

Abschlussbericht

Begleitforschung zum Projekt „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

Projektzeitraum 10|2023-12|2025

Team:

Dr. rer. nat. Maria Koschig (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

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

Dr. phil. Ines Conrad (Arbeitsgruppenleiterin)

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

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	6
1. Zusammenfassung.....	7
2. Einleitung.....	8
3. Wissenschaftlicher Hintergrund.....	8
3.1. Psychische Krisen bei jungen Erwachsenen und Studierenden.....	8
3.2. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting „Hochschule“	9
3.3. Stigmatisierung an der Hochschule	11
3.4. Verhältnisprävention	11
4. Fragestellung und Zielgruppen der Begleitforschung	13
5. Methode.....	13
5.1. Studiendesign.....	13
5.2. Beschreibung des Präventionsprogramms	14
5.2.1. Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog	14
5.2.2. Zielgruppe.....	14
5.2.3. Zentrale Programmbestandteile	14
5.3. Stichprobe und Rekrutierung.....	15
5.4. Erhebungsinstrumente	15
5.4.1. Quantitative Erhebungen	15
5.4.2. Qualitative Datenerhebung.....	16
5.5. Datenauswertung.....	16
5.5.1. Quantitative Daten	16
5.5.2. Qualitative Daten.....	16
5.6. Ethische Aspekte.....	16
6. Ergebnisse.....	18
6.1. Ist-Soll-Vergleich Teilnehmendenzahlen	18
6.2. Ergebnisse im Arbeitspaket 2 „Gruppe A: Hochschulkoordinator:innen“	19
6.2.1. Quantitative Erhebung – Durchgänge gesamt (2022-2025).....	19
6.2.2. Quantitative Erhebung – Durchgang 1 (2022/2023)	36
6.2.3. Qualitative Erhebung – Durchgang 1 (2022/2023).....	62
6.3. Ergebnisse im Arbeitspaket 3 „Gruppe B: Hochschulmitarbeitende in der Lehre“	72

6.3.1	Stichprobenbeschreibung.....	72
6.3.2	Hochschule und Förderung psychischer Gesundheit aus Sicht von Lehrenden.....	73
6.3.3	Wissen und Fertigkeiten von Lehrenden im Umgang mit psychisch belasteten Studierenden	77
6.3.4	Stigmatisierung an der Hochschule	78
6.3.5	Einstellungen zum Thema „Psychische Erkrankungen“	79
6.3.6	Fazit.....	88
6.4.	Ergebnisse im Arbeitspaket 4 „Gruppe C: Studierende“	90
6.4.1	Quantitative Erhebung	90
6.4.2	Qualitative Erhebung mit Studierenden.....	96
7.	Gesamtfazit	101
8.	Literaturverzeichnis.....	105
9.	Anhang.....	109
	Anhang 1: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung prä	110
	Anhang 2: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung post.....	119
	Anhang 3: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung follow-up	130
	Anhang 4: Zielgruppe „Hochschulmitarbeitende“ – Online-Fragebogen	140
	Anhang 5: Zielgruppe „Studierende“ – Online-Fragebogen.....	149
	Anhang 6: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Fokusgruppenleitfaden Programmstart .	155
	Anhang 7: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Fokusgruppenleitfaden Programmende.	159
	Anhang 8: Zielgruppe „Studierende“ - Fokusgruppenleitfaden.....	163
	Anhang 9: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Kategoriensystem Programmstart.....	167
	Anhang 10: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Kategoriensystem Programmende.....	169
	Anhang 11: Zielgruppe „Studierende“ – Kategoriensystem	171

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Ursprünglich geplanter Projektablauf der Begleitforschung mit Meilensteinen.....	17
Abbildung 2. Erfahrungen mit psychischen Krisen an der Hochschule im Prä-Post-Vergleich	22
Abbildung 3. Bemühungen der Hochschule um eine psychische Gesundheitsförderung.	23
Abbildung 4. Verteilung der Bemühungen für eine psychisch fitte Hochschule.....	23
Abbildung 5. Zur Verfügung stehende Ressourcen im Prä-Post-Vergleich	24
Abbildung 6. Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen im Prä-Post-Vergleich.....	26
Abbildung 7. Relevanz und Zielerreichung im Prä-Post-Vergleich.....	28
Abbildung 8. Veränderungsziel im Prä-Post-Vergleich.....	28
Abbildung 9. Stigmatisierung an der Hochschule im Prä-Post-Vergleich.....	32
Abbildung 10. Stereotypen im Prä-Post-Vergleich.....	32
Abbildung 11. Stereotypen im Prä-Post-Vergleich.....	33
Abbildung 12. Diskriminierende Verhaltensweisen im Prä-Post-Vergleich	33
Abbildung 13. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen	37
Abbildung 14. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	38
Abbildung 15. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen.....	40
Abbildung 16. Erwartungen an das Programm "Hochschulen im Dialog".	42
Abbildung 17. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen.	44
Abbildung 18. Einordnung als "psychisch fitte Hochschule".....	45
Abbildung 19. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	46
Abbildung 20. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen.....	47
Abbildung 21. Zielerreichung aus Sicht der Teilnehmenden auf einer Skala 0-100.....	49
Abbildung 22. Bewertung der erhaltenen Informationen	50
Abbildung 23. Bewertung der Qualifikation der Programmdurchführenden.....	50
Abbildung 24. Einordnung als "psychisch fitte Hochschule".....	52
Abbildung 25. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	53
Abbildung 26. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen	54
Abbildung 27. Erreichung angestrebter Ziele von „Hochschulen im Dialog“	55
Abbildung 28. Zielerreichung aus Sicht der Teilnehmenden auf einer Skala 0-100.....	56
Abbildung 29. Bewertung der erhaltenen Informationen	57
Abbildung 30. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	58
Abbildung 31. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen.....	59
Abbildung 32. Ausprägung verschiedener Dimensionen von Stigmatisierung an der Hochschule.	60
Abbildung 33. Zustimmung zu möglichen Erwartungen an das Programm.....	61
Abbildung 34. Kategoriensystem der qualitativen Erhebung zu Programmstart.	62
Abbildung 35. Kategoriensystem der qualitativen Befragung zu Programmende.....	67
Abbildung 36. Erfolgreiche Veränderungen durch die Teilnahme an "Hochschulen im Dialog".	69
Abbildung 37. Grundlegende Wirkmechanismen aus Sicht der Teilnehmenden	71
Abbildung 38. Schlüsselpersonen für Veränderungen zur Förderung der psychischen Gesundheit....	72
Abbildung 39. Hochschulzugehörigkeit der Teilnehmenden	72
Abbildung 40. Durchschnittliche Einschätzung wahrgenommener Stigmatisierung	79
Abbildung 41. Durchschnittliche Einschätzung der Stigmatisierung je Hochschule	79
Abbildung 42. Gegenüberstellung von der Einschätzung der öffentlichen Meinung	81
Abbildung 43. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 1.....	84

Abbildung 44. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 2.....	84
Abbildung 45. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 3.....	85
Abbildung 46. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 4.....	85
Abbildung 47. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 5.....	86
Abbildung 48. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 6.....	86
Abbildung 49. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 7.....	87
Abbildung 50. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 8.....	87
Abbildung 51. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 9.....	88
Abbildung 52. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung 10.....	88
Abbildung 53. Verteilung Studienform.....	90
Abbildung 54. Von den Studierenden eingeschätzte Bemühungen der Hochschule	91
Abbildung 55. Erfahrung von Verständnis bei psychischen Krisen im Studium.....	92
Abbildung 56. Beeinträchtigungen durch psychische Krisen im Studium.....	92
Abbildung 57. Auszählung freier Antworten (<i>An wen wenden in Krise?</i>)	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Tabellarische Gegenüberstellung geplanter und erreichter Fallzahlen.....	18
Tabelle 2. Tätigkeitsfelder der Hochschulkoordinator:innen zum Prä-Messzeitpunkt.....	19
Tabelle 3. Tätigkeitsfelder der Hochschulkoordinator:innen zum Post-Messzeitpunkt.....	19
Tabelle 4. Prä-Post-Vergleich von Relevanz und tatsächlicher Erreichung einzelner Ziele.	27
Tabelle 5. Tätigkeitsbereich an der Hochschule.....	36
Tabelle 6. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen	36
Tabelle 7. Dichotome Aussagen zu psychischen Krisen an der Hochschule	37
Tabelle 8. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	38
Tabelle 9. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschule.....	39
Tabelle 10. Erwartungen an "Hochschulen im Dialog".	40
Tabelle 11. Ausprägung verschiedener Dimensionen von Stigmatisierung.....	42
Tabelle 12. Tätigkeitsbereich an der Hochschule.....	43
Tabelle 13. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen	44
Tabelle 14. Dichotome Aussagen zu psychischen Krisen an der Hochschule.	44
Tabelle 15. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	45
Tabelle 16. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschule.....	46
Tabelle 17. Erreichung angestrebter Ziele von "Hochschulen im Dialog".....	48
Tabelle 18. Ausprägung verschiedener Dimensionen von Stigmatisierung.....	49
Tabelle 19. Positive und negative Kritik an "Hochschulen im Dialog".	50
Tabelle 20. Dichotome Antworten zu psychischen Krisen an der Hochschule.	51
Tabelle 21. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit.....	52
Tabelle 22. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschule	53
Tabelle 23. Tätigkeitsbereich an der Hochschule.....	73
Tabelle 24. Fakultät der Lehrtätigkeit	73
Tabelle 25. Einschätzung der Gütekriterien	75
Tabelle 26. Einschätzung der Stigmatisierung an der Hochschule.....	78
Tabelle 27. Einstellungen	80
Tabelle 28. Details zu Einstellungen – Einschätzung der öffentlichen Meinung.....	82
Tabelle 29. Details zu Einstellungen – Eigene Meinung	83
Tabelle 30. Einschätzung von Stigmatisierung an der Hochschule	91
Tabelle 31. Zustimmung zu Aussagen über die Erfahrungen mit psychischen Krisen	93
Tabelle 32. Verteilung der Nutzung von Beratungsangeboten bei psychischen Krisen.....	93
Tabelle 33. Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Hilfen trotz psychischer Krise	94
Tabelle 34. Nutzung von Informationsquellen für gesundheitsfördernde Angebote.....	94

1. Zusammenfassung

Wissenschaftlicher Hintergrund: Psychische Krisen und Belastungen nehmen unter jungen Erwachsenen und Studierenden zu und stellen eine bedeutende Herausforderung für Hochschulen dar. Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Reduktion von Stigmatisierung sind zentrale Felder im universitären Kontext. Hierfür bedarf es neben verhaltenspräventiven auch verhältnispräventive Ansätze, die strukturelle Veränderungen im Setting Hochschule anstoßen und eine gesundheitsförderliche sowie stigma-sensible Organisationskultur fördern.

Fragestellung: Das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ verfolgte das Ziel, Hochschulen bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher und stigma-sensibler Strukturen zu unterstützen. Die Begleitforschung evaluierte insbesondere die Machbarkeit, Umsetzbarkeit und den Nutzen des Programms aus Sicht der Hochschulkoordinator:innen sowie strukturelle Wirkungen, Wahrnehmungen von Stigmatisierung und förderliche sowie hinderliche Faktoren für eine nachhaltige Implementierung.

Methode: Die wissenschaftliche Begleitforschung wurde als Mixed-Methods-Studie mit quantitativen Prä-Post-Befragungen und qualitativen Fokusgruppeninterviews konzipiert. Die Erhebungen erfolgten anonym und hauptsächlich querschnittlich, eine individuelle Verlaufsanalyse war somit nicht möglich. Die qualitative Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch anhand transkribierter Interviews. Teilnehmende Hochschulen entsandten pro Durchlauf jeweils zwei Vertreter:innen aus unterschiedlichen Funktionsbereichen.

Ergebnisse: Das einjährige Programm wurde überwiegend positiv bewertet. Förderlich für Veränderungsprozesse waren der interhochschulische Austausch, Impulse durch das Programmteam und teilweise Unterstützung durch Leitungen. Als zentrale Barrieren zeigten sich Ressourcenmangel, zeitliche Belastung, fehlende strukturelle Unterstützung und begrenzte Entscheidungskompetenzen. Während umfassende strukturelle Veränderungen selten umgesetzt wurden, konnten viele Hochschulen erste Zwischenschritte wie erhöhte Sichtbarkeit des Themas, Integration in bestehende Konzepte und konkrete Maßnahmen (z. B. Mental Health First Aid) berichten. Die Wahrnehmung von Stigmatisierung war zu Beginn bereits deutlich vorhanden und zeigte zu Programmende leichte Abnahmen, wobei die Effekte heterogen blieben. Die qualitative Analyse betonte die Bedeutung von Schlüsselpersonen, Führungsengagement und Vernetzung sowie die Notwendigkeit, Mental-Health-bezogene Barrieren im Hochschulalltag zu adressieren.

Diskussion/Fazit: Das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ erwies sich als wichtiger Impulsgeber und Vernetzungsplattform für die strukturelle Gesundheitsförderung an Hochschulen. Die Evaluation weist auf die Relevanz eines längerfristigen Engagements, verlässlicher Ressourcen und institutioneller Ankerpunkte hin, um nachhaltige Verhältnisprävention zu realisieren. Limitierend war insbesondere die kurze Programmdauer sowie die heterogenen Rahmenbedingungen und die anonyme Datenerhebung, welche individuelle Wirkungsverläufe nicht erlaubte. Für die zukünftige Förderung psychischer Gesundheit im Hochschulkontext empfehlen sich verstärkte Einbindung von Studierenden und Hochschulleitungen sowie eine Anpassung der Angebote an spezifische Bedarfe und Strukturen.

2. Einleitung

Die psychische Gesundheit von Studierenden und Hochschulangehörigen gewinnt angesichts zunehmender gesellschaftlicher und individueller Herausforderungen immer mehr an Bedeutung. Junge Erwachsene an Hochschulen sind mit verschiedenen Belastungsfaktoren konfrontiert, wie etwa akademischem Leistungsdruck, Unsicherheiten hinsichtlich der Studien- und Lebensplanung sowie den Folgen globaler Krisen – zuletzt beispielhaft sichtbar durch die COVID-19-Pandemie. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Hochschulen nicht nur Lernorte, sondern auch zentrale Handlungsorte für Gesundheitsförderung und Prävention sein müssen. Sie tragen die Verantwortung, psychosoziale Unterstützungsangebote zu etablieren, Stigmatisierung abzubauen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die psychische Krisen frühzeitig erkennen und adäquat adressieren.

Das Pilotprogramm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ setzt genau an dieser Herausforderung an. Mit einem verhältnispräventiven Ansatz verfolgt es das Ziel, die strukturelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Hochschulsetting systematisch voranzubringen. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation des Programms. Er liefert fundierte Erkenntnisse zur Machbarkeit, Umsetzbarkeit und Wirkung des Programms, reflektiert förderliche und hinderliche Faktoren und gibt wertvolle Impulse für Hochschulen, die psychische Gesundheit als integralen Bestandteil ihrer Organisationskultur etablieren möchten.

3. Wissenschaftlicher Hintergrund

3.1. Psychische Krisen bei jungen Erwachsenen und Studierenden

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), für Heranwachsende in der Alterskohorte 18-29 Jahre bei 9,9% (95% KI: 7.8-12.3) (Ravens-Sieberer et al. 2007). Nach aktuellen Routinedaten der Krankenkasse DAK-Gesundheit (2025) lag die **administrative Prävalenz diagnostizierter Depressionen bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren im Jahr 2024 bei etwa 4,8% in dieser Altersgruppe** – das entspricht einer Prävalenz von rund **4,8% in dieser Altersgruppe**. Bei Mädchen in dieser Altersgruppe wurde sogar ein Anstieg gegenüber dem Vor-Pandemiezeitraum beobachtet. Die Daten zeigen zudem deutliche **Altersunterschiede**: Jüngere Kinder im Grundschulalter (5–9 Jahre) hatten deutlich niedrigere Prävalenzraten als Jugendliche (10–14 Jahre und 15–17 Jahre). Für das **junge Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)** liegen zwar keine aktuelleren differenzierten Routinedaten für depressive Störungen allein vor, jedoch zeigen die aktuellen Gesundheitsmonitoring-Ergebnisse des **Robert Koch-Instituts (RKI)**, dass im gesamten Erwachsenenalter etwa **22% der Erwachsenen depressive Symptome aufwiesen** (gemessen mittels standardisierter Screening-Instrumente wie PHQ-9), was auf ein hohes Belastungsniveau psychischer Gesundheitsprobleme hinweist (RKI 2025).

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 zeigten 21,9% (95% KI: 19,9–24,0) aller Kinder und Jugendlichen **VOR DER CORONAPANDEMIE** Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Zudem gab 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). 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 gaben 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 1994). Das bedeutet, dass viele Personen, die später eine Major Depression entwickeln, bereits über mehrere Jahre an subklinischen depressiven Symptomen gelitten hatten.

Neuere Untersuchungen **zwei bis drei Jahre VOR** und **WÄHREND DER CORONAPANDEMIE** zeigen eine Zunahme der psychischen Belastung unter jungen Erwachsenen und Studierenden und weiterhin eine hohe Relevanz, sich mit dieser Risikogruppe aus Public Health-Perspektive stärker zu beschäftigen (Jacobi et al. 2014). Die deutsche GEDA-Studie (Bretschneider et al. 2017) zeigte ein mittelschweres bis schweres depressives Syndrom bei 13 % der 18- bis 29-Jährigen. Das Robert-Koch-Institut untersuchte 2017 die Gesundheit deutscher Studierender: 15,6 % hatten hierbei ein mittelschweres bis schweres depressives Syndrom (Grützmaker et al. 2017). Die pandemische Lage der vergangenen zwei bis drei Jahre hatte Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung; insbesondere der jungen Erwachsenen (Berger et al. 2021). Erneut zeigte sich das besondere Risiko dieser Gruppe. Die Universität Mainz untersuchte im Sommer 2019 und 2020 unter anderem Symptome von Depression bei ihren Studierenden. Es gab einen deutlichen Anstieg der Depressivitätswerte Mainzer Studierender im Laufe des ersten pandemiegeprägten Jahres (2019: 27,7%, 2020: 38,5%) (Werner et al. 2021). In einer weiteren Erhebung unter deutschen Studierenden zeigten sich ebenfalls 37 % der über 3,000 Studierenden mit klinisch relevanten depressiven Symptomen (Kohls et al. 2021). Die Zahlen zeigen deutlich, dass auf Seiten der Gesundheitsförderung und Prävention Handlungsbedarf besteht, um diese Risikogruppe gegenüber Krisen zu wappnen und stärker zu machen.

3.2. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting „Hochschule“

„Der Settingansatz gilt seit der Ottawa-Charta der World Health Organization (WHO) von 1986 als Kernstrategie der Gesundheitsförderung und die Vernetzung gilt als zentrales Handlungsprinzip. [...] Neben Regionen, Städten, Schulen und Krankenhäusern wurden auch Hochschulen von der WHO offiziell im Jahr 1997 als Setting der Gesundheitsförderung im Rahmen des Healthy Cities Project deklariert. [...] Darauf aufbauend und wegen des Interesses aus weiteren Bundesländern gründete sich 1995 der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH). [...] Die Zielsetzung des AGH ist, Hochschulen auf die zehn Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule und deren Erläuterungen zu orientieren sowie Anregungen zur Umsetzung zu geben.“ (Hartmann und Sonntag 2015)

Die Zehn Gütekriterien für Gesundheitsfördernde Hochschulen des AGH

1. **Setting-Ansatz:** Die Hochschule versteht sich als Lebens- und Arbeitswelt und arbeitet nach dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung.
2. **Salutogenese & Mehrdimensionalität:** Gesundheit wird als mehrdimensionales Konzept verstanden und die Hochschule orientiert sich am salutogenetischen Ansatz.
3. **Konzept & Verankerung:** Die Hochschule entwickelt und verankert ein Gesundheitsförderungskonzept in ihrer Organisation und Hochschulpolitik.

4. **Querschnittsaufgabe:** Gesundheitsförderung wird als strukturelle Querschnittsaufgabe in allen Prozessen und Entscheidungen berücksichtigt (Studium, Lehre, Beschäftigung, Forschung, Wissensmanagement).
5. **Steuerungsgruppe:** Eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe wird beauftragt, gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse zu entwickeln und zu koordinieren.
6. **Kommunikation & Evaluation:** Transparente Kommunikation, Informationsmanagement sowie regelmäßige Analyse und Evaluation bilden die Grundlage einer kontinuierlichen Gesundheitsberichtserstattung.
7. **Maßnahmen & Partizipation:** Es werden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für alle Statusgruppen umgesetzt, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert und partizipativ gestaltet sind.
8. **Nachhaltigkeit & Okanagan-Charta:** Die Hochschule verpflichtet sich – z. B. durch die Unterzeichnung der Okanagan Charta – der nachhaltigen Entwicklung sowie einer globalen und intergenerationalen Gerechtigkeit und fördert entsprechende Kompetenzen.
9. **Chancengleichheit & Diversity:** Themen wie Chancengleichheit, Inklusion, Diversity, Gender- und Cultural Mainstreaming werden in das Gesundheitskonzept integriert.
10. **Vernetzung:** Die Hochschule vernetzt sich regional, national und international mit anderen Hochschulen, Wissenschaftseinrichtungen und kommunalen Akteur:innen zur Förderung gesundheitsförderlicher Strukturen.

Auf Grundlage dieser Beschlüsse und der Bestrebungen des AGH hat der Verein Irrsinnig Menschlich e.V. seinen Fokus für Präventionsprogramme 2017 auf das Setting Hochschule ausgeweitet. Das Pilotprogramm „Psychisch fit studieren“ im Sinne einer Informationsveranstaltung über psychische Krisen im Studium und Hilfsmöglichkeiten wurde konzipiert. Die Universität Leipzig begleitete diese Pilotphase in den Jahren 2017 und 2018 wissenschaftlich und konnte relevante Akteure der psychischen Gesundheitsförderung einer Universität befragen (Koschig et al. 2021). Die damalige Fokusgruppen-Diskussion zeigte sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren der Entwicklung hin zur gesundheitsfördernden Hochschule auf. Die Fokusgruppenteilnehmenden wiesen darauf hin, dass die Voraussetzung für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Hochschulkultur sowohl eine entsprechende Positionierung und/oder Unterstützung seitens der Hochschulleitung als auch ein gemeinsames Ziel aller Akteur:innen des Gesundheitsmanagements an der Hochschule sei. Darüber hinaus wurden seitens der Expert:innen 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 Dozierenden, Lehrbeauftragten sowie Mitarbeitenden 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 (Koschig et al. 2021).

Das Pilotprojekt „Psychisch fit studieren“ als verhaltenspräventives Programm wurde vom Verein in den vergangenen Jahren weiterentwickelt. Mit dieser Begleitforschung soll nun die Umsetzung eines stärker verhältnisorientierten Ansatzes untersucht werden: „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“. Aspekte von Stigmatisierung als Hindernis sich Hilfe zu suchen und als Verstärker psychischer Krisen stellen auch in dem stärker verhältnisorientierten Ansatz den theoretischen Rahmen dar. Daher werden im Folgenden aktuelle Erkenntnisse zu Stigmatisierung im Hochschulkontext und zum Forschungsstand von Verhältnisprävention an der Hochschule vorgestellt.

3.3. Stigmatisierung an der Hochschule

Eine Untersuchung von Brown (2008) hat gezeigt, dass Stigmata in der untersuchten Studierendenpopulation auf 6 Ebenen vorkommen: Angst/Gefährlichkeit, Hilfe/Interaktion, Verantwortlichkeit, Drängung zur Behandlung, Empathie und negative Emotionen. Darüber hinaus zeigten Turosak und Siwierka (2021) weitere Ausprägungen der Stigmatisierung, wie verharmlosende Äußerungen über psychische Störungen, Unterstellen von Schwäche, Faulheit, Beachtungsbedürfnis und abwertende Kommentare. Verheiratete Studierende waren gewillter mit psychisch erkrankten Menschen zu interagieren und Hilfe zu leisten. Studierende, die älter als 25 Jahre waren, zeigten weniger negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen als jüngere. Vorerfahrung mit psychischen Störungen führte außerdem zu geringeren Werten in den Dimensionen Gefährlichkeit und negative Emotionen (Feeg et al. 2014; Angermeyer et al. 2004).

Eine besonders wichtige Untersuchung von Ebert und Kollegen (2019) zeigte auf, dass die Wahrnehmung von Stigma in der Umwelt betroffene Studierende davon abhält, sich Hilfe zu suchen. Die Studie bietet hiermit eine Grundlage für stigmareduzierende Präventionsansätze, die das Hilfesuchverhalten stärken wollen. Dies traf besonders zu, wenn Stigmata im direkten Umfeld der Studierenden vorhanden waren (D'Amico et al. 2016). Abschließend ist auf eine von Pompeo-Fagnoli (2022) aufgezeigte Diskrepanz zwischen persönlichem (Überzeugungen des Probanden) und wahrgenommenem Stigma (Überzeugungen des Probanden über Stigma an der Hochschule) hinzuweisen. Das Ausmaß des persönlichen Stigmas war kleiner als das des wahrgenommenen Stigmas. Das Ausmaß des wahrgenommenen Stigmas wurde so von Studierenden überschätzt.

3.4. Verhältnisprävention

„Präventionsmaßnahmen können [...] danach unterschieden werden, wo sie ansetzen. Strategien, die direkt am Individuum bzw. seinem Verhalten ansetzen, bezeichnet man als verhaltenspräventive Maßnahme. Im Gegensatz dazu setzen Maßnahmen der Verhältnisprävention an seiner Umgebung, d.h. an den Verhältnissen an, in denen er lebt. Verhältnisprävention will also die Gesundheit von Menschen dadurch verbessern, dass sie ihre Umwelt sowie ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen positiv beeinflusst. Auf diese Weise sollen Gefahren, die möglicherweise von solchen Bedingungen ausgehen, abgewendet werden.“ (Habermann-Horstmeier 2017, S. 37)

Typische allgemeine Beispiele für verhältnispräventive Maßnahmen sind (Habermann-Horstmeier 2017):

- Verbesserung betrieblicher Arbeitsbedingungen
- Sportliche und kulturelle Angebote
- Sicherheitsmaßnahmen beim Sport
- Kommunale Maßnahmen im Bereich der Hygiene
- Bauliche Maßnahmen (z.B. Fahrradwege, Grünanlage)

Gusy und Kollegen (2015) stellten aufgrund der erhöhten psychischen Belastungen von Studierenden in Deutschland fest, dass ein effektives Gesundheitsmanagement an Hochschulen aufgebaut werden muss. Dieses sollte weniger auf singuläre Projekte fokussieren und verstärkt systematische Ansätze etablieren. Dennoch mussten sie feststellen, dass "Verhältnispräventive, an den Studienbedingungen ansetzende Interventionen – wie z.B. die Reduktion der Ausbildungsinhalte, die Absenkung der Anwesenheitspflicht oder die Entzerrung der Prüfungen – zwar manchmal gefordert [werden], ihre Umsetzung bzw. deren Wirkung bislang jedoch kaum dokumentiert [sind]." (Gusy et al. 2015, S. 256)

Eine aktuelle Umfrage (Turosak und Siwierka 2021) mit psychisch belasteten Studierenden ergab folgende Unterstützungswünsche:

- eine größere Toleranzpolitik (d. h. ehrliche Gespräche mit betroffenen Studierenden, welche Ressourcen benötigt werden)
- Trainings und Informationen zum Übergang von Schule zum Studium
- bessere Informationen für Mitarbeitende über psychische Störungen
- weniger strikte Anwesenheitspflicht
- Anpassung des Arbeitsaufwands
- Anpassung von Fristen bei akuten Problemen

Demnach ist der Wunsch nach und der potentielle Nutzen von verhältnispräventiven Ansätzen als Ergänzung zu verhaltenspräventiven Maßnahmen als hoch einzuschätzen. Good-Practice-Beispiele zu verhältnispräventiven, evaluierten Maßnahmen in Deutschland sind jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bekannt.

Bereits seit 2016 verpflichtet das Präventionsgesetz (PrävG) die gesetzlichen Kranken- und Unfallkassen die Hochschulen beim Gesundheitsmanagement zu unterstützen. In der Literatur zum betrieblichen und studentischen Gesundheitsmanagement (BGM/SGM) an Hochschulen lassen sich verhältnispräventive Ansätze finden. Dabei sind der „*Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen*“ und das „*HochschulNetzwerk SuchtGesundheit*“ wichtige institutionelle Ansprechpartner:innen für Hochschulen (Hartmann et al. 2016). Zudem könnten folgende Akteur:innen als Ansprechpartner:innen für geplante (verhältnis-)präventive Maßnahmen an Hochschulen dienen (Seibold et al. 2010):

- BGM/SGM-Koordinator:innen
- Vertreter:innen des Personalrats
- Leiter:in bzw. Mitarbeitende der Personalabteilung und/oder -entwicklung
- Studierendenvertretung
- Gleichstellungsvertretung
- Wiedereingliederungsbeauftragte
- Schwerbehindertenvertretung
- Vertretung der Auszubildenden
- Mitarbeitende der psychosozialen Beratung, Sucht- oder Studierendenberatung
- Studiengangleitungen
- Studienservice
- Behindertenbeauftragte

Hartmann (2021) beschrieb in seinem Aufsatz die verschiedenen Statusgruppen, die in die Gesundheitsförderung mit einbezogen werden müssen. Dies sind neben der Studierendenschaft auch Beschäftigte in Verwaltung und Technik, wissenschaftliche und künstlerische Mitarbeitende und Professor:innen. Diese letzten drei Statusgruppen hätten an den meisten deutschen Hochschulen durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) bereits Zugang zu (überwiegend verhaltens-) präventiven Maßnahmen. In den letzten Jahren entwickle sich dieses auch dahin, die Studierenden mit einzubeziehen (Hartmann 2021).

Eine neuere Studie aus den USA adressierte unter anderem die Verhältnisse der Studierenden auf Grundlage von Reduktion stigmatisierenden Verhaltens und wurde als Pilotprogramm wissenschaftlich

begleitet (Pescosolido et al. 2020). Hier wurde im Rahmen des Projektes eine studentische Anti-Stigma-Organisation gegründet „U Bring Change to Mind“. Diese führte über einen Zeitraum von zwei Jahren verschiedene Anti-Stigma-Kampagnen durch, richtete sichere und Stigma-freie Zonen ein und setzte sich für die Veränderungen der Universitätsrichtlinien ein. Zudem wurden zweiwöchentliche Clubsitzungen, Aktivitäten in den Einführungswochen und teils universitäre und nicht-universitäre Events organisiert. Eine aktive Teilnahme an den Veranstaltungen von „U Bring Change to Mind“ führte dabei zu einer Stigmareduktion in allen Dimensionen (Pescosolido et al. 2020).

4. Fragestellung und Zielgruppen der Begleitforschung

Zentrales Ziel: Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung war die Evaluation des verhältnispräventiven Pilotprogramms „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“, das vom Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ umgesetzt und durch die Universität Leipzig wissenschaftlich begleitet wurde. Im Mittelpunkt stand die Frage, inwieweit das Programm geeignet ist, Hochschulen in ihrer Entwicklung hin zu einer gesundheitsfördernden und stigma-sensiblen Organisationskultur zu unterstützen.

Zentrale Fragen waren:

- Wie wird das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ von den teilnehmenden Hochschulkoordinator:innen hinsichtlich Machbarkeit, Umsetzbarkeit und Nutzen bewertet?
- Welche strukturellen Veränderungen im Sinne der Verhältnisprävention werden im Verlauf eines Programmjahres an den teilnehmenden Hochschulen angestoßen oder umgesetzt?
- In welchem Ausmaß verändern sich Einschätzungen zum Status quo einer „gesundheitsfördernden Hochschule“ im Sinne der Gütekriterien des Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen zwischen Programmstart und -ende?
- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren beeinflussen die Implementierung psychischer Gesundheitsförderung auf struktureller Ebene im Setting Hochschule?
- Welche Rolle spielen Schlüsselpersonen und Entscheidungsstrukturen für die nachhaltige Verankerung gesundheitsförderlicher Maßnahmen?
- Wie werden Stigmatisierung und stigma-bezogene Einstellungen gegenüber psychisch belasteten Studierenden und Mitarbeitenden wahrgenommen, und zeigen sich im Projektverlauf Veränderungen?
- Inwiefern trägt das Programm zur Sensibilisierung, Qualifizierung und Vernetzung relevanter Akteur:innen innerhalb und außerhalb der Hochschule bei?
- Wie bewerten Studierende und Lehrende den Status quo der psychischen Gesundheitsförderung an ihrer Hochschule und welche Bedarfe werden aus ihrer Perspektive formuliert?

5. Methode

5.1. Studiendesign

Die wissenschaftliche Begleitforschung zum Pilotprojekt „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ wurde als Mixed-Methods-Studie konzipiert. Ziel war die Evaluation der Machbarkeit,

Umsetzbarkeit und Akzeptanz des Programms sowie die Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren für die strukturelle Förderung psychischer Gesundheit im Setting Hochschule.

Das Design umfasste wiederholte quantitative Befragungen (Prä-Post-Erhebungen) sowie qualitative Fokusgruppeninterviews. Die Erhebungen erfolgten überwiegend querschnittlich. Längsschnittliche Analysen wurden teils auf aggregierter Ebene (Gruppenebene) durchgeführt; individuelle Verlaufsanalysen waren aufgrund der anonymen Datenerhebung nicht vorgesehen.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Die Durchführung des Präventionsprogramms oblag dem Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“.

5.2. Beschreibung des Präventionsprogramms

5.2.1. Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog

Das Programm **„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“** wurde von „Irrsinnig Menschlich e.V.“ als Weiterentwicklung des bereits etablierten verhaltenspräventiven Formats „Psychisch fit studieren“ konzipiert. Während das Ursprungsprogramm primär auf die Sensibilisierung von Studierenden für psychische Krisen und Hilfsangebote abzielt, verfolgt „Hochschulen im Dialog“ einen stärker verhältnispräventiven Ansatz.

Ziel des Programms ist die strukturelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Setting Hochschule. Im Mittelpunkt stehen die Qualifizierung von Schlüsselpersonen, die hochschulinterne Vernetzung sowie die Initiierung nachhaltiger struktureller Veränderungen.

5.2.2. Zielgruppe

Pro Programmdurchlauf nahmen jährlich fünf bis zehn Hochschulen teil. Jede Hochschule entsandte zwei Vertreter:innen (z. B. aus Studienberatung, Hochschulgesundheitsmanagement, psychosozialer Beratung, Verwaltung oder Leitungsebene). Die Programmlaufzeit pro Kohorte betrug etwa ein Jahr.

5.2.3. Zentrale Programmbestandteile

Das einjährige Programm setzte sich aus einzelnen Modulen zusammen:

- **Auftakt- und Abschlusstreffen** zur Vernetzung und Reflexion
- **Fachmodul „Train the Trainer“**, das Hochschulmitarbeitende befähigt, „Psychisch fit studieren“-Foren eigenständig durchzuführen
- **Fachmodul „Stigma“** mit fachlichen Impulsen und praktischen Übungen zur Reduktion stigmatisierender Einstellungen
- **Praxismodul „Mental Health First Aid (MHFA)“** zur Qualifizierung von Mitarbeitenden im Erkennen und Ansprechen psychischer Krisen
- **Fachmodul „Öffentlichkeitsarbeit“** zur besseren Sichtbarmachung vorhandener Unterstützungsangebote
- **Online-Forum „Psychisch fit studieren“** für Studierende
- **Online-Workshop für Studierende** zur Verbesserung der Angebotskommunikation

Die einzelnen Module des Programms zielten darauf ab, Hochschulen in ihrer Rolle als gesundheitsförderliches Setting im Sinne des Settingansatzes der World Health Organization zu stärken und sich an den Gütekriterien des Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen zu orientieren.

5.3. Stichprobe und Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte in Kooperation mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“. Einladungen zu Befragungen und Fokusgruppen wurden über den Verein an die teilnehmenden Zielgruppen A bis C weitergeleitet.

Gruppe A: Hochschulkoordinator:innen

- Pro Durchgang: bis zu 20 Vertreter:innen (2 pro Hochschule)
- Drei Programmdurchläufe
- Quantitative Prä-Post-Erhebungen in allen Durchgängen
- Qualitative Fokusgruppen (Auftakt und Abschluss) im ersten Durchgang

Gruppe B: Hochschulmitarbeitende in der Lehre

- Einmalige schriftliche Befragung an zwei bis drei teilnehmenden Hochschulen
- Zielgruppe: insbesondere Teilnehmende des Train-the-Trainer-Moduls

Gruppe C: Studierende

- Digitale Kurzbefragung im Anschluss an die Online-Foren „Psychisch fit studieren“ (angestrebt: $n \geq 200$)
- Eine qualitative Fokusgruppe mit Studierenden

Die Datenerhebung erfolgte anonym. Eine Pseudonymisierung war nicht vorgesehen.

5.4. Erhebungsinstrumente

5.4.1. Quantitative Erhebungen

Für die Hochschulkoordinator:innen (Gruppe A) wurden selbst entwickelte Kurzfragebögen eingesetzt. Erfasst wurden:

- Einschätzung des Status quo als „gesundheitsfördernde Hochschule“
- Umsetzung der zehn Gütekriterien des Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
- Ressourcen (finanziell/personell)
- Wahrnehmung und Relevanz psychischer Krisen
- Stigmatisierung
- Erwartungen und Zufriedenheit mit dem Programm

Für Mitarbeitende in der Lehre (Gruppe B) wurden Items zu folgenden Konstrukten erhoben:

- Einstellungen gegenüber psychisch belasteten Studierenden
- Wahrnehmung institutioneller Stigmatisierung
- Unterstützungsbedarfe
- Kenntnis relevanter Schlüsselpersonen und -stellen

Die studentische Online-Befragung (Gruppe C) erfasste:

- Wahrnehmung des Hochschulklimas
- Stigmatisierende Einstellungen
- Kenntnis von Unterstützungsangeboten
- Einschätzung struktureller Präventionsansätze

Die Dateneingabe erfolgte in SPSS 29 und Excel. Es wurden Plausibilitätsprüfungen, Duplettenchecks und Ausreißerwerte untersucht.

5.4.2. Qualitative Datenerhebung

Zum Einsatz kamen halbstrukturierte Fokusgruppenleitfäden (Auftakt- und Abschlussleitfaden für Gruppe A; separater Leitfaden für Studierende Gruppe C).

Zentrale Themenbereiche:

- Status quo gesundheitsfördernder Strukturen
- Schlüsselpersonen und Entscheidungsstrukturen
- Erfahrungen mit Stigmatisierung
- Erwartungen und wahrgenommene Veränderungen
- Bedarfe und Entwicklungsoptionen

Die Fokusgruppen dauerten jeweils ca. 90 Minuten und wurden audioaufgezeichnet. Ergänzend wurden in Einzelfällen telefonische Interviews durchgeführt.

5.5. Datenauswertung

5.5.1. Quantitative Daten

Die Auswertung erfolgte primär deskriptiv (Häufigkeiten, Mittelwerte, Streuungen). Prä-Post-Veränderungen der Hochschulkoordinator:innen wurden grafisch dargestellt. Aufgrund der anonymen Erhebung waren keine individualisierten Verlaufsanalysen möglich. Freitextangaben wurden inhaltlich kategorisiert und zusammenfassend ausgewertet.

5.5.2. Qualitative Daten

Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch in Anlehnung an qualitative Verfahren nach Kuckartz und Rädiker (2024) ausgewertet. Die Transkripte wurden thematisch strukturiert, kodiert und entlang zentraler Kategorien (z. B. strukturelle Veränderungen, Stigma, Ressourcen, Schlüsselpersonen) verdichtet.

5.6. Ethische Aspekte

Die Teilnahme an allen Befragungen und Fokusgruppen war freiwillig. Die Datenerhebung erfolgte anonym. Alle Teilnehmenden wurden schriftlich über Ziel, Ablauf und Datenschutz informiert. Es waren keine besonderen Belastungen oder Risiken für die Teilnehmenden zu erwarten. Ein positives Ethikvotum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig liegt vor.

Eine Gesamtübersicht zu den Arbeitspaketen der Begleitforschung sowie den erreichten Meilensteinen ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

Arbeitspakete (AP)			2022		2023				2024				2025			
			Quartal III	Quartal IV	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV
1	AP „Ethikantragstellung & Vorbereitung“															
2	AP „Gruppe A“	quantitativ	Durchgang 1	PRÄ												
			Durchgang 2													
			Durchgang 3													
		qualitativ	Durchgang 1	PRÄ												
			Durchgang 2													
			Durchgang 3													
3	AP „Gruppe B“	quantitativ														
4	AP „Gruppe C“	quantitativ (TED)														
		qualitativ														
5	AP „Dateneingabe & -auswertung“															
6	AP „Abschlussbericht“															

Abbildung 1. Ursprünglich geplanter Projektablauf der Begleitforschung mit Meilensteinen (AP=Arbeitspaket, Gruppe A=Hochschulkoordinator:innen, Gruppe B:Hochschulmitarbeitende in der Lehre, Gruppe C:Studierende)

6. Ergebnisse

6.1. Ist-Soll-Vergleich Teilnehmendenzahlen

Bevor im Abschnitt 6 die Ergebnisse für die einzelnen Arbeitspakete präsentiert werden, sind in Tabelle 1 die geplanten und tatsächlich erreichten Fallzahlen gegenübergestellt. Besonders hervorzuheben ist die zusätzliche Durchführung einer 1-Jahres-Follow-Up Erhebung im ersten Durchgang. Daher wird neben den Gesamtergebnissen zu allen drei Durchgängen im Prä-Post-Vergleich zudem der Durchgang 1 mit seinen drei Messzeitpunkten gesondert dargestellt. Überwiegend liegen Informationen über die Hochschulen der Teilnehmenden vor. Dies ist ebenfalls in Tabelle 1 dargestellt, um nachvollziehen zu können, wie viele Hochschulen sich an der Begleitforschung beteiligt haben. Die genauen Zahlen über Teilnehmende am HiD-Programm liegen ausschließlich dem Verein vor und sind nicht Teil der Dokumentation der Begleitforschung.

Tabelle 1. Tabellarische Gegenüberstellung geplanter und erreichter Fallzahlen aus drei Arbeitspaketen. Die geplanten Fallzahlen sind jeweils der Projektskizze von 2022 entnommen.

	Qualitativ/ quantitativ	Geplante Fallzahlen	Erreichte Fallzahlen
Gruppe A: Hochschulkoordinator:innen	quantitativ	3 Durchgänge Gesamt: max. 60; jeweils PRÄ-POST	<u>Durchgang 1</u> : prä (n=11 aus 8 HSn), post (n=8 aus 7 HSn), 1-Jahres-follow-up ¹ (n=7 aus 7 HSn) <u>Durchgang 2</u> : prä (n=9 aus 5 HSn), post (n=5 aus 4 HSn) <u>Durchgang 3</u> : prä (n=15 aus 8 HSn), post (n=9 aus 6 HSn) <u>GESAMT</u> : prä (n=35 aus 21 HSn), post (n=22 aus 17 HSn)
	qualitative Fokusgruppeninterviews	1. Durchgang (2022/23) Gesamt: max. 10; PRÄ-POST	<u>prä</u> : Fokusgruppe (Kick-Off) mit n=8 Teilnehmenden aus 8 HSn und n=1 Telefoninterview einer weiteren HS <u>post</u> : Fokusgruppe mit n=2 Teilnehmenden aus 1 HS und n=4 Telefoninterviews aus 4 HSn
Gruppe B: Hochschulmitarbeitende in der Lehre	quantitativ	Teilnehmende am Train-the-Trainer Workshop von 2-3 Hochschulen	n=216 aus 4 HSn (darunter n=187 aus der Lehre); unabhängig vom Train-the-Trainer Modul
Gruppe C: Studierende	quantitativ	n = 200	n=66 (HS wurde nicht erfasst; verschiedene)
	qualitatives Fokusgruppeninterview	n = max. 10	n=5 aus 2 HSn

Anmerkungen: HS=Hochschule.

¹ Die Follow-Up-Erhebung nach einem Jahr innerhalb des ersten Durchgangs wurde zusätzlich zu den geplanten Arbeitsschritten der Projektskizze durchgeführt, um längerfristige Entwicklungen abbilden zu können.

6.2. Ergebnisse im Arbeitspaket 2 „Gruppe A: Hochschulkoordinator:innen“

6.2.1 Quantitative Erhebung – Durchgänge gesamt (2022-2025)

Stichprobenbeschreibung

In die zusammenfassende Auswertung aller drei Programmdurchgänge gingen die Angaben von insgesamt 35 Personen aus 20 Hochschulen in der Prä-Befragung sowie 22 Personen aus 17 Hochschulen in der Post-Befragung ein. Die Befragten repräsentierten unterschiedliche Funktionsbereiche innerhalb der Hochschulen und verfügten mehrheitlich über einschlägige berufliche Erfahrung im Hochschulkontext. Die Datengrundlage ermöglicht somit eine organisationsbezogene Einschätzung struktureller Entwicklungen im Verlauf des Programms. Mehrheitlich waren die Teilnehmenden weiblich (Prä: 85,7%, Post: 90,9%) und im mittleren Alter (Prä: $M=39,3$, $Min=23$, $Max=65$; Post: $M=41,9$, $Min=25$, $Max=66$). Im Mittel waren sie 10 bis 11 Jahre im Hochschulbereich tätig (Prä: $M=11,5$, Post: $M=10,2$). An der eigenen Hochschule waren sie im Schnitt 9 bis 12 Jahre tätig (Prä: $M=9,2$, Post: $M=12,0$). Die Tätigkeitsfelder waren breit gestreut und unterschieden sich zwischen Prä- und Post-Messzeitpunkt. Am häufigsten waren die Koordinator:innen aus den Bereichen Gesundheitsmanagement, Lehre/Forschung und zentrale Studienberatung. U. a. aus den Bereichen Prüfungsamt, BAföG-Amt und Informationsmanagement konnte niemand akquiriert werden (vergleiche Tabelle 2 und Tabelle 3).

