterzahl und Leistungspunkten über ein sog. „Frühwarnsystem“ ein niedrigschwelliges Gesprächsangebot sowie weiterführende Unterstützung erhalten. Bei bestehenden Zweifeln am Studium oder Studiumabbruchgedanken würde im Rahmen der Projekte „Plan A“ und „Studienzweifler-Projekt“ der Zentralen Studienberatung kompetente Beratung und Unterstützung in Form von Workshops zu Themen wie „Lern- und

Arbeitsstrategien“ oder „Gelassenheit im Studium“ zur Verfügung stehen. Als weitere Präventionsangebote wurden Workshops verschiedener interner Beratungsstellen wie der Zentralen Studienberatung und der Psychosozialen Beratung des Studentenwerks, Informationsveranstaltungen, z.B. die regelmäßig stattfindenden Semilesungen des Student_innenrats zu Themen wie „Stress im Studium“ oder „Lernstrategien“, und Kurse zu Achtsamkeits- und Entspannungsübungen seitens des Gesundheitssportzentrums aufgeführt. Konkret wurde die Veranstaltung „Die lange Nacht der aufgeschobenen Hausarbeiten“ in der Universitätsbibliothek benannt, welche ein breites Angebot aus Workshops, individuellen Beratungen, Vorträgen und anderen kostenfreien Programmpunkten umfasst und in Kooperation u.a. vom Studentenwerk und der Universitätsbibliothek organisiert wird. Eine zentrale Struktur zur Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur scheint zukünftig der Lenkungskreis zu sein.

„Erstsemester bekommen einen Studierenden aus dem höheren Fachsemester zugewiesen, der für alle Fragen rund um das Studium zur Verfügung steht und den Einstieg in das Studium begleitet.“

5.2.3 Interne und externe Kooperationspartner

Die Experten benannten den Careerservice, die Zentrale Studienberatung, das Studentenwerk mit Sozialberatung und psychosozialer Beratung, das Zentrum für Lehrerbildung und Schulforschung mit ihrer Psychologischen Beratungsstelle und den Steuer-/Lenkungskreis „Gesundheitsmanagement“ der Universität Leipzig als interne Kooperationspartner. Als externe Kooperationspartner wurden gesetzliche Krankenkassen und die Kooperationsstelle Chancengleichheit aufgeführt. Wenngleich die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern je nach Fachbereich der Hochschule unterschiedlich ausgeprägt zu sein scheint, wurden insgesamt deutlich weniger externe als interne Kooperationspartner benannt. Der Fokus scheint folglich eher auf dem Aufbau bzw. der Etablierung von und der Zusammenarbeit mit internen Kooperationspartnern zu bestehen. Im Rahmen der studentischen Gesundheitsförderung würden den Aussagen der Experten zufolge neben externen Angeboten, welche die Studierenden direkt adressieren, externe Kooperationspartner auch im Bereich der Personalentwicklung von Beschäftigten der Hochschule, z.B. in Form von Fortbildungen zu gesundheitsförderlicher Lehre, agieren.

„Verschiedene Krankenkassen bieten seit langer Zeit Programme für die Zielgruppe der Studierenden an. Diese Programme sind auch evaluiert und kostenfrei.“

5.2.4 Hindernisse und Barrieren der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur

Voraussetzung für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur scheint sowohl eine entsprechende Positionierung und/oder Unterstützung seitens der Hochschulleitung als auch ein gemeinsames Ziel aller Akteure des Gesundheitsmanagement an der Hochschule zu sein. Darüber hinaus wurden seitens der Experten bestimmte Studien- und Prüfungsbedingungen als strukturelle Hindernisse benannt (z.B. Prozedere bei Modul-/Prüfungsabmeldung; Nachteilsausgleich bei Prüfungen). Zeitgleich fehle es an finanziellen Ressourcen, um präventive und interventive Angebote flächendeckend und nachhaltig in die bestehenden Strukturen der Hochschule zu implementieren oder entsprechende neue Strukturen aufzubauen. Auf Seiten von Dozenten, Lehrbeauftragten sowie Mitarbeitern der Prüfungsausschüsse wurde fehlendes Wissen im Umgang mit psychisch belasteten Studierenden als besonders problematisch benannt. Zusätzlich bestehe zumeist ein Unwillen, entsprechende Angebote im Rahmen der Personalentwicklung in Anspruch zu nehmen, um sich zum Thema studentischer Gesundheitsförderung fortbilden zu lassen. Neben der Koordinierung interner Angebote würde die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern durch den damit einhergehenden zeitlichen Mehraufwand für die Hochschule erschwert werden.

„Wenn die Unileitung (Rektorat, Prorektorat) sich nicht klar positioniert, wird es keine einheitliche Regelung für den Nachteilsausgleich geben.“

„Viele Betroffene mit z.B. chronischen Erkrankungen, Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen wenden sich auch nicht an Lehrbeauftragte, aus Angst, dadurch Nachteile zu erleben. Die Unkenntnis der Dozentinnen und Dozenten sowie Lehrbeauftragten, aber auch die Angst der Betroffenen sind die Hauptprobleme.“

5.2.5 Förderliche Faktoren

Als förderliche Faktoren für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur wurden die transparente und gebündelte Informationsbereitstellung zum Thema psychische Gesundheit sowie entsprechender universitärer oder externer Angebote (z.B. in Form einer Website), die Vorstellung der Angebote in studentischen Räumlichkeiten bzw. bei studentischen Veranstaltungen sowie die gute und niedrigschwellige Erreichbarkeit der Angebote aufgeführt. Für eine zielführende und effektive Arbeit im Bereich der studentischen Gesundheitsförderung sei darüber hinaus eine Vernetzung der entsprechenden Akteurinnen und Akteure erforderlich. Um betroffene Studierende frühzeitig identifizieren und kompetent unterstützen zu können, bedarf es auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in anderen Bereichen der Hochschule, wie z.B. der Lehre oder den Prüfungsausschüssen, eines verbesserten „Handwerkszeug“. Der Meinung der Expertinnen und Experten zufolge müssten neue Strukturen geschaffen werden, um

Angebote nachhaltig und regelmäßig implementieren zu können. Angesichts des erheblichen Mehraufwandes, mit dem die Kontaktaufnahme zu potenziellen externen Kooperationspartnern für die Hochschule einhergehen würde, sei vor allem die Initiative von Seiten der externen Partner für den Aufbau bzw. die Etablierung einer Zusammenarbeit von großer Bedeutung.

„Durch die Teilnahme an den Semilesungen fällt betroffenen Studierenden der Schritt zur Hilfesuche letztlich leichter, da sie bereits etwas zum Thema erfahren haben.“

6. Zusammenfassung und Fazit

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass das Forum „Psychisch fit studieren“ von den Teilnehmern sehr gut angenommen und bewertet wurde. Der Bedarf für eine solche Veranstaltung ist bei der befragten Zielgruppe gegeben, teilweise wurde sich diese Art von Forum bereits früher gewünscht. Insgesamt handelt es sich jedoch bei den Befragten um eine Gruppe mit einem hohen Anteil, der bereits selbst Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht hat. Da es sich um keine repräsentative Befragung handelt, können an dieser Stelle keine Schlüsse für Studierende generell geschlossen werden.

Über die Hälfte der Teilnehmer gaben an, dass die Veranstaltung „Psychisch fit studieren“ ihre Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Problemen und Krisen ins Positive verändert hätte. Bedenken und Befürchtungen bezüglich eigener psychischer Krisen und deren negativer Auswirkung auf das Studium konnten bei 61,2% der Teilnehmer abgebaut werden. Der überwiegende Teil der befragten Studierenden zeigte gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen keinen Wunsch nach sozialer Distanz. So stimmte mit über 70% der Großteil der Aussage zu „Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, anzufreunden.“. Die befragten Studierenden zeigten in ihren Antworten auf der Subskala „Stereotype Vorstellungen“ insgesamt eine geringe Tendenz zu stereotypen Vorstellungen gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen. Auf der Subskala „Stigmatisierung“ lag eine insgesamt differenzierte Verteilung der Antworten vor. Etwa jeder Dritte stimmte den Aussagen zu, dass Erwachsene und Jugendliche Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten hätten. Starke Ablehnung erfuhr die Aussage, dass psychisch Erkrankte selbst schuld seien. Durchaus Bedenken wurden in Bezug auf die Leistungsfähigkeit deutlich. Knapp 18% stimmten der Aussage zu, dass jemand, der psychisch krank ist, Schwierigkeiten habe, einen Ausbildungs-/Hochschul-/Arbeitsplatz zu finden; 39% zeigten sich unschlüssig.

Der Großteil der Befragten (78,1%) gab an, bereits eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gesammelt zu haben; etwa jeder Dritte sogar *häufig wiederkehrend*. Dieses Ergebnis reiht sich gut in den bisherigen Forschungsstand ein. So zeigen 22% der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al. 2007); zudem ist ein Anstieg von Depressions-Inzidenzraten im jungen Erwachsenenalter bekannt (Busch et al. 2013; Rohde et al. 2009).

Rudimentäres Wissen über psychische Krisen war bei nahezu allen Studienteilnehmern bereits vor der Veranstaltung vorhanden. So hatten nahezu alle Teilnehmer bereits etwas über psychische Krisen gehört oder gelesen. Allerdings gab nur gut jeder dritte Teilnehmer an, bereits vor der Veranstaltung entsprechende Beratungsstellen am Studienort gekannt zu haben. Der Großteil äußerte am Ende des Forums den Wunsch, mehr über psychische Krisen zu erfahren. Nahezu alle schätzten die vermittelten Informationen als hilfreich ein.

Knapp die Hälfte der jungen Studienteilnehmer (45,7%) hatte bereits mindestens einmal in ihrem Leben eine Phase erhöhter Depressivität (Zeitkriterium 14 Tage). Befragte mit depressiver Verstimmung (retrospektiv) waren signifikant älter als Befragte ohne (geringer Altersunterschied) und wiesen stärker ausgeprägte stigmatisierende Vorstellungen auf.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab es hierbei nicht. Die Befragten der nicht-sozialen Fächer hatten einen statistisch bedeutsamen leicht höheren PHQ-Wert, d.h. eher eine depressive Phase in ihrem bisherigen Leben als die befragten Studierenden eines sozialen Faches. Auf die allgemeine Frage nach bereits erlebten psychischen Krisen hin zeigten sich keine Unterschiede. Studierende nicht-sozialer Fächer zeigten zudem einen etwas stärkeren Wunsch nach sozialer Distanz als Studierende sozialer Fächer. Betrachtet man nur die Gruppe der Studienanfänger (1. Semester), ist dieser Unterschied bzgl. der sozialen Distanz zwischen den Fächergruppen nicht mehr vorhanden. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Stichprobe sehr selektiv ist. Es liegt sowohl ein überdurchschnittlich hoher Anteil an weiblichen Studierenden und Studierenden eines sozialen Fach vor. Zudem ist unklar, wie das Forum „Psychisch fit studieren“ an der jeweils beteiligten Hochschule beworben wurde. Es ist denkbar, dass Hochschulen mit sozialer Ausrichtung das Forum stärker beworben haben als andere. Die Gruppenunterschiede sind demnach mithilfe einer repräsentativen Stichprobe (bzgl. Geschlecht, Studienfach und Teilnahmevoraussetzungen) zu replizieren.

Männliche und weibliche Studierende, die am Forum und der Befragung teilgenommen haben, unterschieden sich hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten. So äußerten Männer einen etwas stärkeren Wunsch nach sozialer Distanz und lehnten stereotype und stigmatisierende Äußerungen weniger stark ab.

Ansprechpartner erster Wahl im Falle einer psychischen Krise waren Freunde, Familie und professionelle Helfer. Das Internet, als Möglichkeit sich Hilfe zu holen, schnitt eher schlecht ab. Das persönliche Gespräch erwies sich eindeutig als erwünschter im Zusammenhang mit einer persönlichen psychischen Krise und dem Wunsch nach Hilfe.

Das Forum wurde insgesamt gut bis sehr gut eingeschätzt. Knapp zwei Drittel bewerteten die vermittelten Lösungswege und Strategien aus der Krise als hilfreich. Folgende Strategien hatten besonderen Anklang gefunden: Notfallkoffer, Selbsthilfegruppen, professionelle Hilfe holen, ausgeglichener Lebensstil, darüber reden, Grenzen setzen. Die Platzierung zu Beginn des Studiums innerhalb der Einführungswochen wurde als sinnvoll bewertet. Als positiv hervorgehoben wurde die Beschreibung psychischer Krisen aus Sicht eines Betroffenen. Verbesserungswünsche und -vorschläge bezogen sich überwiegend darauf, die dargebotenen Inhalte auszuweiten (verschiedene Krankheitsbilder, mehr Strategien, insgesamt mehr Details) und der Veranstaltung mehr Raum zu geben. Demnach ist es auch nicht überraschend, dass der deutliche Großteil der Teilnehmer (87,4%) die Veranstaltung weiterempfehlen würde. Ähnlich gute Erfahrungen hat der Verein Irrsinnig Menschlich e.V. auch bereits mit seinem Präventionsprogramm „Verrückt? Na und!“ aus dem Setting Schule gemacht (Schulze et al. 2003). „Psychisch fit studieren“ ist als Weiterentwicklung von „Verrückt? Na und!“ einzuordnen. Dass gerade psychologische Interventionen von den Studierenden (neben dem Bericht eines Betroffenen) als wertvolle Strategien angegeben werden, ist ebenso aus der Präventionsforschung bekannt (Merry et al. 2011).