Tabelle 2. Tätigkeitsfelder der Hochschulkoordinator:innen zum Prä-Messzeitpunkt (Mehrfachantworten möglich; Nennungen aus dem offenen Item „Weitere“ wurden zusammengefasst und ebenfalls aufgelistet).

TÄTIGKEITSFELD (Prä, n=35)	absolute Zahlen	%
Lehre/Forschung	13	37,1
Gesundheitsmanagement	12	34,3
Zentrale Studienberatung	8	22,9
Hochschulsport/Freizeit	6	17,1
Gleichstellung/Inklusion	5	14,3
Psychosoziale Beratung	2	5,7
Career Service	2	5,7
Geschäftsleitung	1	2,9
Administration (Finanzen/IT)	1	2,9
Personalverwaltung	1	2,9
Studentenwerk	0	0,0
Prüfungsamt	0	0,0
BAföG-Amt	0	0,0
Eigentumsverwaltung/Instandhaltung	0	0,0
Bibliothek/Informationsmanagement	0	0,0
Mittelbeschaffung/Alumniverwaltung	0	0,0

Tabelle 3. Tätigkeitsfelder der Hochschulkoordinator:innen zum Post-Messzeitpunkt (Mehrfachantworten möglich; Nennungen aus dem offenen Item „Weitere“ wurden zusammengefasst und ebenfalls aufgelistet).

TÄTIGKEITSFELD (Post, n=22)	absolute Zahlen	%
Gesundheitsmanagement	8	36,4
Gleichstellung/Inklusion	6	27,3
Zentrale Studienberatung	5	22,7
Lehre/Forschung	3	13,6
Hochschulsport/Freizeit	1	4,5

Psychosoziale Beratung	1	4,5
Career Service	1	4,5
Arbeitsschutz	1	4,5
Fakultätsübergreifende Angebote	1	4,5
Geschäftsleitung	0	0,0
Administration (Finanzen/IT)	0	0,0
Studentenwerk	0	0,0
Prüfungsamt	0	0,0
BAföG-Amt	0	0,0
Eigentumsverwaltung/Instandhaltung	0	0,0
Bibliothek/Informationsmanagement	0	0,0
Mittelbeschaffung/Alumniverwaltung	0	0,0

Entscheidungsgewalt

Es folgen nun die Ergebnisse aus dem Fragebogen entsprechend seiner Struktur. Die Teilnehmenden wurden in einem offenen Format befragt, wie viel Entscheidungsgewalt ihre Position an der Hochschule innehat; insbesondere auch gegenüber der Leitungsebene (z. B. beim Einführen von Präventionsprogrammen an der Hochschule). Diese Frage wurde sowohl zum Start des HiD-Programmes als auch zum Ende gestellt.

Entscheidungsgewalt Prä-Messzeitpunkt:

Einige Befragte hatten hohe bis mittlere Entscheidungsgewalt in der Entwicklung und Koordination von Programmen oder innerhalb des studentischen Gesundheitsmanagements, wobei finale Entscheidungen oft die Zustimmung der Hochschulleitung oder relevanter Gremien erforderten. Andere Positionen waren hauptsächlich beratend tätig, hatten Vorschlagsrechte (z.B. als studentische Aushilfe, wissenschaftliche MA oder in der Zentralen Studienberatung) und mussten Entscheidungen der Leitungsebene oder des Rektorats abwarten. Die Freiheit und Entscheidungsgewalt hingen oft von den Kosten ab; solange sich diese im Rahmen hielten, konnten viele Programme selbst initiiert werden. Einige Personen konnten Maßnahmen vorschlagen, implementieren und evaluieren, oft innerhalb des Rahmens eines befristeten Projekts oder mit der Rolle eines Impulsgebers. Die Entscheidungsgewalt war jedoch in einigen Fällen stark eingeschränkt, beispielsweise als wissenschaftliche:r Mitarbeiter:in oder auf eine beratende Funktion reduziert, ohne die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen, die über das eigene Sachgebiet hinausgehen. Einige Positionen verfügten wiederum über große Freiheit, wenn die Kosten gering waren und über den Haushalt gedeckt werden konnten, durften zudem Projektanträge stellen.

Entscheidungsgewalt Post-Messzeitpunkt:

Die Mehrheit der Befragten stufte zum Post-Messzeitpunkt ihre eigene Entscheidungsgewalt als begrenzt ein. Besonders häufig wurde beschrieben, dass die eigene Rolle primär beratend, vorbereitend oder koordinierend angelegt ist, während die formale Entscheidungsbefugnis auf Ebene der Hochschulleitung (Rektorat, Präsidium, Kanzler:in), der Dezernatsleitungen oder weiterer Gremien (z. B. Senat, Steuerkreise, Personalrat) liegt. Ein Großteil der Befragten gab an, Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten, Konzepte zu entwickeln oder Empfehlungen auszusprechen, jedoch **keine eigene Entscheidungsbefugnis** hinsichtlich der Einführung neuer Programme zu besitzen. Formulierungen wie „keinerlei Entscheidungsgewalt“, „maximal Vorschläge oder Empfehlungen“, „nur beratend tätig“ oder „nur das Recht, angehört zu werden“ traten mehrfach auf. Auch bei strukturell

verankerten Positionen (z. B. Beauftragte nach Hochschulgesetz, Stabsstellen, Projektmitarbeitende) lag die formale Entscheidungshoheit überwiegend beim Rektorat oder der Hochschulleitung. Ein weiterer Teil der Befragten verortete sich auf einer **mittleren Entscheidungsebene** (z. B. Referatsleitungen, Leitungen von Beratungsstellen, Projektleitungen). Hier bestand teilweise Entscheidungsspielraum im operativen Bereich oder innerhalb einzelner Projekte. Kleinere Maßnahmen konnten mitunter eigenständig umgesetzt werden, während größere Programme oder strukturelle Veränderungen zustimmungspflichtig waren. Mehrfach wurde betont, dass neue Präventionsprogramme grundsätzlich mit der Leitungsebene abgestimmt werden müssen. Die Entscheidungsgewalt lag – je nach Umfang der Maßnahme – bei Kanzler:in, Präsidium, Rektorat, Steuerkreis, Personalleitung oder weiteren Gremien.

Trotz begrenzter formaler Entscheidungsbefugnisse beschrieben mehrere Befragte indirekte Einflussmöglichkeiten. Dazu zählten:

- gute Vernetzung innerhalb der Hochschule
- Mitwirkung in Beiräten oder Gremien
- Einbringen von Themen in strategische Diskurse
- Nutzung gesetzlicher Grundlagen als Argumentationsbasis
- Agenda-Setting durch Studien, Bedarfsanalysen oder Evaluationen

Nur vereinzelt wurde eine hohe oder projektbezogene Entscheidungsgewalt angegeben (z. B. Projektleitung mit Entscheidungsgewalt innerhalb des Projektrahmens). Eine explizit „hohe“ Entscheidungsgewalt wurde nur einmalig genannt, aber nicht weiter ausgeführt.

Zusammenfassende Bewertung

Insgesamt zeigte sich deutlich, dass die Mehrheit der Befragten keine eigenständige Entscheidungsbefugnis hinsichtlich der Einführung hochschulweiter Präventionsprogramme besaß. Die Rollen waren überwiegend beratend, koordinierend oder konzeptionell angelegt. Die Entscheidung über Einführung, Umfang und Verstetigung von Maßnahmen lag in den meisten Fällen bei der Hochschulleitung oder weiteren hochschulischen Gremien. Gleichzeitig wurde mehrfach auf indirekte Einflussmöglichkeiten hingewiesen, insbesondere durch fachliche Expertise, Vernetzung und strategisches Agenda-Setting. Damit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die befragten Akteur:innen überwiegend als Impulsgeberinnen und Konzeptentwickler:innen agieren, während die formale Entscheidungsgewalt strukturell auf der Leitungsebene verortet ist.

Erfahrungen und Relevanz psychischer Krisen

Bereits zu Programmbeginn zeigte sich eine hohe thematische Vorbefassung der Teilnehmenden. 46,9% der Befragten (n = 15) gaben an, persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht zu haben. 31,3% (n = 10) berichteten, sich um eine:n Bekannte:n oder Angehörige:n mit psychischer Krise zu kümmern. Jede:r Vierte (25,0%) hatte bereits selbst Hilfe aufgrund einer psychischen Krise in Anspruch genommen. Zu Programmende war es jede:r Zweite (53,3%). Dies unterstreicht die hohe individuelle Betroffenheit innerhalb der Stichprobe.

Hinsichtlich der institutionellen Relevanz psychischer Krisen zeigte sich bereits in der Prä-Erhebung ein hohes Problembewusstsein. 75,0% der Befragten (n = 24) bestätigten, dass psychische Krisen von

Mitarbeitenden wiederholt eine Rolle an ihrer Hochschule gespielt haben. In der Post-Erhebung stieg dieser Anteil auf 86,4 % (n = 19), was einer Zunahme um 11,4 Prozentpunkte entspricht (Abbildung 2).

Noch deutlicher fiel die Entwicklung bei der Kenntnis konkreter Fälle aus: Während zu Programmbeginn 66,7% (n = 22) angaben, Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen zu kennen, lag dieser Anteil am Programmende bei 90,9% (n = 20). Dies entspricht einer Steigerung um 24,2 Prozentpunkte.

Für den Bereich der Studierenden war das Problembewusstsein bereits zu Programmbeginn bei den Befragten sehr hoch ausgeprägt. 87,9% (n = 29) bestätigten, dass psychische Krisen von Studierenden im Rahmen ihrer Tätigkeit an der Hochschule wiederholt eine Rolle spielen; nach Programmende lag dieser Anteil bei 90,9% (n = 20). Die Kenntnis konkreter Fälle bei Studierenden lag sowohl Prä als auch Post bei 90,9%. Insgesamt weisen diese Zahlen auf eine hohe Ausgangssensibilität hin, die im Verlauf des Programms insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitende nochmals deutlich zunahm. Ergänzend wurde nach der Relevanz der Thematik im Setting Hochschule gefragt. Auf einer Skala von 1 (=überhaupt nicht wichtig) bis 10 (=sehr wichtig) zeigte sich die Relevanz im Mittel zu Programmende etwas höher als zu Programmbeginn (Prä: M=5,8, Post: M=6,2).

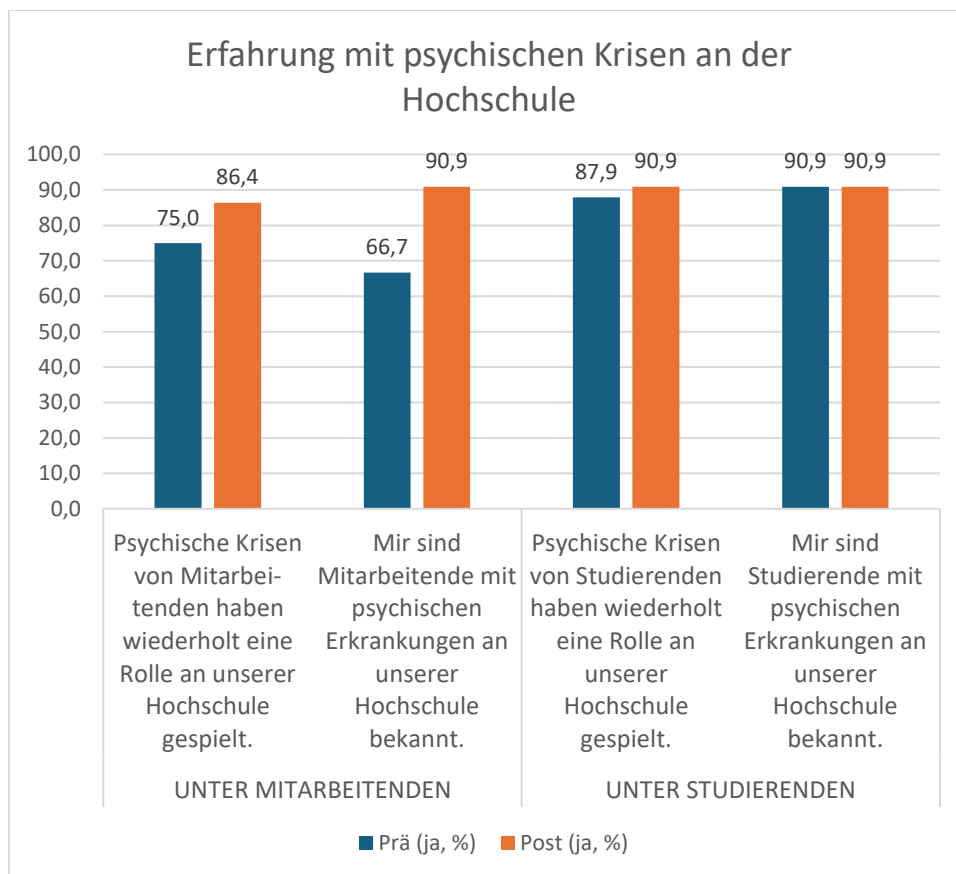


Abbildung 2. Erfahrungen mit psychischen Krisen an der Hochschule im Prä-Post-Vergleich

Einordnung als „psychisch fitte Hochschule“

Die Selbsteinschätzung der Hochschulen durch die Koordinator:innen hinsichtlich ihrer Bemühungen um eine „psychisch fitte Hochschule“ erfolgte auf einer Skala von 0 (=keine Bemühungen) bis 100 (=maximale Bemühungen). Im aggregierten Mittelwert zeigte sich im Prä-Post-Vergleich kaum

Veränderung. Die teilnehmenden Hochschulen bewerteten ihre strukturellen Bemühungen zur Förderung psychischer Gesundheit nach Abschluss des Programms nur leicht höher (Abbildung 3). Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 4 dargestellt.

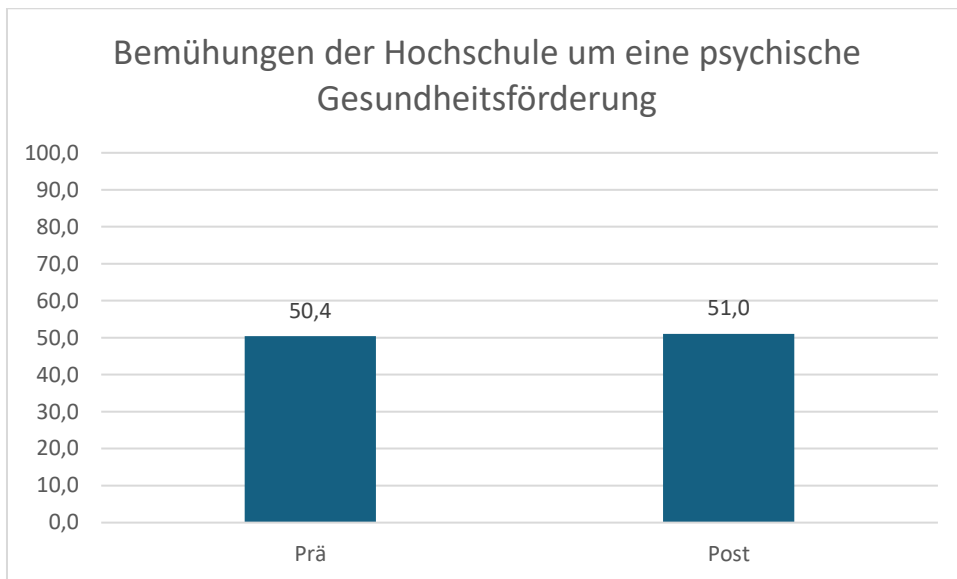


Abbildung 3. Bemühungen der Hochschule um eine psychische Gesundheitsförderung (0=keine Bemühungen bis 100=maximale Bemühungen).

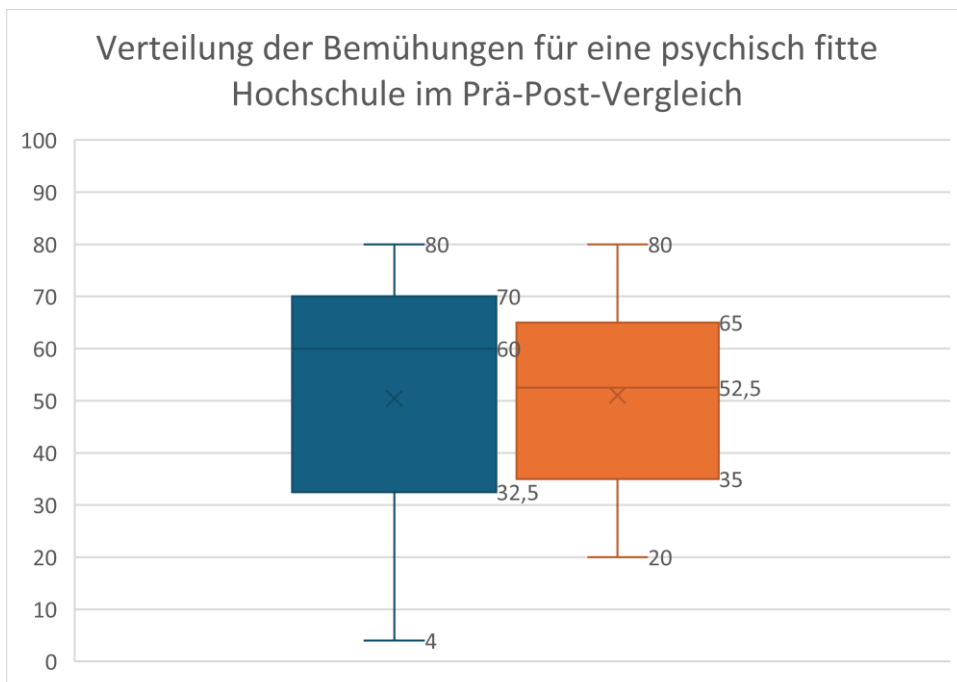


Abbildung 4. Verteilung der Bemühungen für eine psychisch fitte Hochschule im Prä-Post-Vergleich mit 0=keine Bemühungen bis 100=maximale Bemühungen (prä=dunkelblau, post=orange).

Im Bereich der Ressourcenbewertung zeichneten sich deutlichere Entwicklungen ab. Während finanzielle und personelle Ressourcen zu Programmbeginn mehrheitlich als begrenzt eingeschätzt wurden, fiel die Bewertung nach Abschluss des Programms tendenziell positiver aus. Dies kann sowohl

auf tatsächliche strukturelle Entwicklungen als auch auf eine erhöhte Transparenz und Vernetzung vorhandener Ressourcen zurückgeführt werden.

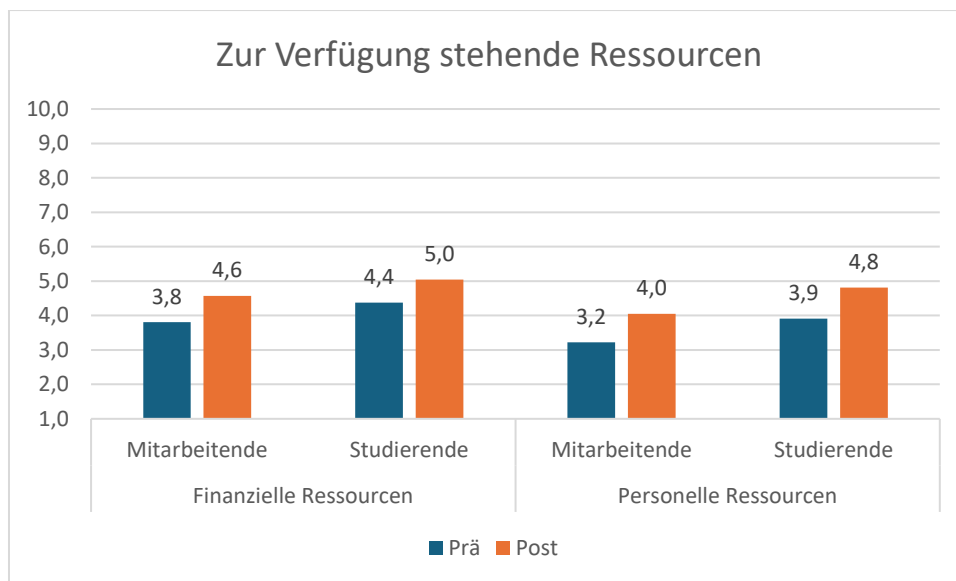


Abbildung 5. Zur Verfügung stehende Ressourcen im Prä-Post-Vergleich (Item „An unserer Hochschule stehen ausreichend finanzielle/personelle Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden/Mitarbeitenden zur Verfügung“, 1=trifft überhaupt nicht zu bis 10=trifft voll und ganz zu).

Zur strukturellen Einordnung des Entwicklungsstands der beteiligten Hochschulen wurden die **zehn Gütekriterien des „Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschule“** herangezogen. Die Koordinator:innen bewerteten jedes Kriterium auf einer Skala von 0 („trifft gar nicht zu“) bis 4 („trifft voll und ganz zu“). Zusätzlich bestand die Antwortoption „nicht bekannt“. Für die quantitative Auswertung wurden ausschließlich die gültigen Skalenwerte (0–4) berücksichtigt. Antworten mit „nicht bekannt“ wurden nicht in die Mittelwertberechnung einbezogen, jedoch gesondert als Indikator für Transparenz und Bekanntheitsgrad struktureller Maßnahmen ausgewertet. Die Mittelwerte wurden für Prä und Post jeweils aggregiert über alle drei Programmdurchgänge berechnet.

Gesundheitskonzept und strukturelle Verankerung

Das Vorhandensein eines **gesundheitsfördernden Gesamtkonzepts** wurde im Prä-Zeitpunkt mit einem Mittelwert von $M = 2,06$ bewertet. Im Post-Zeitpunkt stieg dieser Wert ganz leicht auf $M = 2,10$ ($\Delta = +0,04$). Deutlich ausgeprägter war die Entwicklung bei der **strukturellen Verankerung** des Konzepts in Hochschulorganisation und -politik. Hier erhöhte sich der Mittelwert von $M = 1,59$ (prä) auf $M = 2,37$ (post). Dies entspricht einer Steigerung um $+0,78$ Skalenpunkte und stellt eine der stärksten positiven Veränderungen dar. Auch die Berücksichtigung von **Gesundheitsförderung in allen Prozessen** und Entscheidungen zeigte einen Anstieg von $M = 1,28$ (prä) auf $M = 1,50$ (post) ($\Delta = +0,22$).

Mehrdimensionales Verständnis von Gesundheitsförderung

Das Kriterium **„Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden“** lag bereits zu Programmbeginn auf einem vergleichsweise hohen Niveau ($M = 2,56$). Im Post-Zeitpunkt zeigte sich mit $M = 2,52$ eine minimale Veränderung ($\Delta = -0,04$), was auf ein bereits etabliertes Verständnis in diesem Bereich hindeutet.

Steuerungsstrukturen

Die Existenz einer **hochschulweiten Steuerungsgruppe** wurde im Prä-Zeitpunkt mit $M = 2,41$ bewertet. Im Post-Zeitpunkt lag der Mittelwert bei $M = 2,05$ ($\Delta = -0,36$). Die kontinuierliche **Gesundheitsberichterstattung**, die im Prä-Zeitpunkt mit $M = 1,26$ vergleichsweise niedrig eingeschätzt wurde, stieg im Post-Zeitpunkt leicht auf $M = 1,44$ ($\Delta = +0,19$). Dieser Bereich bleibt jedoch insgesamt auf einem mittleren Entwicklungsniveau. Die **Berücksichtigung von Chancengleichheit, Inklusion und Diversität durch die Steuerungsgruppe** wurde im Prä-Zeitpunkt mit $M = 2,25$ bewertet und lag im Post-Zeitpunkt bei $M = 2,15$ ($\Delta = -0,10$). Hier zeigt sich insgesamt ein stabiles mittleres Umsetzungsniveau.

Zielgruppenabdeckung und Maßnahmen

Das Kriterium „**Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene**“ stieg von $M = 1,81$ (prä) auf $M = 2,14$ (post). Die Steigerung um $+0,33$ Skalenpunkte deutet auf eine verbesserte strukturelle Breitenwirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen hin.

Okanagan Charta

Die Unterzeichnung bzw. Implementierung der **Okanagan Charta** wurde im Prä-Zeitpunkt mit $M = 1,46$ bewertet. Im Post-Zeitpunkt lag der Mittelwert bei $M = 0,56$ ($\Delta = -0,90$). Dieser deutliche Rückgang ist interpretativ vorsichtig einzuordnen und könnte auf eine präzisere Bewertung oder veränderte Stichprobenszusammensetzung im Post-Zeitpunkt zurückzuführen sein. Insgesamt zeigt sich hier weiterhin Entwicklungsbedarf. Zudem war die Okanagan Charta zum Post-Zeitpunkt 54,5% der Befragten unbekannt, im Vergleich zu 29,4% zum Prä-Zeitpunkt.

Externe Vernetzung

Die **Vernetzung mit Kommune und anderen Hochschulen** wies eine der deutlichsten positiven Entwicklungen auf. Der Mittelwert stieg von $M = 2,30$ (prä) auf $M = 2,75$ (post). Die Differenz von $+0,45$ Skalenpunkten unterstreicht die Wirkung des Programmansatzes, der explizit auf interhochschulischen Austausch und externe Kooperation setzt.

Über die zehn Kriterien hinweg zeigte sich kein vollständig einheitliches Bild, jedoch mehrere substantielle positive Entwicklungen. Besonders hervorzuheben sind: die deutliche strukturelle Verankerung gesundheitsfördernder Konzepte in Hochschulpolitik und Organisation ($+0,78$), die stärkere Einbindung aller Statusgruppen ($+0,33$) sowie der Ausbau externer Vernetzung ($+0,45$). Diese Veränderungen betreffen zentrale strukturelle Dimensionen einer gesundheitsfördernden Hochschule und sprechen für organisationsbezogene Entwicklungsimpulse im Verlauf des Programms. Gleichzeitig zeigen einzelne Kriterien (insbesondere Okanagan Charta und Steuerungsgruppen) stabile bzw. rückläufige Werte, was darauf hinweist, dass strukturelle Transformation in diesem Handlungsfeld ein längerfristiger Prozess bleibt. Insgesamt deuten die Mittelwertveränderungen darauf hin, dass das Programm insbesondere im Bereich strategischer Verankerung und Vernetzung wirksame Impulse gesetzt hat (Abbildung 6).

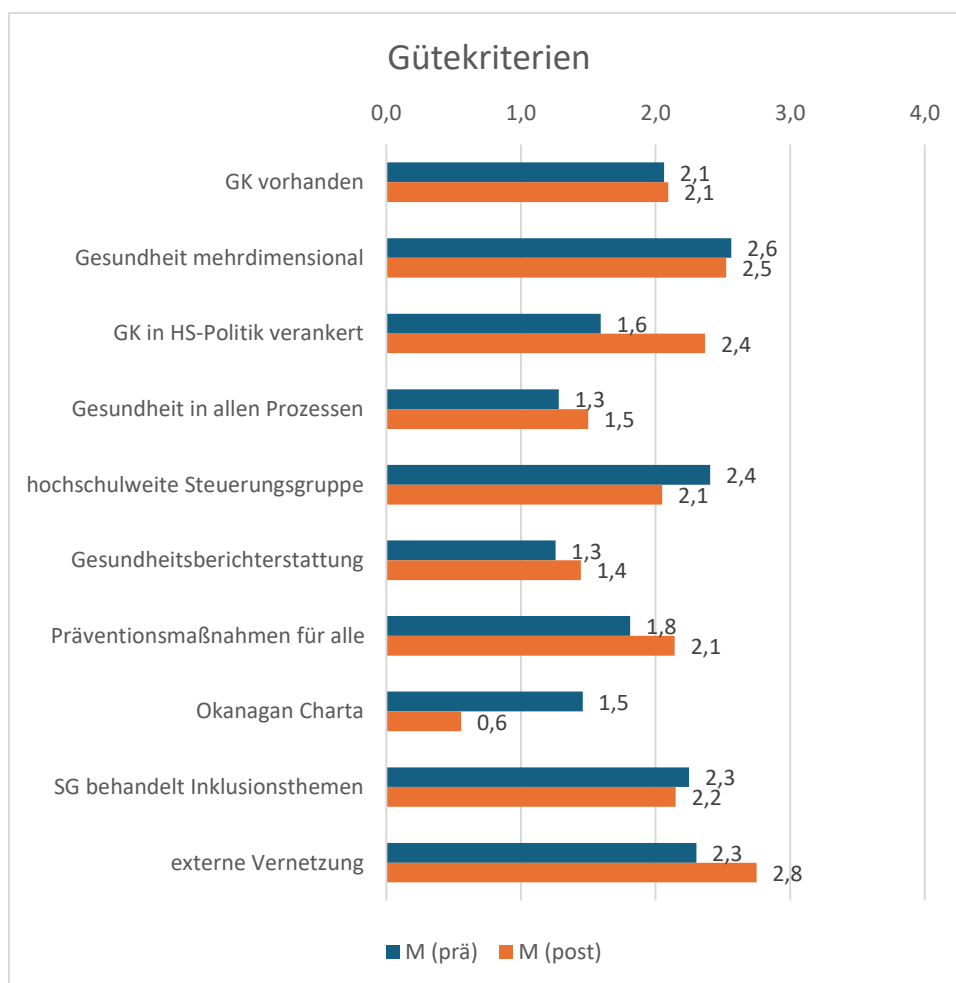


Abbildung 6. Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen im Prä-Post-Vergleich (GK=Gesundheitskonzept, HS=Hochschule, SG=Steuerungsgruppe; dargestellt sind Mittelwerte auf einer Skala von 0 [=trifft gar nicht zu] bis 4 [=trifft voll und ganz zu]).

Erwartungen, Umsetzung und Zielerreichung

Zu Beginn des Präventionsprogramms wurden die teilnehmenden Koordinator:innen (Prä, $n = 32$) gebeten, die Relevanz vorgegebener Zielkriterien für ihre jeweilige Hochschule einzuschätzen. Zum Projektende erfolgte eine erneute Befragung (Post, $n = 15$) zur Zielerreichung und zur Erfüllung der Erwartungen.

Die höchste Relevanz wurde der **externen Vernetzung** zugeschrieben (100,0%). Ebenfalls sehr hohe Zustimmungswerte zeigten sich für die Ziele **Stigmatisierung an der Hochschule reduzieren** (93,9%), **Hilfsangebote sichtbar machen** (90,9%) sowie **„Psychisch fit studieren“ implementieren** (90,9%). Weitere Ziele wurden von einer Mehrheit der Befragten als relevant eingeschätzt: **MHFA-Ausbildung implementieren** (84,8%), **Psychische Gesundheit verstehen** (75,0%), **Gesundheitsförderung implementieren** (65,6%), **Wissen über Stigmatisierung** (65,6%) sowie **Internes Hilfesystem und interne Vernetzung** (63,6%). Die geringste Relevanz erhielt das Ziel **Zertifizierung** (43,8%).

Zum Projektende berichteten die Koordinator:innen am häufigsten eine Zielerreichung bei **externer Vernetzung** (86,7%) sowie beim **Wissen über Stigmatisierung** (86,7%). Ebenfalls hohe Werte zeigten sich für **Hilfsangebote sichtbar machen** (80,0%) sowie für mehrere Ziele mit jeweils 73,3%: **„Psychisch fit studieren“ implementieren**, **Psychische Gesundheit verstehen**, **Internes Hilfesystem & interne Vernetzung** und **Wissen über Hochschule und Gesundheitsförderung**. Eine Zielerreichung von 66,7 %

wurde für die **Implementierung der MHFA-Ausbildung** angegeben. Für die Ziele **Stigmatisierung an der Hochschule reduzieren** sowie **Gesundheitsförderung implementieren** lag die berichtete Zielerreichung jeweils bei 60,0%. Die niedrigste Zielerreichung zeigte sich bei der **Zertifizierung** (33,3%).

Differenz zwischen Relevanz und Zielerreichung

Vergleicht man Relevanz und Zielerreichung, zeigen sich insbesondere beim Ziel **Stigmatisierung an der Hochschule reduzieren** deutliche Abweichungen (93,9 % vs. 60,0 %; Differenz -33,9 Prozentpunkte). Auch bei der **MHFA-Ausbildung** (84,8 % vs. 66,7 %; -18,1 Prozentpunkte) und bei der **externen Vernetzung** (100,0 % vs. 86,7 %; -13,3 Prozentpunkte) liegen die Werte zur Zielerreichung unter den anfänglichen Relevanzeinschätzungen. Demgegenüber überstieg die berichtete Zielerreichung in einzelnen Bereichen die ursprüngliche Relevanzeinschätzung, etwa beim **Wissen über Stigmatisierung** (65,6 % vs. 86,7 %; +21,1 Prozentpunkte) sowie beim **Wissen über Hochschule und Gesundheitsförderung** (56,3 % vs. 73,3 %; +17,0 Prozentpunkte). Tabelle 4 zeigt die Relevanz vorgegebener Ziele des HiD-Programms für die Koordinator:innen zu Projektbeginn. Dem gegenüber steht die Einschätzung zu Projektende, ob das Ziel durch die Teilnahme am HiD-Programm erreicht werden konnte bzw. die Erwartung erfüllt wurde. Zudem gibt Abbildung 7 eine graphische Übersicht.

Tabelle 4. Prä-Post-Vergleich von Relevanz und tatsächlicher Erreichung einzelner Ziele.

Ziele	Relevanz, Prä (n=32, %)	Zielerreichung, Post (n=15, %)
Externe Vernetzung	100,0	86,7
Stigmatisierung an der HS reduzieren	93,9	60,0
Hilfsangebote sichtbar machen	90,9	80,0
"Psychisch fit studieren" implementieren	90,9	73,3
MHFA-Ausbildung implementieren	84,8	66,7
Psychische Gesundheit verstehen	75,0	73,3
Gesundheitsförderung implementieren	65,6	60,0
Wissen über Stigmatisierung	65,6	86,7
Internes Hilfesystem & interne Vernetzung	63,6	73,3
Wissen über HS und Gesundheitsförderung	56,3	73,3
Zertifizierung	43,8	33,3

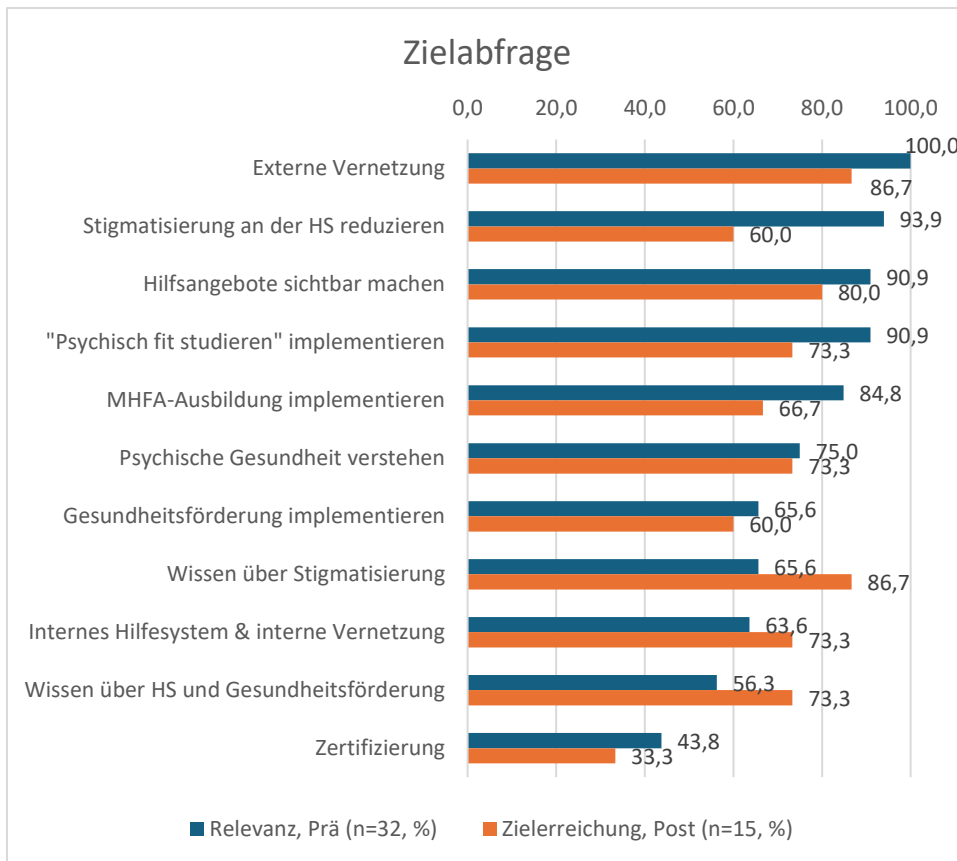


Abbildung 7. Relevanz und Zielerreichung im Prä-Post-Vergleich.

Die **individuellen Veränderungsziele**, die zu Programmbeginn formuliert wurden, schätzten die Teilnehmenden zu 63,4% als realistisch und erreichbar ein. Aufgrund dieser eher ambitioniert anzusehenden Ziele, ist es nicht überraschend, dass der Erfüllungsgrad zu Programmende im Mittel mit 48,7 bewertet wurde (Skala 0-100, 0=gar nicht bis 100=voll und ganz) (vergleiche Abbildung 8). Dieser Wert ist als respektabel und gut einzuschätzen, da binnen eines Jahres viele strukturelle Ziele angestrebt wurden.

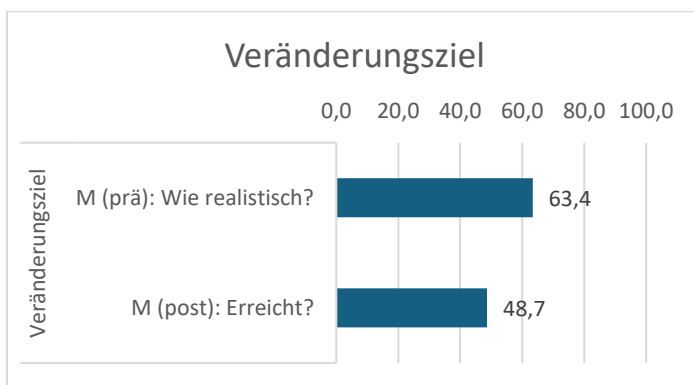


Abbildung 8. Veränderungsziel im Prä-Post-Vergleich (Skala 0-100, Prä/Realistisch: 0=maximal unrealistisch bis 100=maximal realistisch; Post/Zielerreichung: 0=gar nicht bis 100=voll und ganz).

Das ergänzende offene Antwortformat gibt hier detailliertere Informationen. Die von den Teilnehmenden formulierten **Veränderungsziele für ihre Hochschulen zu Programmstart** lassen sich in mehrere thematische Cluster unterteilen, welche die avisierten Handlungsfelder und Ergebnisbereiche hinsichtlich der psychischen Gesundheit an der eigenen Hochschule abbilden.

Häufig genannte Ziele waren:

1. *Implementierung und Verstetigung von Unterstützungsstrukturen (MHFA-Ersthelfer:innen):* Ein zentrales und wiederholt genanntes Ziel war die nachhaltige Implementierung von "Mental Health First Aid (MHFA)"-Ersthelfer:innen oder ähnlichen Ersthelfer:innen-Konzepten an der Hochschule. Dies umfasste die effiziente und nachhaltige Etablierung, die Ausbildung, die Sichtbarkeit sowie die Verstetigung dieser Angebote, um ein unterstützendes Netz für psychische Beeinträchtigungen zu schaffen.
2. *Entwicklung und Verankerung von Gesundheitskonzepten und -leitbildern:* Mehrere Teilnehmende strebten die Formulierung, Verankerung und den Beschluss eines ganzheitlichen Gesundheitskonzepts (z.B. für Studierende oder alle Mitglieder der Hochschule) in den Leitlinien oder der Hochschulpolitik an. Dies schloss die Integration in Hochschulstrukturen und die Zuweisung einer zentralen Rolle für das Handlungsfeld "Psychische Gesundheit" ein.
3. *Sichtbarkeit, Sensibilisierung und Aufklärung:* Ein wiederkehrendes Ziel war die verstärkte Sichtbarmachung des Themas psychische und mentale Gesundheit sowie die umfassende Aufklärung und Information aller Hochschulangehörigen (Studierende, Lehrende, Führungskräfte) über psychische Erkrankungen und existierende Hilfsangebote. Dies soll der Erreichung aller Interaktionsbereiche und der Steigerung der Reichweite von Maßnahmen dienen.
4. *Kultureller Wandel und Stigmareduktion:* Ein angestrebtes Veränderungsziel war die Minderung der stigmatisierten Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen sowie die Etablierung einer offeneren Hochschulkultur. Ziel war eine Verbesserung der allgemeinen Kultur (verhältnisorientiert) und darüber hinaus die Verständigung von Gesundheit als übergreifende, persönliche Aufgabe (verhaltensorientiert).

Weniger häufig genannte Ziele waren:

1. *Strukturelle Verankerung und Politik:* Spezifische Ziele beinhalteten die Verankerung der Gesundheitsförderung in allen Prozessen und die strukturelle Einbindung von Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit (z.B. in der Orientierungswoche oder Tutorien). Ein Ziel fokussierte auf die Einrichtung einer Stabstelle zur Bündelung von Vielfalt, Inklusion und Beratung.
2. *Partizipation und Einbindung:* Weniger häufig wurde das Ziel genannt, die Partizipation der Studierenden beim Thema Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) zu erhöhen oder spezifische Mitstreiter:innen und Entscheidungsträger:innen in die Initiativen einzubinden.
3. *Messbarkeit und Spezifische Angebote:* Einzelne Ziele umfassten die Ableitung und Verankerung zielgruppenspezifischer Maßnahmen basierend auf dem University Health Report oder die Entwicklung eines Gesundheitszertifikats für Studierende als Anreiz zur Teilnahme an Veranstaltungen zur studentischen Gesundheitsförderung.
4. *Nachhaltigkeit der Stellen und Ressourcen:* Nur einmal wurde explizit der Wunsch nach einer Weiterfinanzierung der eigenen Stelle zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Aktivitäten genannt.

Nicht-zielrelevante oder unklare Nennungen:

Mehrere Einträge betrafen die Entwicklung einer Perspektive für die Zeit nach Projektende, ohne spezifische inhaltliche Ziele zu nennen.

Von 22 beteiligten Hochschulen beantworteten 15 die offene Frage zur **Zielerreichung zu Programmende**. Die Rückmeldungen lassen sich in vier zentrale Kategorien einordnen: (1) erreichte bzw. teilweise erreichte Struktur- und Implementierungsziele, (2) Sensibilisierung und Sichtbarkeit, (3) noch nicht erreichte bzw. unabhängige Entwicklungen sowie (4) fehlende Erinnerung oder fehlende Zielformulierung.

(Teilweise) erreichte Implementierungs- und Strukturziele

Knapp über die Hälfte der Befragten (53,3%) berichtete von konkreten Fortschritten bei der Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Genannt wurden unter anderem:

- Einführung bzw. Aufbau einer studentischen Gesundheitsförderung
- Ausbildung von MHFA-Erst Helfenden bzw. Planung von Train-the-Trainer-Strukturen
- Fortführung oder Ausbau bestehender Kursangebote
- Implementierung kleiner gesundheitsförderlicher Maßnahmen
- stärkere strukturelle Einbettung des Studentischen Gesundheitsmanagements (SGM)

Vereinzelt wurde betont, dass Ziele „in Teilen“ erreicht wurden oder sich die Hochschule „auf dem Weg“ befände. Mehrere Hochschulen berichteten, dass psychische Gesundheit als Querschnittsthema in bestehende Konzepte (z. B. Personalentwicklungskonzepte) integriert werden konnte. Damit wäre dem Thema institutionell mehr Bedeutung zugemessen worden, auch wenn die konkreten Auswirkungen auf Maßnahmen teilweise noch offen wären. In einzelnen Fällen konnten zudem finanzielle Ressourcen (z. B. Qualitätsverbesserungsmittel) eingeworben werden, was als wichtiger struktureller Fortschritt gewertet wurde.

Sensibilisierung und erhöhte Sichtbarkeit

Mehrfach wurde eine gestiegene Sichtbarkeit des Themas psychische Gesundheit innerhalb der Hochschule beschrieben. Dies betraf insbesondere:

- stärkere Verankerung in Konzeptpapieren
- Sensibilisierung auf Arbeitsebene
- häufigere Thematisierung in unterschiedlichen Kontexten
- Vernetzung mit anderen Hochschulen

Auch wenn strukturelle Entscheidungen auf Leitungsebene teilweise noch ausstanden, wurde die Sensibilisierung als bedeutsamer Zwischenschritt wahrgenommen. Das Programm wurde insbesondere hinsichtlich Austausch, Inspiration und Vernetzung als hilfreich beschrieben.