Der Austausch der Fokusgruppenteilnehmer hat auf struktureller Ebene ergänzend gezeigt, dass die Fallzahl an psychisch belasteten Studierenden zunehme, sich mehr Studierende in den Beratungsstellen mit ihren Problemen meldeten und immer häufiger psychische Probleme die Ursache seien. Zwar bestehe bereits eine Vielzahl von gesundheitsförderlichen Angeboten, es fehle jedoch an einer systematischen Übersicht und Vernetzung dieser. Zudem fehle ein entsprechendes gemeinsames Gesundheitsziel. Eine klare Positionierung der Hochschulleitung und entsprechende gesundheitsförderliche Veränderungen in der Lebenswelt Hochschule seien aber dringend erforderlich. Externe Kooperationspartner würden bislang wenig genutzt. Prävention psychischer Erkrankungen werde vorwiegend intern (z.B.: Studentenwerk mit psychosozialer Beratung, Hochschulsport) und von Fakultät zu Fakultät unterschiedlich umgesetzt. Strenge curriculare Studien- und Prüfungsbedingungen sowie eine unklare Auslegung des Nachteilsausgleiches für Studierende mit psychischen Erkrankungen erschwerten präventive Maßnahmen zusätzlich und stellen zudem eine Hemmschwelle für Studierende, die sich bereits in der Krise befinden, dar.

Um eine Hochschulkultur voranzutreiben, die die psychische Gesundheit von Studierenden und Mitarbeitern fördert, benötige es ein entsprechendes Gesundheitsziel; darüber hinaus sei eine transparente und gebündelte Informationsbereitstellung über interne und externe Angebote und Kooperationspartner unabdingbar.

Fazit

Der Forschungsstand zeigt, dass universelle und selektive Präventionsprogramme wirken und psychischen Erkrankungen vorbeugen können. Zudem handelt es sich gerade bei den Studienanfängern um eine Gruppe, die sich in einer Transitionsphase mit besonderen Entwicklungsherausforderungen befindet. Die Evaluation des Forums „Psychisch fit studieren“ hat gezeigt, dass an Hochschulen ein Bedarf an geeigneten Präventionsprogrammen für psychische Erkrankungen besteht und sich Betroffene wie Akteure niederschwellige Angebote und Handwerkszeug wünschen. Das Forum bietet in diesem Sinne Information und sensibilisiert die Teilnehmer, über psychische Krisen zu sprechen und sich Hilfe zu holen. Die Ergebnisse zeigen, dass „Psychisch fit studieren“ ein Format ist, das gut angenommen wird. Vermittelte Hilfsangebote sollten präsenter gemacht werden (Aushänge in Wohnheimen, am schwarzen Brett, Internet etc.), gerade für Erstsemester, die sich im Studienort noch nicht so gut auskennen und weniger vernetzt sind. Lehrbeauftragte und Prüfungsämter sollten ebenso für die Thematik sensibilisiert werden wie die derzeit adressierten Studierenden. Auf struktureller Ebene sollten sich einzelne Akteure besser vernetzen und ihre Angebote besser koordinieren.

7. Nachhaltigkeit & Veröffentlichungen

Ausgewählte Ergebnisse über die Subgruppe der Studienanfänger wurden (und werden) auf folgenden Kongressen auf einem Poster vorgestellt (siehe Abb. 21):

- Gemeinsamer Kongress der DGMP & DGMS 2018 Leipzig (26.09.-29.09.2018)
- 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2018 Berlin (10.10.-12.10.2018)
- DGPPN Kongress 2018 Berlin (28.11.-01.12.2018)
- Research Festival Universität Leipzig (18.01.2019)

Darüber hinaus ist derzeit eine englischsprachige Publikation in Bearbeitung.



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Studienanfänger – Eine Risikogruppe?

Soziale Distanz und Erfahrung mit psychischen Krisen von Studienanfängern in Deutschland

Koschig, M., Conrad, I., Riedel-Heller, S. G.

Hintergrund



Heranwachsende müssen sich beim Wechsel von der Schule in den Beruf oder das Studium besonderen Herausforderungen stellen. Depression ist die in der Alterskohorte am häufigsten vorkommende psychische Erkrankung. Nach Angaben des Deutschen Studentenwerkes haben 2016 bereits 11% der Studierenden eine oder mehrere studienrelevante Beeinträchtigungen.

Quelle: MPR Forum zur Jugend, Berlin/Leipzig/Leipzig

Methode

Im Rahmen der Infoveranstaltung „Psychisch Fit Studieren“ des Vereins Irrsinnig Menschlich e.V. wurden Ende 2017 Studierende und Studieninteressierte an 15 Hochschulen bundesweit befragt. Es flossen die Daten von 326 Studienanfängern mit einem Durchschnittsalter von 22 Jahren ($M=21,52$, $SD=4,35$) in die Analyse ein. 82,8% waren weiblich und 75,2% begannen mit dem Studium eines sozialen Faches wie Soziale Arbeit oder Psychologie.

Der Fragebogen bestand aus einem kurzen demografischen Abschnitt mit Angaben zum Studium, dem Fragebogen zum Wunsch nach sozialer Distanz, zwei Fragen zur Lebenszeitprävalenz depressiver Kernsymptome sowie aus Freitextangaben. Es wurde vorwiegend deskriptiv ausgewertet. Zur Überprüfung der Frage nach Unterschieden wurden t-Tests bei unabhängigen Stichproben gerechnet.

Ergebnisse

Der Großteil der Studienanfänger kennt jemanden, der psychisch krank ist oder war und nahezu jeder hat bereits etwas zu psychischen Krisen gelesen oder davon gehört; allerdings sind nur knapp jedem Vierten entsprechende Beratungsstellen bekannt (siehe Abb. 1). 65,2% gaben an, eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht zu haben; knapp jeder Vierte häufig wiederkehrend (siehe Abb. 2).

Ergänzend zur deskriptiven Beschreibung der Ausprägung des Wunsches nach sozialer Distanz in der Stichprobe (siehe Tab. 1) wurde geprüft, ob sich Studienanfänger der sozialen Studiengänge von denen anderer Studiengänge unterscheiden. Sie erreichten im Fragebogen zum Wunsch nach sozialer Distanz signifikant höhere Werte auf der Skala Stereotype im Vergleich zu den Studienanfängern der nicht-sozialen Fächer ($t=-2,97$, $df=320$, $p=.003$). Auf Einzelitemniveau finden sich signifikante Unterschiede in 5 von den 22 Aussagen über psychisch Kranke. Bei 2 Aussagen handelt es sich um leistungsbezogene Annahmen. Hier unterschieden sich beide Gruppen am stärksten. Für alle fünf Aussagen gilt, dass die Studienanfänger der nicht-sozialen Fächer diskriminierende und stereotype Äußerungen signifikant stärker ablehnten als Studienanfänger der sozialen Fächer. Insgesamt aber lehnten beide Gruppen diskriminierende Aussagen ab.

Diskussion

Die Informationsveranstaltung über psychische Krisen im Studium hat vorwiegend junge Frauen erreicht, die ein soziales Studium beginnen. Die junge Gruppe hat bereits überraschend viel Erfahrung mit psychischen Krisen gemacht. Der Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychischen Erkrankungen ist sehr gering ausgeprägt. Doch unabhängig dieser eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen scheint das Wissen über Hilfsangebote eher gering ausgeprägt zu sein.

Es besteht Bedarf, Studienanfänger über psychische Krisen zu informieren sowie diese zu befähigen sich selbst zu helfen und/oder Hilfe zu holen.

Maria Koschig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin & Public Health
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig, 0341/9715477, maria.koschig@medizin.uni-leipzig.de

- (1) Wie viele Studienanfänger haben Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht?
- (2) Wie gut wissen sie über psychische Krisen Bescheid und wo Betroffene Hilfe erhalten?
- (3) Gibt es Unterschiede zwischen Sozialfächern und Nicht-Sozialfächern?