Nicht oder nur eingeschränkt erreichte Ziele

Ein Teil der Befragten berichtete, dass die ursprünglich formulierten Ziele nicht oder nicht durch das Pilotprogramm erreicht wurden. In einigen Fällen fanden Entwicklungen unabhängig vom Programm statt. Als hinderlich wurden insbesondere genannt:

- fehlende zeitliche Ressourcen
- hohe Arbeitsbelastung
- fehlende oder unzureichende Unterstützung durch die Hochschulleitung
- unbesetzte Stellen
- strukturelle Rahmenbedingungen
- zu kurzer Projektzeitraum für umfassende strukturelle Veränderungen

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere strukturelle Verstetigungsziele innerhalb eines Jahres (bzw. 1,5 Jahren) zu ambitioniert oder unrealistisch wären. In einzelnen Rückmeldungen wurde zudem deutlich, dass das Thema psychische Gesundheit (noch) nicht bis zur Leitungsebene vorgedrungen war, während auf Arbeitsebene bereits Aktivitäten stattfanden.

Fehlende Erinnerbarkeit der ursprünglichen Ziele

Mehrere Befragte gaben an, sich nicht mehr an ihre ursprüngliche Zielformulierung zu erinnern oder diese nicht selbst formuliert zu haben. In diesen Fällen war eine Einschätzung der Zielerreichung nicht möglich. Dies deutet u. a. auf personelle Wechsel und personelle Veränderungen in der Mitwirkung im

HiD-Programm hin und kann als mögliche Barriere für Veränderungsprozesse und Erfolgsaussichten im Programm diskutiert werden. Jedoch zeigen sich hier auch **methodische Limitationen** der Prä-Post-Erhebung. Die Prä-Post-Erhebung wurde vollständig anonym durchgeführt, um einen geschützten Rahmen für offene und ehrliche Rückmeldungen zu gewährleisten. Die Datengrundlage bildeten zwei Erhebungen zu Beginn und zum Ende des Programms, die als unabhängige Querschnitte angelegt waren und teilweise von unterschiedlichen Programmverantwortlichen beantwortet wurden. Dadurch erfolgte die Auswertung auf aggregierter Ebene. Methodisch ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Anonymität kein individueller Längsschnitt mit identischen Teilnehmenden realisiert werden konnte. Veränderungen können daher ausschließlich auf Gruppen- bzw. Programmebene interpretiert werden; individuelle Entwicklungsverläufe lassen sich nicht abbilden. Zudem ist nicht auszuschließen, dass Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten teilweise auf unterschiedliche Zusammensetzungen der Stichproben zurückzuführen sind.

Unterstützende Faktoren

Als besonders hilfreich wurden genannt:

- der Austausch und die Vernetzung mit anderen Hochschulen
- Impulse durch das Programmteam
- positive Rückmeldungen aus der Hochschule
- teilweise Unterstützung durch Leitungsebene
- vorhandene oder angeworbene finanzielle Mittel

Der interhochschulische Dialog wurde wiederholt als gewinnbringend und motivierend beschrieben.

Hinderliche Faktoren

Als zentrale Barrieren wurden benannt:

- mangelnde zeitliche Ressourcen und hohe Arbeitsbelastung
- fehlende personelle Ressourcen
- unbesetzte Stellen
- fehlende strukturelle Unterstützung
- begrenzte Entscheidungskompetenzen
- kurzer Umsetzungszeitraum

Diese Aspekte betrafen vor allem strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen.

Insgesamt zeigte sich ein Bild einer überwiegend teilweisen Zielerreichung. Während umfassende strukturelle Veränderungen oder Verstärkungen häufig noch nicht realisiert werden konnten, berichteten viele Hochschulen von wichtigen Zwischenschritten: erhöhter Sichtbarkeit des Themas, Integration in bestehende Konzepte, Sensibilisierung relevanter Akteur:innen sowie konkreten Einzelmaßnahmen (z. B. MHFA-Schulungen). Das Programm wurde insbesondere als Impulsgeber und Vernetzungsplattform wahrgenommen. Gleichzeitig verdeutlichen die Rückmeldungen, dass nachhaltige strukturelle Veränderungen im Bereich psychischer Gesundheit längere Zeiträume, verlässliche Ressourcen sowie eine stärkere institutionelle Verankerung auf Leitungsebene erfordern.

Stigmatisierung

Die Wahrnehmung von Stigmatisierung wurde auf einer Skala von 0 (= kommt nicht vor) bis 100 (= stark verbreitet) erfasst. Bereits zu Programmbeginn wurden stereotype Zuschreibungen, Vorurteile und diskriminierende Verhaltensweisen nicht als marginal eingeschätzt. Auf allen drei Ebenen konnte von den Befragten zu Programmende im Mittel ein leichter Rückgang verzeichnet werden, wobei die Streuung, also die Heterogenität in den Antworten, groß war (vergleiche Abbildung 9). Insbesondere

in den Abbildungen 9 bis 11 wird die Heterogenität über die Hochschulen hinweg deutlich. Zudem gab ein hoher Anteil an, dies nicht beurteilen zu können, weshalb die tatsächliche Fallverarbeitung innerhalb der Auswertung gering ausfiel. Für die Prä-Messung lag dieser Anteil zwischen 41,9% und 54,8%; für die Post-Messung zwischen 21,1% und 36,8%. Daher sind die Antworten sehr vorsichtig zu interpretieren. Eine längsschnittliche Betrachtung mit Messwiederholung auf Ebene der Hochschule wäre hier aussagekräftiger. Dennoch ist trotz Heterogenität und einem Ausreißerwert für Stereotypen auf allen drei Ebenen von Diskriminierung ein wahrgenommener leichter Abwärtstrend feststellbar.

Parallel dazu berichteten 86,7% der Teilnehmenden, im Verlauf des Programms mehr über Stigmatisierungsprozesse gelernt zu haben. Zudem gaben zahlreiche Befragte in den offenen Antwortformaten an, konkrete Maßnahmen gegen Stigmatisierung initiiert oder angestoßen zu haben. Dies spricht für eine qualitative Vertiefung des Problembewusstseins sowie für eine gestärkte Handlungskompetenz im Umgang mit Stigmatisierung.

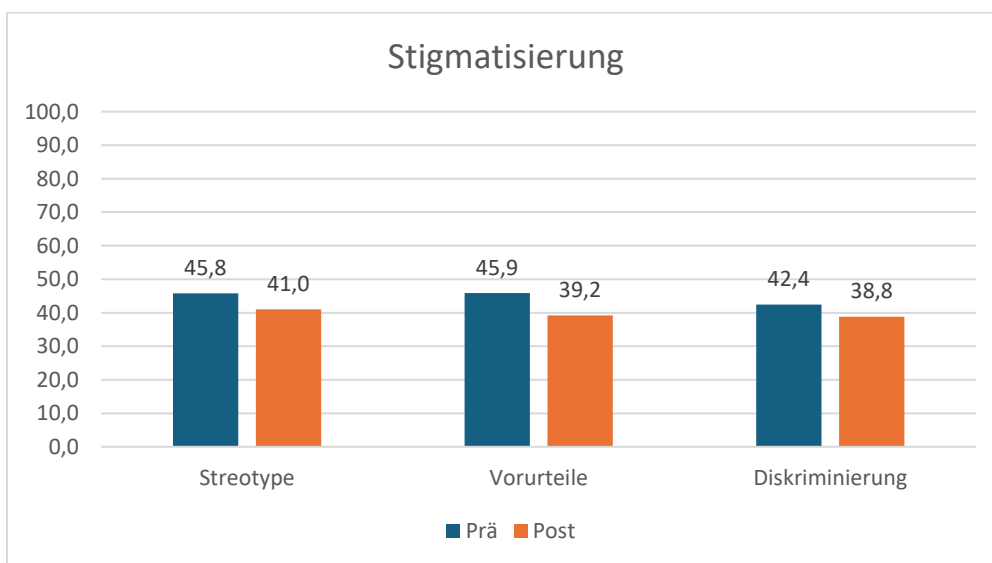


Abbildung 9. Stigmatisierung an der Hochschule im Prä-Post-Vergleich (0=kommt nicht vor bis 100=stark verbreitet).

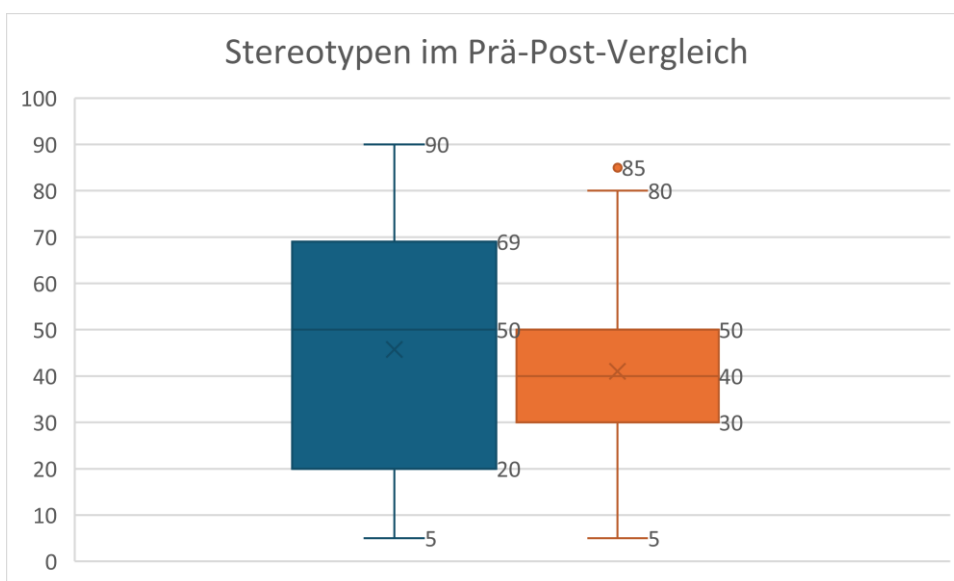


Abbildung 10. Stereotypen im Prä-Post-Vergleich (prä=dunkelblau, post=orange).

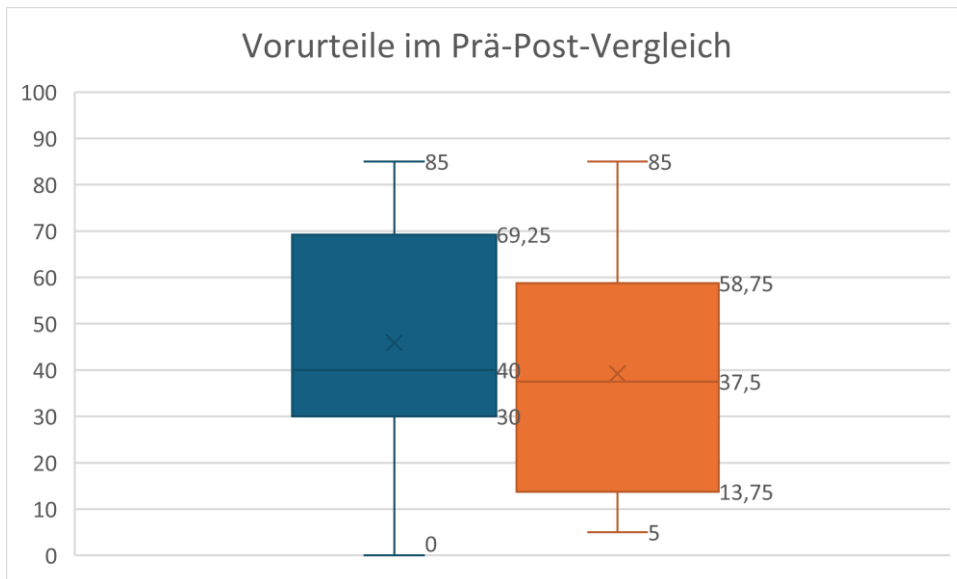


Abbildung 11. Stereotypen im Prä-Post-Vergleich (prä=dunkelblau, post=orange).

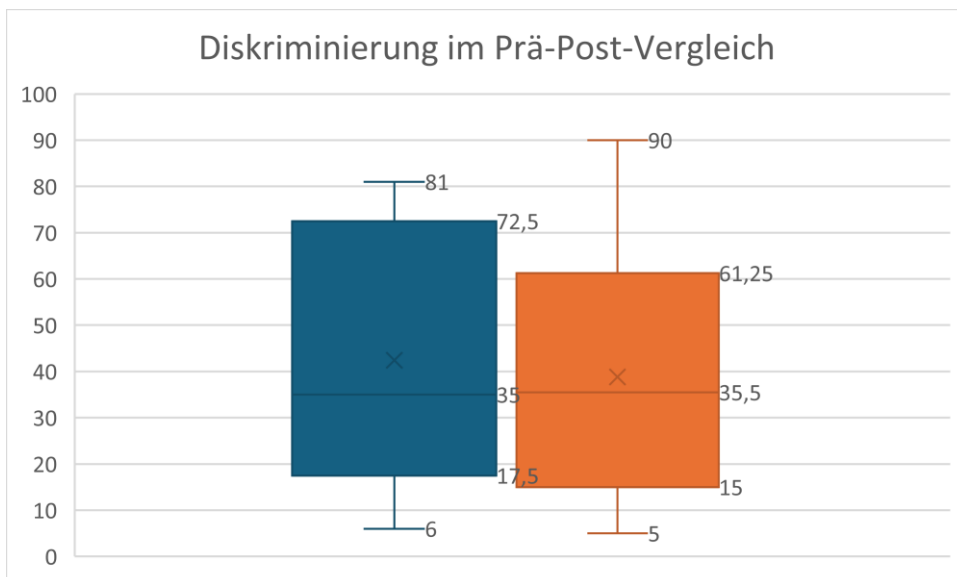


Abbildung 12. Diskriminierende Verhaltensweisen im Prä-Post-Vergleich (prä=dunkelblau, post=orange).

Bewertung des Programms

Die Bewertung des Programms zum Post-Messzeitpunkt fiel insgesamt positiv aus. Es gaben 40% an, durch die Teilnahme am Programm neue Kenntnisse über psychische Krisen erworben zu haben. Es gab jedoch auch 40%, die auf diese Frage mit „wenig“ bis „gar nicht“ antworteten. Gleichzeitig war lediglich eine Person der Meinung, dass Inhalte gefehlt hätten. Die fachliche und didaktische Qualifikation der Expert:innen wurde von allen mit gut bis sehr gut bewertet.

Besonders hervorzuheben ist die Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“: 86,7% (n = 13 von 15) gaben an, dass der mit dem Programm verbundene Aufwand durch die Zusammenarbeit gut gemeistert werden konnte. Kei:e Befragte:r verneinte diese Aussage. Zudem schätzten ebenfalls 86,7% den Aufwand als angemessen ein. Auf einer Skala von 1 (=kein Aufwand) bis 10 (=enorm hoher Aufwand) wurde der Organisationsaufwand im Rahmen der Programmteilnahme im Mittel mit 4,2 bewertet. Diese Zahlen dokumentieren eine hohe Zufriedenheit mit Struktur, Begleitung und Umsetzbarkeit des Programms.

In den offenen Antwortformaten wurden die Befragten zum Post-Messzeitpunkt gebeten niederzuschreiben, was aus ihrer Sicht am HiD-Programm verbessert werden könnte und was ihnen besonders gut gefallen hat.

Von den antwortenden Hochschulvertreter*innen äußerte ein Teil explizit keine Verbesserungsvorschläge oder bewertete das Format insgesamt positiv („alles super“, „keine Vorschläge“, „keine Anmerkung“, „Format ansprechend“). Mehrfach wird betont, dass wahrgenommene Einschränkungen eher auf individuelle Termschwierigkeiten als auf das Programm selbst zurückzuführen seien.

Die **konkreten Verbesserungshinweise** ließen sich in fünf Themenbereiche systematisieren:

1. Terminstruktur und organisatorische Planung: Mehrere Rückmeldungen bezogen sich auf die Terminplanung und Organisation:

- langfristige und transparentere Terminübersicht
- Vereinfachung der Anmeldung
- teilweise Wunsch nach weniger Terminen
- keine Workshops in der vorlesungsfreien Zeit (insbesondere September)

Hier zeigt sich ein Bedarf an stärkerer Planbarkeit und ggf. besserer Anpassung an hochschulische Arbeits- und Semesterstrukturen.

2. Intensivierung persönlicher Begegnung und Verbindlichkeit: Ein wiederkehrender Aspekt betraf den Wunsch nach mehr Präsenzformaten:

- zusätzliches Präsenztreffen nach etwa einem halben Jahr
- stärkere Verbindlichkeit der Teilnahme
- Eindruck nachlassender Beteiligung gegen Ende der Laufzeit

Einige Befragte hoben hervor, dass der Austausch in Präsenz als besonders gewinnbringend erlebt wird und die Dynamik sowie das Engagement der Teilnehmenden stärkt.

3. Zusammensetzung der teilnehmenden Hochschulen: Einzelne Rückmeldungen bezogen sich auf die Kohortenzusammensetzung. Gewünscht wurde:

- stärkere Einbindung von Hochschulen vergleichbarer Größe
- Einbezug von Hochschulen mit bereits implementiertem Universitären Gesundheitsmanagement (UGM)

Begründet wurde dies mit dem Wunsch nach passgenaueren Vergleichsmöglichkeiten sowie stärkerem Lernen von bereits etablierten Strukturen.

4. Inhaltliche Erweiterungen: Vereinzelt wurden inhaltliche Ergänzungen vorgeschlagen, etwa:

- stärkere Einbindung externer Hilfsangebote und außerhochschulischer Kontaktstellen
- stärkere Sichtbarmachung externer Unterstützungsstrukturen

Dies deutete auf ein Interesse hin, den Blick über die Hochschule hinaus zu erweitern.

5. Programmlaufzeit: Mehrfach wurde angemerkt, dass die Laufzeit des Programms als relativ kurz wahrgenommen wurde. Der Wunsch nach einer längeren Begleitung wurde implizit mit dem Bedarf an nachhaltiger struktureller Entwicklung verknüpft.

Insgesamt überwog eine positive Bewertung des Programms. Ein erheblicher Teil der Befragten äußerte keine oder nur geringe Verbesserungsvorschläge. Die genannten Optimierungsansätze betrafen vor allem organisatorische Aspekte (Terminplanung), die Intensivierung persönlicher Austauschformate sowie eine mögliche strategische Weiterentwicklung der Zusammensetzung der Teilnehmenden. Inhaltliche Kritik am Grundkonzept des Programms wurde nicht formuliert. Die Rückmeldungen deuteten vielmehr auf ein hohes Engagement und eine grundsätzliche Wertschätzung des Formats hin, verbunden mit pragmatischen Anregungen zur Weiterentwicklung.

Abschließend wurden die Teilnehmenden aller Durchgänge des HiD-Programms in einem offenen Antwortformat gefragt, was ihnen besonders gut gefallen hat. Mehrere Teilnehmende formulierten eine uneingeschränkte Zufriedenheit („alles super“). Inhaltlich ließen sich die Rückmeldungen in vier zentrale Themenbereiche bündeln.

1. Austausch und Vernetzung als zentraler Mehrwert: Am häufigsten wurde der Austausch mit anderen Hochschulen als besonders gewinnbringend hervorgehoben. Genannt wurden:

- Austauschrunden mit anderen Universitäten
- Vernetzung untereinander
- Kennenlernen der Teilnehmenden über einen längeren Zeitraum
- Best-Practice-Beispiele
- gegenseitige Unterstützung und Inspiration

Der interkollegiale Dialog wurde als zentraler Mehrwert des Programms wahrgenommen. Teilweise wurde der Wunsch geäußert, diesen Austausch übergreifender fortzuführen (z. B. im Rahmen einer gemeinsamen Fachtagung).

2. Inhaltlicher Fokus auf psychische Gesundheit: Mehrere Rückmeldungen betonten positiv, dass das Thema psychische Gesundheit klar im Vordergrund stand und sichtbar priorisiert wurde. Der deutliche thematische Fokus wurde als wichtiges Signal für die Hochschulcommunity gewertet. Auch die Vielfalt der Themen sowie konkrete inhaltliche Impulse – etwa zur besseren Ansprache von Studierenden – wurden als hilfreich beschrieben.

3. Konkrete Unterstützungsangebote und Praxisbezug: Besonders geschätzt wurden praxisnahe Unterstützungsformate, darunter:

- MHFA-Kurse
- Train-the-Trainer-Maßnahmen
- Fachvorträge
- konkrete Tipps zur Umsetzung
- Betroffenenberichte

Die Verbindung aus fachlichem Input und konkreten Handlungsansätzen wurde als gewinnbringend erlebt. Positiv hervorgehoben wurde zudem die Zusammenarbeit mit „Irrsinnig Menschlich e.V.“, die als sehr konstruktiv und unterstützend beschrieben wurde.

4. Format, Organisation und Atmosphäre: Auch organisatorische Aspekte wurden mehrfach positiv bewertet:

- gute Organisation
- wertschätzende und angenehme Kommunikation
- Online-Format (inklusive wahrgenommener Anonymität)
- Präsenztreffen, insbesondere das persönliche Kennenlernen in Leipzig

Die Teilnehmenden beschrieben das Online-Format teilweise als niedrigschwellig und hoben zugleich das Präsenztreffen als besonders intensiv und gewinnbringend hervor.

Als zentraler Erfolgsfaktor aus Sicht der Teilnehmenden erwies sich der strukturierte Austausch zwischen den Hochschulen, der sowohl fachliche Impulse als auch kollegiale Unterstützung ermöglichte. Darüber hinaus wurden der klare Fokus auf psychische Gesundheit, praxisnahe Unterstützungsangebote (insbesondere MHFA-Formate), die Kooperation mit externen Partnern sowie die wertschätzende Organisation des Programms als besonders gelungen hervorgehoben. Die Rückmeldungen unterstreichen damit die hohe Akzeptanz des Formats und den wahrgenommenen Mehrwert sowohl auf inhaltlicher als auch auf struktureller Ebene.

6.2.2 Quantitative Erhebung – Durchgang 1 (2022/2023)

6.2.2.1 Prä-Messzeitpunkt

Stichprobenbeschreibung

Zu Programmstart nahmen 11 Personen an der schriftlichen Befragung am Ende des Auftakttreffens teil. Es handelte sich dabei um Hochschulmitarbeitende von sieben verschiedenen Hochschulen in Deutschland. Sie waren durchschnittlich 44 Jahre (Range = 25-65) und zu 72,7% weiblich.

Die Befragten waren durchschnittlich bereits 11 Jahre an der Hochschule tätig und generell 15 Jahre im Hochschulbereich beschäftigt (Range: 1,5-30). Auf die Frage nach dem Bereich, in dem sie an der Hochschule tätig sind, wurde am häufigsten der Bereich „Lehre und Forschung“ genannt. Weitere Bereiche waren: Zentrale Studienberatung, die Psychosoziale Beratung, der Bereich Inklusion etc. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich. Tabelle 5 zeigt die Verteilung. Die beschriebene Entscheidungsgewalt ihrer Position an der Hochschule fiel von sehr gering („höchstens beratend“, „Vorschlagsrecht“) bis umfänglich aus („große Freiheit“, „guter Kontakt zur Führungsebene“) (n=11).

Tabelle 5. Tätigkeitsbereich an der Hochschule (Mehrfachantworten, n=11, prä).

Tätigkeitsbereich	Absolute Häufigkeiten
Zentrale Studienberatung	4
Lehre / Forschung	8
Psychosoziale Beratung	2
Inklusion / Gleichstellungsbeauftragte	3
Hochschulsport & Freizeit	1
Durchführung / Organisation von Angeboten	1
Stabsstelle Rektorat	1

Die Teilnehmenden wurden zudem nach eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen befragt. Auch hier waren Mehrfachantworten möglich. Tabelle 6 und Abbildung 13 zeigen die Verteilung der Angaben über persönliche Erfahrungen. Von den 11 Befragten haben zwei in der Vergangenheit professionelle Hilfe bei einer eigenen psychischen Krise in Anspruch genommen. Vier gaben an, Erfahrungen mit einer eigenen psychischen Krise gemacht zu haben.

Tabelle 6. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen (Mehrfachantworten, n=11, prä).

Persönliche Erfahrungen	Absolute Häufigkeiten
„Ich habe persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht.“	4

„Ich nutze aktuell oder habe in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe bzgl. eigener psychischer Krisen in Anspruch genommen.“	2
„Ich kümmere mich um einen Bekannten/Angehörigen mit psychischer Krise.“	3
„Nichts davon.“	2

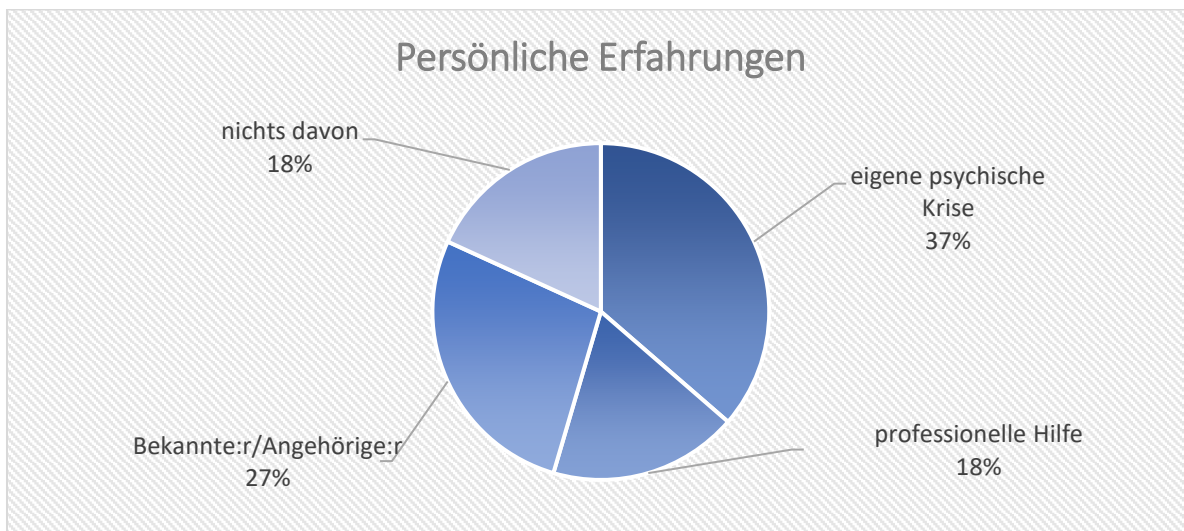


Abbildung 13. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen (Mehrfachantworten, n=11, prä).

Relevanz der Thematik und psychische Krisen an der Hochschule

Auf einer Skala von eins (überhaupt nicht wichtig) bis zehn (sehr wichtig) schätzten die Befragten die Relevanz der Thematik für die Hochschulleitung im Mittel bei fünf ein (n=11, M=4,8, Range 3-10). Der Großteil (81,8%) gab an, dass psychische Krisen bei Studierenden wiederholt eine Rolle an der Hochschule gespielt hätten (n=11). Bezüglich der Mitarbeitenden gab etwas mehr als die Hälfte an (60%), dass psychische Krisen eine Rolle gespielt hätten (n=10). Nahezu alle stimmten der Aussage zu, dass ihnen bei Studierenden wie auch bei Mitarbeitenden psychische Erkrankungen bekannt wären (n=11). Vergleiche hierzu Tabelle 7.

Tabelle 7. Dichotome Aussagen zu psychischen Krisen an der Hochschule (n=10-11, prä).

Psychische Krisen an der Hochschule	Absolute Häufigkeit „Ja.“	Relative Häufigkeit „Ja.“ (in %)
„Psychische Krisen von Mitarbeitenden haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.“	6/10	60
„Psychische Krisen von Studierenden haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.“	9/11	81,8
„Mir sind Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.“	8/11	72,7
„Mir sind Studierende mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.“	11/11	100

Status Quo „Psychisch fitte Hochschule“

Die Teilnehmenden wurden befragt, wie psychisch fit ausgerichtet sie ihre Hochschule derzeit einschätzen. Die Beantwortung erfolgte auf einer Visuellen Analogskala von 0 („keine Bemühung für

eine psychisch fitte Hochschule“) bis 100 („maximale Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“). Die Angaben (n=11) variierten von 10 bis 80. Durchschnittlich bewerteten die Befragten ihre Hochschulen mit 49,1.

Auf einer Skala von 1 („Trifft überhaupt nicht zu“) bis 10 („Trifft voll und ganz zu“) wurden die Teilnehmenden zu Ressourcen befragt, die der Hochschule zur Förderung der psychischen Gesundheit zur Verfügung stehen. Dabei wurden sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen beurteilt. Es wurde unterschieden zwischen der Förderung der psychischen Gesundheit Studierender und Mitarbeitender. Die Ressourcen für Mitarbeitende wurden mit 2,6 für finanziell und 2,1 für personell niedriger eingeschätzt als die Ressourcen, die für Studierende zur Verfügung stünden. Tabelle 8 und Abbildung 14 geben detailliertere Auskunft über Durchschnitt und Verteilung.

Tabelle 8. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit (n=9-10, prä).

Ressourcen	Mittelwert	Range
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>finanzielle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Mitarbeitenden</u> bereit.“ (n=9)	2,6	1-5
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>finanzielle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Studierenden</u> bereit.“ (n=10)	4,1	1-7
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>personelle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Mitarbeitenden</u> bereit.“ (n=9)	2,1	1-6
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>personelle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Studierenden</u> bereit.“ (n=10)	3,8	2-6

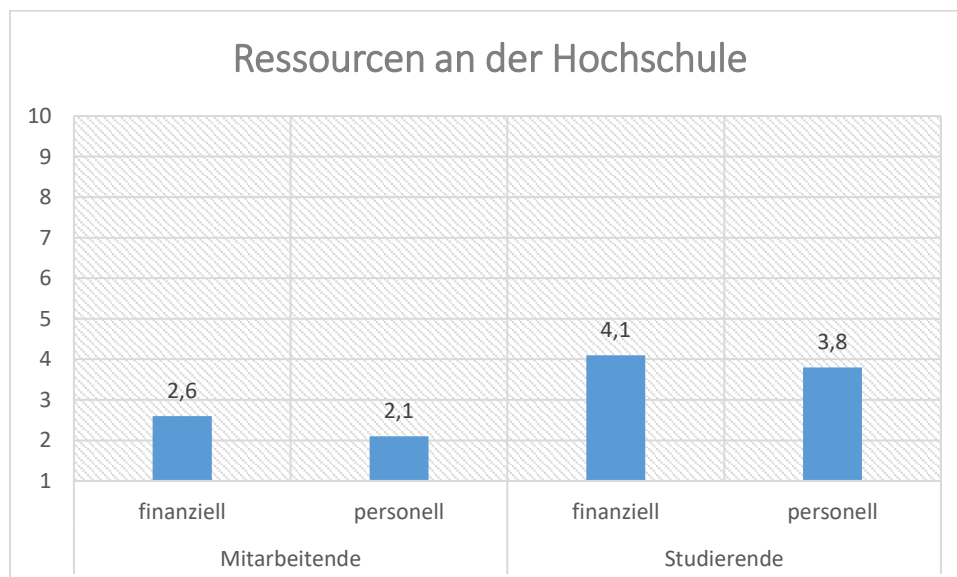


Abbildung 14. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit (n=9-10, prä).

In Anlehnung an die zehn Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschule des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschule wurden die Teilnehmenden auf einer Skala von 0 („Trifft gar nicht zu“) bis 4 („Trifft voll und ganz zu“) um eine jeweilige Einschätzung des Gütekriteriums gebeten. Zudem wurde auch erfasst, ob ihnen das Gütekriterium bekannt sei bzw. eine Aussage hierzu getroffen

werden könne. Insgesamt wurden die Gütekriterien als eher wenig erfüllt und umgesetzt betrachtet. Am stärksten besetzt war die mehrdimensionale Gesundheitsförderung und die Steuerungsgruppe (vergleiche Tabelle 9 und Abbildung 15).

Tabelle 9. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschule (n=11, prä).

Gütekriterien	Mittelwert	Range	Unbekannt
Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	1,7	0-3	1
Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	2,5	1-4	1
Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	1,45	0-3	-
Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mitberücksichtigt.	1,3	0-3	1
Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	2,13	0-4	3
An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	1,0	0-3	2
Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	1,44	0-3	2
Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	1	0-4	6
Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	1,89	0-4	2
Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	1,9	0-4	1

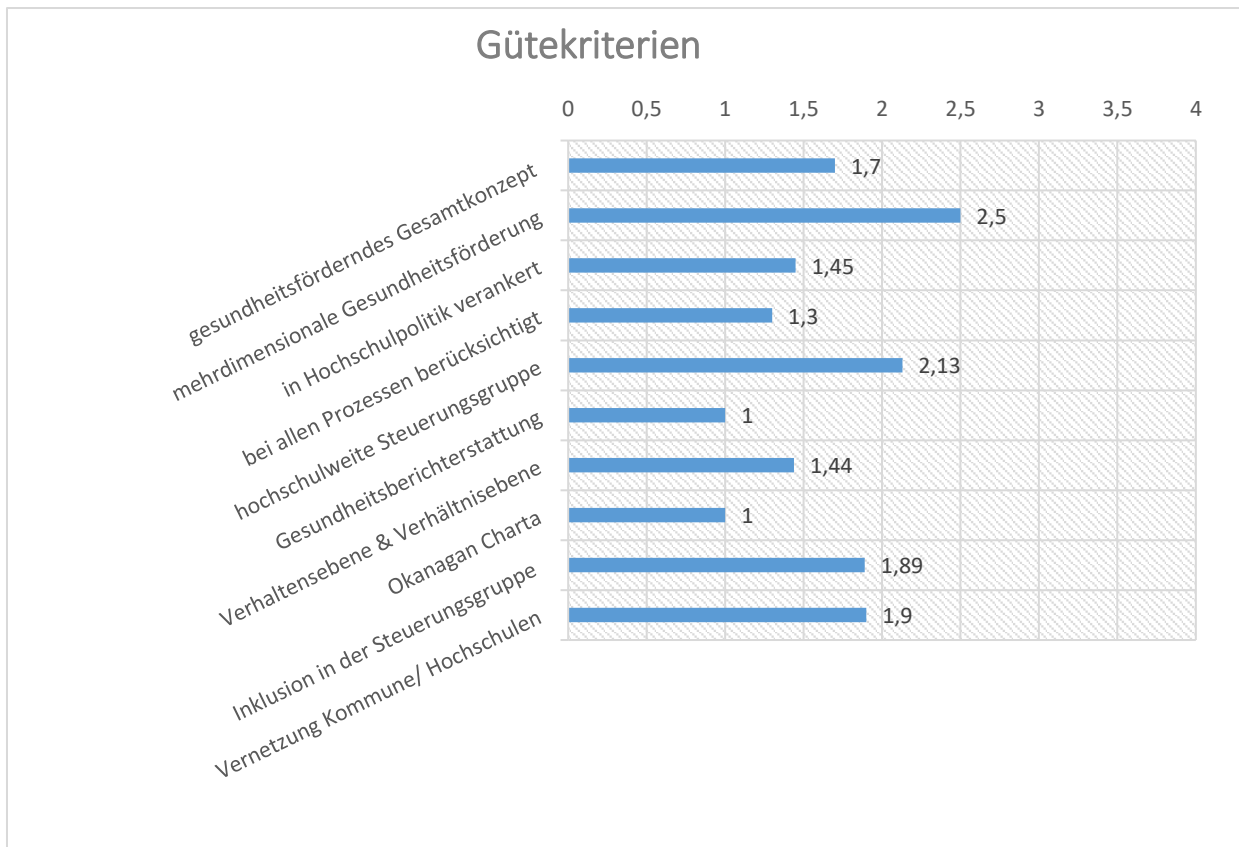


Abbildung 15. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen (n=11, prä).

Erwartungen an das Präventionsprogramm „Hochschulen im Dialog“

Von den 11 Teilnehmenden der Befragung haben alle ihre Erwartungen an das Projektjahr abgegeben. Dichotome Mehrfachwahlantworten standen hierfür zur Verfügung. Das vorrangigste Ziele der Teilnahme war die externe Vernetzung. Diese gaben alle 11 Befragten an. An zweiter Stelle standen Informationen darüber, wie Hilfsangebote für Studierende und Mitarbeitende besser sichtbar gemacht werden können. An dritter Stelle strebten neun Befragte an, „Psychisch fit studieren“ implementieren, MHFA-Ersthelfer:innen ausbilden und Antistigmatisierung an ihrer Hochschule vorantreiben zu wollen. Tabelle 10 und Abbildung 16 geben genauere Informationen über die Verteilung der Erwartungen.

In einem offenen Antwortformat wurden ebenfalls Wünsche und Erwartungen erfasst. Hierbei wurden genannt:

- Sensibilisierung der Hochschulleitung
- Best-Practice-Learning & Austausch (n=3)
- Entwicklung eines Forschungsprojektes
- Erreichbarkeit von Studierenden
- Hilfe bei Verstetigung
- Vernetzung auf politischer Ebene

Tabelle 10. Erwartungen an "Hochschulen im Dialog" in absoluten Häufigkeiten und ausgehend von der Referenzkategorie "Ja" (Mehrfachantworten, n=11, prä).

Ziele von „Hochschulen im Dialog“	Absolute Häufigkeiten
Ich möchte „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot an meiner Hochschule implementieren. (Referenz: „Ja“)	9

Ich möchte das Programm „MHFA-Ersthelfer:in“ – Kurse für psychische Gesundheit an meiner Hochschule implementieren. (Referenz: „Ja“)	9
Ich möchte mehr darüber wissen, was die Hochschule/Universität mit Gesundheitsförderung zu tun hat. (Referenz: „Ja“)	2
Ich möchte mehr über die Hilfesysteme an der Hochschule/Universität lernen (interne Vernetzung). (Referenz: „Ja“)	4
Ich möchte psychische Krisen und Gesundheit besser verstehen lernen. (Referenz: „Ja“)	8
Ich strebe hiermit Zertifizierungen für meine Hochschule an. (Referenz: „Ja“)	4
Ich möchte mich außerhalb der Hochschule vernetzen (externe Vernetzung). (Referenz: „Ja“)	11
Ich möchte lernen, wie ich an meiner Hochschule Gesundheitsförderung implementiere. (Referenz: „Ja“)	7
Ich möchte etwas über Stigmatisierung lernen. (Referenz: „Ja“)	6
Ich möchte etwas gegen Stigmatisierung an meiner Hochschule unternehmen. (Referenz: „Ja“)	9
Ich möchte in Erfahrung bringen, wie Hilfs- und Beratungsangebote in der Hochschule bei Studierenden und Mitarbeitenden stärker sichtbar gemacht werden können. (Referenz: „Ja“)	10

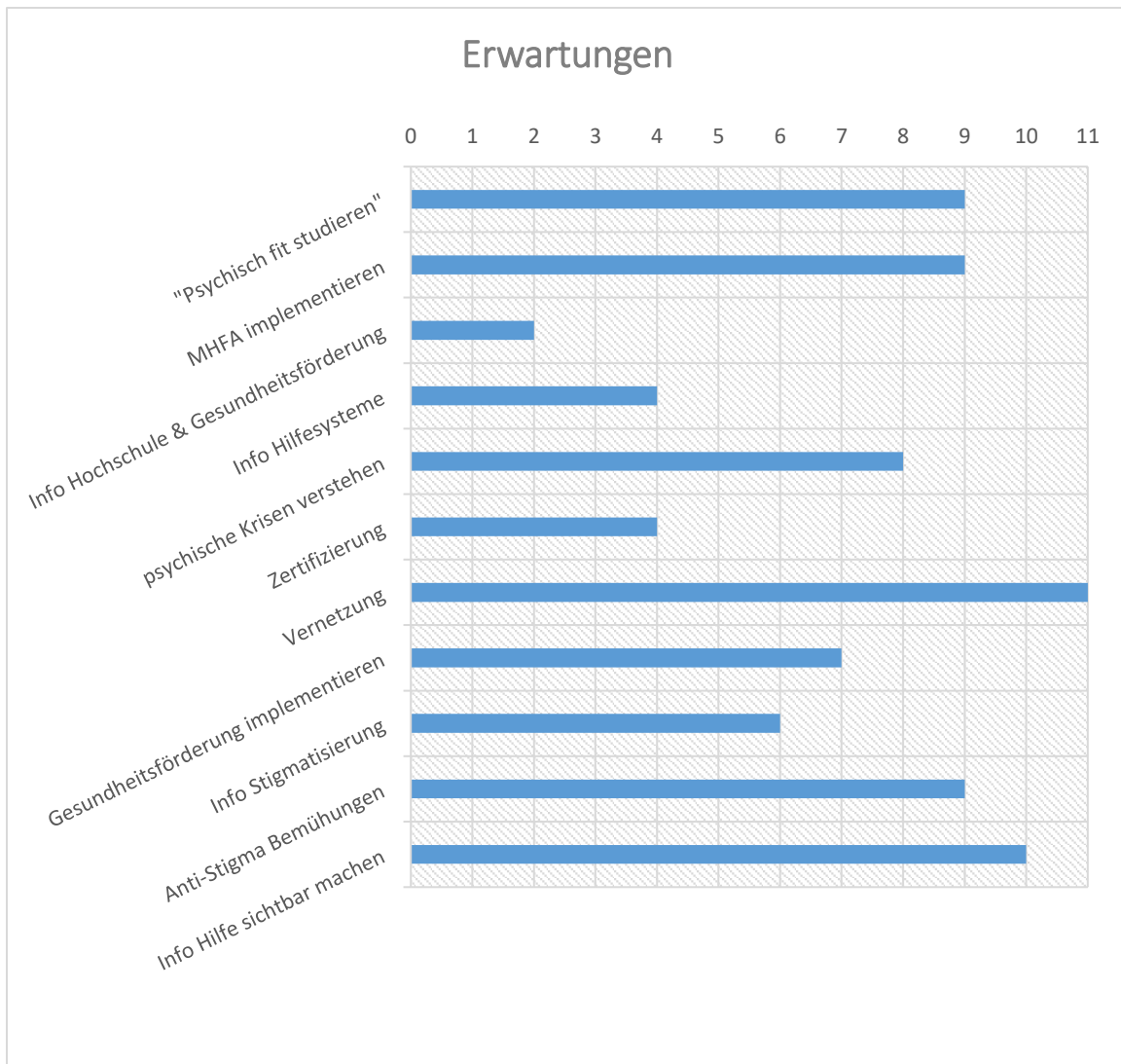


Abbildung 16. Erwartungen an das Programm "Hochschulen im Dialog" ausgehend von der Referenzkategorie „Ja“ (Mehrfachantworten, n=11, prä).

Stigmatisierung

Auf einer Skala von 0 („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“) wurden die Teilnehmenden gebeten, Aussagen über das Vorkommen von stereotypen Vorstellungen zu Menschen mit psychischer Erkrankung, zu Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und zum Diskriminierungsverhalten zu treffen. Die Wahrnehmung von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung variierte teils stark über die Befragten hinweg (n=8). Im Durchschnitt sind die drei Dimensionen von Stigmatisierung an den beteiligten Hochschulen (Achtung: Fremdbeurteilung) im mittleren Bereich ausgeprägt (vergleiche Tabelle 11).

Tabelle 11. Ausprägung verschiedener Dimensionen von Stigmatisierung an der Hochschule auf einer Skala 0-100 (0 = kommt nicht vor, 100 = stark verbreitet; n=8; prä).

Stigmatisierung	M	Range
Ausprägung Stereotype (n=8)	53,1	10-80
Ausprägung Vorurteile (n=8)	50,8	28-74
Ausprägung Diskriminierung (n=8)	52,9	20-81

Veränderungsziel

Die Befragten wurden abschließend darum gebeten, ein konkretes Veränderungsziel für sich und ihre Hochschule für die kommenden 12 Monate zu formulieren. Zudem sollte die Erreichbarkeit des Zieles auf einer Visuellen Analogskala von 0 (=“maximal unrealistisch“) bis 100 (=“maximal realistisch“) eingeschätzt werden. Die Erreichbarkeit wurde mit durchschnittlich 72,4 beurteilt (n=11).

Veränderungsziele waren:

- Thema Resilienz in die Studieneingangsphase integrieren, um dafür zu sensibilisieren
- Weiterfinanzierung unserer Stelle
- Foren selbstständig durchzuführen (n=3)
- wir deutlich mehr Studis mit unseren Maßnahmen erreichen; PR-Konzept
- Stabsstelle bei der Präsidentin zu den Themen Vielfalt, Chancengerechtigkeit, Inklusion und Beratung
- strukturelle Einbindung von Maßnahmen, die die mentale Gesundheit von Studierenden fördern
- Studienfachberater:innen für das Thema psychische Gesundheit sensibilisiert
- MHFA geschult (n=3)
- Gesundheitszertifikat für Studierende entwickelt habe

6.2.2.2 Post-Messzeitpunkt

Stichprobenbeschreibung

Zu Programmende des Pilotjahres 2022/23 nahmen 9 Personen an der quantitativen Abschlussbefragung teil. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 47 Jahre (n=9, M=46,75) mit einem Range von 31 bis 66 Jahre. 54,5% waren weiblichen Geschlechts (n=9). Drei der neun Teilnehmenden füllten den Online-Fragebogen unvollständig aus. Die Befragten gehörten sieben verschiedenen deutschen Hochschulen an (n=7).

Auf die Frage nach dem Bereich, in dem sie an der Hochschule tätig sind, wurden die Zentrale Studienberatung, die Lehre, die Psychosoziale Beratung, der Bereich Inklusion genannt. Hier waren Mehrfachantworten möglich. Tabelle 12 zeigt die Verteilung. Die beschriebene Entscheidungsgewalt ihrer Position an der Hochschule beschrieben die Befragten als eher gering und mit beratendem Charakter (n=8):

- „Vorschläge einbringen“ (n=3)
- „angehört werden“
- „Empfehlungen und Stellungnahmen abgeben“ (n=2)
- „wenig Entscheidungsgewalt“
- „Entscheidungsgewalt im eigenen Projekt“

Tabelle 12. Tätigkeitsbereich an der Hochschule (Mehrfachantworten, n=9, post).

Tätigkeitsbereich	Absolute Häufigkeiten
Zentrale Studienberatung	2
Lehre / Forschung	3
Psychosoziale Beratung	1
Inklusion / Gleichstellungsbeauftragte	3
Sonstiges	2

Die Teilnehmenden wurden zudem nach eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen befragt. Auch hier waren Mehrfachantworten möglich. Drei Probanden machten keine Angaben. Tabelle 13 und

Abbildung 17 zeigen die Verteilung der Angaben über persönliche Erfahrungen. Es haben lediglich sieben Probanden Auskunft geben. Davon haben 40% in der Vergangenheit professionelle Hilfe für eigene psychische Krisen in Anspruch genommen.

Tabelle 13. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen (Mehrfachantworten, n=8, post).

Persönliche Erfahrungen	Absolute Häufigkeiten
„Ich habe persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht.“	3
„Ich nutze aktuell oder habe in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe bzgl. eigener psychischer Krisen in Anspruch genommen.“	4
„Ich kümmere mich um eine:n Bekannte:n / Angehörige:n mit psychischer Krise.“	2
„Nichts davon.“	1
„Ich möchte keine Auskunft geben.“	1

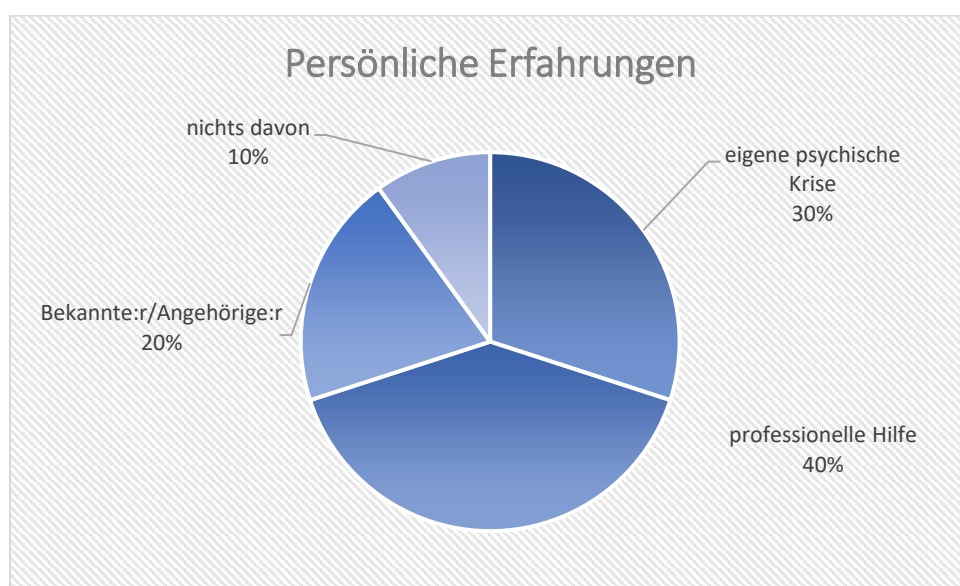


Abbildung 17. Angaben über persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen (Mehrfachantworten, n=7, post).

Relevanz der Thematik und psychische Krisen an der Hochschule

Auf einer Skala von eins (überhaupt nicht wichtig) bis zehn (sehr wichtig) schätzten die Befragten die Relevanz der Thematik für die Hochschulleitung im Mittel bei vier ein (n=9, M=4,4, Range 3-8). Der Großteil (87,5%) gab an, dass psychische Krisen sowohl bei Mitarbeitenden als auch bei Studierenden wiederholt eine Rolle an der Hochschule gespielt hätten (n=8). Alle stimmten der Aussage zu, dass ihnen bei Studierenden wie auch bei Mitarbeitenden psychische Erkrankungen bekannt wären (n=8). Vergleiche hierzu Tabelle 14.

Tabelle 14. Dichotome Aussagen zu psychischen Krisen an der Hochschule (n=8, post).

Psychische Krisen an der Hochschule	Absolute Häufigkeit „Ja.“	Relative Häufigkeit „Ja.“ (in %)
„Psychische Krisen von Mitarbeitenden haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.“	7	87,5
„Psychische Krisen von Studierenden haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.“	7	87,5

„Mir sind Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.“	100
„Mir sind Studierende mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.“	100

Status Quo „Psychisch fitte Hochschule“

Die Teilnehmenden wurden befragt, wie psychisch fit ausgerichtet sie ihre Hochschule derzeit einschätzen. Die Beantwortung erfolgte auf einer Skala von 0 („keine Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“) bis 100 (maximale Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule) in Zehnerschritten. Die Angaben (n=7) variierten von „21-30“ bis hin zu maximal „51-60“. Die Verteilung ist der Abbildung 18 zu entnehmen.

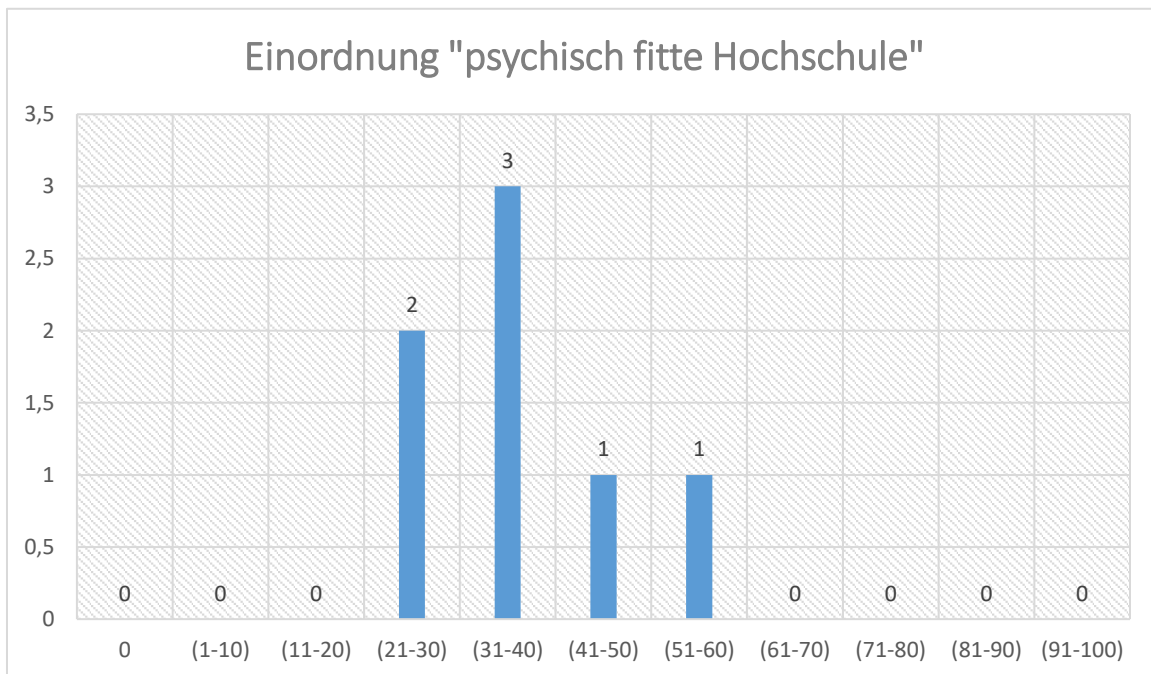


Abbildung 18. Einordnung als "psychisch fitte Hochschule" unter Darstellung der Antworthäufigkeiten (n=7, post).

Auf einer Skala von 1 („Trifft überhaupt nicht zu“) bis 10 („Trifft voll und ganz zu“) wurden die Teilnehmenden zu Ressourcen befragt, die der Hochschule zur Förderung der psychischen Gesundheit zur Verfügung stehen. Dabei wurden sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen beurteilt. Es wurde unterschieden zwischen der Förderung der psychischen Gesundheit Studierender und Mitarbeitender. Insgesamt lagen Angaben von sieben Probanden vor. Die Ressourcen für Mitarbeitende wurden mit 2,71 für finanziell und 2,29 für personell niedriger eingeschätzt als die Ressourcen, die für Studierende zur Verfügung stünden. Tabelle 15 und Abbildung 19 geben detailliertere Auskunft über Durchschnitt und Verteilung.

Tabelle 15. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit (n=7, post).

Ressourcen	Mittelwert	Range
------------	------------	-------

„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>finanzielle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Mitarbeitenden</u> bereit.“	2,71	1-4
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>finanzielle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Studierenden</u> bereit.“	4,71	2-9
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>personelle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Mitarbeitenden</u> bereit.“	2,29	1-4
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>personelle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Studierenden</u> bereit.“	4,29	2-9

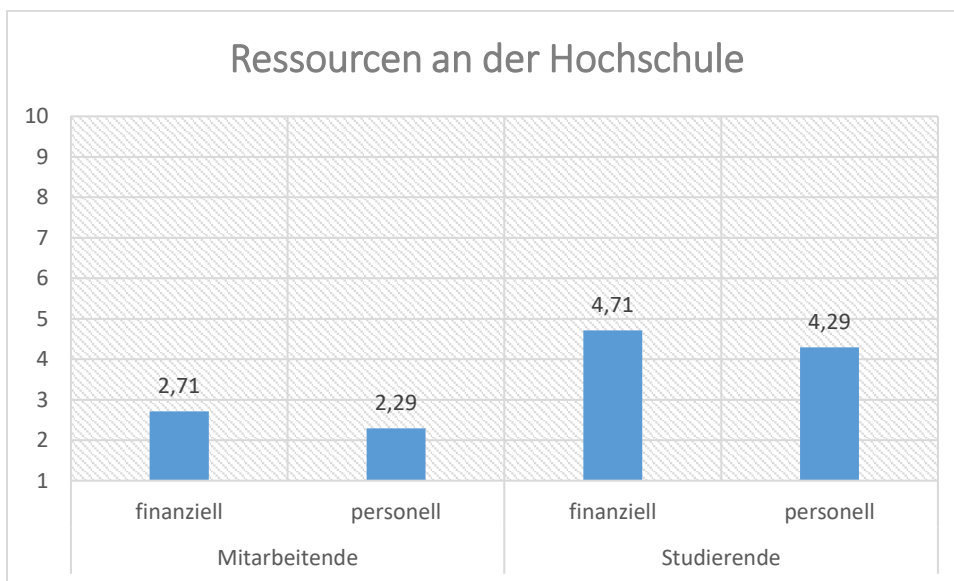


Abbildung 19. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit (n=7, post).

In Anlehnung an die zehn Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschule des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschule wurden die Teilnehmenden auf einer Skala von 0 („Trifft gar nicht zu“) bis 4 („Trifft voll und ganz zu“) um eine jeweilige Einschätzung des Gütekriteriums gebeten. Zudem wurde auch erfasst, ob ihnen das Gütekriterium bekannt sei bzw. eine Aussage hierzu getroffen werden könne. Insgesamt wurden die Gütekriterien weiterhin als eher wenig erfüllt und umgesetzt betrachtet. Am stärksten besetzt war die Vernetzung, gefolgt von Steuerungsgruppe und Hochschulpolitik (vergleiche Tabelle 16 und Abbildung 20).

Tabelle 16. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschule (n=7, post).

Gütekriterien	Mittelwert	Range	Unbekannt
Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	1,14	0-2	-
Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	1,43	0-3	-
Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	1,83	0-3	1
Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mitberücksichtigt.	0,86	0-2	-

Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	1,86	0-4	-
An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	0,71	0-2	1
Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	1,43	0-3	-
Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	0,33	0-1	4
Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	1,14	0-2	-
Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	2,17	0-4	1

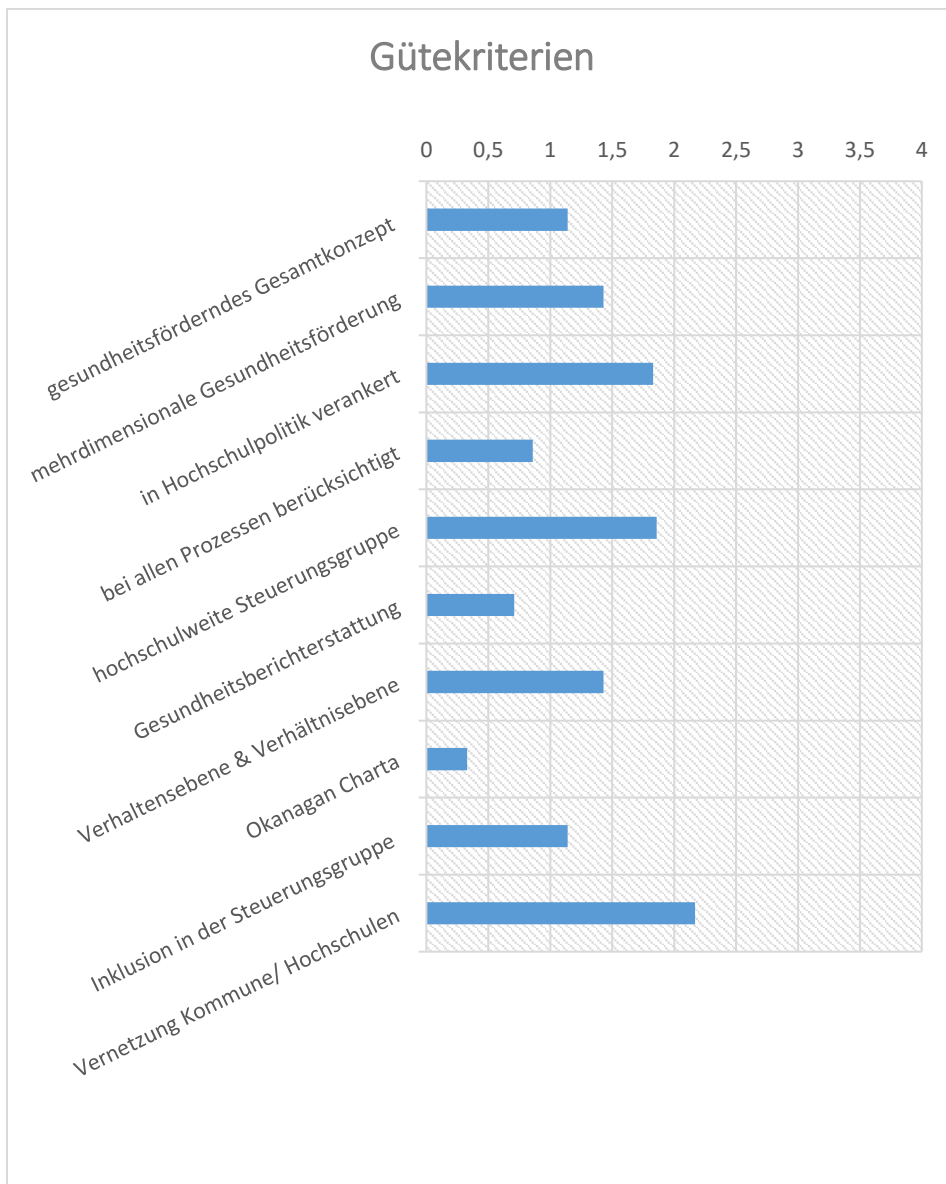


Abbildung 20. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen (n=7, post).

Erfüllte Erwartungen durch „Hochschulen im Dialog“

Von den 11 Teilnehmenden der Befragung haben lediglich sechs Teilnehmende Aussage über die Umsetzung bzw. Erfüllung der Programmziele getätigt. Am erfolgreichsten erfüllt gelten demnach die

Ziele: „Psychisch fit studieren“ zu implementieren, MHFA-Ersthelfer:innen auszubilden, externe Vernetzung herzustellen und Informationen über Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln. Eher unerfüllt blieben die Ziele: das Wissen über das Implementieren von Gesundheitsförderung im Allgemeinen zu vermitteln, Prozesse gegen Stigmatisierung in Gang zu setzen, Zertifizierungen anzuregen und Informationen über interne Vernetzung sowie Gesundheitsaufgaben der Hochschule weiterzugeben. Tabelle 17 gibt genauere Informationen über die Erreichung einzelner Ziele.

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden in einem offenen Format über Wünsche und Erwartungen befragt, die sich durch die Teilnahme an „Hochschulen im Dialog“ erfüllt hätten. Aufgeführt wurden folgende Aspekte:

- neuen Online-Raum zum gegenseitigen Austausch entwickelt
- stärkere politische Lobbyarbeit
- praxisnahe und umsetzbare Ideen kennengelernt (n=2)

Tabelle 17. Erreichung angestrebter Ziele von "Hochschulen im Dialog" in relativen Häufigkeiten und ausgehend von der Referenzkategorie "Ja" (Mehrfachantworten, n=6, post).

Ziele von „Hochschulen im Dialog“	Relative Häufigkeiten (in %)
Ich habe „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot an meiner Hochschule implementiert. (Referenz: „Ja“)	100
Ich habe das Programm „MHFA-Ersthelfer:in“ – Kurse für psychische Gesundheit an meiner Hochschule implementiert. (Referenz: „Ja“)	83,3
Ich weiß mehr darüber, was die Hochschule/Universität mit Gesundheitsförderung zu tun hat. (Referenz: „Ja“)	50
Ich weiß mehr über die Hilfesysteme an der Hochschule/Universität (interne Vernetzung). (Referenz: „Ja“)	50
Ich habe psychische Krisen und Gesundheit besser verstehen gelernt. (Referenz: „Ja“)	66,7
Ich habe eine Zertifizierung für meine Hochschule in die Wege geleitet oder erreicht. (Referenz: „Ja“)	50
Ich habe mich außerhalb der Hochschule vernetzt (externe Vernetzung). (Referenz: „Ja“)	83,3
Ich habe gelernt, wie ich an meiner Hochschule Gesundheitsförderung implementiere. (Referenz: „Ja“)	33,3
Ich habe etwas über Stigmatisierung gelernt. (Referenz: „Ja“)	83,3
Ich konnte etwas gegen Stigmatisierung an meiner Hochschule unternehmen. (Referenz: „Ja“)	50
Ich habe in Erfahrung gebracht, wie Hilfs- und Beratungsangebote in der Hochschule bei Studierenden und Mitarbeitenden stärker sichtbar gemacht werden können. (Referenz: „Ja“)	83,3

Stigmatisierung

Auf einer Skala von 0 („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“) wurden die Teilnehmenden gebeten, Aussagen über das Vorkommen von stereotypen Vorstellungen zu Menschen mit psychischer Erkrankung, zu Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und zu Diskriminierungsverhalten zu treffen. Die Aussagen stammten lediglich von sechs Probanden. Die Wahrnehmung von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung variierte über die Befragten hinweg. Im Mittel waren die drei Dimensionen von Stigmatisierung an den beteiligten Hochschulen (Achtung: Fremdbeurteilung) im Übergang von mittelstark zu schwach ausgeprägt (vergleiche Tabelle 18).

Tabelle 18. Ausprägung verschiedener Dimensionen von Stigmatisierung an der Hochschule auf einer Skala 0-11 (11 = 100, stark verbreitet, 0 = kommt nicht vor) (post).

Stigmatisierung	M	Kategorie	Range
Ausprägung Stereotype (n=6)	4,8	„31-40“ / 100	„1-10“ – „81-90“
Ausprägung Vorurteile (n=6)	4,5	„31-40“ / 100	„1-10“ – „81-90“
Ausprägung Diskriminierung (n=5)	3,8	„21-30“ / 100	„1-10“ – „61-70“

Ziele der Teilnehmenden und Bewertung des Programms

Die Teilnehmenden (n=6) haben Angaben darüber vorgenommen, ob sie ihre ursprünglich gesteckten Ziele in dem Programmjahr erreichen konnten. Auch hierbei lag Varianz vor. Vier Teilnehmende stimmten der Zielerreichung mit über 60% zu. Zwei Teilnehmende erreichten ihre Ziele nur zu etwa 30%. Abbildung 21 zeigt die Verteilung der Antworten auf einer Skala von 0 bis 100 (100 = Ziel/e voll und ganz erreicht). Im offenen Antwortformat konnte sich ein:e Proband:in nicht mehr an das ursprüngliche Ziel erinnern. Ein:e weitere:r beschrieb die Zeit als viel zu kurz für messbare Veränderungen. Zwei Proband:innen mit proximalen Zielen (MHFA, studentische Gesundheitsförderung starten) konnten diese erreichen. Ein:e Proband:in mit einem distalen Ziel konnte dieses nicht erreichen (Verstetigung).

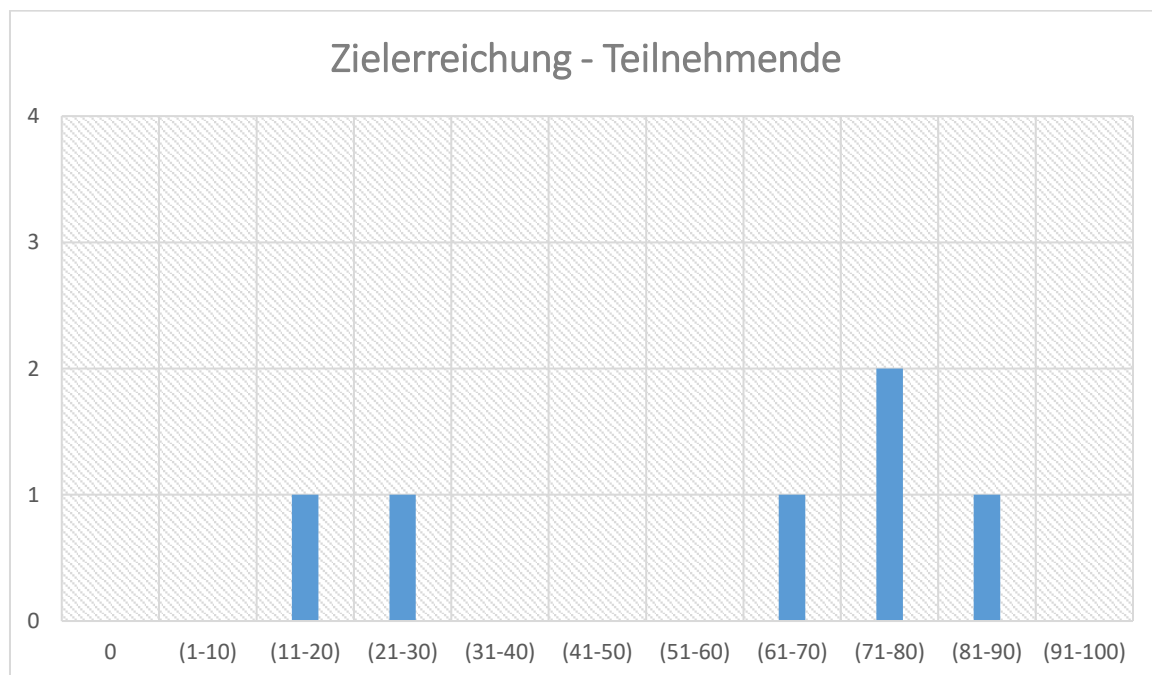


Abbildung 21. Zielerreichung aus Sicht der Teilnehmenden auf einer Skala 0-100 (100 = Ziel/e voll und ganz erreicht) (post).

Die Befragten (n=6) gaben durchweg an, dass keine Inhalte gefehlt hätten. Die vermittelten Informationen wurden als gut bis sehr gut bewertet. Der Erkenntnisgewinn bezüglich psychischer Krisen war eher gering (n=6). Sowohl die didaktische als auch die fachliche Qualifikation der Expert:innen, die das Programm „Hochschulen im Dialog“ durchgeführt haben, wurden gut bis sehr gut bewertet. Die Abbildung 22 und die Abbildung 23 zeigen die Verteilung der Antworten unter den sechs Befragten.

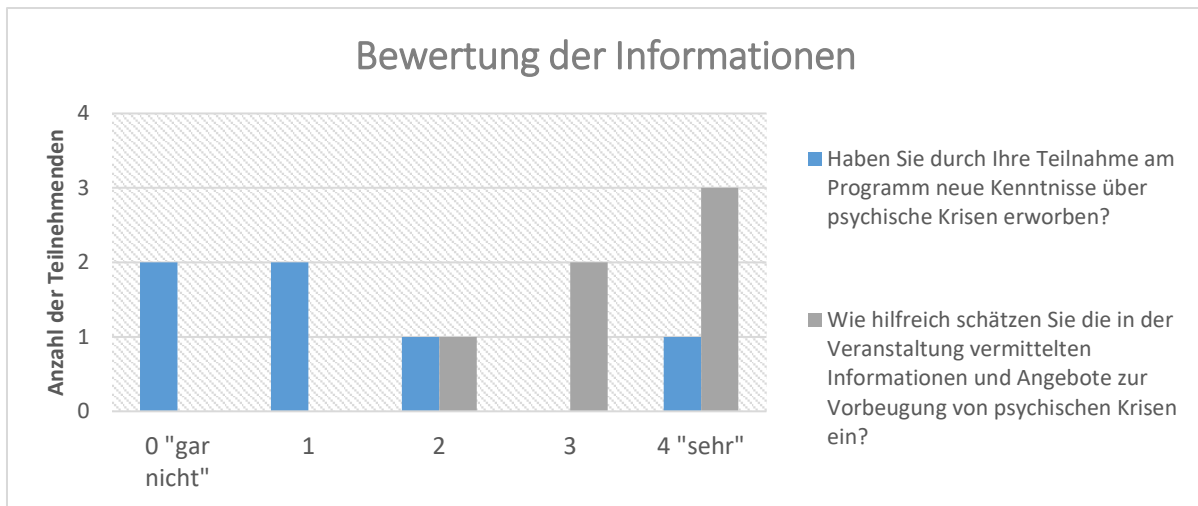


Abbildung 22. Bewertung der erhaltenen Informationen (n=6, post).

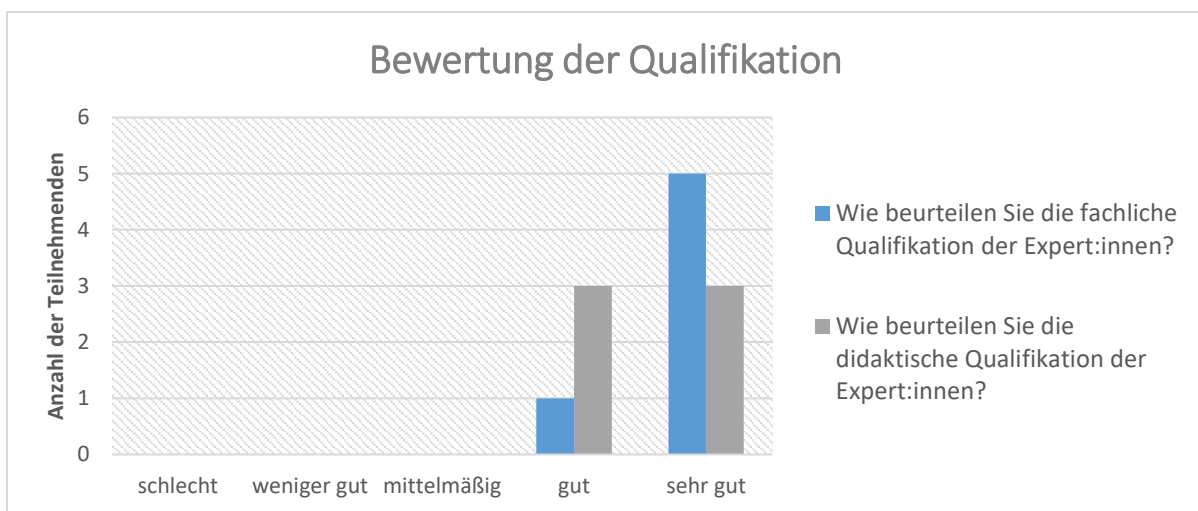


Abbildung 23. Bewertung der Qualifikation der Programmdurchführenden (n=6, post).

Die Proband:innen wurden abschließend zum verbundenen Aufwand mit der Programmteilnahme befragt. Jeweils sechs Proband:innen gaben Auskunft. Auf einer Skala von eins (= kein Aufwand) bis zehn (=enorm hoher Aufwand) war der Organisationsaufwand im Zusammenhang mit der Programmteilnahme anzugeben. Dieser wurde im Mittel mit 3,67 (Range: 2-6) beurteilt. Alle Proband:innen stimmten der Aussage zu, dass der Aufwand angemessen war. Zudem stimmten alle der Aussage zu, dass der Aufwand durch die Zusammenarbeit mit dem Verein gut zu meistern gewesen wäre. Kritik und Lob wurden in einem offenen Format erfasst. Die überarbeiteten Antworten sind der Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19. Positive und negative Kritik an "Hochschulen im Dialog".

positive Kritik	negative Kritik
Kennenlernen der Teilnehmenden über längeren Zeitraum Austausch (n=3)	Studierendenworkshops nicht in die vorlesungsfreie Zeit legen
Hoffnung auf gemeinsame Fachtagung	Laufzeit zu kurz
Organisation, Themen, nette Kommunikation	Teilnahme der Hochschulen hat abgenommen (evtl. zur Halbzeit persönliches Treffen)
Präsenztreffen	Mehr Austausch in Präsenz
Kurse wie MHFA, Train-the-Trainer	

6.2.2.3 Follow-Up-Erhebung im Durchgang 1

Stichprobenbeschreibung

Ein Jahr nach Beendigung des Programms wurden die teilnehmenden Hochschulen erneut gebeten, relevante Themen einzuschätzen. Es nahmen sieben Personen an dieser quantitativen Follow-up-Befragung teil. Sie waren im Schnitt 40 Jahre alt ($M=39,7$; Range 30-59) und ausschließlich weiblichen Geschlechts. Die Teilnehmerinnen waren durchschnittlich seit neun Jahren im Hochschulbereich ($M=9,2$; Range 0-34) und seit sechs Jahren an ihrer derzeitigen Hochschule tätig ($M=6,1$; Range 0-12). Alle Teilnehmerinnen füllten den Fragebogen vollständig aus und gehörten jeweils unterschiedlichen Hochschulen an. Hierbei handelte es sich nur in vier Fällen um Hochschulen, die auch in der Post-Erhebung erfasst wurden. Aufgrund der Anonymität des Fragebogens ist auch in diesen Fällen nicht gewährleistet, dass es sich dabei um dieselben Personen handelte.

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, ihren Tätigkeitsbereich anzugeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Jeweils eine Person gab „Zentrale Studienberatung“, „Hochschulsport & Freizeit“, „Lehre & Forschung“ oder „Psychosoziale Beratung“ an. Fünf Teilnehmerinnen wählten die Kategorie „Sonstiges“ aus. Sie verteilten sich auf die Bereiche Studiendekanat, Rektorat, Personalwesen, studentisches Gesundheitsmanagement und Beauftragte für Inklusion, Gleichstellung und Diversität.

Relevanz der Thematik und psychischen Krisen an der Hochschule

Die Teilnehmerinnen bewerteten die Relevanz des Themas „psychische Gesundheit“ für die Leitungsebene auf einer zehnstufigen Skala von eins („überhaupt nicht wichtig“) bis zehn („sehr wichtig“) durchschnittlich mit 6,4 (Range 4-10). An allen Hochschulen haben psychische Krisen bei Studierenden wiederholt eine Rolle gespielt. An drei Hochschulen traf dies auch auf psychische Krisen von Mitarbeitenden zu. Fünf Personen gaben an, dass ihnen Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen bekannt seien, bei sechs Personen traf dies für Studierende zu. Vergleiche hierzu Tabelle 20.

Tabelle 20. Dichotome Antworten zu psychischen Krisen an der Hochschule ($n=7$, Follow-up).

Psychische Krisen an der Hochschule	Absolute Häufigkeit „Ja.“	Relative Häufigkeit „Ja.“ (in %)
„Psychische Krisen von Mitarbeitenden haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.“	3	42,9
„Psychische Krisen von Studierenden haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.“	7	100
„Mir sind Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.“	5	71,4
„Mir sind Studierende mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.“	6	85,7

Status Quo „Psychisch fitte Hochschule“

Auf einer Skala von null („keine Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“) bis 100 („maximale Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“) schätzten die Teilnehmerinnen ihre Hochschule durchschnittlich mit einem Wert von 66 ein ($M=65,7$; Range 50-80). Die Verteilung ist Abbildung 24 zu entnehmen.

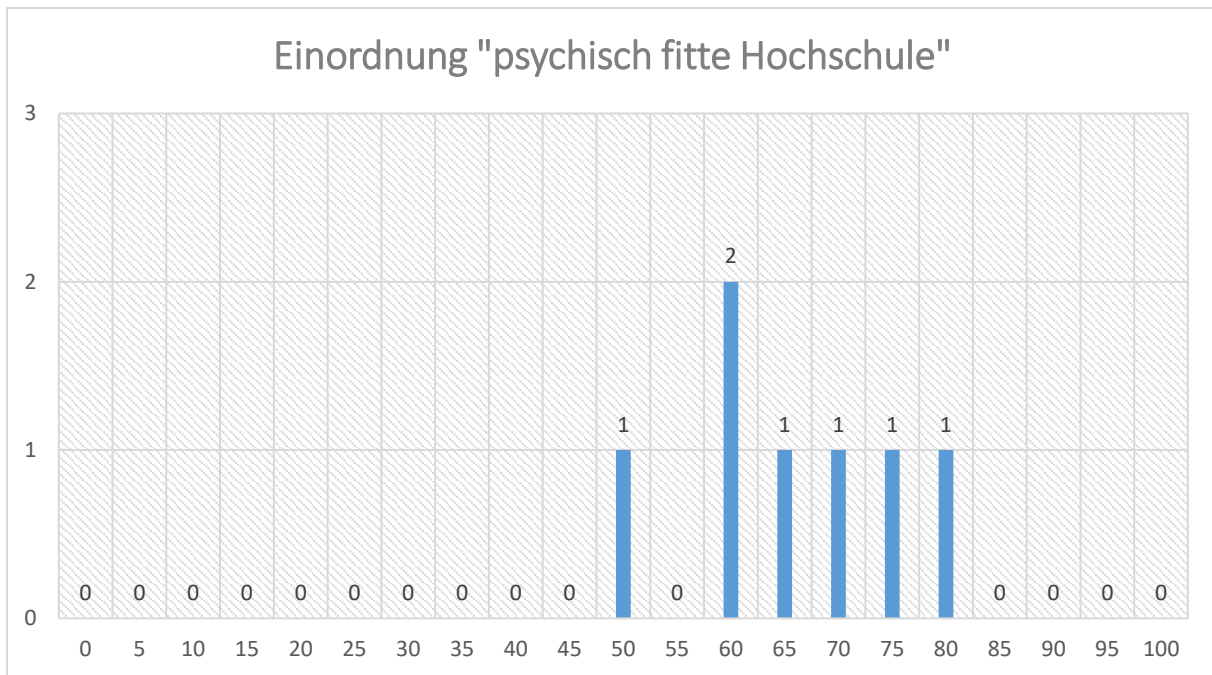


Abbildung 24. Einordnung als "psychisch fitte Hochschule" (0 = „keine Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“ bis 100 = „maximale Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“) unter Darstellung der Antworthäufigkeiten (n=7, Follow-up).

Inwiefern der Hochschule zur Förderung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden und Studierenden ausreichend finanzielle sowie personelle Ressourcen zur Verfügung standen, wurde durch die Teilnehmerinnen auf einer zehnstufigen Skala von eins („Trifft überhaupt nicht zu“) bis zehn („Trifft voll und ganz zu“) eingeschätzt. Demnach stellte sich die durchschnittliche Bewertung der Situation finanzieller Ressourcen für Studierende ($M=5,14$; Range 3-8) etwas besser dar als für Mitarbeitende ($M=4,00$; Range 2-7). Personellen Ressourcen wurden für beide Zielgruppen ähnlich gering eingeschätzt. Tabelle 21 und Abbildung 25 geben detaillierte Auskunft über Durchschnitt und Verteilung.

Tabelle 21. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit (n=7, Follow-up).

Ressourcen	Mittelwert	Range
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>finanzielle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Mitarbeitenden</u> bereit.“	4,00	2-7
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>finanzielle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Studierenden</u> bereit.“	5,14	3-8
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>personelle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Mitarbeitenden</u> bereit.“	3,57	3-5
„An unserer Hochschule stehen ausreichend <u>personelle</u> Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer <u>Studierenden</u> bereit.“	3,86	2-7

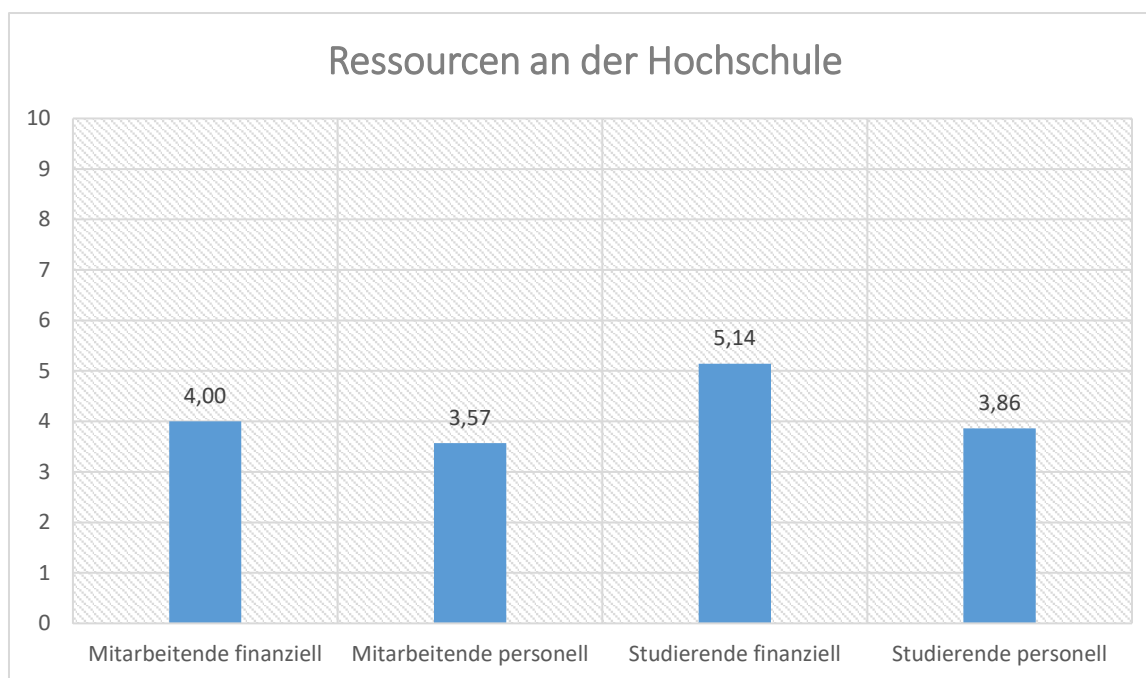


Abbildung 25. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit (n=7, Follow-up).

In Anlehnung an die zehn Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschule wurden die Teilnehmerinnen auf einer Skala von null („Trifft gar nicht zu“) bis vier („Trifft voll und ganz zu“) um eine jeweilige Einschätzung des Gütekriteriums gebeten. Zudem wurde auch erfasst, ob ihnen das Gütekriterium bekannt ist bzw. eine Aussage hierzu getroffen werden kann.

Mit Ausnahme der Gütekriterien „Okanagan Charta“ sowie der „Berücksichtigung von Gesundheitsförderung bei allen Prozessen und Entscheidungen“, fiel die Einschätzung der Teilnehmerinnen gut aus (vergleiche Tabelle 22 und Abbildung 26). Der Bekanntheitsgrad war bis auf die Okanagan Charta gegeben. Die beste Umsetzung erfuhren die Kriterien „hochschulweite Steuerungsgruppe“ und „mehrdimensionales Verständnis von Gesundheitsförderung“.

Tabelle 22. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschule (n=7, Follow-up).

Gütekriterien	Mittelwert	Range	Unbekannt
Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	2,67	1-4	1
Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	3,43	2-4	
Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	2,71	2-3	
Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mitberücksichtigt.	1,43	0-2	
Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	3,71	3-4	
An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	2,29	0-4	
Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	2,71	2-4	

Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	1,25	0-4	3
Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	3,00	14	
Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	3,17	2-4	1

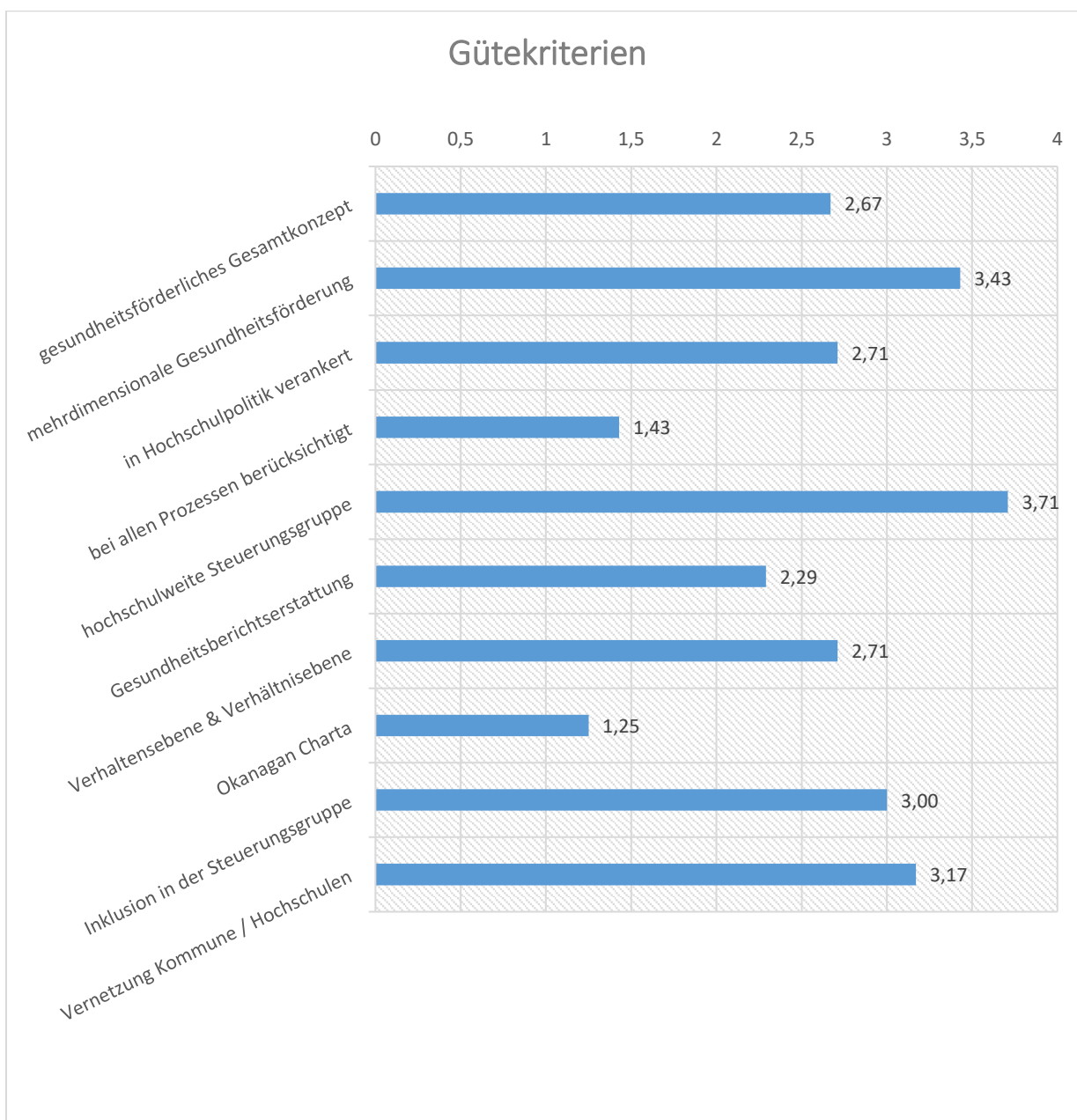


Abbildung 26. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen (n=7, Follow-up).

Erfüllte Erwartungen durch „Hochschulen im Dialog“

Alle Teilnehmerinnen trafen Aussagen hinsichtlich der Umsetzung bzw. Erfüllung der Programmziele. Auffällig war, dass lediglich eine Person angab, eine Zertifizierung für ihre Hochschule geleitet oder erreicht zu haben. Alle anderen Erwartungen sah eine deutliche Mehrheit der Teilnehmerinnen als erfüllt an. Der Steigerung des persönlichen Verständnisses von psychischer Gesundheit sowie dem

Tätigwerden gegen Stigmatisierung an der Hochschule stimmten alle zu. Abbildung 27 gibt einen detaillierten Überblick über die Erfüllung der Erwartungen der Teilnehmerinnen. Abgesehen von der Zertifizierung konnten die Ziele des Programms über den Follow-up-Zeitraum von einem Jahr weiterhin sehr gut umgesetzt werden.