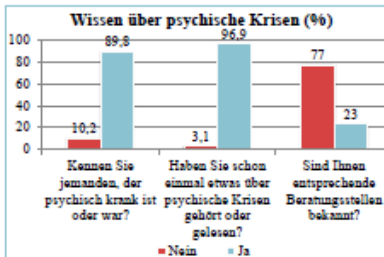


Abbildung 1: Angaben zum Wissen über psychische Krisen und Erkrankungen

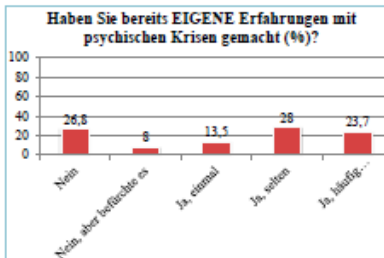


Abbildung 2: Angaben zur eigenen psychischen Krisenerfahrung

Tabelle 1: Durchschnittlicher Wunsch nach sozialer Distanz (Werte 0-4)

	M	SD
Subskala „Soziale Distanz“ (N=323)	0,42	0,40
Subskala „Stigmatisierung“ (N=319)	1,93	0,58
Subskala „Stereotype“ (N=324)	0,64	0,48

Middendorff, E., Apollinaris, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Hoffenberg, S. & Poskowsky, J. (2017). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

IRRSINNIG MENSCHLICH

BARMER

Abbildung 21. Poster mit ausgewählten Ergebnissen der Evaluation des Forums "Psychisch fit studieren"

Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (23.05.2013): Workshop - Journalistische Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.seelichegesundheit.net/presse/pressemitteilungen/presse-archiv-2013/439-workshop-journalistische-berichterstattung-ueber-menschen-mit-psychischen-erkrankungen-17290065>.

Angermeyer, Matthias C.; Matschinger, Herbert; Schomerus, Georg (2013): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 203 (2), S. 146–151. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.122978.

Balázs, Judit; Miklósi, Mónika; Keresztény, Agnes; Hoven, Christina W.; Carli, Vladimir; Wasserman, Camilla et al. (2013): Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 54 (6), S. 670–677. DOI: 10.1111/jcpp.12016.

Barbosa, Joselina; Silva, Álvaro; Ferreira, Maria Amélia; Severo, Milton (2016): Transition from Secondary School to Medical School: The Role of Self-Study and Self-Regulated Learning Skills in Freshman Burnout. In: *Acta medica portuguesa* 29 (12), S. 803–808. DOI: 10.20344/amp.8350.

BARMER (2016): Gesundheitsreport 2016. Berufseinstieg und Gesundheit. Hg. v. BARMER. Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/gesundheitsreports-der-laender/gesundheitsreport-2016-153156>.

Baumann, Michèle; Amara, Marie-Emmanuelle; Karavdic, Senad; Limbach-Reich, Arthur (2014): First-year at university: the effect of academic employability skills and physical quality of life on students' well-being. In: *Work (Reading, Mass.)* 49 (3), S. 505–515. DOI: 10.3233/WOR-131729.

Birmaher, B.; Ryan, N. D.; Williamson, D. E.; Brent, D. A.; Kaufman, J.; Dahl, R. E. et al. (1996): Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (11), S. 1427–1439. DOI: 10.1097/00004583-199611000-00011.

Bohon, Lisa M.; Cotter, Kelly A.; Kravitz, Richard L.; Cello, Philip C.; Fernandez Y Garcia, Erik (2016): The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. In: *Journal of American college health : J of ACH* 64 (8), S. 593–603. DOI: 10.1080/07448481.2016.1207646.

Bruffaerts, Ronny; Mortier, Philippe; Kiekens, Glenn; Auerbach, Randy P.; Cuijpers, Pim; Demyttenaere, Koen et al. (2018): Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. In: *Journal of affective disorders* 225, S. 97–103. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.044.

Busch, M. A.; Maske, U. E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 733–739. DOI: 10.1007/s00103-013-1688-3.

Clarke, G. N.; Hornbrook, M.; Lynch, F.; Polen, M.; Gale, J.; Beardslee, W. et al. (2001): A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. In: *Archives of general psychiatry* 58 (12), S. 1127–1134.

Corrigan, Patrick W.; Larson, Jonathon E.; Rüsch, Nicolas (2009): Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 8 (2), S. 75–81.

Dyrbye, Liselotte N.; Eacker, Anne; Durning, Steven J.; Brazeau, Chantal; Moutier, Christine; Massie, F. Stanford et al. (2015): The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 90 (7), S. 961–969. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000655.

Eisenberg, Daniel; Gollust, Sarah E.; Golberstein, Ezra; Hefner, Jennifer L. (2007): Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. In: *The American journal of orthopsychiatry* 77 (4), S. 534–542. DOI: 10.1037/0002-9432.77.4.534.

Flick, Uwe (2016): Qualitative Research - State of the Art. In: *Social Science Information* 41 (1), S. 5–24. DOI: 10.1177/0539018402041001001.

Hetrick, Sarah E.; Cox, Georgina R.; Merry, Sally N. (2015): Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. In: *International journal of environmental research and public health* 12 (5), S. 4758–4795. DOI: 10.3390/ijerph120504758.

Lewinsohn, P. M.; Hops, H.; Roberts, R. E.; Seeley, J. R.; Andrews, J. A. (1993): Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. In: *Journal of abnormal psychology* 102 (1), S. 133–144.

Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2006): Stigma and its public health implications. In: *Lancet (London, England)* 367 (9509), S. 528–529. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68184-1.

Löwe, Bernd (2015): Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Online verfügbar unter [file:///C:/Users/Koschig/Downloads/gesundheitsfragebogen-phq-2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Koschig/Downloads/gesundheitsfragebogen-phq-2%20(1).pdf).

Löwe, Bernd; Kroenke, Kurt; Gräfe, Kerstin (2005): Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). In: *Journal of psychosomatic research* 58 (2), S. 163–171. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.006.

Maughan, Barbara; Collishaw, Stephan; Stringaris, Argyris (2013): Depression in childhood and adolescence. In: *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 22 (1), S. 35–40.

Mendelson, Tamar; Eaton, William W. (2018): Recent advances in the prevention of mental disorders. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 53 (4), S. 325–339. DOI: 10.1007/s00127-018-1501-6.

Merry, Sally N.; Hetrick, Sarah E.; Cox, Georgina R.; Brudevold-Iversen, Tessa; Bir, Juliet J.; McDowell, Heather (2011): Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (12), S. CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub3.

Morgan, David (1997): *Focus Groups as Qualitative Research*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America: SAGE Publications, Inc.

Mrazek, Patricia Beezley; Haggerty, Robert J. (Hg.) (2010): *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Institute of Medicine (U.S.); United States.