Ziele von „Hochschulen im Dialog“ (n=7)	Absolute Häufigkeiten n	Relative Häufigkeiten in %
Ich habe „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot an meiner Hochschule implementiert. (Referenz: „Ja“)	6	85,7
Ich habe das Programm „MHFA-Ersthelfer:in“ – Kurse für psychische Gesundheit an meiner Hochschule implementiert. (Referenz: „Ja“)	6	85,7
Ich weiß mehr darüber, was die Hochschule/Universität mit Gesundheitsförderung zu tun hat. (Referenz: „Ja“)	6	85,7
Ich weiß mehr über die Hilfesysteme an der Hochschule/Universität (interne Vernetzung). (Referenz: „Ja“)	6	85,7
Ich habe psychische Krisen und Gesundheit besser verstehen gelernt. (Referenz: „Ja“)	7	100
Ich habe eine Zertifizierung für meine Hochschule in die Wege geleitet oder erreicht. (Referenz: „Ja“)	1	14,3
Ich habe mich außerhalb der Hochschule vernetzt (externe Vernetzung). (Referenz: „Ja“)	6	85,7
Ich habe gelernt, wie ich an meiner Hochschule Gesundheitsförderung implementiere. (Referenz: „Ja“)	5	71,4
Ich habe etwas über Stigmatisierung gelernt. (Referenz: „Ja“)	6	85,7
Ich konnte etwas gegen Stigmatisierung an meiner Hochschule unternehmen. (Referenz: „Ja“)	7	100
Ich habe in Erfahrung gebracht, wie Hilfs- und Beratungsangebote in der Hochschule bei Studierenden und Mitarbeitenden stärker sichtbar gemacht werden können. (Referenz: „Ja“)	6	85,7

Abbildung 27. Erreichung angestrebter Ziele von „Hochschulen im Dialog“ in relativen Häufigkeiten und ausgehend von der Referenzkategorie „Ja“ (Mehrfachantworten, n=7, Follow-up).

Stigmatisierung

Lediglich die Hälfte der Teilnehmerinnen schätzten Aussagen über das Vorkommen von stereotypen Vorstellungen zu Menschen mit psychischer Erkrankung, zu Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und zu Diskriminierungsverhalten auf einer Skala von null („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“) ein. Aufgrund der fehlenden Antworten können keine statistischen Tendenzen abgebildet werden. Stereotype Vorstellungen (n=4) lagen im Wertbereich zwischen 10 und

50; Vorurteile ($n=3$) zwischen 10 und 35; das Vorkommen diskriminierendes Verhaltens ($n=4$) zwischen 0 und 50. Die Ausprägungen wurden für die Hochschulen demnach heterogen beurteilt.

Ziele der Teilnehmenden und Bewertung des Programms

Alle Teilnehmerinnen schätzten ein, wie gut ihre Hochschule das zu Beginn des Programms formulierte Veränderungsziel erreichen konnte. Auf einer Skala von null („gar nicht“) bis 100 („voll und ganz“) lag dieser Wert im Mittel bei 65. Keine Probandin gab eine Zielerreichung von weniger als 50 an (vergleiche Abbildung 28).

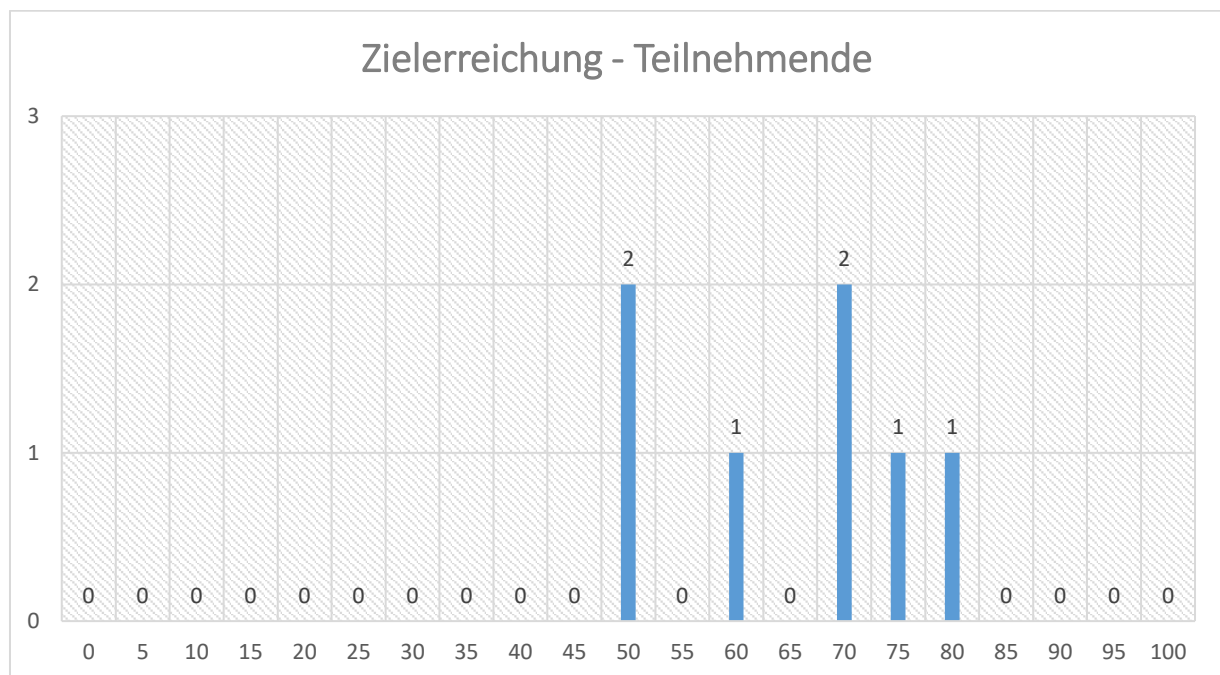


Abbildung 28. Zielerreichung aus Sicht der Teilnehmenden auf einer Skala 0-100 (100 = Ziel/e voll und ganz erreicht, 0 = Ziele gar nicht erreicht) ($n=7$, Follow-up).

Die Teilnehmerinnen hatten die Möglichkeit, im offenen Antwortformat weitere Informationen zu ihrer Zielerreichung anzugeben. Bis auf eine Person taten dies alle. Bemerkenswert war, dass beide Teilnehmerinnen, die ihre Zielerreichung mit dem vergleichsweise niedrigsten Wert 50 einschätzten, angaben, dass ihre Hochschule kein explizites Ziel gehabt hätte oder es ihnen aufgrund eines Personalwechsels nicht bekannt gewesen wäre. Die Einschätzungen der anderen Teilnehmerinnen waren unter anderem: „Es geht voran beim gezielten Aufbau des BGM und SGM“, „Das Thema [psychische Gesundheit wurde] strategisch gut platziert“, „[Wir konnten] die Thematik Psychische Gesundheit stärker in das Universitätsleben hineinbringen [...], indem das Thema strategisch gut platziert [wurde]“, „Wir konnten uns gut vernetzen und das Thema "Psychische Gesundheit" in der Hochschule sichtbar machen und implementieren.“.

Ihren Zugewinn an neuen Kenntnissen durch das Programm schätzten die Teilnehmerinnen zum Follow-up durchschnittlich als gering ein. Auf einer Skala von null („gar nicht“) bis vier („sehr“) ergab sich ein Mittelwert von 1,7. Ein positiveres Bild zeigte sich bei der rückblickenden Betrachtung der in der Veranstaltung vermittelten Informationen und Angebote zur Vorbeugung von psychischen Krisen. Auf einer Skala von null („gar nicht hilfreich“) bis vier („sehr hilfreich“) lag der Mittelwert hier bei 2,7. Abbildung 29 gibt einen Einblick in die Häufigkeitsverteilungen.

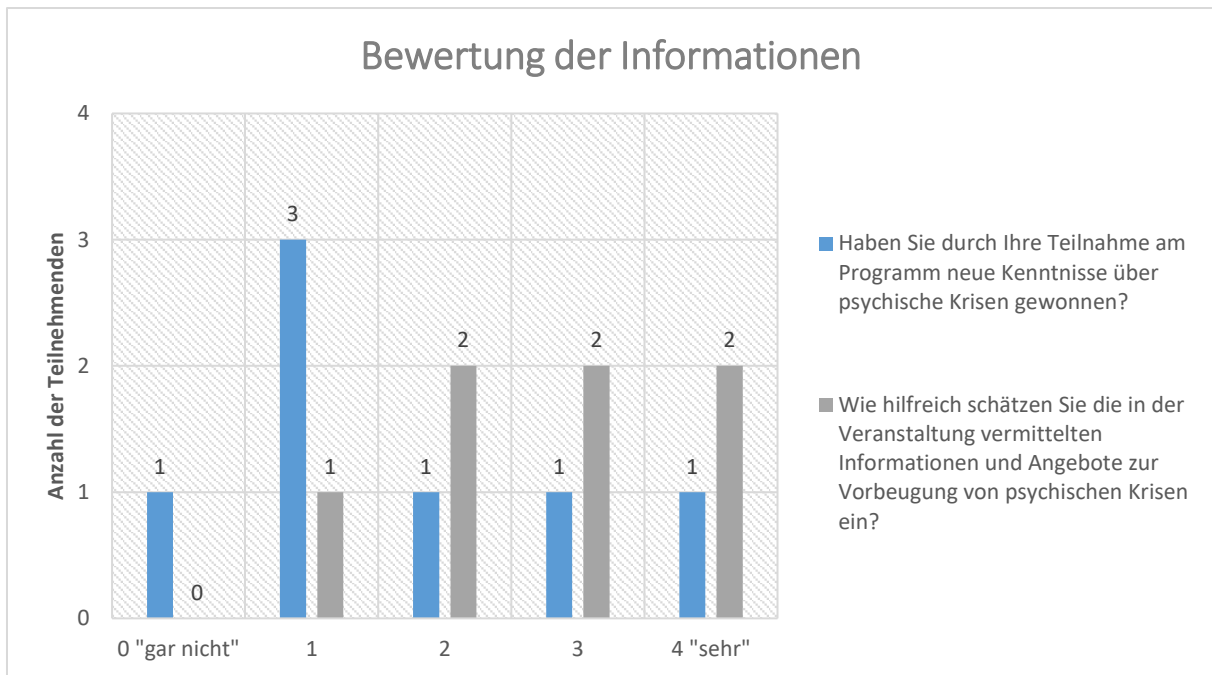


Abbildung 29. Bewertung der erhaltenen Informationen (n=7, Follow-up).

Rückblickend gaben zwei von sieben Teilnehmerinnen an, dass im Programm wichtige Inhalte gefehlt hätten. Danach gefragt, worum es sich dabei handele, nannte eine Person „konkrete Beispiele zum Umgang mit psych. Krisen aus verschiedenen Perspektiven (unter Kollegen/Kommilitonen, als Führungskraft für Mitarbeitende, für freiwillige Multiplikatoren) z.B. anhand von Fallbeispielen, ggf. Thema Supervision“. Die zweite Person verwies an dieser Stelle auf die besondere Struktur ihrer Hochschule, die dafür sorgte, dass die Angebote anderer Hochschulen dort nicht umsetzbar seien.

Drei Teilnehmerinnen benannten Ziele, die im Anschluss an das eigentliche Programmjahr umgesetzt werden konnten. Darunter fielen eine „Priorisierung der aktuellen Hilfsangebote für Studierende“, die „Vernetzung von noch mehr Akteuren“ sowie „Verstetigung“ der Gesundheitskoordination.

Abschließend reflektierten sechs der sieben Teilnehmerinnen über Schwierigkeiten beim Erreichen von Studierenden mit den Maßnahmen sowie über die Frage, ob – und falls ja, wie – sie im Jahr nach dem Programm mehr Studierende erreichen konnten. Drei Personen gaben an, es sei (nach wie vor) schwierig, Studierende zu erreichen. Die drei Teilnehmerinnen, die an dieser Stelle Fortschritte feststellten, nannten als hilfreiche Maßnahmen „bedarfsorientiertes Programm“, „eine allgemein offene, wertschätzende Atmosphäre, die einerseits präventiv wirkt und andererseits bei Schwierigkeiten den Zugang zu Hilfsangeboten bzw. Ansprechpersonen niedrigschwellig hält“ sowie die „Kooperationen mit entsprechenden Universitätsbereichen, die eng im Kontakt mit Studierenden stehen [...] und kontinuierlicher Verweis bei allen Veranstaltungen unserer Stabsstelle auf Beratungsangebote an Universität.“.

6.2.2.4 Längsschnittlicher Vergleich (prä/post/follow-up)

Ressourcenvergleich

Die Abbildung 30 zeigt die wahrgenommenen personellen und finanziellen Ressourcen, die zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Studierenden und Mitarbeitenden an der Hochschule zur Verfügung stehen. Beurteilt wurde auf einer Skala von eins („Trifft überhaupt nicht zu“) bis zehn („Trifft voll und ganz zu“). Zu Programmstart wurden die Fragen von zehn Teilnehmerinnen beantwortet, zu

Programmende von sechs und in der Follow-up-Befragung von sieben. Mit Ausnahme der für Studierende bereitstehenden personellen Mittel in der Follow-up-Befragung zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg der wahrgenommenen Ressourcen. Hervorstach ein deutlicher Anstieg der für Mitarbeitende zur Verfügung stehenden Ressourcen. Ob dies einer tatsächlichen Erhöhung der Mittel geschuldet war oder der subjektiven Wahrnehmung der Teilnehmerinnen, lässt sich nicht sagen.

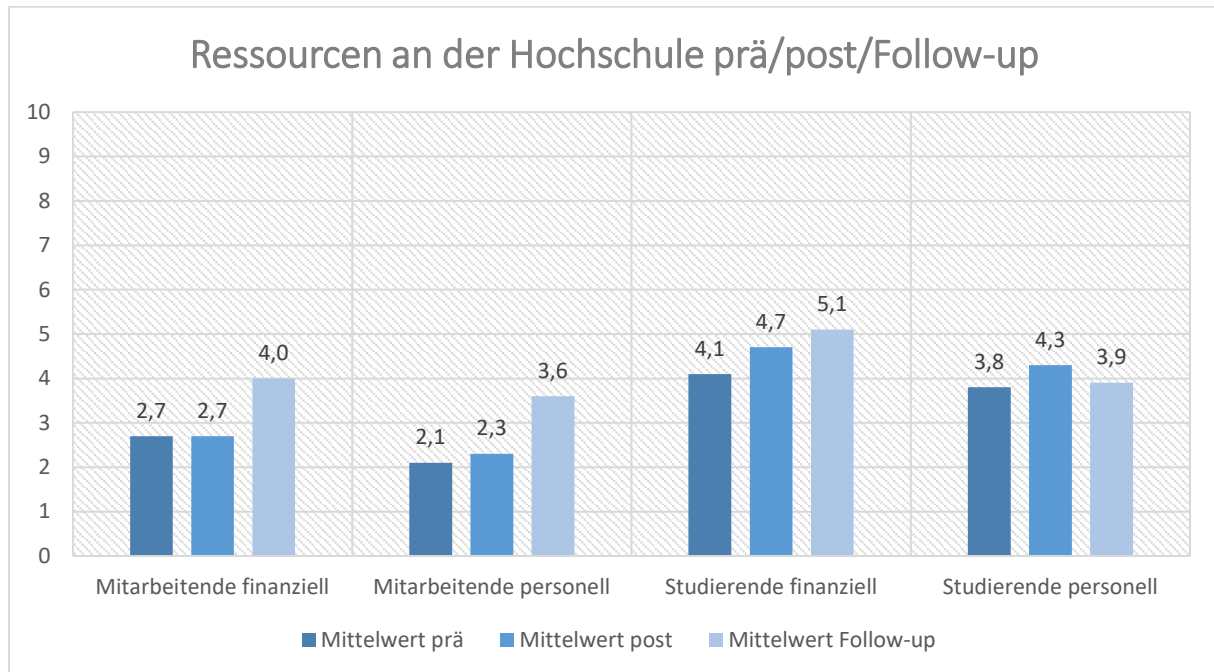


Abbildung 30. Hochschul-Ressourcen zur Förderung psychischer Gesundheit im prä-post-Follow-up-Vergleich.

Gütekriterien im Vergleich

Die Teilnehmenden des ersten Projektjahres von „Hochschulen im Dialog“ wurden zudem zu Programmstart und –ende sowie ein Jahr danach zu den einzelnen Gütekriterien für „gesundheitsfördernde Hochschule“ befragt. Es war jeweils auf einer Skala von null („Trifft gar nicht zu“) bis vier („Trifft voll und ganz zu“) zu beurteilen, in welchem Ausmaß das jeweilige Kriterium an der Hochschule Umsetzung fand. Die Abbildung 31 zeigt die mittlere Zustimmung der Befragten zu Programmstart, –ende und Follow-up im Vergleich. Nachdem sich die Einschätzungen zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt lediglich für zwei von zehn Gütekriterien leicht verbesserten, zeigte die Follow-up-Befragung eine deutlichere Veränderung. Alle Gütekriterien erreichten hier ihren jeweiligen Höchststand und wiesen gegenüber den Einschätzungen zum Post-Messzeitpunkt einen deutlichen Zuwachs auf. Über die Programmteilnahme hinaus schienen sich hochschulweite Steuerungsgruppen etabliert, ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheitsförderung durchgesetzt und externe Vernetzung ausgebreitet zu haben. **Der Vergleich ist sehr vorsichtig zu interpretieren, da aufgrund der anonymen Befragung nicht kontrolliert werden konnte, ob die gleichen Personen und Hochschulen den Fragenbogen zu Programmende (post) und zum Follow-up-Zeitpunkt ausgefüllt haben wie auch zu Beginn.** Wie in den vorherigen Abschnitten ersichtlich, waren einigen Befragten einzelne Gütekriterien zu Beginn völlig unbekannt. Der Vergleich zeigte, dass die Gütekriterien den Befragten zu Programmende und insbesondere ein Jahr später bekannter waren als den Befragten zu Programmstart. Die Beurteilbarkeit fiel demnach am Ende höher aus und in diesem Zusammenhang auch eine eventuell realistischere und kritischere Einschätzung.

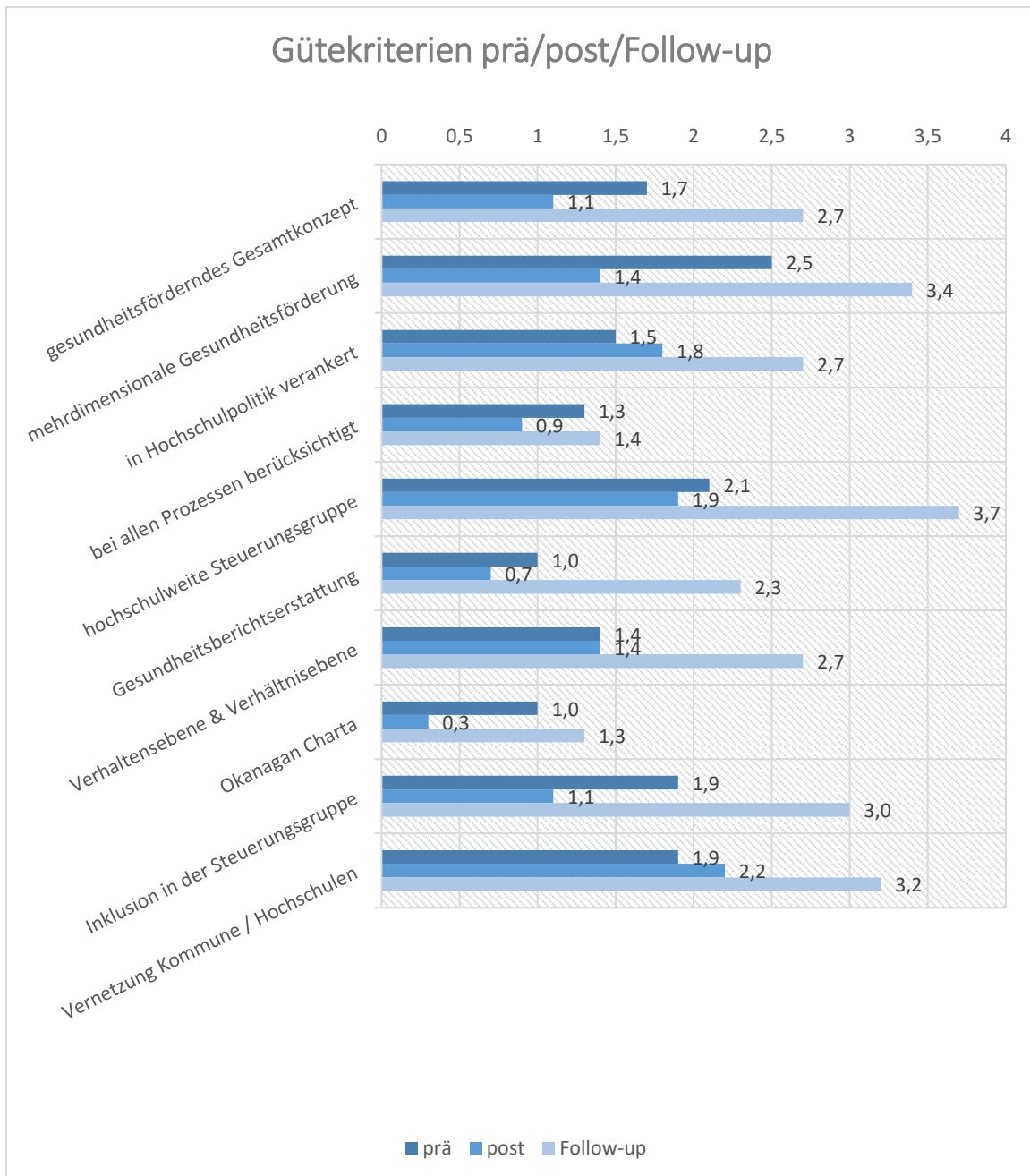


Abbildung 31. Einschätzung der Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen im prä-post-Follow-up-Vergleich.

Stigmatisierende Prozesse im Vergleich

Auf einer Skala von null („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“) wurden die Teilnehmenden zu Beginn und Ende des Projektjahres sowie mit einem Jahr Abstand gebeten, Aussagen über das Vorkommen von stereotypen Vorstellungen zu Menschen mit psychischer Erkrankung, zu Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und zu Diskriminierungsverhalten zu treffen. Die Abbildung 32 zeigt die durchschnittlichen Einschätzungen zu den drei Messzeitpunkten. Es zeigte sich ein stetiger Rückgang für alle drei Dimensionen von Stigmatisierung. Erneut ist limitierend hervorzuheben, dass die Stichprobe, insbesondere zu Programmende und Follow-up, sehr gering war und keine klassische Messwiederholung durchgeführt wurde. Zudem wurde aufgrund der Änderung eines schriftlichen Fragebogens in einen Online-Fragebogen das ursprüngliche Antwortformat (Visuelle Analogskala) in der Post-Befragung geändert. Die Teilnehmenden trafen ihre Einschätzungen

in dem Fall auf elf Kategorien, z. B. „1-10“, wovon jeweils die Mitte herangezogen wurde, um die Werte mit prä- und Follow-up-Befragung vergleichbar zu machen.

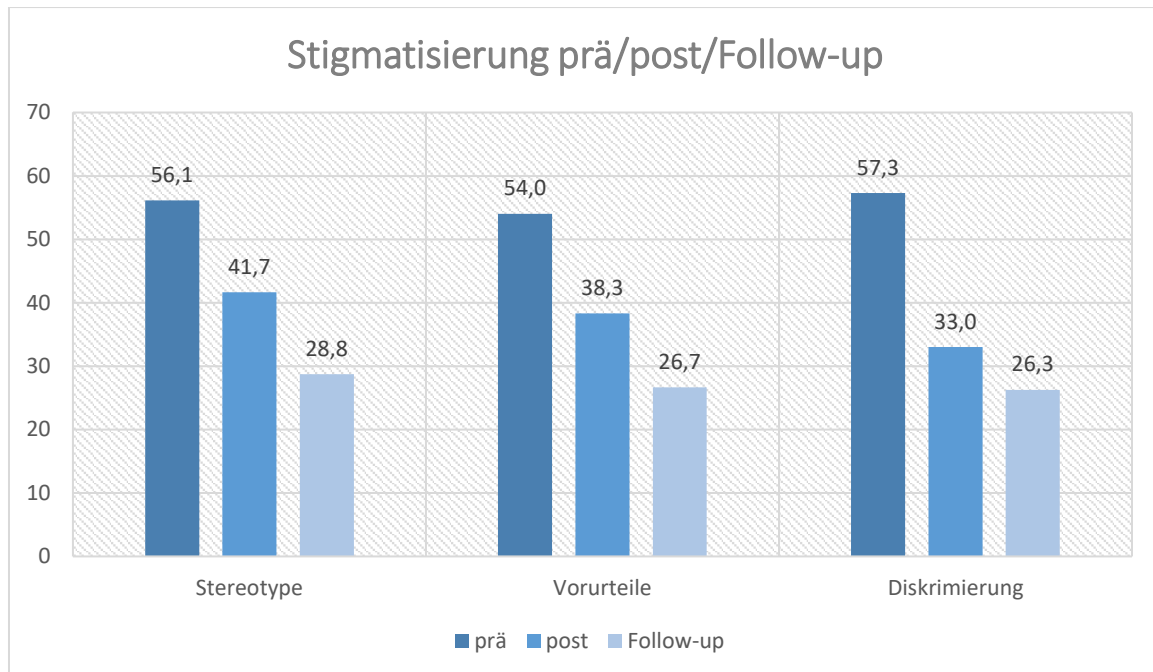


Abbildung 32. Ausprägung verschiedener Dimensionen von Stigmatisierung an der Hochschule auf einer Skala 0-100 (0 = kommt nicht vor, 100 = stark verbreitet) im prä-post-Follow-up-Vergleich.

Erwartungen und Umsetzung in der Gegenüberstellung

Zu Programmstart wurden die Teilnehmenden zu ihren Erwartungen befragt. Elf Zielkriterien von „Hochschulen im Dialog“ sollten jeweils nach ihrer Relevanz beurteilt werden. Dichotome Mehrfachwahlantworten standen hierfür zur Verfügung. Die Abbildung 33 stellt Erwartungen und erreichte Ziele im Rahmen der Programmteilnahme gegenüber. Es ist zu erkennen, welcher Anteil der Befragten zu Programmstart die jeweilige Erwartung innehatte. Im Vergleich wurde zu Programmende gefragt, ob das jeweilige Ziel erreicht wurde. Die Zustimmungen wurden in relativen Häufigkeiten innerhalb der gültigen Antworten angegeben.

Es zeigte sich, dass insbesondere Vernetzung, die Sichtbarmachung von Hilfen, die Implementierung von MHFA-Schulungen und die Train-the-Trainer-Ausbildungen für das Präventionsprogramm „Psychisch fit studieren“ Hauptgründe für die Teilnahme am Programm „Hochschulen im Dialog“ waren. Diese Ziele konnten aus Sicht der Vertreter:innen der Hochschulen mit einem Erfüllungsgrad von über 80% erreicht werden. Auch längerfristig konnten diese Ziele auf einem hohen Maß umgesetzt werden, was für eine erfolgreiche Implementierung spricht. Weitere Beweggründe zur Teilnahme am Programm konnten zu Programmende vorerst nur teilweise Umsetzung finden, waren jedoch ein Jahr später fast durchweg erfolgreich implementiert. Einzige Ausnahme bildeten Zertifizierungen der Hochschulen. Diese wurden zu Programmstart von jeder/m Dritten verfolgt, zu Programmende in etwa der Hälfte der Fälle erreicht, jedoch zwei Jahre später kaum dauerhaft implementiert (14,3%). Limitierend sind hier die Personalwechsel und somit die Veränderungen in den ausfüllenden Personen zu erwähnen.

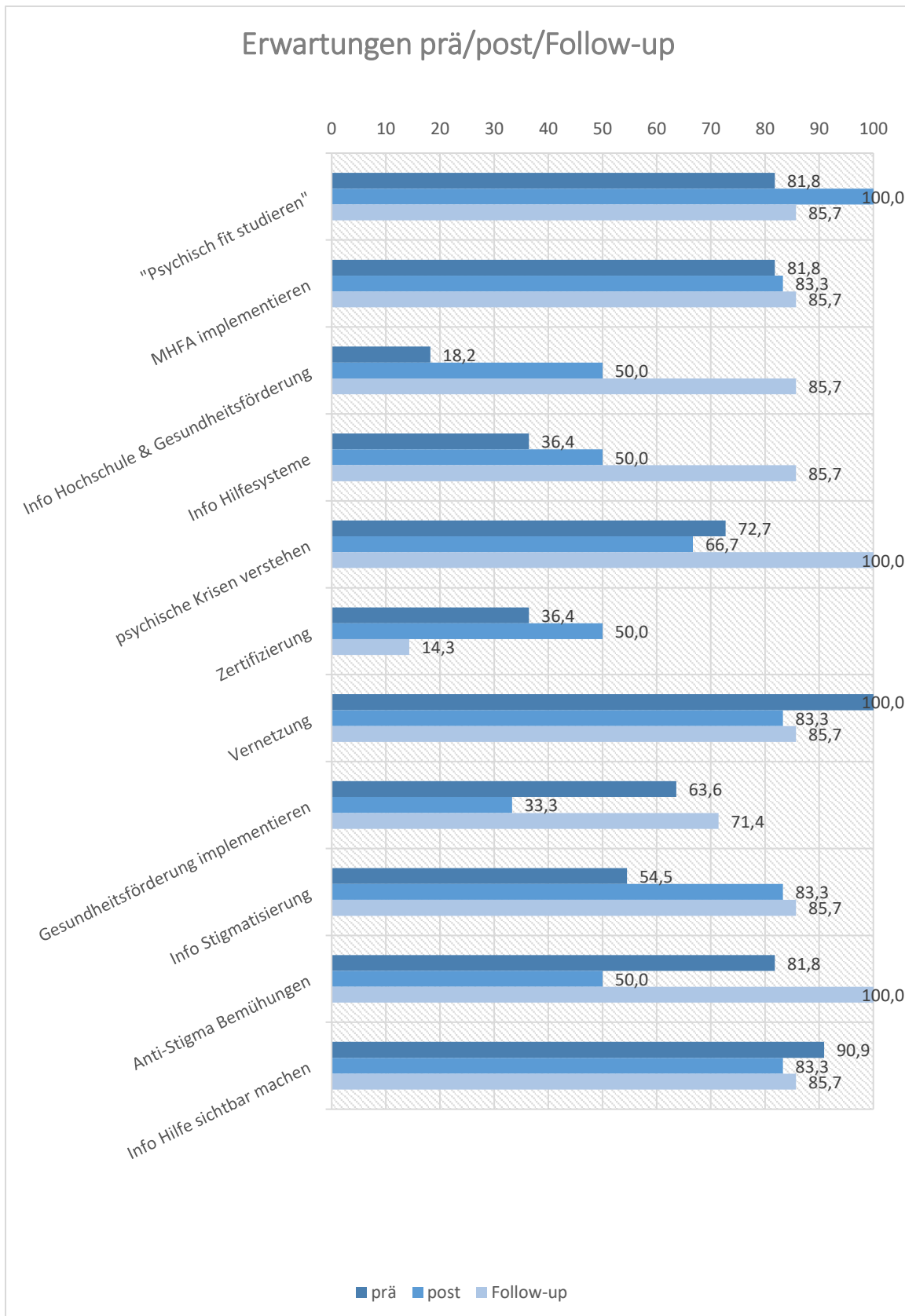


Abbildung 33. Zustimmung zu möglichen Erwartungen an das Programm "Hochschulen im Dialog" (dichotome Mehrfachwahlantworten) bzw. deren Erreichen am Ende des Projektjahres sowie ein Jahr danach.

6.2.3 Qualitative Erhebung – Durchgang 1 (2022/2023)

6.2.3.1 Programmstart

Zu Programmstart wurden eine Fokusgruppe sowie ergänzende Telefoninterviews mit teilnehmenden Multiplikator:innen durchgeführt. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse konnten in acht relevante Bereiche („Oberkategorien“) zusammengefasst werden:

- Motivation zur Programmteilnahme
- Relevanz der Thematik „Psychische Gesundheit“
- Verständnis von „Psychischer Gesundheit“
- bisherige Implementierung und Herausforderungen auf dem Weg zur psychisch fitten Hochschule
- Einstellungen und Erfahrungen mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich“ e.V.
- bestehende Präventionsangebote zur psychischen Gesundheit
- Stigmatisierung an der Hochschule
- gesundheitsförderliche und gesundheitshinderliche Strukturen an der Hochschule

Die Oberkategorien werden im Folgenden kurz dargestellt. Es wird auf Unterkategorien eingegangen und jeweils Ankerbeispiele präsentiert. Im Anhang ist das ausführliche Kategoriensystem abgebildet. Abbildung 34 zeigt die Grobstruktur des Kategoriensystems.

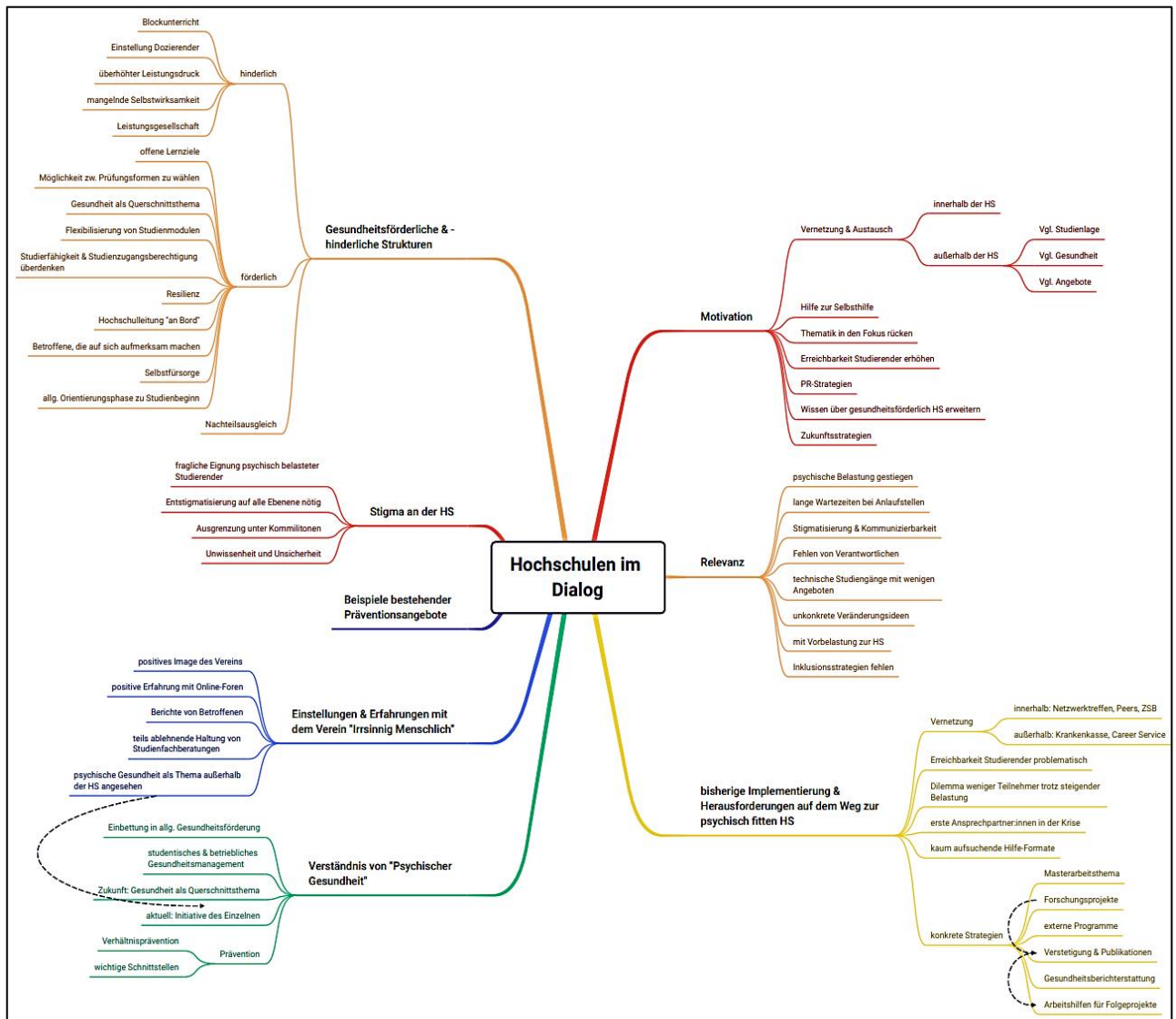


Abbildung 34. Kategoriensystem der qualitativen Erhebung zu Programmstart.

Motivation zur Programmteilnahme

Besonders häufig wurde von den Teilnehmenden der Fokusgruppe genannt, dass sie an diesem Pilotprojekt als Vertreter:innen ihrer Hochschule teilnehmen, um sich mit anderen Hochschulen zu vernetzen. Es soll aber auch darum gehen, das Thema „psychische Gesundheit“ in ihren Hochschulen stärker ins Licht zu rücken und befähigt zu werden, Änderungen anzustoßen und Mitarbeitende weiter zu qualifizieren.

Zudem wurde sich mehrfach Hilfe gewünscht, um Studierende mit Angeboten und Aktionen besser erreichen zu können. Das Erlernen von PR-Strategien wurde einmalig genannt. Wiederum mehrfach wurde der Wunsch geäußert, im Rahmen der Programmteilnahme das Wissen über gesundheitsförderliche Hochschule und was es dafür braucht zu erweitern. Teilweise wollen sich die Teilnehmenden im Laufe des Jahres auch inspirieren lassen und neue Ideen aufgreifen sowie ausformulieren.

„Wie kann eine Hochschule sich verändern, was muss anders gemacht werden, damit Strukturen gesünder werden, damit Menschen, die vorbelastet sind, aufgefangen werden und Menschen, die erkranken, nicht vom Studentenleben ausgeschlossen werden?“

Relevanz der Thematik „Psychische Gesundheit“

Die zweite Oberkategorie fasst Aussagen zur Notwendigkeit zusammen, warum sich Hochschulen mit dem Thema „Psychische Gesundheit“ auseinandersetzen sollten. Die Teilnehmenden wiesen in diesem Zusammenhang auf den Anstieg psychischer Belastung in den Monaten seit Pandemiebeginn hin. Zudem sähen sie ein Versorgungsproblem für Studierende, die sich bei studentischen Anlaufstellen vorstellen wollen. Es wird auf lange Wartezeiten hingewiesen. Ein weiteres Problem sei die Hemmung, seine psychische Krise oder Erkrankung im universitären Setting überhaupt erst anzusprechen. Betroffene müssten teils mit Stigmatisierung rechnen, welche die Kommunikation mit Dozierenden und Prüfungsämtern erschwere. Insbesondere bei technischen Studiengänge sei dies ein Problem. Aber auch eigene Unsicherheit und Selbst-Stigmatisierung sei ein Problem.

Eine Beschäftigung mit der Thematik „Psychische Gesundheit“ zeige zudem, dass es an Verantwortlichen mangle und überwiegend unkonkrete Ideen für Veränderung im Raum stünden. Es brauche eine Inklusionsstrategie für psychisch erkrankte Studierende. Studierende kämen auch immer häufiger bereits vorbelastet von der Schule oder früheren Ausbildungsstätten zur Hochschule.

„[dass] Studierende [...] von Seiten der Prüfungsämter nicht gegen die Wand rennen, dass ihre Probleme wahrgenommen werden [...] vor allem auch in den Fällen, in denen Studierende offen auf die Prüfungsämter und Dozierenden zugehen“

„Neulich hat mich ein Vater angerufen, dass sein Sohn Depression hat, aber das nicht sagen will [...] ich finde das schade [...] ihm geht so viel Unterstützung dadurch verloren [...] das ist etwas, dass ich hier („an der eigenen Hochschule“) gern ändern möchte.“

Verständnis von „Psychischer Gesundheit“

Die dritte Oberkategorie fasst zusammen, was die Teilnehmenden als Vertreter:innen ihrer Hochschule unter dem Begriff „Psychische Gesundheit“ verstehen und was aus ihrer Sicht die Hochschulen

darunter verstehen. Es wird Bezug dazu genommen, was „Psychische Gesundheit“ an der Hochschule bedeutet und was darunterfällt.

„Psychische Gesundheit“ wurde als Teil einer allgemeinen Gesundheitsförderung an der Hochschule verstanden. So waren der Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit ein weiterer Aspekt neben der Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung. Die Teilnehmenden unterschieden zwischen betrieblichem Gesundheitsmanagement und studentischem Gesundheitsmanagement. Es gebe kein übergreifendes Konzept zur Förderung „Psychischer Gesundheit“ an der Hochschule. Alle sind sich aber einig, dass Gesundheit (im Allgemeinen) ein Querschnittsthema an der Hochschule sein sollte. Es müsse bei der Ausgestaltung von Modulhandbüchern und in der Weiterentwicklung von Prüfungsordnungen immer mit bedacht werden. Jedoch seien Bestrebungen zur umfassenden Förderung „Psychischer Gesundheit“ an der Hochschule zumeist nur Bestrebungen von Einzelnen.

Eng verwandt mit dem Konzept „Psychische Gesundheit“ wurde die Prävention psychischer Erkrankungen gesehen. In diesem Zusammenhang wurde auf die Bedeutsamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen hingewiesen. Es sollten Strukturen geschaffen werden, die die „Psychische Gesundheit“ mit einbinden. Für Hochschulmitarbeitende solle es fächerübergreifende Fortbildungen geben, die einen niedrigschwelligen Austausch zur Thematik ermöglichen. Es wird ergänzend darauf hingewiesen, dass in einigen Fällen keine Prävention mehr möglich sei, da Studierende mit Vorbelastungen zur Hochschule kämen. In diesem Falle wäre die Hochschule ein „korrigierendes System“ und hätte auch krankheitsbewältigende Aufgaben inne.

Es werden zentrale Schlüsselstellen zur Förderung „Psychischer Gesundheit“ und Prävention psychischer Erkrankung genannt, wie z.B.: Hochschulleitung, Ministerien, Prüfungsamt etc. (siehe Anhang).

„Thema darf nicht an Personen gebunden sein [...] Strukturen müssen grundsätzlich da sein für alle neuen Studierenden“

Bisherige Implementierung und Herausforderungen auf dem Weg zur psychisch fitten Hochschule

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden diverse Bemühungen berichtet, sich auf den Weg zu machen hin zu einer gesundheitsförderlichen Hochschule. Besonders häufig fanden in diesem Zusammenhang Vernetzungsaktivitäten innerhalb und außerhalb der Hochschule statt. Zudem berichteten einzelne Teilnehmende von Bemühungen, die Erreichbarkeit der Studierenden zu erhöhen.

Gesundheitsförderung an der Hochschule finde überwiegend im Rahmen von (Forschungs-) Projekten statt. Allerdings würden die Ergebnisse kaum publiziert. Eine Schwierigkeit sei hierbei die Verstetigung der Projekterfolge und eine Lösung für neue Angebote über das Projektende hinaus. Eine Notlösung sei die Entwicklung von Arbeitshilfen, um neuen Projekten den Start zu erleichtern. Eine Alternative, um Gesundheitsförderung voranzutreiben, sei die Einführung einer Gesundheitsberichterstattung. Darin werde viel Potenzial gesehen. Des Weiteren könnten externe Präventionsprogramme (z.B. „Psychisch fit studieren“) helfen. Immer wieder tauchte hierbei die Frage auf, wer initiiert das, wer begleitet Veränderungsbemühungen und an wen sollten sich Maßnahmen wenden? Beratungsstellen der Hochschule, Dozierende, Hochschulmitarbeitende im Allgemeinen und Mental-Health-First-Aid-Helfer:innen seien hier wichtige Adressat:innen. Insbesondere fehle es an proaktiven, aufsuchenden Formaten. Veränderungen könnten nur kleinschrittig erfolgen. Es seien immer viele Wege zu gehen,

bis Schulungen von allen nötigen Stellen und Personen bewilligt seien. Bei zu viel Aktionismus auf einmal, sei mit Gegenwind zu rechnen.

„Das Thema und die Relevanz müssen messbar gemacht und rausposaunt werden [...] studentisches Gesundheitsmanagement als Attraktivitätsmerkmal einer Hochschule“

Einstellungen und Erfahrungen mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich“ e.V.

Ein weiterer Themenblock umfasst Aussagen bezüglich Einstellungen und Haltungen der Teilnehmenden sowie deren Eindruck von der Zusammenarbeit mit dem Verein Irrsinnig Menschlich e.V.

Der Verein würde mit einem positiven Image auffallen und auch das Online-Forum sei während der Corona-Pandemie für die Studierenden wertvoll gewesen. Hervorgehoben wurde zudem der Einbezug von Betroffenen in die Formate. Besonders betont wurde die Bereitschaft, das Präsenz-Format mit Beginn der Corona-Pandemie sehr rasch in eine Online-Version zu überführen und die Hochschulen damit weiterhin zu unterstützen.

Ein Teilnehmender berichtete von einer ablehnenden Haltung der Studienfachberatungen gegenüber dem Forum „Psychisch fit studieren“. Die Teilnehmenden berichteten mehrheitlich, dass „Psychische Gesundheit“ als ein Thema außerhalb der Hochschule angesehen werde.

„von den Studienfachberatungen kam negative ablehnende Rückmeldung [...] wenn das schon so läuft [...], dann zeigt das, dass noch viel zu machen ist im Thema Akzeptanz und Etablierung des Themas“

Bestehende Präventionsangebote zur psychischen Gesundheit

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden verschiedene Arten von Präventionsangeboten benannt, die mit der Förderung psychischer Gesundheit und Abwendung von Krankheit in Zusammenhang stehen. Die Beteiligten nannten Workshops zu den Themen Stress und Zeitmanagement. Vereinzelt gäbe es Resilienz-Workshops. Ein Teilnehmender berichtete von Programmen zum gemeinschaftlichen Lernen („Learn-Together“-Programme). Ein sehr konkreter Ansatz ist die Ausbildung von Studierenden und Mitarbeitenden in „Mental-Health-First-Aid“. Dies wiederum sei auch ein wichtiges Bestreben der Teilnehmenden am Pilotprojekt. Es sollen Trainer ausgebildet werden, die dann wiederum an der jeweiligen Hochschule andere weiterqualifizieren (Train-the-Trainer). Die Entwicklung von Beratungs-Guides für Dozierende für den Fall, dass sich Studierende mit psychischen Krise bei ihnen öffnen, wurde ebenfalls berichtet. Auch Arbeitskreise über heterogene Berufsgruppen an der Hochschule hinweg und die enge Zusammenarbeit mit dem AStA (Allgemeiner Studierendenausschuss) hätten sich bereits bewährt. Eine Vertreterin berichtete von der aktuellen Einführung eines **Gesundheitszertifikates für Studierende**; ursprünglich als Reaktion darauf, dass Angebote trotz steigendem Bedarf nicht ausreichend wahrgenommen würden. Teilweise können mit dem Erreichen der Zertifizierung auch Leistungspunkte für den eingeschriebenen Studiengang erworben werden.

„Allerdings gab es zu unseren Angeboten im letzten Sommersemester zu wenig Resonanz [...] und Sie wissen ja, Hochschule arbeitet mit Zahlen [...] es muss sich auch rechnen. Daher habe ich nun ein Gesundheitszertifikat für Studierende entwickelt und durchgebracht.“

Stigmatisierung an den Hochschulen

Eine Herausforderung aber auch ein Ansatzpunkt zur Förderung psychischer Gesundheit an den Hochschulen sei die Hinwendung zur Thematik „Stigmatisierung“. Die Teilnehmenden sahen hier Potential zur Reduktion von Stigmatisierung und deren Notwendigkeit auf den Ebenen: Mitarbeitende, Hochschulleitung, Kommilitonen und Betroffene selbst. Das Thema wurde intensiv diskutiert. Die Haltungen gingen teils deutlich auseinander. Dabei wurde das Spannungsfeld zwischen Stigmatisierung, Leistung und Studiereignung deutlich.

Es gäbe hierbei viel Unsicherheit und Unwissenheit auf Seiten der Dozierenden. Zudem würden Anpassungen nach bewilligtem Antrag auf Nachteilsausgleich teils zu Ausgrenzung durch die Kommilitonen des Betroffenen führen.

„Person nicht die volle Leistung erbringen kann und man diese Person nicht mitschleppen möchte“

„das Problem ist auch, dass wir („die Dozierenden“) ein Problem damit haben, wenn wir Angst vor solchen Themen haben“

Gesundheitsförderliche und -hinderliche Strukturen an den Hochschulen

Ein wichtiges Konzept sei der Nachteilsausgleich. Dieser setze jedoch Entstigmatisierung und ein entsprechendes Klima an der Hochschule voraus, offen mit seiner psychischen Erkrankung umzugehen. Der Nachteilsausgleich sei nur eine Überbrückung auf dem Weg hin zur Akzeptanz von persönlichen Stärken und Schwächen.

Es wurde eine Reihe von hinderlichen Faktoren aufgeführt, die die Entwicklung hin zur gesundheitsförderlichen Hochschule erschweren oder blockieren: Das Konzept des Blockunterrichts und der Blockpraktika erschweren einen Wiedereinstieg nach längerer Krankheit. Auch die Einstellung der Dozierenden gegenüber psychischen Erkrankungen könne entscheidend sein. Ein überhöhtes Leistungsdenken an der Hochschule sei ungünstig. Auf individueller Ebene seien eine mangelnde Selbstwirksamkeitsüberzeugung und ein überhöhter Leistungsdruck ebenfalls hinderlich für die psychische Gesundheit.

Förderliche Faktoren wären eine offenere Definition der Lernziele und eine Überarbeitung des Leistungsbegriffes. Strukturell wäre es hilfreich, verschiedene Prüfungsleistungen zuzulassen und Studienmodule flexibel zu gestalten. Gesundheit sollte in allen Bereichen als Querschnittsthema mit bedacht werden. Eine nötige Voraussetzung für eine positive Entwicklung ist das Agreement der Hochschulleitung. Zudem wird dazu geraten, die Definition der Studierfähigkeit und die Studienzugangsberechtigung zu überdenken. Auf individueller Ebene würden insbesondere selbstfürsorgliche und resiliente Studierende psychisch fit durch das Studium kommen.

„Dozierende sagen, wer Chemie nicht ohne Burnout studiert, hat nicht richtig studiert“

6.2.3.2 Programmende

Zu Programmende des Pilotjahres wurden leitfadengestützte Interviews mit sechs Proband:innen durchgeführt. Die Proband:innen hatten vertretend für fünf Hochschulen am Programm „Hochschulen im Dialog“ teilgenommen. Die Interviews fanden in drei Fällen telefonisch und in drei Fällen per

Videotelefonie statt. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse konnten in acht relevante Bereiche („Oberkategorien“) zusammengefasst werden:

- Erwartungen an das Programm (ursprüngliche Teilnahmemotivation)
- Beobachtungen und Umgebungsfaktoren
- Veränderungen durch „Hochschulen im Dialog“
- Status Quo „Psychisch fitte Hochschule“
- Positive Kritik
- Kritik und Verbesserungsvorschläge
- „Treibende Kräfte“ / Wirkmechanismen (-voraussetzungen)
- Schlüsselpersonen/-stellen

Die Oberkategorien werden im Folgenden kurz dargestellt. Es wird auf Unterkategorien eingegangen und jeweils Ankerbeispiele präsentiert. Im Anhang ist das ausführliche Kategoriensystem abgebildet. Abbildung 35 zeigt die Grobstruktur des Kategoriensystems. Sechs Personen von fünf Hochschulen nahmen an der qualitativen Befragung teil.

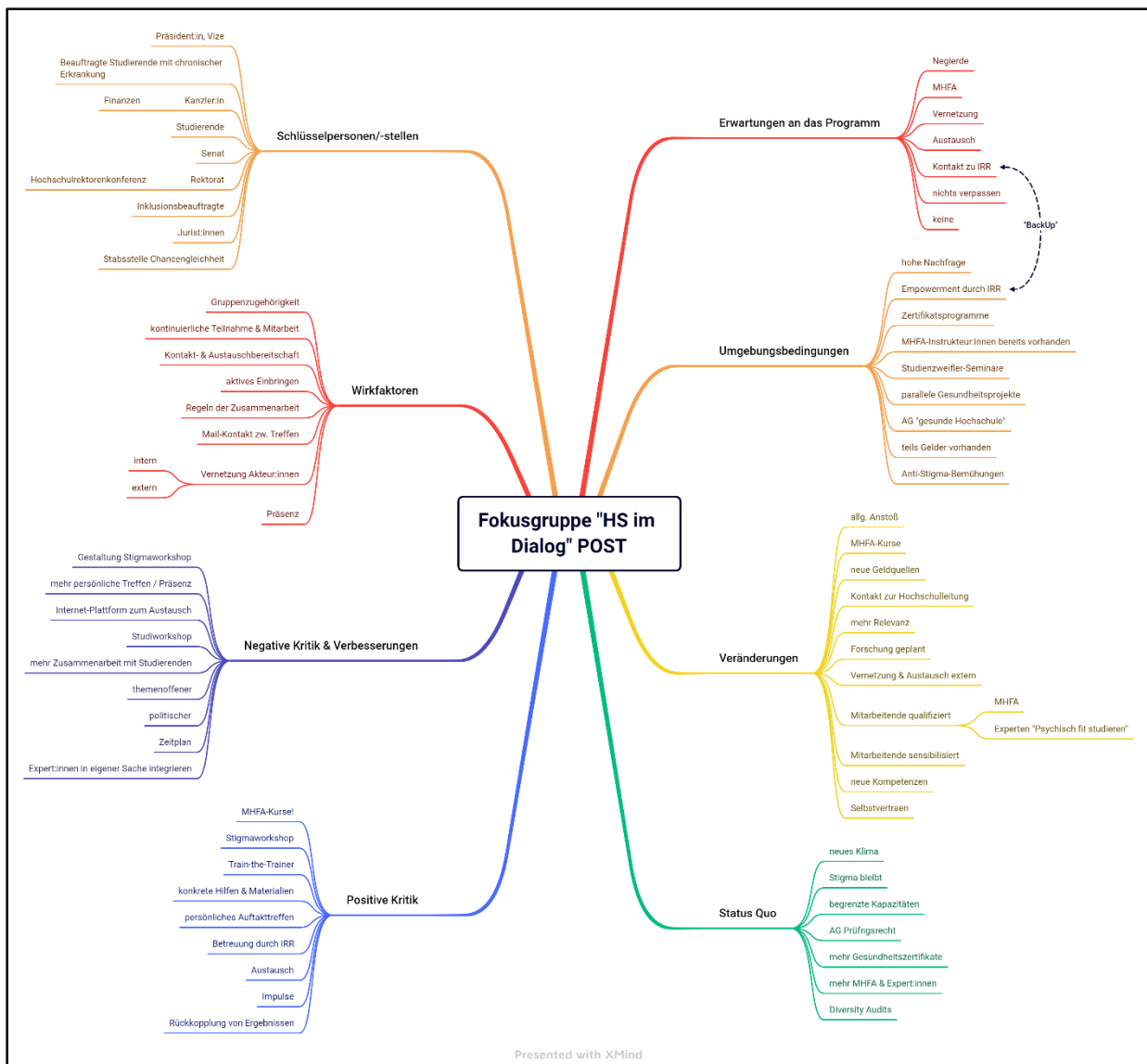


Abbildung 35. Kategoriensystem der qualitativen Befragung zu Programmende.

Erwartungen an das Programm

Die Teilnehmenden gingen mit unterschiedlichen Vorstellungen und Zielen in das Präventionsprogramm „Hochschulen im Dialog“ hinein. Interesse bestand insbesondere an der MHFA-Schulung, an der Vernetzung mit anderen Hochschulen sowie am Austausch. Auch der Kontakt zu

Irrsinnig Menschlich e.V. sollte durch die Teilnahme teilweise verstärkt oder ausgebaut werden. Ein:e Proband:in nahm aus reiner Neugierde am Programm teil, ein:e weitere:r aus der Motivation heraus, nichts verpassen zu wollen.

„Psychisch fit studieren war ursprünglich der Türöffner. Wir waren schon bei den Anfängen dabei und wollten auch die weiteren Entwicklungen verfolgen.“

„Wir hatten Interesse, von den Problemen anderer Hochschulen zu hören und zu prüfen, was man von anderen lernen und übernehmen kann.“

Allgemeine Beobachtungen und Umgebungsfaktoren

Im Rahmen der qualitativen Erhebung ließ sich top down eine Kategorie bilden, welche das Setting und die Umgebungsfaktoren der teilnehmenden Hochschulen beschreibt. Jede Hochschule hatte demnach unterschiedliche Startbedingungen, die sich in den Aussagen der Proband:innen wiederfanden. Zudem entwickelte sich das Umfeld der Teilnehmenden während des Projektjahres unterschiedlich.

In einer Hochschule zeigten die Kolleg:innen sehr viel Interesse an dem Programm. Andere erlebten ein Empowerment der eigenen Stelle und Stellung innerhalb der Hochschule. Es wurde teils beschrieben, dass es konkurrierende Gesundheitsprojekte parallel gäbe. Einige Hochschulen würden auch bereits einschlägige Qualifikationen mitbringen wie MHFA-Instrukteur:in, Zertifikatsprogramm für Studierende, Seminare für Studienzweifler:innen und bereits eine eigene Arbeitsgemeinschaft „Gesunde Hochschule“. Bei manchen wäre bereits Geld da, bei anderen wäre eine Finanzierung überhaupt erst zu klären.

„Vor Gründung des Projekts wurde bereits ein hoher Geldbetrag für die Gesundheit der Studierenden bewilligt.“

„Der Hintergrund von "Irrsinnig-Menschlich" hat dem Projekt Unterstützung und Backup verliehen.“

Veränderungen durch die Teilnahme an „Hochschulen im Dialog“

Die Befragten konnten eine Reihe von Erfolgen und positiven Veränderungen berichten, welche sie der Teilnahme am Programm „Hochschulen im Dialog“ zuwiesen. Abbildung 36 gibt eine Übersicht. Die Veränderungen waren sehr vielseitig und deckten sich teils mit den ursprünglichen Projektzielen. Die Bereiche Selbstvertrauen und Forschung sind als neuwertig zu betrachten und waren so nicht in den Projektzielen verankert.

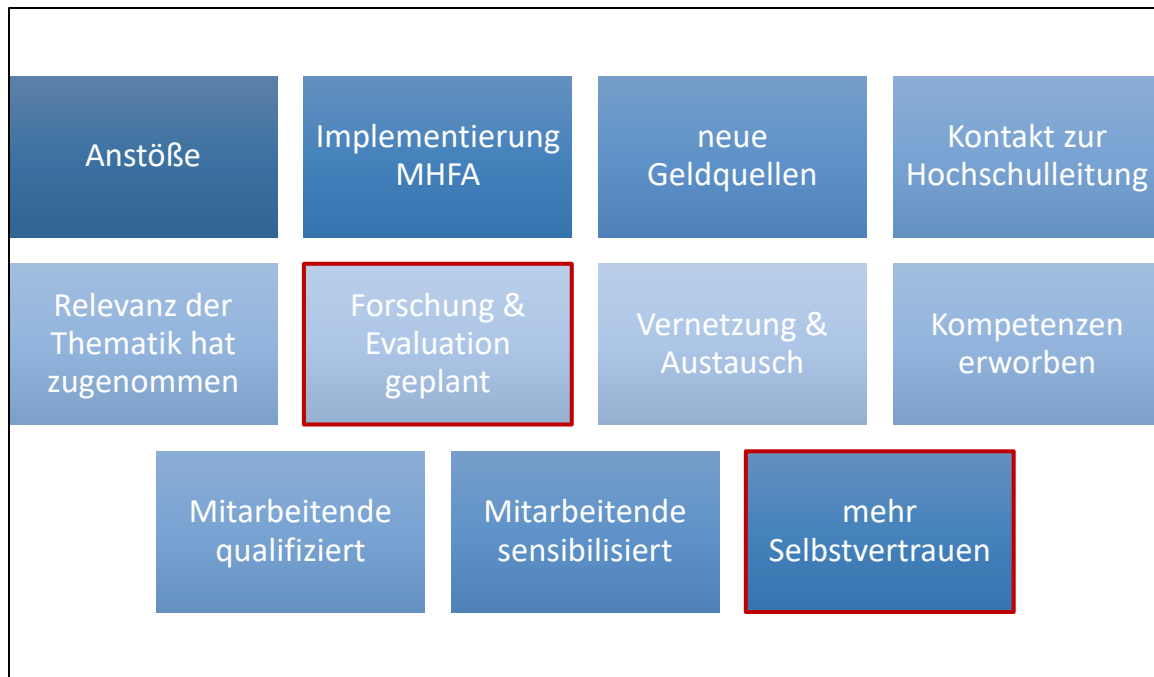


Abbildung 36. Erfolgreiche Veränderungen durch die Teilnahme an "Hochschulen im Dialog".

„80-100 Hochschulmitarbeitende konnten im Rahmen von Hochschulen im Dialog geschult werden.“

„Alle mit demselben Ziel. Das war sehr empowernd und bestätigend.“

„Erkenntnis, dass eigene Expertise eine Berechtigung hat.“

„Wir haben Ideen für neue Forschungsprojekte gewonnen. Wir waren hier bereits mit eigenen kleinen Anträgen aktiv und haben auch eine Befragung zum Status Quo unter Studierenden zu psychischen Belastungen durchgeführt.“

Status Quo „Psychisch fitte Hochschule“

Bezüglich stigmatisierender Prozesse an der Hochschule beschrieben die Befragten weiterhin eine Relevanz der Thematik. Die Fakultäten wären hierbei sehr heterogen. Stigmatisierung gäbe es sowohl auf Seiten der Studierenden als auch auf Seiten der Mitarbeitenden. Es müsste deutlich mehr Teilzeitstudiengänge gäben um Studierenden mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden. Zudem müsste sich eine gesonderte Arbeitsgruppe zwingend mit dem Prüfungsrecht befassen. Teilweise gäbe es hier mittlerweile Bemühungen. Manche teilnehmenden Hochschulen hätten bereits erste Gesundheitszertifikate für Studierende eingeführt und knüpften bestimmte Kurse daran. Zu Ende des Projektjahres gäbe es viele ausgebildete MHFA-Instrukteur:innen und fachliche Expert:innen für „Psychisch fit studieren“. Insgesamt würde sich das Klima an den Hochschulen bezüglich psychischer Erkrankungen und psychischer Gesundheit ändern. Die Kapazitäten wären dennoch weiterhin sehr knapp.

„Herausforderungen bei der Betreuung von Studierenden mit psychischen Belastungen, insbesondere bei begrenzten Ressourcen“

„das ganze Klima ändert sich gerade“

„Das Thema psychische Gesundheit ist gesellschaftlich und hochschulintern noch nicht vollständig überwunden.“

Positive Kritik

Besonders positiv hervorgehoben wurden die persönlichen Formate, allen voran das Auftakttreffen. Die Befragten würden von einem persönlichen Austausch zwischen verschiedenen Hochschulen stark profitieren. Zudem hätte man viele wertvolle Anregungen durch den Verein und den Austausch erhalten. Die wichtigsten Erkenntnisse und Tipps waren: Erwartungshaltung „kleiner Schritte“, realistische Erwartungen bezüglich Finanzierungsmöglichkeiten, Kontaktherstellung zur Hochschulleitung und zu Entscheidungsträger:innen als Grundvoraussetzung.

Darüber hinaus wurden alle angebotenen Workshop-Formate gelobt: MHFA, Stigma, Train-the-Trainer. Insgesamt haben die Befragten die Konkretigkeit der Hilfen und Materialien betont sowie die Betreuung durch den Verein. Auch die Rückkopplung der Ergebnisse der Studierendenbefragung wurde positiv aufgenommen.

„Die Betreuung und Begleitung war ausgezeichnet. Es gab schnelle und hilfreiche Antworten auf unsere Anfragen.“

„Die berichteten Ergebnisse aus den Studierendenworkshops waren gutes Futter.“

Negative Kritik und Verbesserungsvorschläge

Die Teilnehmenden der qualitativen Befragung am Ende des Projektjahres wurden ebenso befragt, welche Aspekte für folgende „Hochschulen-im-Dialog“-Kurse verbessert werden könnten. Da der persönliche Kontakt zum Austausch am meisten geschätzt wurde, sprach man sich für mehr persönliche Kontakte aus. Auch Online-Meetings innerhalb des Projektjahres sollten hochfrequenter stattfinden. Eine Teilnehmerin hatte die Idee einer Internet-Plattform mit Chat-Funktion, die alle gemeinsam nutzen und füllen können.

Es wurde sich dafür ausgesprochen sowohl die Studierendenschaft als auch die Hochschulleitung stärker in das Projektjahr einzubinden. Die Themen könnten etwas offener mit mehr Auswahlmöglichkeit je nach persönlichem Schwerpunkt und Vorwissen gestaltet werden. Es kam auch der Wunsch auf, Expert:innen in eigener Sache als Betreuung mit einzubeziehen, wie es bei den anderen Formaten des Vereins üblich ist.

Kritisiert wurden Zeitplan und fehlende Verbindlichkeit über das Projektjahr hinweg. Es hätte zu Beginn ein hohes Tempo mit vielen Kursen gegeben und dann wäre dazwischen zu viel Zeit vergangen ohne Projektaufgaben. Einige Hochschulen hätten sich über die Zeit hinweg immer weniger eingebracht. Hier wurde sich mehr Druck und Nachmotivieren durch den Verein gewünscht.

Unter den befragten Hochschulen hätte kaum jemand an den Studierendenworkshops teilgenommen. Teilweise wäre es aus Datenschutzgründen schwierig gewesen, dafür Werbung zu machen. Andere kritisierten den Zeitpunkt. Studierendenformate sollten in der Vorlesungszeit stattfinden. Der Stigma-Workshop wäre gut gewesen, jedoch zu theoretisch. Nach den vermittelten theoretischen Inhalten

hätte es eine Reihe konkreter Handlungsempfehlungen benötigt, um daraus praktisches Veränderungswissen mitzunehmen.

„Der Workshop [Stigma] beinhaltete hauptsächlich Psychoedukation und Reflexion über die eigene Hochschule. Konkrete Handlungsempfehlungen für bestimmte Situationen fehlten jedoch.“

„Der virtuelle Raum war dann im Anschluss über die Zeit hinweg okay, persönlicher Austausch jedoch wertvoller.“

„Es braucht mehr Anstupser, dabei zu bleiben über das Projektjahr hinweg. Es braucht mehr Zug dahinter und mehr Haltemomente müssen geschaffen werden.“

„Treibende Kräfte“ / Wirkmechanismen (-voraussetzungen)

Im Gesprächsverlauf sind die Befragten wiederholt auf Aspekte eingegangen, die sie als Voraussetzung für das Gelingen eines Austausches und miteinander Arbeitens zwischen den Hochschulen ansahen. Diese wichtigen, zugrundeliegenden „Wirkmechanismen“ werden in *Abbildung 37* kurz benannt:

Gruppen- zugehörigkeit	Kontinuität	Kontaktbereit- schaft	aktives Einbringen
allgemeine Regeln von Zusammenarbeit	Email-Kontakte zwischen den Treffen	Präsenz	interne und externe Vernetzung

Abbildung 37. Grundlegende Wirkmechanismen aus Sicht der Teilnehmenden der qualitativen Befragung zu Projektende.

„Das ganze Format war sehr gut, sehr vielseitig und abwechslungsreich. Ich konnte nur nicht profitieren, weil ich keine Kapazitäten und zu viel Vorwissen hatte. Zudem habe ich den Auftakt verpasst.“

„Motivation, nicht nur zu nehmen, sondern auch zurückzugeben“

„Empfinden, Teil eines Netzwerks mit anderen interessierten und engagierten Personen zu sein“

Schlüsselpersonen/-stellen

Abschließend wurden eine Reihe von Schlüsselpersonen genannt, die sich als relevant für Fortschritte innerhalb des Projektjahres herausgestellt haben. Einige sind bereits im Vorfeld bekannt gewesen. Andere waren eher neu und hätten sich aus dem Austausch über unterschiedliche Vorgehensweisen und Erfahrungen heraus ergeben. Diese „neueren“ Schlüsselpersonen sind in *Abbildung 38* rot umrandet.

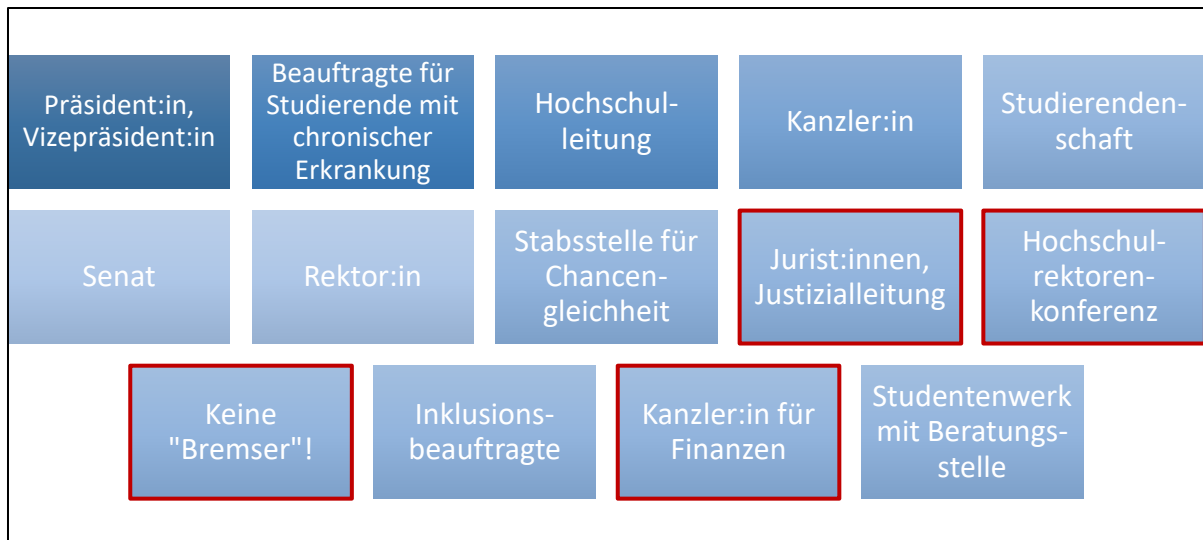


Abbildung 38. Schlüsselpersonen für Veränderungen zur Förderung der psychischen Gesundheit an der Hochschule.

6.3. Ergebnisse im Arbeitspaket 3 „Gruppe B: Hochschulmitarbeitende in der Lehre“

6.3.1 Stichprobenbeschreibung

Im Frühjahr 2024 nahmen 216 Personen an einer anonymen schriftlichen Online-Befragung teil, von denen 175 (81,0%) den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Es handelte sich dabei um Hochschulmitarbeitende von vier verschiedenen Hochschulen in Deutschland. Sie waren durchschnittlich 44 Jahre alt ($M = 44,3$; $SD = 11,1$; Range = 25-66). Ihr Geschlecht gaben die Teilnehmenden zu 59,7% mit weiblich, zu 39,4% mit männlich und zu 0,9% mit divers an. 109 Teilnehmende gehörten „Hochschule 1“ an (50,5%), 33 der „Hochschule 2“ (15,3%), 24 der „Hochschule 3“ (11,1%) und 50 der „Hochschule 4“ (23,1%) (vergleiche Abbildung 39).

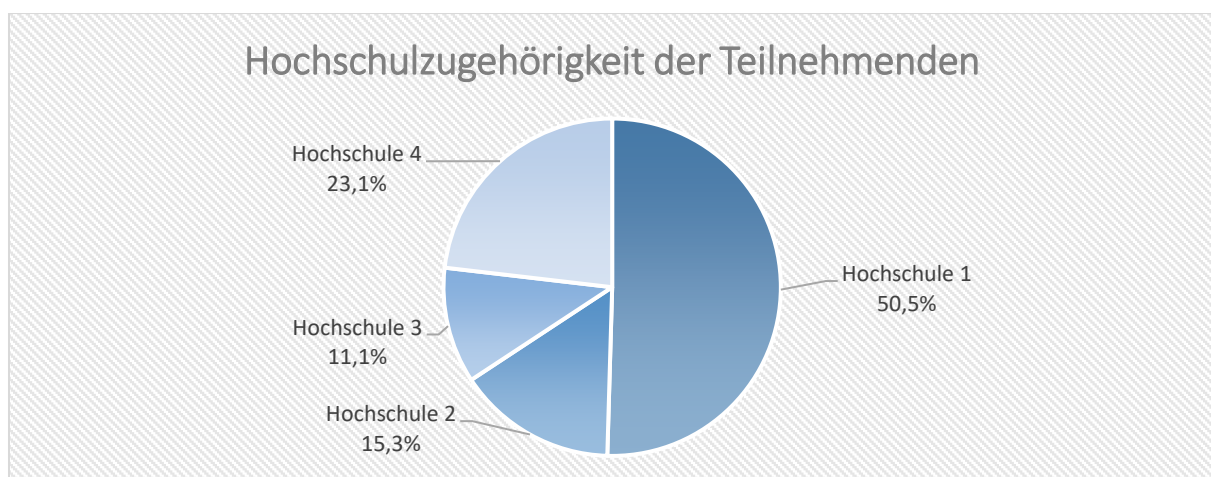


Abbildung 39. Hochschulzugehörigkeit der Teilnehmenden (n=216).

Die Befragten waren durchschnittlich seit 10 Jahren ($M = 10,4$; $SD = 8,3$; Range = 0-35) an ihrer Hochschule tätig und generell seit 14 Jahren ($M = 14,0$; $SD = 9,7$; Range = 0-40) im Hochschulbereich beschäftigt. Auf die Frage nach dem Bereich, in dem sie an der Hochschule tätig sind, wurde am häufigsten „Lehre und Forschung“ genannt. Weitere Auswahlmöglichkeiten waren: Studentenwerk, Prüfungsamt, BAföG-Amt, Zentrale Studienberatung, Hochschulsport & Freizeit, Geschäftsleitung, Eigentumsverwaltung & Instandhaltung, Bibliothek & Informationsmanagement, Mittelbeschaffung &

Alumniverwaltung, Administration (Finanzen, IT), Psychosoziale Beratung, Inklusion/ Gleichstellungsbeauftragte, andere. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich. Tabelle 23 zeigt die Verteilung. Unter der Antwortoption „Andere“ konnten weitere Tätigkeitsbereich genannt werden (z.B.: Verwaltung, Personalentwicklung, International Office, Fachstudienberatung, externe:r Dozent:in).

Tabelle 23. Tätigkeitsbereich an der Hochschule (Mehrfachantworten, n=216).

Tätigkeitsbereich	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Lehre / Forschung	186	86,1%
Administration	9	4,2%
Zentrale Studienberatung	7	3,2%
Inklusion / Gleichstellungsbeauftragte	7	3,2%
Prüfungsamt	2	0,9%
Bibliothek / Informationsmanagement	2	0,9%
Studentenwerk	1	0,5%
Hochschulsport / Freizeit	1	0,5%
Mittelbeschaffung / Alumniverwaltung	1	0,5%
Andere	23	10,6%

6.3.2 Hochschule und Förderung psychischer Gesundheit aus Sicht von Lehrenden

187 Teilnehmende bejahten die Frage, ob sie aktiv in der Lehre tätig seien. Diese wiederum waren durchschnittlich 8,0 Semesterwochenstunden mit Lehrtätigkeiten beschäftigt ($M = 8,0$; $SD = 6,4$; Range = 0,5-40). Auf die Frage nach der Fakultät, an der die Lehrenden tätig waren, wurde von diesen 187 Personen am häufigsten „Ingenieurwissenschaften“ ausgewählt. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zulässig. Tabelle 24 zeigt die Verteilung.

Tabelle 24. Fakultät der Lehrtätigkeit (Mehrfachantworten, n=187).

Tätigkeitsbereich	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Ingenieurwissenschaften	68	36,4%
Mathematik	25	13,4%
Medizin	25	13,4%
Wirtschafts- und Rechtswissenschaften	19	10,2%
Gesellschafts- und Sozialwissenschaften	19	10,2%
Sprach- und Kulturwissenschaften	15	8,0%
Lehramt	9	4,8%
Öffentliche Verwaltung	2	1,1%
Kunst, Musik, Design	2	1,1%

Agrarwissenschaften	1	0,5%
Sonstige	18	9,6%

Gemäß der Teilnehmenden waren alle Hochschulen auf unterschiedliche Fachgebiete spezialisiert. Insbesondere die Fachbereiche Ingenieurwissenschaften, Mathematik & Naturwissenschaften sowie Gesellschafts- und Sozialwissenschaften waren vertreten. Die Bereiche Lehramt, Kunst und Agrar waren kaum vertreten.

Die Frage, ob der bzw. die Befragte mit der eigenen Position an der Hochschule Aufgaben zur Förderung psychischer Gesundheit von Studierenden verband, wurde von 175 Personen beantwortet, wovon sie 59 (33,7%) bejahten und 116 (66,3%) verneinten. Wer die Frage bejahte, wurde gebeten, die eigene Rolle kurz zu beschreiben. Das offene Antwortformat der Frage offenbarte ein breites Spektrum von Aufklärung und Beratung bis hin zu Seelsorge und dezidierten Seminarangeboten.

Die Proband:innen, die mit ihrer Position Aufgaben zur Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Studierenden verbanden, waren überwiegend weiblich (67,8%) und durchschnittlich 46 Jahre ($M = 45,7$, $SD = 10,1$). Im Mittel waren sie bereits 15 Jahre im Hochschulbetrieb tätig ($M = 15,3$, $SD = 8,6$). Der deutlich überwiegende Teil war in der Lehre bzw. Forschung tätig (78%). Die übrigen 22% verteilten sich auf die Bereiche Inklusion/ Gleichstellung (8,5%), Studienberatung (6,8%), Bibliothek (1,7%) und IT (1,7%).

Die Proband:innen, die mit ihrer Position keine Aufgaben in Bezug auf psychische Gesundheit verbanden, waren ebenfalls häufiger weiblich, jedoch mit geringerem Unterschied (56,9% weiblich). Sie waren etwas jünger mit einem Durchschnittsalter von 44 Jahren ($M = 44,2$, $SD = 10,8$) und durchschnittlich zwei Jahre weniger im Hochschulbetrieb tätig ($M = 13,2$, $SD = 9,5$). Nahezu alle waren in der Lehre tätig (90,5%). Weitere Tätigkeitsfelder waren Inklusion, IT, Hochschulsport, Prüfungsamt und Studienberatung.

Beide Gruppen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die Wahrnehmung von Stereotypen sowie der Zustimmung zu Stereotypen, die mit psychischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen ($p_{\text{awareness}} = .41$, $p_{\text{agreement}} = .23$; $n = 132$). Zur Erhebung von Stigmatisierung wurden zwei Subskalen der Self Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS, u.a. Corrigan et al. 2012) verwendet: SSMIS awareness (Wahrnehmung von Stigmatisierung) und SSMIS agreement (Zustimmung zu Stigmatisierung). Eine ausführlichere Darstellung der Items findet sich in Abschnitt 5.

Die Nichtbeantwortung der Frage nach Aufgaben zur Förderung psychischer Gesundheit von Studierenden kam einem Abbruch gleich. Alle weiteren Fragen wurden von maximal 175 Personen beantwortet.

Der nächste Fragenblock beleuchtete den aktuell wahrgenommenen Grad eines gesundheitsförderlich gestalteten Hochschullebens. Er bestand aus zehn Fragen, die jeweils auf einer fünfstufigen Skala von 1 = *Trifft gar nicht zu* bis 5 = *Trifft voll und ganz zu* beantwortet wurden. Tabelle 25 gibt die Ergebnisse je Hochschule wieder, wobei die Spalte „% nb“ jeweils den Anteil derjenigen darstellt, die die Frage mit „nicht bekannt“ beantwortet haben.

Tabelle 25. Einschätzung der Gütekriterien eines gesundheitsförderlich gestalteten Hochschullebens (n=171); nb = nicht bekannt“

Gütekriterien	HS 1 (n = 76)		HS 2 (n = 28)		HS 3 (n = 21)		HS 4 (n = 46)		gesamt (n = 171)	
	Mittelwert	% nb	Mittelwert	% nb	Mittelwert	% nb	Mittelwert	% nb	Mittelwert	% nb
Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen (n = 127)	3,29 n = 56	26	3,45 n = 22	21	3,00 n = 11	48	3,24 n = 38	17	3,28 n = 127	26
Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden (n = 122)	3,63 n = 56	26	3,71 n = 21	25	3,00 n = 12	43	3,58 n = 33	28	3,57 n = 122	29
Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert (n = 122)	3,88 n = 51	33	3,63 n = 24	14	3,00 n = 12	43	3,71 n = 35	24	3,70 n = 122	29
Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mit berücksichtigt (n = 129)	2,48 n = 60	21	2,52 n = 21	25	2,30 n = 10	52	2,68 n = 38	17	2,68 n = 129	25
Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt (n = 77)	3,84 n = 31	59	4,08 n = 12	57	3,13 n = 8	62	4,00 n = 26	43	3,86 n = 77	55
An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung (n = 74)	3,39 n = 33	57	1,91 n = 11	61	1,57 n = 7	67	3,52 n = 23	50	3,04 n = 74	57
Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene) (n = 121)	3,33 n = 48	24	3,42 n = 26	7	2,20 n = 10	52	3,46 n = 37	20	3,30 n = 121	29

Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit ($n = 19$)	2,50 $n = 8$	89	1,00 $n = 2$	93	1,75 $n = 4$	81	1,60 $n = 5$	89	1,95 $n = 19$	89
Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt ($n = 102$)	3,93 $n = 46$	39	4,24 $n = 17$	39	3,50 $n = 10$	52	4,10 $n = 29$	37	3,99 $n = 102$	40
Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen ($n = 63$)	3,29 $n = 21$	72	3,90 $n = 10$	64	3,42 $n = 12$	43	3,35 $n = 20$	57	3,43 $n = 63$	63
Gesamt	3,36		3,19		2,69		3,32		3,28	

Über alle vier Hochschulen hinweg wurde der Erfüllungsgrad der 10 Gütekriterien eines gesundheitsförderlich gestalteten Hochschullebens eingeschätzt. Es gab vereinzelt Höchstwerte zwischen 4 und 5 für zwei Hochschulen (Steuerungsgruppe an zwei Hochschulen). Jedoch wurden mit Ausnahme eines Gütekriteriums (Okanagan Charta) auch keine Niedrigwerte zwischen 1 und 2 verzeichnet. Demnach befinden sich die Hochschulen mit ihren Bemühungen um Gesundheitsförderung aus Sicht der befragten Hochschulmitarbeitenden alle im mittleren Bereich. Durchschnittlich am stärksten umgesetzt wurde das Gütekriterium „**Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität werden von der Steuerungsgruppe behandelt**“ ($M = 3,99$); gefolgt von „es existiert eine **Steuerungsgruppe**“ ($M = 3,86$) und „**Konzept zur Gesundheitsförderung** ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert“ ($M = 3,70$). Den geringsten Umsetzungsgrad hat das Gütekriterium „**Okanagan Charta** wurde unterzeichnet“ ($M = 1,95$), gefolgt von „Gesundheitsförderung wird **bei allen Prozessen und Entscheidungen** mit berücksichtigt“ ($M = 2,68$).

Bei Gegenüberstellung der vier Hochschulen finden sich feine Unterschiede. Die Hochschulen weisen unterschiedliche Schwerpunkte in der Gesundheitsförderung auf. Wohingegen Hochschule 1 in allen Gütekriterien im mittleren bis fortschrittlicheren Bereich liegt, zeigt sich bei Hochschule 2 ein Fokus auf die Steuerungsgruppen, den verhältnispräventiven Ansatz und Vernetzung. Hochschule 3 setzt ebenfalls aktuell eher auf Vernetzung und den Einsatz von Steuerungsgruppen und ist in den übrigen Gütekriterien aus Sicht der Hochschulmitarbeitenden eher im durchschnittlichen bis unterdurchschnittlichen Bereich. Auch Hochschule 4 nutzt Steuerungsgruppen, Verhältnisprävention und Vernetzung, verfolgt jedoch zusätzlich ein stringentes Konzept innerhalb der Hochschulpolitik.

Zu beachten ist der teils sehr **hohe Anteil mit der Antwortoption „nicht bekannt“**. Bei der Okanagan Charta gaben ca. 90% der Befragten an, dieses Gütekriterium nicht zu kennen. Auch bei den übrigen Gütekriterien schwankt der Unbekanntheitsgrad zwischen 7% und 72%. Hier deutet sich eine teils hohe Unwissenheit unter Hochschulmitarbeitenden bezüglich der Gütekriterien gesundheitsförderlicher Hochschule im Zusammenhang mit ihrer Hochschule an.

6.3.3 Wissen und Fertigkeiten von Lehrenden im Umgang mit psychisch belasteten Studierenden

Es folgten sechs Fragen mit teils offenem Antwortformat, mit denen das eigene Wissen und Fertigkeiten der Teilnehmenden betrachtet wurden.

Die erste Frage bezog sich darauf, **wie sicher sich die Teilnehmenden im Umgang mit Studierenden fühlen, die sich in einer psychischen Krise befinden**. 57 (46,0%) der verwertbaren Aussagen lagen im Bereich „sehr unsicher“ bis „nicht sehr sicher“, 42 (33,9%) im Bereich „relativ sicher“ und 25 (20,2%) im Bereich „(sehr) sicher“.

Die folgende Frage ergründete, **wie die Teilnehmenden mit Studierenden umgehen, die sich in einer psychischen Krise befinden** bzw. wie sie mit ihnen umgehen würden. Die 135 verwertbaren Antworten lassen sich grob in drei Bereiche zusammenfassen. Hierbei handelt es sich um den Verweis an andere Stellen (96-mal genannt), um das Führen eines persönlichen Gesprächs (66-mal genannt) und um das Anbieten instrumenteller Hilfe, z. B. Unterstützung bei der Beantragung von Fristverlängerung oder Urlaubssemestern, Gewähr von Ausgleichsleistungen oder der Möglichkeit von Onlineunterricht (insgesamt 30-mal genannt).

Im Rahmen der dritten Frage sollten die Teilnehmenden **existierende gute Angebote ihrer Hochschule benennen**, welche vor allem Lehrpersonen im Umgang mit Studierenden in psychischen Krisen weiterhelfen bzw. unterstützen. Die 135 verwertbaren Antworten lassen sich grob in vier Bereiche gliedern. Am häufigsten wurde „nicht bekannt“/„nicht vorhanden“ (60-mal) angegeben, demnach gab fast jede:r Zweite (44,4 %) Lehrende an, keine Hilfsangebote zu kennen. 26 Antworten wiesen auf den psychosozialen Dienst bzw. Beratung hin (19,3%), lediglich acht Teilnehmende nannten die Studienberatung (5,9%). 53 Antworten (39,3%) bezogen sich auf sonstige Angebote, darunter Workshops sowie Angebote des Vereins Irrsinnig Menschlich und die MHFA-Ausbildung.

Bei der vierten Frage durften die Teilnehmenden **angeben, wo sie sich noch Unterstützung im Umgang mit Studierenden in psychischen Krisen wünschen** würden. Jeweils 25 Antworten (19,7%) bezogen sich auf ein stärkeres Weiterbildungsangebot sowie auf die Verfügbarkeit professioneller Anlaufstellen. Neun Teilnehmende (7,1%) wünschten sich eine Handreichung, wie sie sich in konkreten Situationen verhalten sollten, und 37 (29,1%) Antworten enthielten sonstige Vorschläge, u. a. ein größeres Zeitkontingent für die Betreuung der Studierenden. Aufgrund des offenen Antwortformats umfassten einige Antworten mehrere Kategorien. 34 der 127 Antwortenden (26,8%) gaben keinen (konkreten) Bedarf an.

Im Rahmen der fünften Frage sollten die Teilnehmenden **Schlüsselpersonen bzw. Schlüsselstellen bzgl. Prävention psychischer Krisen und Förderung psychischer Gesundheit an ihrer Hochschule benennen**. Von den 133 verwertbaren Antworten lauteten 44 „nicht bekannt“ (33,1%), 15 verwiesen auf das Lehrpersonal (11,3%), neun auf die psychosoziale Beratung (6,8%) und 68 auf sonstige Stellen (51,1%), u. a. Dekanat, Präsidium oder Gesundheitsmanagement.

Die letzte offene Frage sollte ergründen, **wie Multiplikator:innen zur Förderung der psychischen Gesundheit an der Hochschule erreicht werden könnten** und ergab 129 verwertbare Antworten. 62 Teilnehmende (48,1%) gaben an, dass ihnen nichts bekannt sei. 28 Antwortende (21,7%) wünschten sich dedizierte Veranstaltungen, inkl. Fortbildungen, 22 (17,1%) zielten auf strukturelle Bedingungen ab und 28 (21,7%) nannten diverse Vorschläge, z. B. hinsichtlich Kommunikation.

6.3.4 Stigmatisierung an der Hochschule

Auf einer Skala von 0 („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“) wurden alle Teilnehmenden gebeten, Aussagen über das Vorkommen von stereotypen Vorstellungen zu Menschen mit psychischer Erkrankung, zu Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und zum Diskriminierungsverhalten zu treffen – jeweils bezogen auf ihre Hochschule, auf die Studierenden untereinander sowie innerhalb des Kollegiums ihrer Hochschule. Die Wahrnehmung von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung variierte teils stark über die Befragten hinweg (Range = 9-44). Im Durchschnitt sind die drei Dimensionen von Stigmatisierung an den beteiligten Hochschulen aus Sicht der Befragten im niedrigen bis mittleren Bereich ausgeprägt (vergleiche Tabelle 26). Stereotype Vorstellungen, Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten und Diskriminierung wurden im Setting Hochschule allgemein höher eingeschätzt im Vergleich zu Studierenden untereinander und Kolleg:innen untereinander.

Für die Befragten der Hochschule 1 zeigte sich Stigmatisierung stärker im allgemeinen Hochschulkontext, weniger unter Studierenden oder Mitarbeitenden. In Hochschule 3 wurden die drei Ebenen von Stigmatisierung eher im Kollegium und im Hochschulkontext allgemein gesehen, weniger unter Studierenden. Für Hochschule 4 verhält es sich gegensätzlich. Hier schätzten die Befragten das Vorkommen von Stigmatisierung unter Studierenden etwas höher ein. Für Hochschule 2 zeigt sich ein heterogenes Bild über die drei Ebenen hinweg. Abbildung 40 gibt eine Übersicht der 3 Ebenen von Stigmatisierung über alle vier Hochschulen hinweg. Abbildung 41 zeigt die durchschnittlichen Stigmatisierungswerte getrennt für die vier Hochschulen. Hochschule 4 hat im Mittel den geringsten Stigmatisierungswert über alle drei Skalen hinweg ($M = 15,47$), gefolgt von Hochschule 3 ($M = 17,22$) sowie Hochschule 2 ($M = 19,53$) und Hochschule 1 ($M = 20,73$).