- Washington, D.C: National Academy Press. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=123796>.
- Pine, D. S.; Cohen, P.; Gurley, D.; Brook, J.; Ma, Y. (1998): The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. In: *Archives of general psychiatry* 55 (1), S. 56–64.
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 871–878. DOI: 10.1007/s00103-007-0250-6.
- Rohde, Paul; Beevers, Christopher G.; Stice, Eric; O'Neil, Kelly (2009): Major and minor depression in female adolescents: onset, course, symptom presentation, and demographic associations. In: *Journal of clinical psychology* 65 (12), S. 1339–1349. DOI: 10.1002/jclp.20629.
- Ruberman, Louise (2014): Challenges in the transition to college: the perspective of the therapist back home. In: *American journal of psychotherapy* 68 (1), S. 103–115. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.103.
- Schomerus, G.; Schwahn, C.; Holzinger, A.; Corrigan, P. W.; Grabe, H. J.; Carta, M. G.; Angermeyer, M. C. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 125 (6), S. 440–452. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
- Schulze, B.; Richter-Werling, M.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C. (2003): Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 107 (2), S. 142–150.
- Slavin, Stuart J.; Schindler, Debra L.; Chibnall, John T. (2014): Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 89 (4), S. 573–577. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000166.
- Techniker Krankenkasse (2015): TK Gesundheitsreport 2015. Gesundheit von Studierenden. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2026676/cfc25bd5aec0a734d6f2c89b1929fb1b/gesundheitsreport-2015-data.pdf>.
- Telles-Correia, Diogo; Gama Marques, João; Gramaça, João; Sampaio, Daniel (2015): Stigma and Attitudes towards Psychiatric Patients in Portuguese Medical Students. In: *Acta medica portuguesa* 28 (6), S. 715–719.
- Thornicroft, Graham; Mehta, Nisha; Clement, Sarah; Evans-Lacko, Sara; Doherty, Mary; Rose, Diana et al. (2016): Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. In: *The Lancet* 387 (10023), S. 1123–1132. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6.
- Verein Irrsinnig Menschlich e.V. (2017): Jahres- und Wirkungsbericht 2017. Hg. v. Verein Irrsinnig Menschlich e.V. Leipzig.
- Vila-Badia, Regina; Martínez-Zambrano, Francisco; Arenas, Otilia; Casas-Anguera, Emma; García-Morales, Esther; Vilellas, Raúl et al. (2016): Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. In: *World journal of psychiatry* 6 (2), S. 239–247. DOI: 10.5498/wjp.v6.i2.239.

Wimsatt, Leslie A.; Schwenk, Thomas L.; Sen, Ananda (2015): Predictors of Depression Stigma in Medical Students: Potential Targets for Prevention and Education. In: American journal of preventive medicine 49 (5), S. 703–714. DOI: 10.1016/j.amepre.2015.03.021.

Anhang

⇒ Teil A Fragebogen

⇒ Teil B Fokusgruppenleitfaden

⇒ Teil C Qualitative Datenanalyse - Kategoriensystem

Teil A Fragebogen

Teilnehmerbefragung

Liebe Studierende,

in dieser Umfrage möchten wir gern von Ihnen wissen, wie Sie die Veranstaltung beurteilen und wie Sie das Thema „Psychische Gesundheit“ einschätzen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie in das zutreffende Kästchen ein Kreuz ☒ setzen und beantworten Sie alle Fragen! Wenn Sie sich zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten unsicher sind, kreuzen Sie die Antwort an, die Sie am ehesten zutreffend finden. **Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten**, nur Ihre persönliche Sichtweise ist von Wichtigkeit. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und dienen nur zur Auswertung des Angebots.

Zunächst möchten wir Ihnen Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Studium stellen.

Wie alt sind Sie?

[SD1]

___ Jahre

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

[SD2]

weiblich

männlich

anderes

☐ 0

☐ 1

In welchem Studiengang sind Sie derzeit immatrikuliert? [SD3]

Fachsemester laut Studierendenausweis:

Haben Sie vor Beginn des derzeitigen Studiums bereits ein anderes Studium begonnen?

[SD5]

☐ Ja

☐ Nein

Im Folgenden geht es um die Einstellung zu psychischen Krisen und Menschen mit psychischen Problemen.

1. Kennen Sie jemanden, der psychisch krank ist oder war?

☐ Ja

☐ Nein

Kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu [1]	Stimme kaum zu [2]	Teils / teils [3]	Stimme etwas zu [4]	Stimme voll und ganz zu [5]
2. Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, zu unterhalten. [Dis1]	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Wenn jemand psychisch erkrankt, ist er meistens selbst daran schuld. [Ster1]	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Stimme	Stimme	Teils /	Stimme	Stimme voll

	überhaupt nicht zu [1]	kaum zu [2]	teils [3]	etwas zu [4]	und ganz zu [5]
4. Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, anzufreunden. [Dis3]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
5. Die meisten Erwachsenen haben Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten. [Stig1]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
6. Mir wäre es peinlich, wenn meine Freunde es wüssten, wenn jemand in meiner Familie psychisch krank ist. [Dis4]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
7. Wenn mein Sitznachbar psychisch krank wäre, würde ich mich lieber wegsetzen. [Dis5]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
8. Wenn jemand von meinen Freunden psychisch erkranken würde, würde ich ihn im Krankenhaus besuchen. [Dis6]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
9. Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht zu einer Party einladen. [Dis7]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
10. Jemandem, der psychisch krank ist, können die Ärzte nicht helfen. [Ster2]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
11. Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht mitbringen, wenn ich mich mit meinen Freunden treffe. [Dis8]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
12. Die meisten Jugendlichen haben Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten. [Stig2]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
13. Jemanden mit einer psychischen Erkrankung sollte man lieber nicht mit auf Exkursionen oder Ausflüge nehmen. [Dis9]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
14. Ich würde mich nie im Leben in jemanden, der psychisch krank ist, verlieben. [Dis10]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
15. Jemand, der psychisch krank ist, rastet bei jeder Kleinigkeit aus. [Ster3]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
16. Jemand, der psychisch krank ist, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. [Dis11]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
17. Einer, der psychisch krank ist, gehört nicht auf eine Hochschule oder Universität. [Dis12]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
18. Jemand, der psychisch krank ist, stellt eine Gefahr für andere Menschen dar. [Ster4]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
	Stimme überhaupt	Stimme kaum zu	Teils / teils	Stimme etwas zu	Stimme voll und ganz zu

	nicht zu [1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19. Die meisten Leute haben nichts dagegen, jemanden, der psychisch krank ist, zum Freund zu haben. [Stig3]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
20. Wenn jemand von meinen Freunden psychisch krank wäre, würde ich darüber mit einer Person, der ich vertraue, reden. [Allg]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
21. Jemand mit einer psychischen Erkrankung findet genauso gut einen Partner wie andere. [Stig4]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
22. Jemand, der psychisch krank ist, kann keine guten Leistungen im Studium erbringen. [Ster5]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5
23. Jemand, der psychisch krank ist, hat Schwierigkeiten einen Ausbildungs-/Hochschul-/Arbeitsplatz zu finden. [Stig5]	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5

24. Hat diese Veranstaltung Ihre Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Problemen ins Positive verändert?

Gar nicht ... ☐_0 ☐_1 ☐_2 ☐_3 ☐_4 Sehr

25. Konnte diese Veranstaltung mögliche Bedenken und Befürchtungen Ihrerseits bzgl. psychischer Krisen im Studium abbauen?

Gar nicht ... ☐_0 ☐_1 ☐_2 ☐_3 ☐_4 Sehr

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Wissen zu psychischen Krisen.

26. Haben Sie schon einmal etwas über psychische Krisen gehört oder gelesen?

☐_Ja ☐_Nein

27. Haben Sie bereits eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Ja, häufig wiederkehrend Ja, selten Ja, einmal Nein, aber befürchte es Nein

28. Haben Sie durch Ihre Teilnahme an dieser Veranstaltung neue Kenntnisse über psychische Krisen erworben?

Gar nicht ... ☐_0 ☐_1 ☐_2 ☐_3 ☐_4 Sehr

29. Wie hilfreich schätzen Sie die in der Veranstaltung vermittelten Informationen und Angebote zur Vorbeugung von psychischen Krisen ein?

Gar nicht hilfreich ... ☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ Sehr hilfreich

30. Haben Sie durch die Veranstaltung hilfreiche Informationen erhalten, wo Sie sich im Fall einer psychischen Krise Hilfe suchen können?

☐ Ja ☐ Nein

31. Waren Ihnen entsprechende Beratungsstellen für Studierende an Ihrem Studienort bereits vor dieser Veranstaltung bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

32. Möchten Sie mehr über psychische Krisen wissen?

☐ Ja ☐ Nein

Im Folgenden geht es darum, wie Sie sich verhalten würden, wenn Sie selbst in einer psychischen Krise wären.

33. Wenn Sie sich in einer psychischen Krise befinden würden, würden Sie versuchen, jemanden zu finden, mit dem Sie darüber reden können, wie Sie sich fühlen? (Kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten zutrifft)

Nein, ich würde auf keinen Fall mit jemandem darüber reden	☐ ₀
Vielleicht, möglicherweise würde ich mit jemandem reden	☐ ₁
Wahrscheinlich würde ich versuchen, mit jemandem zu reden	☐ ₂
Ich bin mir ziemlich sicher, dass ich mit jemandem reden würde	☐ ₃
Ja, ich würde auf jeden Fall mit jemandem reden	☐ ₄

34. Wenn Sie in dieser Situation wären, mit wem würden Sie reden? (Alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- Ihrer besten Freundin, Ihrem besten Freund ☐₀
- Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister etc.) ☐₁
- Ihrem Dozenten, Ihrer Dozentin ☐₂
- Psychologe/in, Psychiater/in, Arzt/Ärztin ☐₃
- Beratungsstellen ☐₄
- Internet (bekannte Personen) ☐₅
- Internet (Unbekannte, anonym, z.B. Foren, Chat) ☐₆

35. Gesundheitsscreening

Haben Sie sich jemals in Ihrem Leben über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt? Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft. Wenn es mehrere Phasen mit solchen Beschwerden in Ihrem Leben gab, denken Sie bitte an den Zeitraum mit den stärksten Beschwerden.

		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<i>phq2a</i> _0	a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
<i>phq2b</i> _0	b) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

36. Wie hilfreich schätzen Sie die in der Veranstaltung vermittelten Lösungswege und Bewältigungsstrategien in psychischen Krisen ein?

Gar nicht hilfreich ... ☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ Sehr hilfreich

37. Wenn Sie sich in einer psychischen Krise befinden würden, welche der in der Veranstaltung vermittelten Lösungswege und Bewältigungsstrategien würden Sie versuchen, anzuwenden?

38. Wie sind Sie auf „Psychisch fit studieren“ aufmerksam geworden?

Kommilitonen / Freunde / Bekannte ☐₀

- Veranstaltungskalender der Einführungswoche ☐1
- Aushang der Uni ☐2
- Anderes: _____ ☐3

39. Ist diese Veranstaltung im Studienverlauf sinnvoll platziert?

- Ja, der Zeitpunkt zu Beginn des Studiums ist sinnvoll gewählt ☐0
- Nein, der Zeitpunkt ist zu früh, da ich mich zu Beginn des Studiums mit zu vielen Neuerungen auseinandersetzen muss ☐1
- Zeitpunkt ist egal ☐2
- Ich hätte mir solch eine Veranstaltung bereits in der Schulzeit gewünscht ☐3
- Kann ich nicht beurteilen ☐4

40. Welche Inhalte waren für Sie am wichtigsten? (Alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- Informationen über Warnsignale von psychischen Krisen ☐0
- Beschreibung psychischer Krisen aus der Perspektive von Betroffenen ☐1
- Wie psychische Krisen besprechbar werden ☐2
- Abbau von Vorurteilen gegenüber psychischen Problemen ☐3
- Strategien gegen Stress, Leistungsdruck, Prüfungsangst etc. ☐4
- Empfehlungen für vorbeugende Maßnahmen gegen psychische Erkrankungen ☐5
- Kenntnis der regionalen Beratungsangebote ☐6
- _____ ☐7

41. Fehlten in der Veranstaltung Inhalte, die Sie als wichtig erachten?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kann ich nicht beurteilen

Wenn ja, welche: _____

42. Wie beurteilen Sie die fachliche Qualifikation der Experten/innen?

- Sehr gut ☐_0
- Gut ☐_1
- Mittelmäßig ☐_2
- Weniger gut ☐_3
- Schlecht ☐_4

43. Wie beurteilen Sie die didaktische Qualifikation der Experten/innen?

- Sehr gut ☐_0
- Gut ☐_1
- Mittelmäßig ☐_2
- Weniger gut ☐_3
- Schlecht ☐_4

44. Was könnte aus Ihrer Sicht an dieser Veranstaltung verbessert werden?

45. Was hat Ihnen an dieser Veranstaltung besonders gut gefallen?

46. Würden Sie diese Veranstaltung anderen Studierenden empfehlen?

- Gar nicht ... ☐_0 ☐_1 ☐_2 ☐_3 ☐_4 Sehr

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Teil B Fokusgruppenleitfaden

Fokusgruppe „Psychisch fit studieren“

Datum: 30. August 2018

Anwesende (Soziodemographie)

	Geschlecht	Funktion an der Uni	Beruf

Geplante Zeit: 15-16Uhr

Thema: „Psychische Gesundheit“ an der Hochschule/Uni; gesundheitsförderliche Hochschulkultur

Ziele:

- ✓ Merkmale einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur erfassen
- ✓ Mögliche Maßnahmen/Bausteine zur Förderung der psychischen Gesundheit an Hochschulen unter Einbezug aller Gruppen
- ✓ Status-Quo-Abfrage
- ✓ Wichtige Kriterien für Programme und deren Gestaltung zur Etablierung einer solchen Kultur an der Hochschule

Vor dem Interview/der Aufnahme

[Nachdem sich alle einen Platz gesucht haben]

- Kurze Begrüßung der Teilnehmer, mit einem Dank an sie für die Teilnahme
- Auf die Namensschilder hinweisen

„Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu dieser (Fokus)gruppendifkussion zur Gesundheitsförderung, speziell der psychischen Gesundheit, an Universitäten und Hochschulen. Ich heiße ...und bin wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut... Frau Conrad und ich führen derzeit die wissenschaftliche Begleitung des Projektes „Psychisch fit studieren“ für den Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ durch. „Psychisch fit studieren“ ist ein Programm für Studienanfänger, um diese gegen psychische Krisen zu wappnen und so die Chancen auf Studienerfolg zu erhöhen. Es folgt eine Vorstellungsrunde aller Teilnehmer. Im Anschluss werde ich den Rekorder anstellen und die restlichen Gespräche für die spätere Auswertung aufzeichnen.“