Tabelle 26. Einschätzung der Stigmatisierung an der Hochschule ($n=109$); HS 1 = Hochschule 1, HS 2 = Hochschule 2, HS 3 = Hochschule 3, HS 4 = Hochschule 4.

	Hochschule			Studierende			Kollegium		
	M	Range	n	M	Range	n	M	Range	n
HS 1 Stereotype	31,79	0-95	43	23,52	0-99	33	23,84	0-95	44
HS 2 Stereotype	20,50	0-70	12	22,00	0-80	10	19,47	0-50	15
HS 3 Stereotype	24,17	0-80	12	11,00	0-40	10	21,33	0-80	9
HS 4 Stereotype	16,44	0-60	25	22,05	0-70	22	12,73	0-60	26
HS 1 Vorurteile	24,42	0-95	43	20,34	0-70	32	19,80	0-70	44
HS 2 Vorurteile	17,73	0-60	11	23,00	0-85	10	17,00	0-50	15
HS 3 Vorurteile	23,33	0-70	12	11,36	0-50	11	20,22	0-70	9
HS 4 Vorurteile	17,15	0-60	26	18,75	0-60	20	15,39	0-80	28
HS 1 Diskriminierung	18,50	0-90	38	12,32	0-70	31	12,21	0-80	42
HS 2 Diskriminierung	22,00	0-60	10	16,36	0-80	11	17,47	0-50	15
HS 3 Diskriminierung	14,00	0-90	10	8,33	0-20	9	21,33	0-90	9
HS 4 Diskriminierung	12,00	0-40	24	14,74	0-40	19	9,93	0-65	27
Stereotype gesamt	25,15	0-95	92	21,21	0-99	75	19,83	0-95	94
Vorurteile gesamt	21,42	0-95	92	18,92	0-85	73	18,11	0-80	96

**Diskriminierung
gesamt**

16,48

0-90

82

13,10

0-80

70

13,28

0-90

93

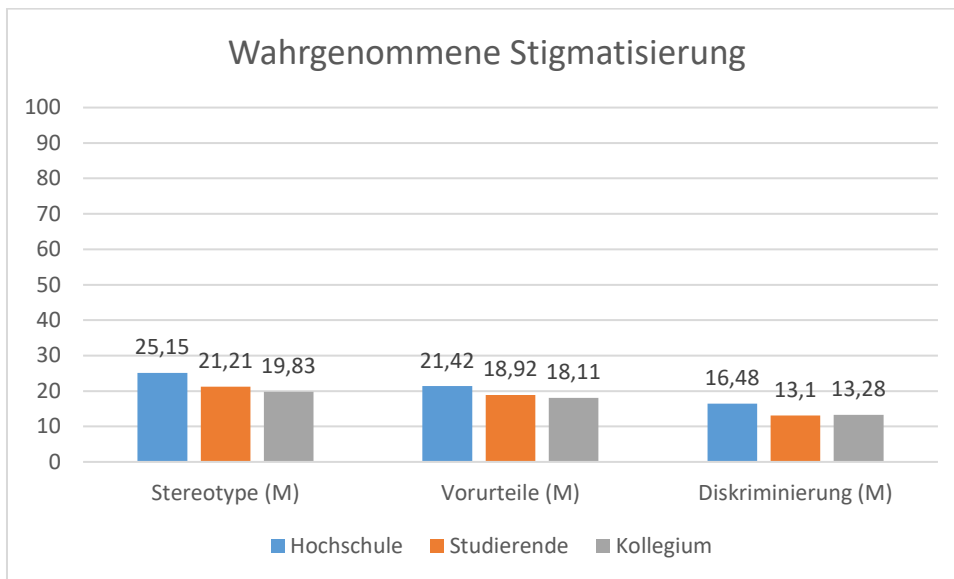


Abbildung 40. Durchschnittliche Einschätzung wahrgenommener Stereotypen, Vorurteilen und diskriminierendes Verhaltens im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im Setting Hochschule allgemein, unter Studierenden, im Kollegium (Skala von 0 („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“)).

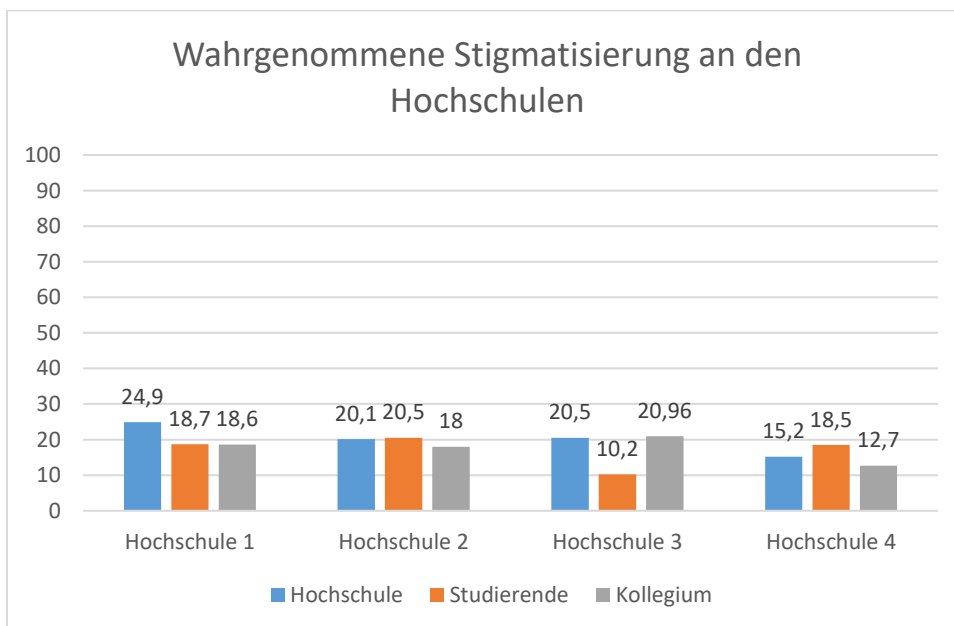


Abbildung 41. Durchschnittliche Einschätzung der Stigmatisierung getrennt für die vier beteiligten Hochschulen aus Sicht ihrer Mitarbeitenden (Skala von 0 („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“)).

6.3.5 Einstellungen zum Thema „Psychische Erkrankungen“

Im letzten Abschnitt des Fragebogens sollten die Einstellungen der Teilnehmenden ergründet werden. Hierfür waren zehn Fragen zu beantworten, und zwar zunächst dahingehend, wie die Teilnehmenden die öffentliche Meinung einschätzten und dann in Bezug auf ihre persönliche Meinung. Jede Frage wurde auf einer fünfstufigen Skala von 0 („Stimme überhaupt nicht zu“) bis 4 („Stimme völlig zu“) beantwortet. Die zwanzig Items entstammen der Self Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS, u.a.

Corrigan et al. 2012). Die Subskala Stereotype Awareness (SSMIS1) bildet die Wahrnehmung von Stereotypen in der Öffentlichkeit ab und beginnt jeweils mit den Worten: „Ich denke, die Öffentlichkeit glaubt, [z.B. den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen]“. Die Subskala Personal Agreement (SSMIS2) bildet die eigene Meinung zu den beschriebenen Sachverhalten ab und beginnt jeweils wie folgt: „Ich denke, [z.B. den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen]. Die Summenscores beider Skalen können höchstens 40 Punkte erreichen.

Wie in Tabelle 27 und Abbildung 42 ersichtlich, weichen die eingeschätzte öffentliche Meinung über psychisch Erkrankte und die persönliche Meinung in nahezu allen Items voneinander ab. Lediglich die Aussage „Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.“ wird ähnlich stark abgelehnt. In den übrigen neun Aussagen wird die öffentliche Haltung gegenüber psychisch Erkrankten von den Hochschulmitarbeitenden stigmatisierender eingeschätzt als ihre persönliche Haltung. Trotz der überwiegend linksschiefen Verteilung der Items wurde für die meisten Aussagen sowohl für die öffentliche als auch die persönliche Meinung der gesamte Wertebereich von 0 bis 4 genutzt.

Tabelle 27. Einstellungen (n=132).

	Öffentliche Meinung		Eigene Meinung	
	M	Range	M	Range
Den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	1,90	0-4	0,43	0-2
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.	1,00	0-3	0,80	0-4
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	2,25	0-4	0,77	0-4
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	1,19	0-4	0,73	0-4
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	1,93	0-4	0,20	0-3
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	1,36	0-4	0,43	0-3
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	2,23	0-4	0,53	0-4
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	1,92	0-4	0,21	0-3

Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	1,58	0-4	0,80	0-3
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	2,09	0-4	0,12	0-3
Summenscores	17,45 (SD: 8,48)	0-37	5,02 (SD: 5,33)	0-28

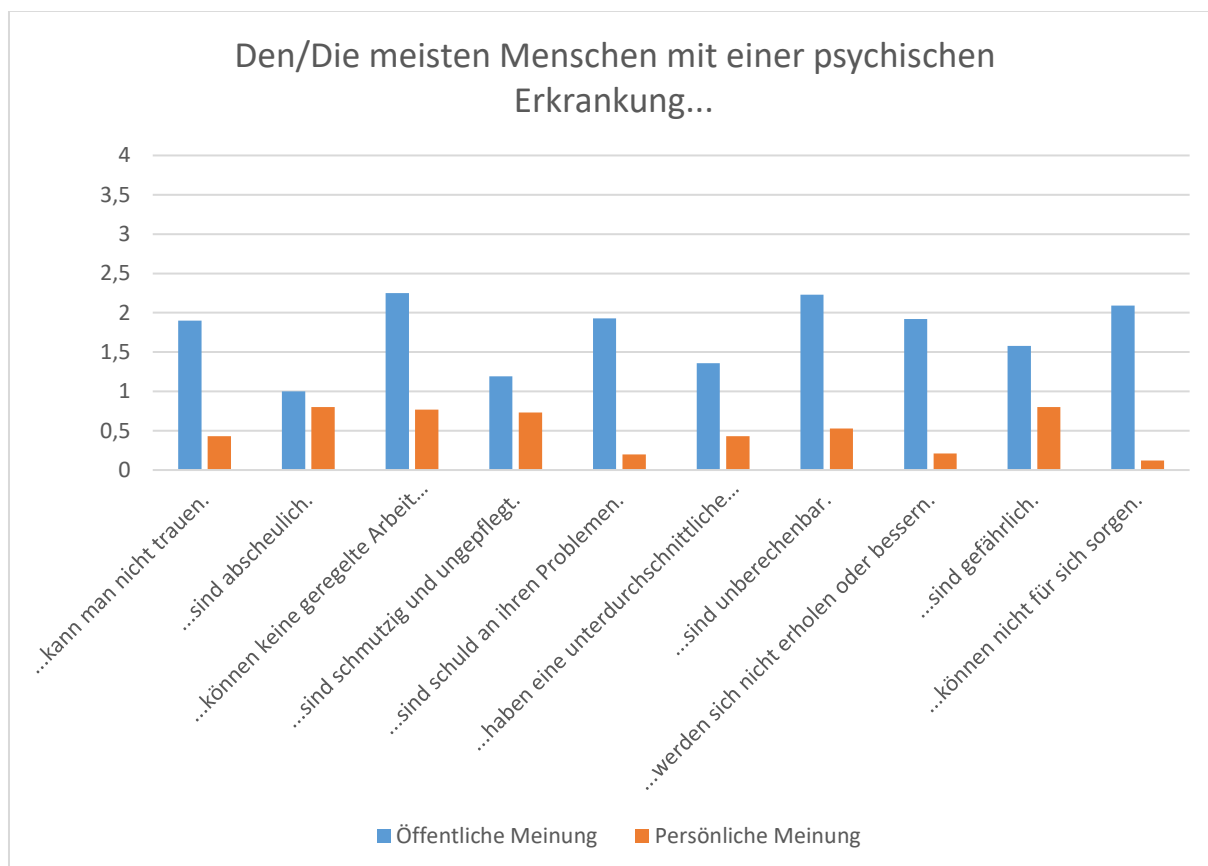


Abbildung 42. Gegenüberstellung von der Einschätzung der öffentlichen Meinung und der persönlichen Einstellung (n=132).

Eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Gruppenfaktor „Hochschule“ hat bezüglich Stereotypen und stigmatisierenden Einstellungen auf den Subskalen SSMIS1 und SSMIS2 keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Hochschulen ergeben (SSMIS1 – Öffentliche Meinung: $F(3, 131) = 0.23$, $p = .879$, $\eta^2 = .005$; SSMIS2 – Persönliche Meinung: $F(3, 131) = 0.12$, $p = .946$, $\eta^2 = .003$).

Es erfolgte eine detaillierte Aufschlüsselung der Einschätzungen der öffentlichen Meinung (Tabelle 28) sowie der persönlichen Einstellungen (Tabelle 29). Zudem veranschaulichen die Abbildungen 3 bis 12 die Verteilung der Antworten für die einzelnen Items des SSMIS getrennt zwischen öffentlicher und persönlicher Meinung. Die 132 Hochschulmitarbeitenden, die die beiden Subskalen des SSMIS vollständig ausgefüllt haben, stimmten den vorgegebenen stereotypen Aussagen über psychisch Erkrankte kaum zu. Wenige Items erreichen hier eine Zustimmung über 3%. Leichte Zustimmung („stimme etwas zu“ bis „stimme völlig zu“) erfuhr die Aussage „Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.“ mit 8,3%. Dass Betroffene keine geregelte Arbeit

bekommen oder halten könnten, stimmten 3,8% zu. Des Weiteren stimmten 6,2% etwas bis völlig der Aussage zu, dass psychisch Erkrankte ungepflegt und schmutzig seien. Der Unberechenbarkeit stimmten 4,6% etwas bis völlig zu.

Anders verhält es sich für die Einschätzung der öffentlichen Meinung über psychisch Erkrankte. Das Bild in der breiten Öffentlichkeit sei deutlich schlechter als das eigene. So gehen die Hochschulmitarbeitenden davon aus, dass etwa jede:r Zweite (52,3%) denkt, psychisch Erkrankte können keiner geregelten Arbeit nachgehen. Sie gehen ebenfalls davon aus, dass jede:r Dritte (33,3%) etwas bis stark davon überzeugt ist, psychisch Erkrankte seien an ihren Problem selbst schuld. Sie vermuteten zudem, dass psychisch Erkrankte in der Öffentlichkeit als unberechenbar gelten (49,2%). Weitere Aussagen sind der Abbildung 43 bis Abbildung 52 zu entnehmen.

Tabelle 28. Details zu Einstellungen – Einschätzung der öffentlichen Meinung (n=132).

	0 <i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	1 <i>Stimme etwas nicht zu</i>	2 <i>Weder noch</i>	3 <i>Stimme etwas zu</i>	4 <i>Stimme völlig zu</i>
Den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	14,4% n = 19	19,7% n = 26	31,8% n = 42	29,5% n = 39	4,5% n = 6
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.	43,2% n = 57	24,2% n = 32	22,0% n = 29	10,6% n = 14	0
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	9,1% n = 12	15,9% n = 21	22,7% n = 30	45,5% n = 60	6,8% n = 9
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	32,6% n = 43	28,8% n = 38	26,5% n = 35	11,4% n = 15	0,8% n = 1
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	13,6% n = 18	22,7% n = 30	30,3% n = 40	23,5% n = 31	9,8% n = 13
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	31,1% n = 41	22,7% n = 30	28,8% n = 38	14,4% n = 19	3,0% n = 4
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	11,4% n = 15	14,4% n = 19	25,0% n = 33	38,6% n = 51	10,6% n = 14
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	12,9% n = 17	20,5% n = 27	31,1% n = 41	32,6% n = 43	3,0% n = 4

Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	22,0% n = 29	28,0% n = 37	25,8% n = 34	18,9% n = 25	5,3% n = 7
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	9,8% n = 13	19,7% n = 26	28,8% n = 38	34,8% n = 46	6,8% n = 9

Tabelle 29. Details zu Einstellungen – Eigene Meinung (n=132).

	0 <i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	1 <i>Stimme etwas nicht zu</i>	2 <i>Weder noch</i>	3 <i>Stimme etwas zu</i>	4 <i>Stimme völlig zu</i>
Den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	68,2% n = 90	20,5% n = 27	11,4% n = 15	0	0
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.	53,8% n = 71	22,7% n = 30	15,2% n = 20	6,8% n = 9	1,5% n = 2
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	48,5% n = 64	31,8% n = 42	15,9% n = 21	2,3% n = 3	1,5% n = 2
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	51,5% n = 68	30,3% n = 40	12,1% n = 16	5,3% n = 7	0,8% n = 1
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	84,8% n = 112	11,4% n = 15	3,0% n = 4	0,8% n = 1	0
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	68,9% n = 91	21,2% n = 28	7,6% n = 10	2,3% n = 3	0
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	64,4% n = 85	23,5% n = 31	7,6% n = 10	3,8% n = 5	0,8% n = 1
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	87,1% n = 115	6,1% n = 8	5,3% n = 7	1,5% n = 2	0
Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	44,7% n = 59	34,8% n = 46	15,9% n = 21	4,5% n = 6	0

Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	92,4% n = 122	3,8% n = 5	3,0% n = 4	0,8% n = 1	0
---	------------------	---------------	---------------	---------------	---

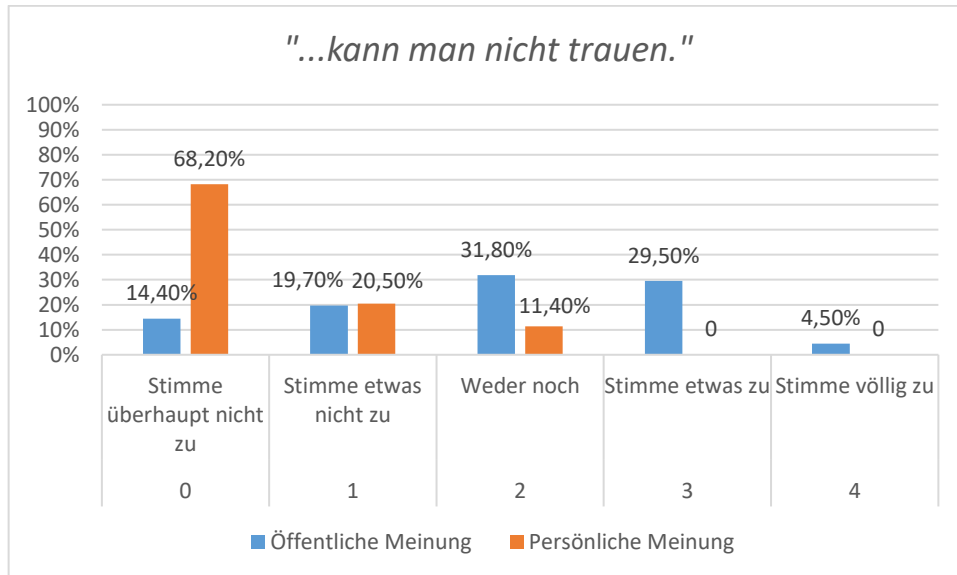


Abbildung 43. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Den meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen kann man nicht trauen."

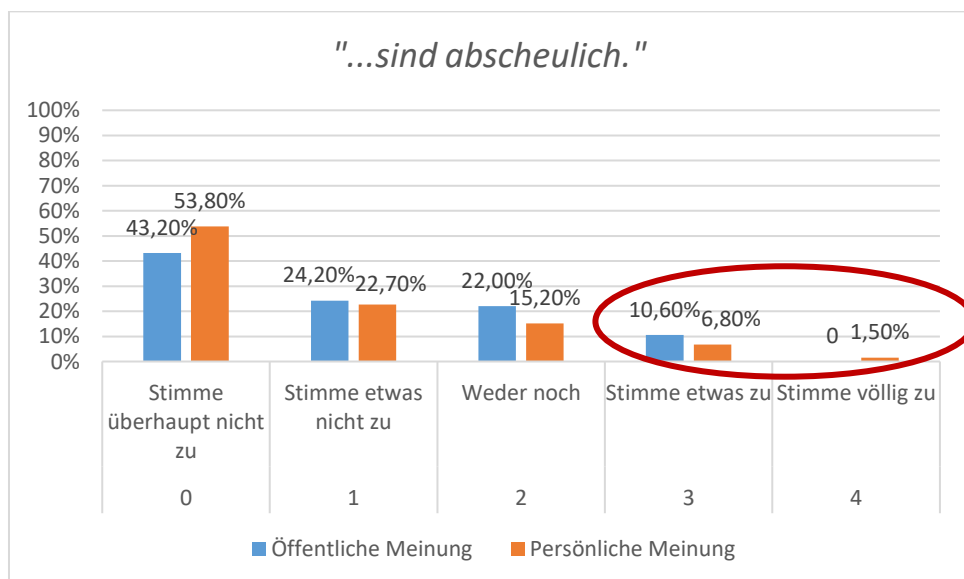


Abbildung 44. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind abscheulich."

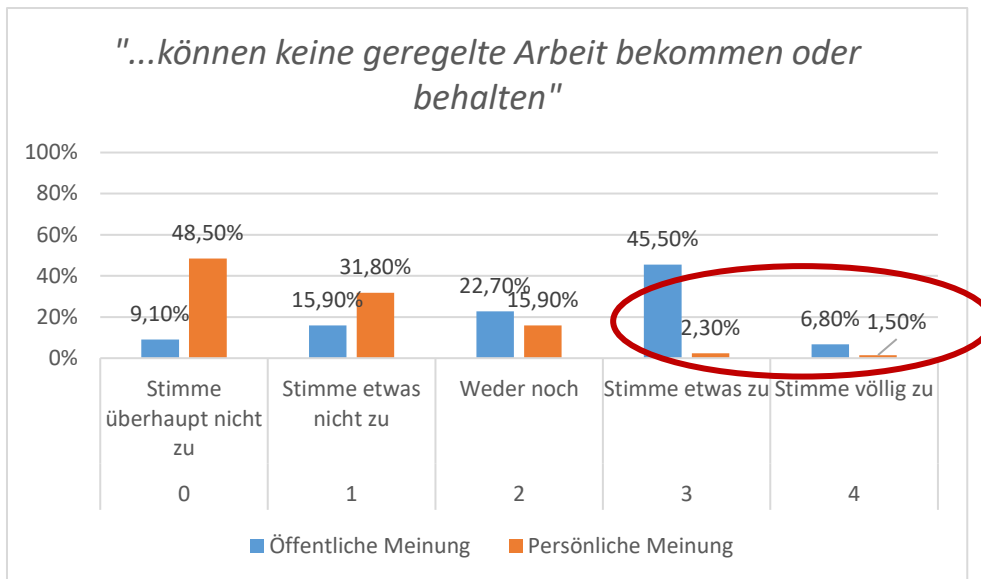


Abbildung 45. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten."

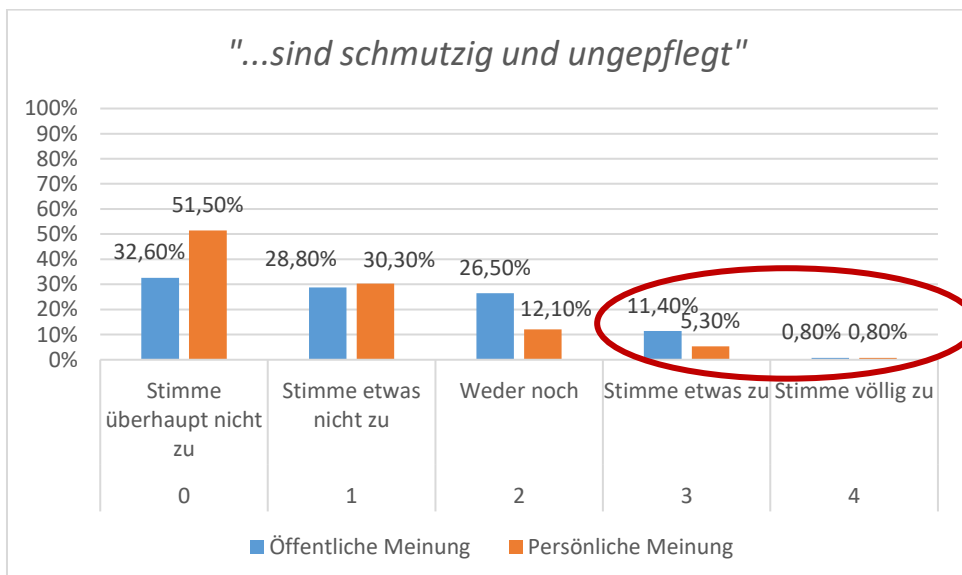


Abbildung 46. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind schmutzig und ungepflegt."

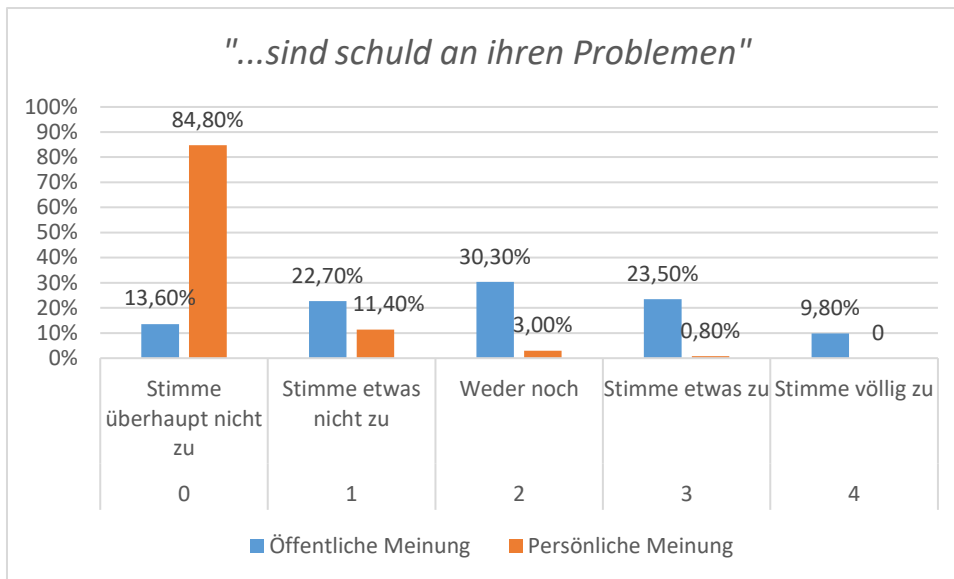


Abbildung 47. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind schuld an ihren Problemen."

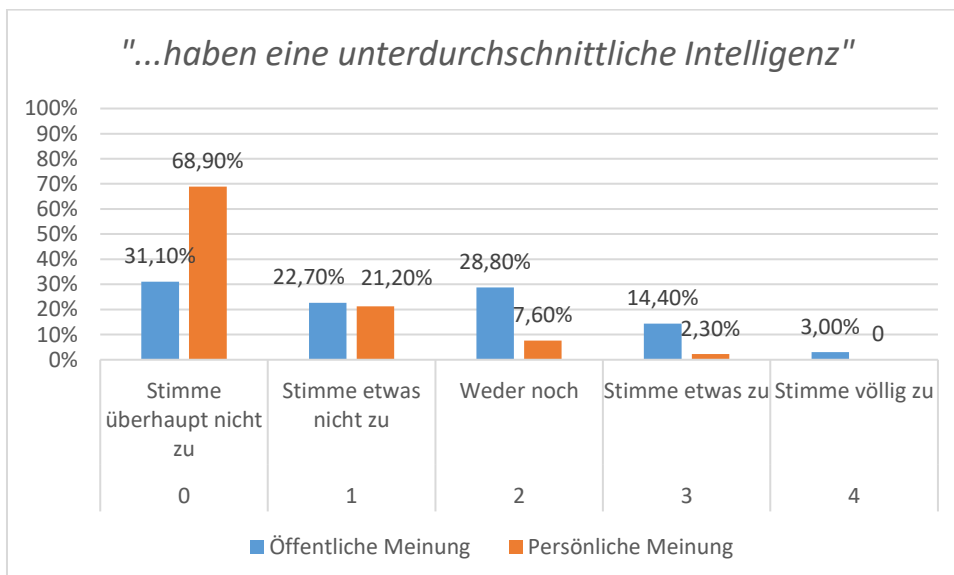


Abbildung 48. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz."

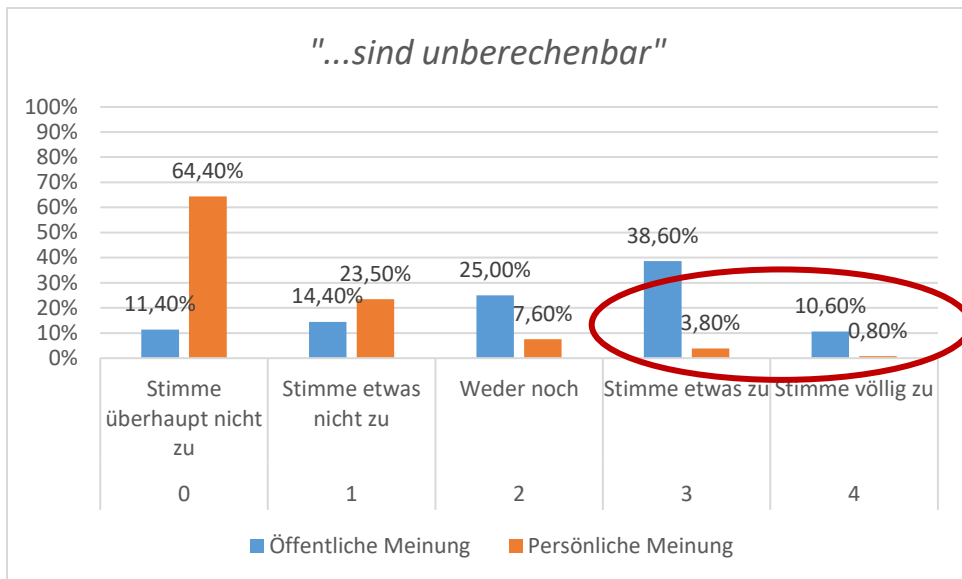


Abbildung 49. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind unberechenbar."

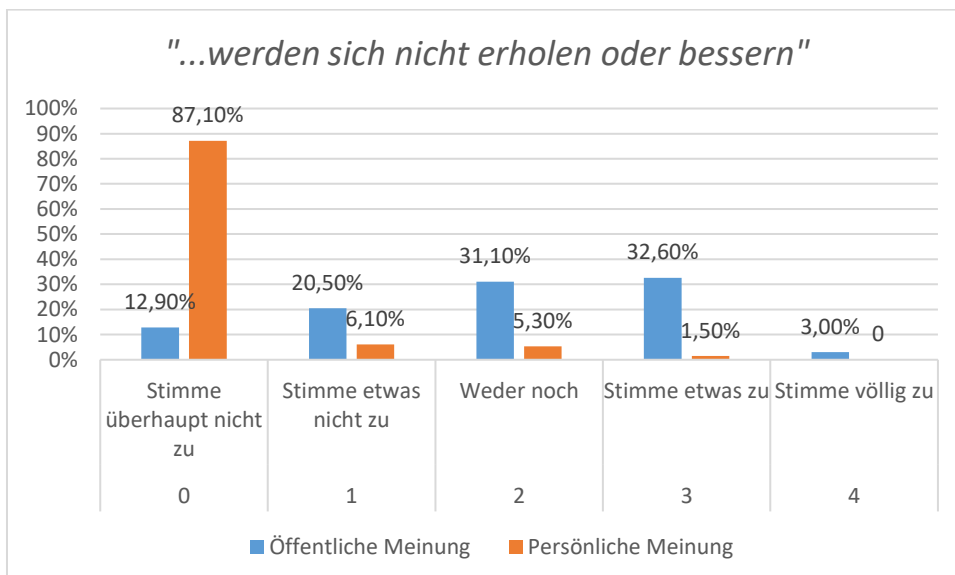


Abbildung 50. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen werden sich nicht erholen oder bessern."

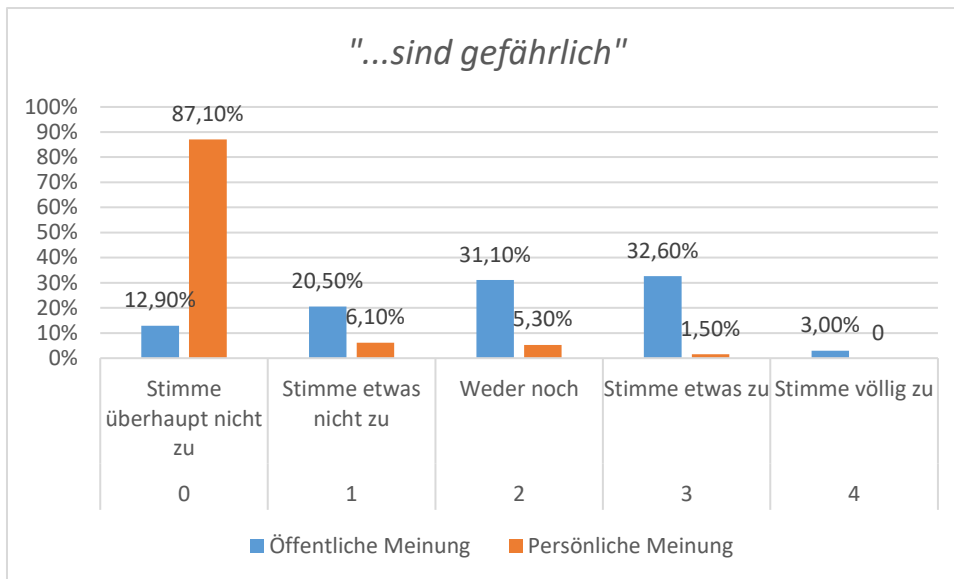


Abbildung 51. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gefährlich."

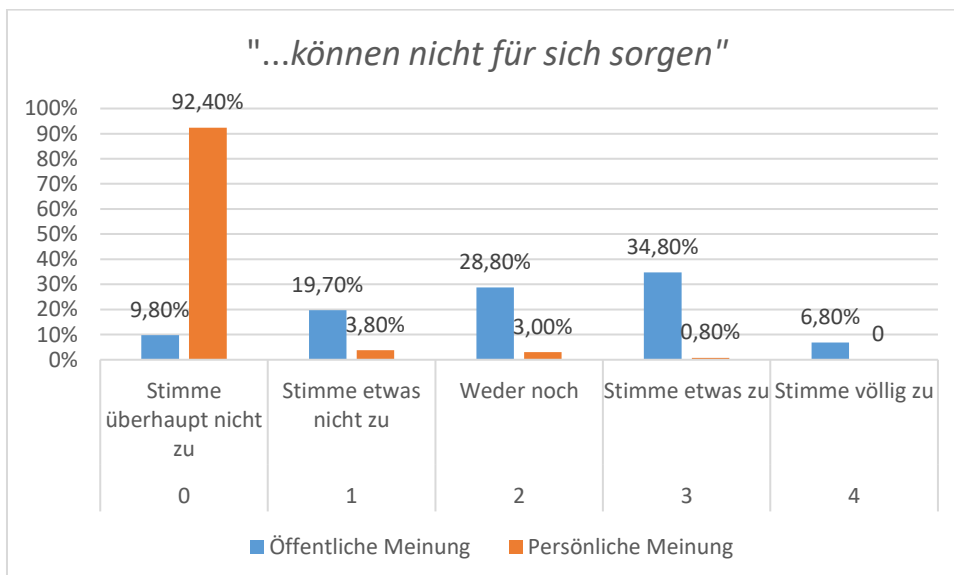


Abbildung 52. Die Darstellung der öffentlichen und persönlichen Meinung zur Aussage "Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen können nicht für sich sorgen."

6.3.6 Fazit

An der Befragung von Hochschulmitarbeitenden haben sich vier Hochschulen mit unterschiedlichen Fächerschwerpunkten beteiligt. Insgesamt haben 216 Personen an der Online-Erhebung teilgenommen, von denen 86,6% zum Befragungszeitpunkt mit durchschnittlich acht Semesterwochenstunden aktiv in der Lehre tätig waren. Die Befragten waren im Mittel 44 Jahre und zu knapp 60% weiblich. Hochschule 1 machte den überwiegenden Teil der Stichprobe aus (50,5%) und Hochschule 3 den geringsten (11,1%). Die Fachbereiche Ingenieurwissenschaften, Mathematik und Medizin waren zusammen genommen mit 63,2% am stärksten vertreten. Kaum vertreten waren die Fachbereiche Agrar, Kunst & Musik sowie Lehramt.

Von den Befragten gaben 33,7% an, mit ihrer Position die Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Studierenden (z.B.: Aufklärung, Beratung, gesonderte Seminarangebote) zu verbinden. Im Vergleich

zur Gesamtstichprobe waren diese häufiger weiblich (67,8%) und durchschnittlich ein Jahr länger im Hochschulbetrieb tätig. Zudem waren 90,5% in Forschung und Lehre aktiv. Bezüglich stigmatisierender Einstellungen zeigten sich zwischen Personen, die mit ihrer Position die Förderung psychischer Gesundheit verbanden und denen, die dies nicht verbanden, keine statistisch relevanten Unterschiede.

Die Gütekriterien für gesundheitsförderliche Hochschulen wurden über die vier beteiligten Hochschulen heterogen beurteilt. Über alle hinweg erreichten insbesondere die Etablierung einer Steuerungsgruppe, die sich zudem mit den Themen Chancengleichheit und Inklusion auseinandersetzt sowie die Verankerung von Gesundheitsförderung in der Hochschulorganisation & -politik einen mittleren bis hohen Erfüllungsgrad. Kaum Beachtung fanden gegenwärtig die Unterzeichnung der Okanagan Charta und die Berücksichtigung von Gesundheitsförderung in alle Prozessen der Hochschule. Auffällig ist der teils enorm hohe Anteil an Befragten, die infolge mangelnder Kenntnis keine Einschätzung vornahmen (7-90%). Aufgrund der Heterogenität zwischen den Hochschulen lassen sich Schwerpunkte in der Gesundheitsförderung aus Sicht der befragten Hochschulmitarbeitenden erkennen. Hochschule 1 zeigte sich in der Etablierung der Gütekriterien als besonders weit und vorangeschritten. Hochschule 2 fokussiert sich auf die Steuerungsgruppen und Verhältnisprävention. Bei Hochschule 3 zeigte sich die Vernetzung als vordergründig. Für Hochschule 4 wurden insbesondere die Steuerungsgruppen, die stringente gesundheitsförderliche Hochschulpolitik sowie Vernetzung und Verhältnisprävention sichtbar.

Weiterhin hat sich gezeigt, dass die Lehrenden, die überwiegend in den Bereichen Ingenieurwissenschaften, Mathematik und Medizin tätig waren, eher wenig praktisches Wissen im Umgang mit psychisch belasteten Studierenden hatten. Gleichzeitig waren Änderungswünsche diesbezüglich eher gering ausgeprägt. Lediglich 11,3% sahen in ihrer Funktion als Lehrperson überhaupt eine Aufgabe darin, die Förderung psychischer Gesundheit an der Hochschule und speziell die der Studierenden im Blick zu haben und auf diese einzuwirken. Auch das Wissen um Hilfsmöglichkeiten innerhalb des universitären Systems war eher gering ausgeprägt. Zudem war der Wunsch nach mehr Information nur bei wenigen vorhanden. Knapp die Hälfte der Lehrenden (46%) gab an, sich im Umgang mit psychisch belasteten Studierenden „nicht sehr sicher“ bis „sehr unsicher“ zu fühlen. Darüber hinaus kannte fast jede:r zweite Lehrende (44,4%) keine Hilfsangebote, die für psychisch belastete Studierende geeignet wären.

Die erhobenen drei Ebenen von Stigmatisierung (Stereotype, Vorurteile, Diskriminierung) verdeutlichten, dass die Hochschulmitarbeitenden hier kaum Änderungsbedarfe sehen. Alle Werte waren im niedrigen Bereich sowohl für Studierende untereinander als auch für Kolleg:innen untereinander und innerhalb des Settings Hochschule allgemein. Auch die erfasste öffentliche Meinung über psychisch Erkrankte und die persönliche Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen fielen wenig stigmatisierend aus. Generell wurde die öffentliche Meinung als stigmatisierender eingeschätzt als die persönliche Einstellung. Dennoch konnte auch hier Heterogenität verzeichnet werden.

Die Befragung zeigt insgesamt, dass ein Teil der Hochschulmitarbeitenden, insbesondere aus dem Bereich Lehre, sich als Ansprechpersonen für Studierende in psychischen Krisen sehen und auch geeignete Hilfsangebote kennen. Der größere Teil jedoch sieht hier für sich keinen Handlungsbedarf oder Auftrag und kennt auch etwaige Hilfen nicht oder kaum und fühlt sich zudem unsicher im Kontakt mit Studierenden in der Krise. Demnach deckt die Umfrage einen hohen Bedarf an Fortbildung und Aufklärung unter Hochschulmitarbeitenden auf. Diese könnten somit eine wichtige Funktion im

Hilfeprozess junger belasteter Menschen einnehmen. Darüber hinaus sehen die befragten Hochschulmitarbeitenden keine Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Stigmatisierung an ihren Hochschulen. Inwiefern sich diese Sichtweise mit der realen Situation deckt, bleibt jedoch offen und kann mit der Umfrage nicht beantwortet werden. Frühere Umfragen mit Studierenden haben durchaus gezeigt, dass Studierende mit Stigmatisierung, insbesondere struktureller Stigmatisierung, konfrontiert sind (u.a. Koschig et al. 2024). Hier scheinen die Sicht der Hochschulmitarbeitenden und die der Studierenden auseinander zu gehen.

6.4. Ergebnisse im Arbeitspaket 4 „Gruppe C: Studierende“

6.4.1 Quantitative Erhebung

6.4.1.1 Zentrale Fragen im Arbeitspaket: „Schriftliche Befragung von Studierenden“

Das Arbeitspaket „Schriftliche Befragung von Studierenden“ wurde geplant und durchgeführt, um folgende Fragen zu beantworten:

- Wie erleben Studierende Stigmatisierung von psychischen Belastungen während des Studiums?
- Welche Möglichkeiten der Erreichbarkeit Studierender für neue Hilfs- und Präventionsangebote bzgl. psychischer Erkrankungen gibt es und wie werden diese von Studierenden genutzt?
- Was wissen Studierende über Hilfsmöglichkeiten und Angebote ihrer Hochschule in Bezug auf psychische Krisen?
- Welche Personen/Institutionen sind relevant für betroffene Studierende, um ihre psychische Gesundheit zu fördern?

6.4.1.2 Stichprobenbeschreibung

Im Wintersemester 2024/25 nahmen 66 Studierende an einer anonymen schriftlichen Online-Befragung teil. Die Studierenden waren an verschiedenen Hochschulen in Deutschland immatrikuliert und wurden im Rahmen ihrer Teilnahme an der Präventionsveranstaltung „Psychisch fit studieren“ rekrutiert. Die Teilnehmenden hatten durchschnittlich fünf Semester Studierfahrung ($M = 5,12$; $SD = 3,94$; Range = 1-12). Der deutlich überwiegende Teil studierte in Präsenz und Vollzeit (77,27%). Unter den Befragten gab es niemanden, der sein Studium berufsbegleitend durchführte. Zur genaueren Verteilung siehe Abbildung 53.

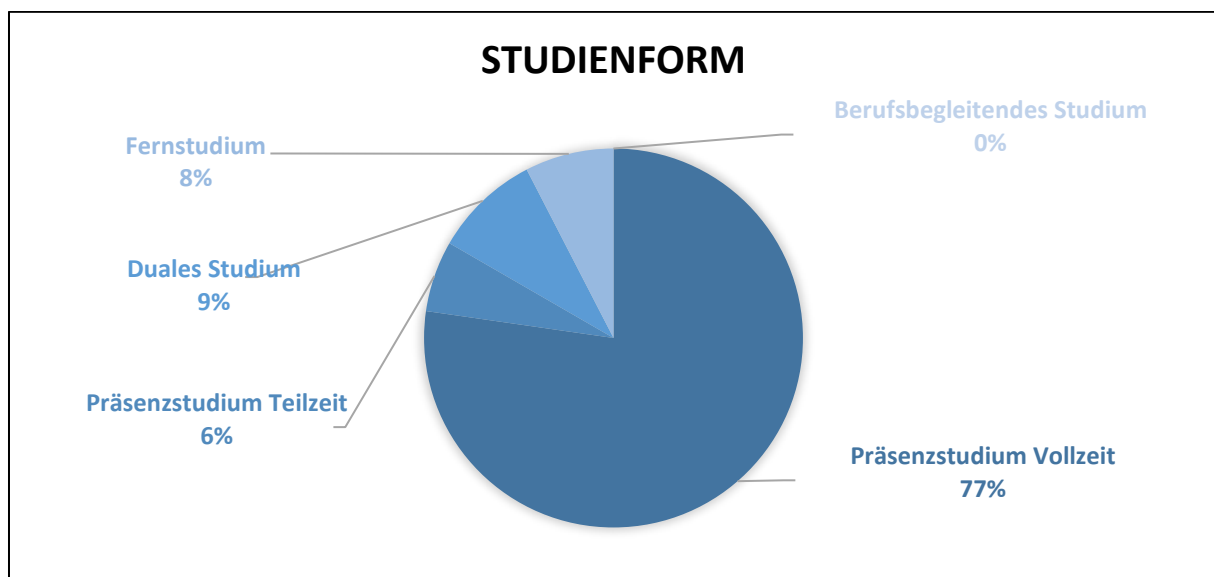


Abbildung 53. Verteilung Studienform (n=66).