Vorstellungsrunde

Name/Fkt. an der Uni/Beruf

„TONBAND“ AN

Kurze Einführung bzw. Vorstellung des Projektes

„Im Zuge der aktuellen Evaluation der Veranstaltung „Psychisch fit studieren“ hat sich gezeigt, dass zwar nahezu alle Studenten schon etwas über psychische Krisen gehört oder gelesen haben, aber beispielsweise nur jedem Dritten Beratungsstellen bekannt waren. Zudem hat sich gezeigt, dass bereits 72% eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht haben; jeder Dritte häufig wiederkehrend. Auch in anderen Ländern hat sich gezeigt, dass sich Studienanfänger besonderen Herausforderungen zu stellen haben. Zudem handelt es sich um den Lebensabschnitt (18-25) in dem die meisten psychischen Erkrankungen ihren Beginn verzeichnen. Die Idee des Vereins und ähnlich auch des deutschen Studentenwerkes ist es: psychische Krisen besprechbar machen, um Beratung zu ermöglichen, bevor einer Krise entstanden ist.

Für diese Fokusgruppe fragen wir uns daher, wie sich eine Hochschulkultur entwickeln kann, die darauf ausgerichtet ist, psychische Gesundheit zu fördern. Wie sollten aus Ihrer Sicht entsprechende Programme gestaltet sein, um das Thema psychische Gesundheit an der Hochschule/Uni zu verankern? Fallen Ihnen bereits Positivbeispiel ein?“

TEIL I: offene Diskussion

Wie ist aus Ihrer Sicht der Status Quo bzgl. Prävention psychischer Krisen/Erkrankungen und Förderung der psychischen Gesundheit an Hochschulen & Universitäten? (Studierende, Hochschullehrer, Dozenten, Verwaltung...)

Was machen Sie schon, was fehlt?

Wer sind aus Ihrer Sicht dabei Schlüsselpersonen oder was sind dabei Schlüsselstellen an der Hochschulschule? (Wo wird was entschieden?)

Wie kann sich eine Hochschulkultur entwickeln, in der psychische Probleme akzeptiert und nicht stigmatisiert werden und nach Lösungen gesucht wird? Wo steht in diesem Prozess aktuell Ihre Hochschule?

Wie müssen Präventionsangebote/-programme für Studierende bestenfalls „gestrickt“ sein, welche Bausteine sind nötig, sodass das Thema psychische Gesundheit Einzug in den „Hochschulalltag“ erhält und alle Personengruppen erreicht?

Was können Hochschulen da selber leisten? Und wo braucht es Partner/Kooperationen von außen?

Was sollten Partner „mitbringen“ (Input, Finanzierung, gute Praxis...) und wie sollten sie agieren?

TEIL II: Konkrete Fragen

- Was sind geeignete Formate, um Studenten anzusprechen?
- Wann war ein Präventionsprogramm erfolgreich? Was muss es bewirkt haben? Woran erkennen Sie, dass ein Präventionsprogramm an Ihrer Hochschule nachwirkt, nachhaltig ist?
- Woran würde man von außen erkennen, ob eine Hochschule/Uni ein bestimmtes Gesundheitsmanagement verfolgt?
 - ❖ definierte Ziele, im Leitbild/Vision, Steuerungsgruppe, studentische Gruppen...
 - ❖ Wie sind derartige Gesundheitsprogramme koordiniert?
- Wie wird mit Studenten im Falle einer psychischen Krise umgegangen?
- In welcher Form ist das Thema „psychische Gesundheit“ an der Hochschule oder Uni präsent?
- Wer sind dabei ihre Partner?
- Best-Practice-Beispiel?

Teil C Qualitative Datenanalyse - Kategoriensystem

1. Oberkategorie „Status Quo – gesunde Hochschulkultur“

Status Quo	Ankerbeispiele
Höhere Fallzahlen	„der Anteil derer, die mit Problemen in die Beratung kommen, und folglich geleistete Verweisberatung brauchen, wird größer“
Stärkeres Hilfesuchverhalten	„Beobachtung in der gesamten Gesellschaft, dass Betroffene sich heutzutage eher „outen“ und Hilfe suchen. Unklar, wessen Verdienst“
Initiative der Uni gefragt	„Da muss man schon suchen [...] Uni muss selbst auf externe Anbieter zugehen“
Krankheitsförderliche Unistrukturen & -regelungen	„Heutzutage sind die Regelungen kompliziert – Studierende, die eine Prüfung nicht belegen wollen, müssen sich vom Modul abmelden und das gesamte Modul anschließend nochmal besuchen. Die Universität könnte diesbezüglich präventiv mehr machen.“
Uneinheitlichkeit	„Wenn die Unileitung (Rektorat, Prorektorat) sich nicht klar positioniert, wird es keine einheitliche Regelung für den Nachteilsausgleich geben.“
Vielzahl von gesundheitsförderlichen Angeboten; aber unsystematisch und fehlende Vernetzung	„Wunsch nach gebündelter Übersicht über alle Beratungs- und Hilfeangebote“ „alle Angebote zur studentischen Gesundheit zu sammeln und alle an einen Tisch zu holen, wäre spannend und wichtig [...] wird sicherlich ein großes Stück Arbeit“
Kein gemeinsames Gesundheitsziel	„erstmal eine grobe Zielbestimmung der Gesundheitsziele der Universität Leipzig und eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheitsmanagement“ „Es gibt jedoch keinen offiziellen Auftrag zum Aufbau eines studentisches Gesundheitsmanagements; keine offizielle Aktivität“
Mentoringprogramm	„Uni Leipzig ist Teil eines Mentoringprogramms (in diesem Rahmen gibt es viele Absprachen mit Experten einer anderen Uni und die Möglichkeit Erfahrungen mit Experten anderer Unis zu teilen) → hier kann man sehr gute Ideen davon bekommen, wie es an anderen Hochschulen gelaufen ist“

2. Oberkategorie „Vorhandene Präventionsangebote und genutzte Präventionsinstrumente“

Präventionsinstrumente	Ankerbeispiele
Hochschulinklusionsplan	<i>„Der Plan [...] benennt die verschiedenen Hilfsangebote der einzelnen Kooperationspartner der Universität“ „Unter detaillierter Abstimmung mit verschiedenen Bereiche der Universität sollen Maßnahmen angegangen werden“</i>
Information - Website	<i>„Transparenz und Informationsbereitstellung wird hoffentlich durch die neue Website mit gebündelter Übersicht über alle Angebote noch besser werden“</i>
Workshops der Psychosozialen Beratung „Die lange Nacht der aufgeschobenen Huarbeiten“	
Workshops in Beratungsstellen	
Semilesungen	<i>„Zu psychischen Erkrankungen gibt es die Semilesungen. Vorlesungsreihe mit drei Vorlesungen jedes Semester (Stressmanagement, Lernstrategien, Fit kurz vor der Prüfung)“</i>
Plan A	<i>„Plan A“ als Projekt in die Studienberatung integriert unter Zusammenarbeit mit der KoWa. Fokus liegt auf: warum überlegen die Personen, ihr Studium abzubrechen? Personen [Abbrecher] sind die, die von Beginn an der Ansicht sind, dass das Studium nix für sie ist, sondern eher diejenigen, bei denen psychische Probleme mit reinspielen.“</i>
Gesundheitssportzentrum	<i>„das Gesundheitssportzentrum der Universität Leipzig nennen, welches ein umfassendes Programmangebot von Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen etc. aufweist“</i>
„Studienzweifler-Projekt“	
Mentoren-Programm	<i>„Erstsemester bekommen einen Studierenden aus dem höheren Fachsemester zugewiesen, der für alle Fragen rund um das Studium zur Verfügung steht und den Einstieg ins Studium begleitet. Zunehmend mehr Fakultäten bieten das an.“</i>
Steuerkreis Gesundheitsmanagement	<i>„Auftaktsitzung des Steuerkreises Gesundheitsmanagement, als Start zum Aufbau des Gesundheitsmanagements [...]Ziel den Fokus mehr auf Prävention zu lenken“</i>
Frühwarnsystem	<i>„bietet die Universität Leipzig das „Frühwarnsystem“: Studienleistungen können kontrolliert werden. Studierende, die über einen längeren Zeitraum keine Studienleistungen erbringen, erhalten eine E-Mail mit einem Gesprächsangebot, um klären zu können, woran es liegt und passende Unterstützung anzubieten“</i>

3. Oberkategorie „Interne und externe Kooperationspartner“

Kooperationspartner	Ankerbeispiel
Intern	
Careerservice	
Beratungsstellen	
KoWa (Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeit)	„Die KoWa (Kooperationsstelle Wirtschaft und Arbeit) ist z.B. ein externer Partner für Studierende, für die das Studium selbst nicht gesundheitsförderlich ist oder für die es nicht absehbar ist, dass sie in fünf bis zehn Jahren das Studium selbstorganisiert abschließen können.“
Steuerkreis	„Steuerkreis, wo mehrere Vertreter (z.B. Fachexperten für Gesundheitsförderung, Universitätsleitung, Personalrat, Verantwortliche für den Gesundheitssport) zusammenkommen und überlegen, welche Maßnahmen für die Mitarbeitergesundheit getroffen werden müssen“
Zentrale Studienberatung	
Studentenwerk mit Sozialberatung	
Extern	
Techniker Krankenkasse; Krankenkassen im Allgemeinen	„Workshops, z.B. von der Techniker Krankenkasse, angeboten [zum Thema Studienabbruch]“ „Verschiedene Krankenkassen bieten seit langer Zeit Programme für die Zielgruppe der Studierenden an. Diese Programme sind auch evaluiert und kostenfrei.“
Kooperationsstelle Chancengleichheit	„Kooperationsstelle „Chancengleichheit“ bietet sachsenweit einmal im Semester eine Schulung an; kostenfreie Anmeldung als Dozentinnen und Dozenten. Man muss als Dozentin und Dozent aber wissen, dass es solche Angebote gibt.“
Unterschiedlich ausgeprägt je nach Fachbereich	„Sportwissenschaften haben externe Kooperationspartner“
Externe Angebote im Bereich Personalentwicklung	

4. Oberkategorie „Hindernisse/Barrieren der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur“

Hindernisse	Ankerbeispiele
Zeitlicher Mehraufwand bzgl. externer Partner	<i>„Zusammenarbeit mit externen Anbietern bedeutet jedoch für die Einführungswoche einen deutlichen Mehraufwand“</i>
Strukturen des Studiums („Bologna“)	<i>„Da muss man schon suchen. [Uni muss selbst auf externe Anbieter zugehen; keine Werbung]“ „Heutzutage sind die Regelungen kompliziert – Studierende, die eine Prüfung nicht belegen wollen, müssen sich vom Modul abmelden und das gesamte Modul anschließend nochmal besuchen. Die Universität könnte diesbezüglich präventiv mehr machen.“</i>
Fehlende Unterstützung und/oder Positionierung und Unterstützung der Unileitung	<i>„Wenn die Unileitung (Rektorat, Prorektorat) sich „nicht klar positioniert, wird es keine einheitliche Regelung für den Nachteilsausgleich geben.“ „entscheidender Faktor um wirksam zu werden, ist das Commitment und die Unterstützung der Universitätsleitung“</i>
Unkenntnis von Betroffenen und Lehrenden	<i>„Viele Betroffene mit z.B. chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder/und psychischen Erkrankungen wenden sich auch nicht an Lehrbeauftragte nicht an diese wenden wollen, aus Angst, dadurch Nachteile zu erleben. Die Unkenntnis der Dozentinnen und Dozenten sowie Lehrbeauftragten aber auch die Angst der Betroffenen sind die Hauptprobleme.“</i>
Fehlende Gelder	<i>„Ich [zentrale Studienberatung] habe ein Budget zur Verfügung, von dem nichts für präventive oder interventive Angebote vorgesehen ist.“</i>
Unwillen sich fortzubilden (Prüfungsausschuss)	<i>„bin ich froh, dass dieses Programm [PsyFit] kostenlos angeboten wird“ „Prüfungsausschüsse wollen sich entweder nicht schulen lassen bzw. nehmen die Schulungsangebote nicht so in Anspruch, wie sie müssten“ „Prüfungsausschüsse sollten in die Vernetzungstreffen eingeladen werden, um sie über Neuerungen zu informieren“</i>
Fehlendes gemeinsames Ziel!!!	<i>„erstmal eine grobe Zielbestimmung der Gesundheitsziele der Universität Leipzig und eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheitsmanagement“</i>

5. Oberkategorie „Förderliche Faktoren“

Förderlich	Ankerbeispiele
Transparente Informationsbereitstellung; Geplante Website	<i>„Transparenz und Informationsbereitstellung wird hoffentlich durch die neue Website mit gebündelter Übersicht über alle Angebote noch besser werden“</i>
Gute Erreichbarkeit von Angeboten	<i>„an anderen Orten wie der Bibliothek sind solche Angebote wichtig einfach an den Rand setzen und zuhören können“</i>
Vorstellung von Angeboten in studentischen Räumlichkeiten und bei Veranstaltungen	<i>„Durch die Teilnahme an den Semilesungen fällt betroffenen Studierenden der Schritt zur Hilfesuche letztlich leichter, da sie bereits etwas zum Thema erfahren haben.“ „Damit man auch sieht, dass es ganz normale Menschen sind, die einem helfen können.“</i>
Vernetzung	<i>„einmal im Semester ein Vernetzungstreffen verschiedener Fachberaterinnen und –berater“</i>
„Handwerkszeug“	<i>„mehr und besseres Handwerkzeug nötig“</i>
Neue Strukturen schaffen	<i>fehlt bisher noch an Steuerung und Strukturierung</i>
Regelmäßigkeit von Angeboten	<i>Wunsch, dass Angebote in regelmäßigen Abständen stattfinden</i>
Initiative externer Partner	<i>Anfrage des Vereins [PsyFit hatte um sich geworben]</i>