6.4.1.3 Engagement der Hochschulen

Auf einer Skala von 0 (= „keine Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“) bis 100 (= „maximale Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“) wurden die Teilnehmenden um ihre Einschätzung gebeten, wie psychisch fit ihre Hochschule derzeit ausgerichtet ist. Die Befragten beurteilten dies im Mittel mit 60,77 ($n = 66$, $SD = 23,9$). Abbildung 54 zeigt die Verteilung.

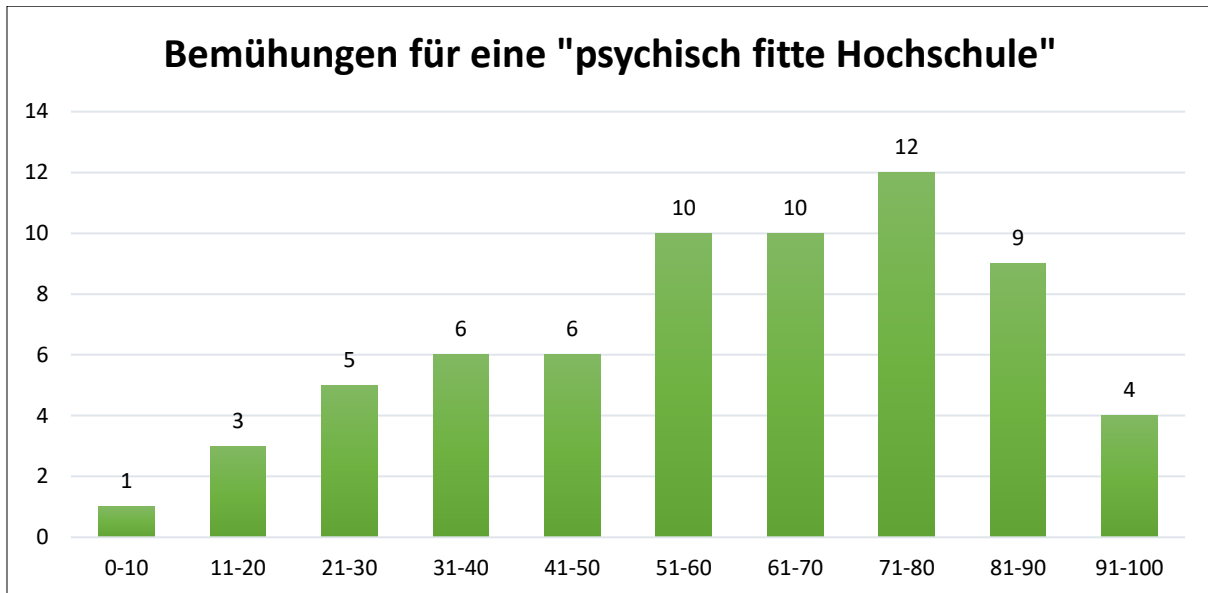


Abbildung 54. Von den Studierenden eingeschätzte Bemühungen der Hochschule im Hinblick auf die psychische Gesundheitsförderung (0 = „keine Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“ bis 100 = „maximale Bemühung für eine psychisch fitte Hochschule“; $n=66$).

6.4.1.4 Stigmatisierung an der Hochschule

Auf einer Skala von 0 („kommt nicht vor“) bis 100 („stark verbreitet“) wurden alle Teilnehmenden gebeten, Aussagen über das Vorkommen von stereotypen Vorstellungen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung, Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und das Diskriminierungsverhalten zu treffen. Die Einschätzung sollte sich auf die Wahrnehmung dieser drei Erscheinungsbilder von Stigmatisierung an der eigenen Hochschule beziehen.

Die Wahrnehmung von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung variierte teils stark über die Befragten hinweg (Range = 0-100). Demnach gab es Teilnehmende, die Stigmatisierung bis zum Zeitpunkt der Befragung überhaupt nicht wahrgenommen hatten und andere, die sie als stark verbreitet erlebt hatten. Im Durchschnitt kam Stigmatisierung aus Sicht der Befragten jedoch eher wenig vor, wie wir bereits in einer früheren Untersuchung mit Studierenden zeigen konnten (Koschig et al., 2021). Tabelle 30 gibt einen Überblick über die Verteilung.

Tabelle 30. Einschätzung von Stigmatisierung an der Hochschule ($n=65$).

Art der Stigmatisierung ($n = 65$)	Mittelwert (M)	Standardabweichung (SD)	Min	Max
Stereotype Vorstellungen	23,54	25,46	0	100
Vorurteile	23,35	24,94	0	100
Diskriminierendes Verhalten	22,92	25,08	0	100

6.4.1.5 Umgang mit psychischen Krisen

Auf die Frage, welche Erfahrungen die Studierenden mit psychischen Krisen gemacht haben, stimmten 93,94% der Aussage zu, bereits eigene persönliche Erfahrungen zu haben. Die Krisenerfahrenen wurden im nächsten Schritt dazu befragt, welche Auswirkungen die psychische(n) Krise(n) auf ihr Studium hatte(n). Es waren vier Aussagen vorgegeben, denen sie auf einer fünfstufigen Likert-Skala „gar nicht“ bis „voll und ganz“ zustimmen konnten (vergleiche

Tabelle 31, Abbildung 55 und Abbildung 56).

Aus Sicht der Befragten wurde Kommilitonen und Kommilitoninnen mit psychischen Krisen mehrheitlich Verständnis von Lehrenden entgegengebracht (62,2%). Ob ihnen selbst Verständnis widerfahren ist, als sie in einer Krise waren, dem stimmten 42,9% zu. Etwa ein Viertel gab an, eher kein Verständnis erfahren zu haben (vergleiche Abbildung 55 und Tabelle 31). Die Studienleistung wurde von 66,7% der Befragten als durch die eigene psychische Krise beeinträchtigt erlebt. Jeder bzw. jede Dritte erwog es sogar, das Studium aufgrund der psychischen Krise abzubrechen (siehe Abbildung 56 und Tabelle 31). Darüber hinaus kannten 75% ($n = 48$) jemanden, dessen Studienleistung aufgrund psychischer Belastungen beeinträchtigt war und 51% der Befragten ($n = 51$) war eine Person bekannt, die ihr Studium infolge psychischer Belastung abbrechen wollte.

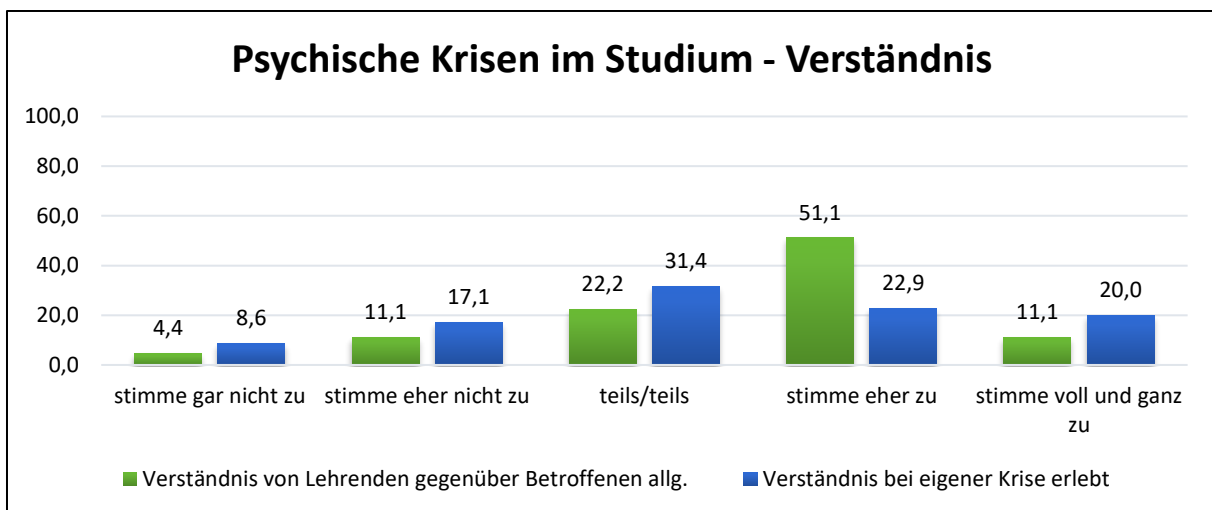


Abbildung 55. Erfahrung von Verständnis bei psychischen Krisen im Studium in %.

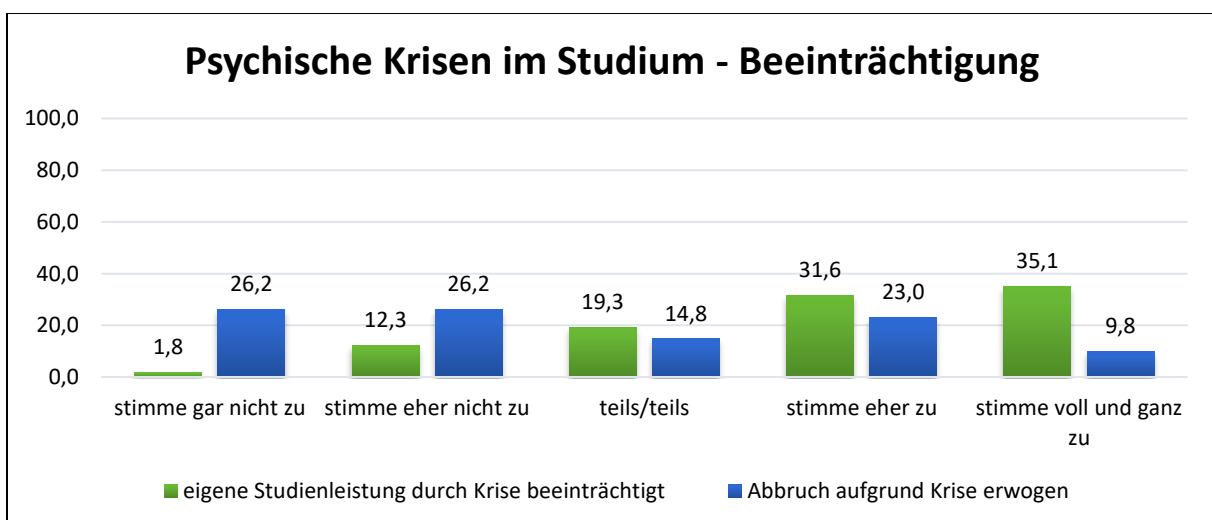


Abbildung 56. Beeinträchtigungen durch psychische Krisen im Studium in %.

Tabelle 31. Zustimmung zu Aussagen über die Erfahrungen mit psychischen Krisen an der Hochschule und im Studium (n=66).

Erfahrungen im Studium bei eigener psychischer Krise (n = 66)	„stimme eher nicht zu“ bis „gar nicht“	„teils/teils“	„stimme eher zu“ bis „voll und ganz“	„Kann ich nicht beurteilen.“
„Verständnis von Lehrenden gegenüber Betroffenen allgemein“	15,5%	22,2%	62,2%	n = 20
„Verständnis bei eigener Krise erlebt“	25,7%	31,4%	42,9%	n = 26
„eigene Studienleistung durch Krise beeinträchtigt“	14,1%	19,3%	66,7%	n = 4
„Abbruch aufgrund Krise erwogen“	52,4%	14,8%	32,8%	n = 0

Teilnehmende mit eigener Erfahrung von psychischen Krisen wurden im nächsten Schritt zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen befragt. Zudem konnten Personen genannt werden, an die man sich im Falle einer psychischen Krise wendet.

6.4.1.6 Inanspruchnahme von Hilfen

Von allen Befragten hatten etwas mehr als die Hälfte (n = 31; 51,67%) bereits Beratungsangebote während des Studiums in Anspruch genommen. Diese Studierenden, die schon Erfahrungen mit Beratungsangeboten gesammelt hatten (n = 31), wurden vertiefend hierzu befragt. Tabelle 32 zeigt, welche Angebote genutzt wurden. Es handelt sich um Mehrfachnennungen. Etwa jede:r dritte Befragte wandte sich an die Zentrale Studienberatung oder das Student:innenwerk. Über die Hälfte der Befragten nahm hochschulexterne Hilfen in Anspruch. Der Student:innen-Rat wurde von lediglich einer Person aufgesucht. Konkret berichtet in den freien Textfeldern wurden insbesondere die Möglichkeiten zur psychosozialen Beratung an der Hochschule. Hochschulextern wurden Fachpersonen genannt und Beratungsstellen stattdessen gar nicht aufgelistet.

Tabelle 32. Verteilung der Nutzung von Beratungsangeboten bei psychischen Krisen (n=31, Mehrfachnennungen möglich).

Antwortoptionen (n = 31)	Relative Häufigkeiten (in %)	Beispiele
1. hochschulexterne Angebote	51,6	„Psycholog:in“, „Hausarzt/Hausärztin“, „Psychisch fit studieren“, „Psychotherapeut:in“, „Nottelefon“
2. Zentrale Studienberatung	35,5	„Fachstudienberatung“, „Studiensfragen“, „Psychologische Beratung“
3. Student:innenwerk	32,3	„Online-Workshop“, „Psychologische Beratung“
3. andere hochschulinterne Angebote	32,3	„Studentische Beratungsstelle“, „Online Kurse des Hochschulsports zur mentalen Gesundheit“, „Mental Health Week“
4. Student:innen-Rat	3,2	„psychosoziale Beratung“
nichts davon	9,7	-

All diejenigen, die bislang kein Beratungsangebot trotz erlebter psychischer Krise im Studium in Anspruch genommen hatten, wurden nach ihren Gründen befragt. Auch hier waren Antwortkategorien vorgegeben und mehrere Antwortoptionen durften ausgewählt werden. Tabelle 33 gibt einen Überblick über die am häufigsten gewählten Aussagen. Der Hauptgrund für die Nichtinanspruchnahme von Hilfe bestand für 41,6% der Befragten darin, sich nicht getraut zu haben. Diese Unsicherheit und Zurückhaltung wurde u.a. mit mangelnder Energie, Misserfolgserwartungen oder Sorge vor Stigmatisierung begründet. Jede:r Fünfte gab an, dass er nicht wusste, an wen man sich hätte wenden können.

Tabelle 33. Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Hilfen trotz psychischer Krise (n=29, Mehrfachnennungen möglich).

Antwortoptionen (n = 29)	Relative Häufigkeiten (in %)	Beispiele
1. Ich konnte mich nicht überwinden.	41,4	„Ich habe keine Energie gefunden.“ „Ich denke, dass es mir nicht schlecht genug geht.“ „Ich denke, dass die mir nicht helfen können.“ „[Ich habe] oft mitbekommen, dass man auch bei Hilfestellen stigmatisiert wird.“
2. Professionelle Beratung war bislang nicht erforderlich.	27,6	„Meine Probleme wurden [bereits] vor dem Studium therapiert.“
2. Ich habe meine Probleme mit Freund:innen gelöst.	27,6	„in Gesprächen“
3. Ich habe meine Probleme alleine gelöst.	20,7	„entweder dysfunktional/schädlich oder durch das Anwenden von Skills“
3. Ich wusste nicht, an wen ich mich hätte wenden können.	20,7	-
4. Ich hatte keine Zeit.	17,2	„Für sowas ist meine Zeit viel zu knapp“ „viel zu viel Stress“

Die Befragten wurden anschließend um Auskunft darüber gebeten, wo sie sich über gesundheitsfördernde Angebote an der Hochschule informieren. Alle Antwortoptionen sind in Tabelle 34 dargestellt. Über die Hälfte der Befragten informiert sich auf der Homepage der Hochschule. Etwas mehr als 40% sind zudem gut über den Newsletter zu erreichen. Jede:r Vierte tauscht sich mit anderen Studierenden aus und erfährt über Mundpropaganda von gesundheitsfördernden Angeboten. Hochschul-Apps und Influencer als Vorbilder haben für die Information kaum Bedeutung. Auch Lehrende werden als Informationsquelle kaum in Betracht gezogen. Etwa jede:r Vierte recherchierte ganz allgemein im Internet nach gesundheitsbezogenen Angeboten seiner Hochschule und darüber hinaus.

Tabelle 34. Nutzung von Informationsquellen für gesundheitsfördernde Angebote an der Hochschule (n=60, Mehrfachnennungen möglich).

Antwortoptionen (n = 60)	Relative Häufigkeiten (in %)	Freie Antworten
1. Homepage der Hochschule	58,3	„Ansprechpartner“ „mywings“ „hs-gm.de“ „hochschulinternes Sicherungsnetz“ „Hochschulsport“
2. Newsletter per E-Mail	41,7	„Rundmails für Seminare“ „von der Studienberatung selbst“
3. Austausch mit anderen Studierenden	25,0	„Austausch über psychische Gesundheit ist mir wichtig“
4. digitale/soziale Netzwerke	23,3	„wäre ein guter Weg, mich zu erreichen“
4. eigene Recherche im Internet	23,3	-
5. Flyer oder Broschüren	21,7	-
6. Hochschul App	8,3	-
7. Austausch mit Lehrenden	6,7	-
7. meine Krankenkasse	6,7	-
7. anderes	6,7	„BAföG Website“ „E-Mail-Verteiler Hochschule“ „Moodle Kurse“

Die Studierenden wurden abschließend gefragt, an wen sie sich im Falle einer psychischen Krise wenden würden. Sie hatten drei freie Antwortformate zur Verfügung, um drei Platzierungen zu vergeben. Abbildung 57 zeigt die Verteilung (n = 42). Psychische Probleme würden von den Studierenden in erster Linie im familiären Kontext angesprochen. Freunde als Ansprechpersonen finden sich an zweiter Stelle wieder. An dritter Stelle wird Fachpersonal (z.B. Psychotherapeut:innen, Hausarzt oder Hausärztin) angegeben. Partnerschaften spielen in der vermutlich jungen Gruppe eine weniger zentrale Rolle in der Bewältigung psychischer Krisen. Die Hochschule selbst wird wenig in Betracht gezogen. Das Internet spielt eine sehr untergeordnete Rolle und wurde als Kontaktstelle kaum genannt.

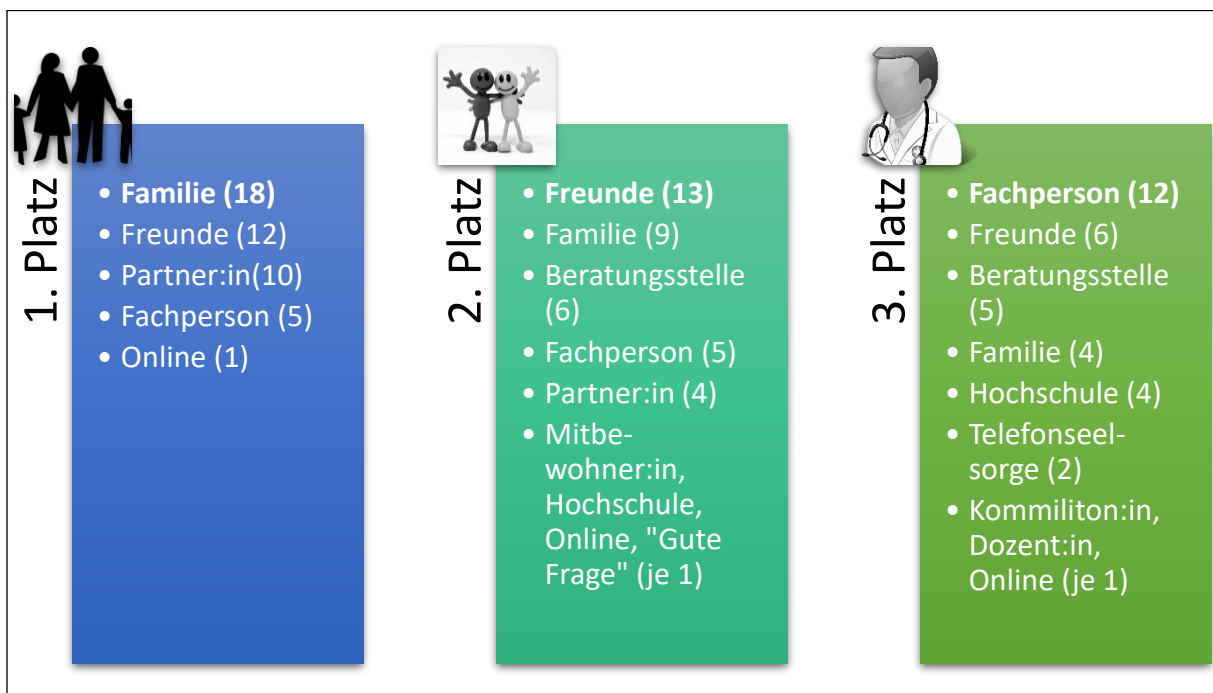


Abbildung 57. Auszählung freier Antworten auf die Frage hin „An wen würden Sie sich im Fall einer psychischen Krise wenden? Priorisieren Sie die drei wichtigsten Personen/Institutionen.“ (n=42).

6.4.1.7 Zwischenfazit zur Studierendenbefragung

Die überwiegend psychisch belasteten Studierenden in der Stichprobe erlebten eher wenige Formen von Stigmatisierung an ihrer Hochschule; sowohl in der Beobachtung anderer als auch in Bezug auf sich selbst. Ein Großteil von 62% hatte Verständnis von Lehrenden erlebt. Die Beeinträchtigung durch die Krise selbst wurde weitaus höher eingeschätzt. Etwa 67% hatten sich durch die Krise im Studium beeinträchtigt gefühlt. Jede:r Dritte überlegte, abzubrechen.

Bezüglich der Erreichbarkeit von Studierenden mit psychischen Gesundheitsthemen und in psychischen Krisen hat sich gezeigt, dass der persönliche Kontakt eine wichtige Rolle spielt. Es werden sowohl hochschulinterne als auch hochschulexterne Hilfsangebote genutzt. Jedoch sind die Ansprechpersonen erster Wahl Familie und Freunde. Fachliche Gesundheitsexpert:innen wurden erst an dritter Stelle genannt. Online-Angebote zur Anlaufmöglichkeit in der Krise zogen die Befragten wenig in Betracht.

Jedoch wusste jede:r Fünfte, der in einer psychischen Krise war und sich keine Hilfe geholt hatte, nicht, an wen er sich hätte wenden können. Hinzu kommt eine weitaus größere Gruppe von 41%, die aus Unsicherheit und Scham keine Hilfe in Anspruch genommen hatte. Obwohl der überwiegende Teil

Verständnis von Lehrenden erlebt hatte und auch Stigmatisierung gering einschätzte, würde sich nur ein sehr geringer Teil der Befragten mit den Lehrenden über psychische Krisensituationen austauschen.

Innerhalb des Hochschulsystems waren für die Befragten besonders die Beratungsstellen, das Studierendenwerk und die zentrale Studienberatung relevant. Bezüglich der Informationssuche ist darüber hinaus die Homepage der Hochschule sowie der Newsletter zu erwähnen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Informationen auf vielen verschiedenen Kanälen gesendet werden müssen, um Betroffene zu erreichen. Auch Familien und Peers sollten sensibilisiert sein, da sich die Zielgruppe in erster Linie bei ihnen öffnet. Es ist zu diskutieren, ob reine Online-Angebote gebraucht werden, wenn der persönliche Kontakt derart prioritär ist. Die Früherkennung, Ermutigung und Vermittlung scheinen vordergründig. Hier könnten Dozierende eine Schlüsselrolle im Erstkontakt einnehmen. Flyer und Informationsmaterialien (z.B. Info-Pocket-Guides, Corrieri et al., 2012) zur Hilfesuche und psychischen Erkrankung innerhalb und außerhalb der Hochschule sollten persönlich überreicht werden. Niedrigschwellige, persönliche Angebote sowie Peeransätze (z.B. Mental Health First Aid, Hadlaczy et al., 2014) bieten Potenzial, möglichst viele Betroffene frühzeitig zu erreichen.

6.4.1.8 Limitationen der Studierendenbefragung

Die Online-Befragung war integriert in die freiwillige Präventionsveranstaltung „Psychisch fit studieren“. Die Gruppe der Befragten ist demnach selektiv. Wie die Auswertung zeigte, sind die Befragten bereits überwiegend selbst betroffen (gewesen) und haben eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen während des Studiums gemacht. Die Aussagen können demnach nicht für alle Studierende verallgemeinert werden. Sie sind jedoch sehr richtungsweisend für die Gruppe der psychisch belasteten Studierenden!

6.4.2 Qualitative Erhebung mit Studierenden

Im Dezember 2022 fand eine leitfadengestützte Fokusgruppendifkussion zum Thema Förderung psychischer Gesundheit an der Hochschule mit fünf Studierenden aus zwei Hochschulen statt. Die Teilnehmenden waren heterogen zusammengesetzt vom 1. Fachsemester bis hin zum Promotionsstudierenden. Besetzte Fächer waren: Kommunikationsdesign, Theater- und Kulturwissenschaften, Psychologie (n=2) und Geschichte.

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der qualitativen Studierendenbefragung konnten in vier relevante Bereiche zusammengefasst werden:

- Krankheitskonzepte
- hilfreiche Maßnahmen
- wahrgenommene Stigmatisierung und Einstellungen
- Erwartungen und Wünsche

Das vollständige Kategoriensystem und eine Übersicht der inhaltsanalytischen Auswertung sind dem Anhang zu entnehmen.

Oberkategorie „Krankheitskonzepte“

Diese Oberkategorie fasst Aussagen zusammen, die mit den Vorstellungen der Studierenden zur Entstehung psychischer Belastung und Krisen assoziiert sind. Die Studierenden beschrieben die Corona-Pandemie als besondere Herausforderung. Die Distanz und Isolation hätten die psychische Gesundheit belastet. Des Weiteren wurde ein Ungleichgewicht in der Work-Life-Balance als Auslöser für psychische Krisen verstanden. Eine manifeste psychische Erkrankung wurde als heterogen und individuell verstanden.

Oberkategorie „Hilfreiche Maßnahmen“

Viel Austausch fand zu Möglichkeiten statt, sich selbst zu helfen, Hilfsangebote wahrzunehmen oder sich an passende Anlaufstellen zu wenden, die Hilfe anbieten oder verweisen können. Entsprechend lässt sich diese Oberkategorie in die Unterkategorien „Individuelle Strategien“ und „Rückmeldungen zu Hochschulangeboten und Anlaufstellen“ aufteilen.

Ein Teilnehmender berichtete von der Möglichkeit, eine eigene Selbsthilfegruppe für Studierende zu gründen, um **sich selbst** und anderen mit psychischen Krisen und Belastungen im Studium **zu helfen**. Es gäbe hierbei auch Unterstützung durch die Soziale Kontakt- und Informationsstelle der Stadt Leipzig und dem Verein Leipziger Bündnis gegen Depression. Des Weiteren könnte man sich mit verschiedenen studentischen Gruppen vernetzen und austauschen. Die Fokusgruppenteilnehmenden diskutierten zudem die Möglichkeit, mit eigenen psychischen Krisen offen umzugehen, diese auszusprechen. Das wäre sehr befreiend und helfe auch anderen weiter, die ähnliche Sorgen hätten. Schließlich wäre es für die Seminare und Kurse wichtig, auf die eigene Kommunikation zu achten, sensibel zu sein.

Es wurden eine Reihe von **universitären Stellen** genannt, an die man sich mit Anliegen zum Thema Studium und psychische Krise wenden könnte bzw. welche präventive Angebote führten:

- Psychosoziale Beratung des Studentenwerkes
- Stabsstelle für Gleichberechtigung, Chancengleichheit, Diversität und Familie
- Selbsthilfegruppe
- Research Academy
- Beauftragte für Soziales
- Fachschaftsräte
- Studienberatung
- Career Service
- Gesundheitssport

Die **Stabsstelle für Gleichberechtigung** wurde sehr positiv hervorgehoben. Diese wäre sowohl gut vernetzt als auch offen für neue Projekte und Initiativen. Das Gleichstellungsbüro bewärbe zudem gute und neue Angebote und träte in den letzten Jahren präsenter auf. Die Gruppe betonte, dass der Einfluss des Gleichstellungsbüros noch größer werden sollte. Es wurde als initiativ und lösungsorientiert beschrieben.

„Sehr viel Unterstützung kam hingegen von der Stabsstelle [...], die haben uns einen Raum zur Verfügung gestellt, was während der Coronapandemie wahnsinnig schwierig war.“

„Mehr Einfluss sollte die Gleichstellungsabteilung erhalten.“

„Bei uns sind auch ganz viele in die Selbsthilfegruppen gekommen, weil sie die Werbung vom Gleichstellungsbüro gesehen haben.“

Die **Psychosoziale Beratungsstelle** vom Studentenwerk wurde ebenfalls ausführlicher diskutiert. Hier berichteten die Teilnehmenden unterschiedliche Eindrücke und persönliche Erfahrungen mit der Beratungsstelle. Die Terminvergabe geschähe rasch und erste Termine würden zügig vergeben. Jedoch erfolgte die Kontaktaufnahme aktiv vom Betroffenen ausgehend. Die Beratungsstelle wäre mit Werbung und aufsuchenden Hilfeleistungen zurückhaltend. Regelmäßige Telefonsprechzeiten würden ebenfalls angeboten. Eine:r Betroffene:r berichtete von einer persönlichen Erfahrung. Man hätte schnell einen Termin bekommen, aber auch rasch das Gefühl, nur weitergeschickt zu werden. Niemand

hätte richtig Zeit. Das Personal verfügte über zu wenige Ressourcen für die Anliegen der Studierenden. Dies wurde bedauert, weil man eigentlich den Eindruck hatte, genau richtig zu sein und verstanden zu werden.

„Ich habe da teilgenommen [...] in dem Moment war sie schon ganz hilfreich. [...] Eine Mini-Therapie quasi.“

„[...] gewünscht, dass die mehr an die Studierenden herantreten“

„Also eigentlich so vermittelt, es ist schon okay, dass du hier bist, aber eigentlich passt es mir nicht so ganz, weil ich hab noch 10 andere Leute so im Wartezimmer.“

Selbsthilfegruppen stellten eine weitere Möglichkeit dar, sich zu helfen. Hier gäbe es bereits verschiedene, denen man sich anschließen könnte. Diese würden teils durch universitäre Stellen wie dem Gleichstellungsbüro beworben, erhielten von der Universität ansonsten kaum Unterstützung und Förderung. Neben der Hilfe in der Krise gäbe es zudem Stellen, die verschiedene Arbeitstechniken und „Softskills“ des Organisierens und Studierens vermittelten. Diese Softskills wurden im Rahmen der Fokusgruppe wiederholt als essentiell beschrieben, um psychisch fit durch das Studium zu gelangen. In diesem Zusammenhang wurde die **Research Academy** für Doktoranden genannt oder der **Gesundheitssport** der Hochschule. Dieser wäre ebenfalls eine Möglichkeit, sich psychisch zu stärken durch soziale Interaktion und körperliche Fitness. Ergänzend gäbe es Stellen, an die man sich mit Fragen und Anliegen wenden könnte (Bsp. Fachschaftsräte, Career Service, Studienberatung).

Zudem wurden **einzelne Angebote** benannt, die in der Krise, bei hoher Belastung oder präventiv hilfreich sein könnten. In diesem Zusammenhang wurde der **Nachteilsausgleich** genannt und diskutiert. Dieser wäre vielen Studierenden nicht bekannt und die Umsetzung variierte stark. Es wäre keine Einheitlichkeit erkennbar und auch kein klarer „Fahrplan“ der Beantragung. Dozierende wären ebenfalls unsicher und wenig informiert.

„Also es ist super cool, dass es den gibt. Ich habe aber das Gefühl, richtig viele Studierende wissen nicht, dass es den gibt.“

„Zu dem Nachteilsausgleich hatte ich diese Beratung [...] und die hat mir dann auch erklärt, dass sie das nur einem bestimmten Professor an meinem Institut schicken wird. Bei ihm war das auch gar kein Problem, er hat mir das dann unterschrieben zurückgeschickt.“

„Es gibt ihn und ich kann es nur jedem empfehlen. Dass man dies mehr an die Studierenden bringt.“

Des Weiteren wurden **Workshops** genannt, die die Themen Burnout, Isolation und Stressprävention aufgriffen. Eine konkrete studentische **Selbsthilfegruppe** treffe sich wöchentlich, um sich über Arbeitsstörungen wie Prokrastinieren auszutauschen und Hilfe zu geben. Im Jahr 2019 gab es eine **Veranstaltung** zum Thema „Surviving in academia“, welche psychisches Wohlbefinden und wissenschaftliches Arbeit beleuchtete. Ein ähnliches Format wurde erneut gewünscht.

Wahrgenommene Stigmatisierung und Einstellungen

Ein weiterer Themenkomplex fasst Hemmnisse durch stigmatisierende Erfahrungen oder Einstellungen zusammen. Hilfesysteme sollten etabliert, den Studierenden bekannt und niedrigschwellig sein. Dennoch wäre das kein Garant dafür, dass ein:e Betroffene:r tatsächlich Hilfe in Anspruch nähme. Die

Studierenden tauschten sich in der Fokusgruppe darüber aus, welche Erfahrungen und Einstellungen daran hindern, Hilfsangebote wahrzunehmen.

Alle Teilnehmenden hatten bereits erlebt, dass psychische Erkrankungen im Vergleich zu körperlichen auch im universitären Kontext mit verschiedenen Stigmata versehen würden; allen voran ginge es dabei um Leistungsfähigkeit. Sie berichteten von der Annahme einiger Kommiliton:innen, dass die Aufnahme einer Therapie ihre berufliche Zukunft gefährden könnte. Sowohl Studierende als auch Dozierende wären unsicher und gehemmt im Umgang mit einer psychischen Krise oder gar manifesten Erkrankung. Es wäre für die zuvor an den Schulen leistungsstarken Heranwachsenden nun besonders schwierig, Belastungsgrenzen und Überforderung einzugestehen und mit Scham behaftet.

Ein Teilnehmender berichtete, dass er aus Sorge vor Stigmatisierung im Alltag das Wort „Selbsthilfegruppe“ vermied und durch „Arbeitskreis“ ersetzte. Zudem könnten Langzeitstudiengebühren von Betroffenen als diskriminierend aufgefasst werden. Eine besondere Herausforderung für die Entstigmatisierung wäre das Aufeinandertreffen ganz verschieden sozialisierter junger Heranwachsender an der Hochschule. Jeder hätte andere Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit. Es wurde sich dafür ausgesprochen, dies zu Studienbeginn anzugleichen.

„[...] weil ich auf jeden Fall Leute kenne, die sich nicht trauen Hilfe aufzusuchen, weil sie denken, ja okay, das wirkt sich aus auf meine spätere Karriere, meine Zukunft“

„quasi psychische und körperliche Erkrankungen immer noch unterschiedlich behandelt werden“

„Ich denke für viele ist es auch schwierig, also den Finger darauf zu legen [...] bei vielen ist noch so eine Scham“

„Also ich glaube einfach, Stigmatisierung ist [...] ein ganz großes Thema, dass das Thema wichtig ist, aber halt noch nicht entstigmatisiert ist“

Erwartungen und Wünsche

Erwartungen und Wünsche bezüglich Prävention psychischer Krisen und dem Umgang mit psychischer Erkrankung nahmen thematisch den größten Raum in der Fokusgruppendifkussion ein. Die Teilnehmenden äußerten einige Erwartungen, die sich an Dozierende richten, wenn es um die psychische Gesundheit geht. Sie wünschten sich ein gewisses Maß an Offenheit und dem Eingeständnis eigener Überlastungen in der Vergangenheit. Sie erhofften sich, von ihren Dozierenden, im Sinne eines Vorbildes oder Rollenmodells, psychohygienische Verhaltensweisen übernehmen zu können. Diese sollten zudem gut informiert über und sensibilisiert sein für psychische Erkrankungen. Zudem erwarteten sie eine Art Lotsenfunktion von den Dozierenden, welche in universitäre Gesundheitsangebote zur Prävention oder Bewältigung psychischer Krisen vermitteln. Als Voraussetzung hierfür müssten alle Dozierenden gleich zu Beginn ihrer Beschäftigungsaufnahme an der Hochschule entsprechende Fortbildungen erhalten; so auch zum Nachteilsausgleich. Bezüglich der Lehre sprachen sich die Teilnehmenden für engere Kontakte zu Dozierenden, Lehrformate in Stuhlkreisen und sensibler, wertschätzender Kommunikation aus.

„Aber das hätte ich mir irgendwie gewünscht. Noch mehr dieses so: <Es gibt Hilfe. Du bist nicht allein und sprich uns an.> und nicht so, wie es eigentlich ist, dass man alle Termine selbst raussuchen muss, dann anrufen. Wieder eine Hürde, die du machen musst in einer Situation des Ausnahmezustandes.“

„irgendwie wichtig, das Personal entsprechend zu sensibilisieren“

„Ich habe von einigen Professor:innen einen halbes Coaching gekriegt zum Thema, wie kriege ich eine Work-Life-Balance mit der Promotion hin. Weil ich wirklich hingegangen bin und gesagt hab <ich brauche Hilfe>.“

Weitere Erwartungen und Wünsche richteten sich an die Hochschule und Verwaltung. Hier konnte unterschieden werden zwischen strukturellen/organisatorischen Anliegen und maßnahmenbezogenen Wünschen. Auf struktureller Ebene wurde sich in vielen Bereichen für Vereinheitlichung und Manualisierung ausgesprochen. Der Nachteilsausgleich wurde als ein Beispiel dafür benannt. Hier wäre das Vorgehen sehr unterschiedlich und mit Unsicherheit verbunden. Es sollte klare Prozessregelungen geben, über die dann wiederum der einzelne Dozierende Bescheid weiß. Alle Angebote und Maßnahmen zur Prävention und zur Bewältigung psychischer Krisen sollten im Sinne eines Maßnahmenkataloges aufbereitet, zugänglich und ständig aktuell sein. Wiederholt wurde die Vermittlung von Softskills wie Zeitmanagement und Stressmanagement diskutiert. Sogenannte Softskills sollten fester Bestandteil des Studiums sein. Dies würde psychischen Krisen infolge von Überlastung vorbeugen.

Einzelne Anlaufstellen sollten gut informiert und erreichbar sein. Zudem wurde der Wunsch geäußert, dass die einzelnen Organe der Hochschule, die mit Studierendengesundheit zu tun hätten, besser vernetzt agierten. Das Psychologische Institut sollte hierbei eine größere Rolle spielen. Die Lehre selbst sollte in kleineren Kursen stattfinden und zu Semesterbeginn wurden entstigmatisierende und präventive Formate gewünscht.

Einzelne Ideen der Fokusgruppenteilnehmenden zur Prävention psychischer Krisen sind der Mindmap am Ende zu entnehmen (Anhang).

„Kulturwissenschaft [...] Das sind sehr kleine Fakultäten [...] und da hat man schon so einen persönlichen Kontakt auch irgendwie zu den Dozierenden und da kommt man leichter ins Gespräch zu solchen Themen.“

„wahnsinnig schwierig, erstmal durch die Univerwaltung zu telefonieren, wer denn jetzt zuständig ist“

„Das fänd ich cool, wenn alle Studienberater:innen [...] psychisch sensibilisiert sind. Weil die zum einen so eine Nähe zum Studierenden haben, aber vielleicht auch nochmal mehr Macht als [...] Studierende, um [...] wirklich etwas erreichen zu können im Hochschulsystem.“

7. Gesamtfazit

Die Begleitforschung evaluierte das verhältnispräventive Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“, das die strukturelle Förderung psychischer Gesundheit und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Setting Hochschule zum Ziel hatte.

1. Bewertung des Programms durch Hochschulkoordinator:innen

Das Programm wurde von den teilnehmenden Hochschulkoordinator:innen überwiegend positiv hinsichtlich Machbarkeit, Umsetzbarkeit und Nutzen bewertet. So konnten alle Befragten „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot erfolgreich implementieren, zudem wurden MHFA-Kurse (Mental Health First Aid) in der Mehrzahl der Hochschulen etabliert. Die Teilnehmenden berichteten von erhöhtem Wissen über Hilfesysteme, Stigmatisierung und Gesundheitsförderung, wenngleich in einzelnen Aspekten noch Bedarfe bestehen blieben (z.B. Vermittlung von Implementierungswissen zur Gesundheitsförderung).

2. Strukturveränderungen an den Hochschulen

Das Programm initiierte eine Reihe strukturbezogener Veränderungen: Es wurden Gesundheitszertifikate eingeführt, MHFA-Trainings angeboten, Öffentlichkeitsarbeit zur besseren Sichtbarmachung von Unterstützungsangeboten verstärkt und Vernetzungsstrukturen geschaffen. Essenziell für die Implementierung wurde die Einbindung der Hochschulleitung sowie die Qualifizierung von Schlüsselpersonen identifiziert. Allerdings stellte sich heraus, dass manche Ziele, wie die Verringerung von Stigmatisierung durch direkte Maßnahmen oder Zertifizierungsprozesse der Hochschulen, nur teilweise umgesetzt werden konnten. Insgesamt wurden viele Veränderungen als vielversprechend bewertet, dennoch bleiben Kapazitäten und Ressourcen auf Seiten der Hochschulen weiterhin begrenzt. Obwohl das Programm gezielt auf die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen fokussierte, wurde die Umsetzung nur teilweise erreicht. Gründe waren:

- **Unsicherheit und Wissenslücken bei Dozierenden:** Teilnehmende berichteten, dass viele Lehrende wenig Kenntnis über psychische Erkrankungen haben und unsicher im Umgang mit Betroffenen sind. Diese Unsicherheit verhindert häufig offene Gespräche und konkrete Hilfsangebote.
- **Vorherrschendes Leistungsdenken:** Ein stark leistungsorientiertes und teils rigides Hochschulsystem mit hohen Erwartungen führt dazu, dass psychische Erkrankungen oft als Schwäche betrachtet werden. Dies fördert Stigmatisierung und erschwert es, nachteilsausgleichende Maßnahmen zu etablieren.
- **Angst vor sozialer Ausgrenzung:** Betroffene Studierende befürchten Diskriminierung und Ausgrenzung durch Kommiliton:innen oder Dozierende, besonders wenn Nachteilsausgleiche kommuniziert werden. Dieses Stigma führt zu Selbst-Stigmatisierung und mangelnder Offenheit im Umgang mit psychischer Gesundheit.
- **Heterogenität der Fakultäten:** Die Wahrnehmung und Handhabung von psychischer Gesundheit variiert stark zwischen den Fachbereichen. Einige hinken in der Stigmatisierungsreduktion hinterher oder haben wenig Ressourcen, was die Umsetzung erschwert.
- **Begrenzte Zeit und Ressourcen im Programm:** Das einjährige Programm war aus Sicht der Teilnehmenden zeitlich sehr knapp bemessen, um tiefgreifende strukturelle Veränderungen hinsichtlich Stigmatisierung effektiv anzustoßen und zu verankern.

- **Fehlende breite Akzeptanz:** „Psychische Gesundheit“ wird von einigen Hochschulgruppen noch als ein Thema außerhalb des eigentlichen Hochschulkontexts gesehen. Studienfachberatungen und andere Bereiche zeigten teilweise ablehnende Haltung gegenüber Angeboten wie dem Online-Forum „Psychisch fit studieren“, was die Etablierung von Akzeptanz erschwert.

Zusammenfassend war die teilweise Umsetzung der Stigmatisierungsmaßnahmen also auf eine Kombination von individuellen Einstellungen, strukturellen Rahmenbedingungen und der noch kurzen, begrenzten Projektlaufzeit zurückzuführen.

3. Veränderung der Einschätzungen zum Status einer gesundheitsfördernden Hochschule

Zwischen Programmstart und -ende zeigte sich eine positive Entwicklung der Selbstwahrnehmung der Hochschulen im Hinblick auf gesundheitsfördernde Strukturen. Die Teilnehmenden berichteten von einem verbesserten Klima bezüglich psychischer Gesundheit, von gewachsener Sensibilisierung und von einer Erweiterung an Kompetenzen. Dennoch machten sie auch auf weiterhin bestehende Herausforderungen aufmerksam, etwa die Heterogenität innerhalb von Fakultäten, knappe Ressourcen und strukturelle Hürden im Prüfungsrecht.

4. Förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung

Förderlich für die Umsetzung wurden insbesondere die Unterstützung der Hochschulleitung, die Vernetzung der Akteur:innen und die Schulung von Schlüsselpersonen gesehen. Hinderliche Faktoren stellten ein starres Leistungsdenken, fehlende Flexibilitäten in Studienstrukturen (z.B. Blockprüfungen) sowie mangelnde Anerkennung und Unsicherheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen auf Seiten der Dozierenden dar. Zudem wurde auf vorhandene Selbst-Stigmatisierung und Hemmungen bei Betroffenen hingewiesen.

5. Rolle von Schlüsselpersonen und Entscheidungsstrukturen

Aus der qualitativen Analyse geht hervor, dass Schlüsselpersonen, welche sowohl über fachliche Expertise als auch über organisationales Netzwerk verfügen, für die nachhaltige Verankerung gesundheitsförderlicher Maßnahmen unverzichtbar sind. Die Entscheidungsstrukturen der Hochschulen – insbesondere die Hochschulleitung – spielen eine zentrale Rolle, da ohne deren Kommitment Initiativen kaum institutionell verankert werden können.

6. Wahrnehmung und Veränderung von Stigmatisierung

Stigmatisierung gegenüber psychisch Erkrankten wurde als allgegenwärtig, wenngleich in der Tendenz abnehmend, wahrgenommen. Das Programm trug zur Sensibilisierung und zu einem offeneren Umgang bei, wenngleich konkrete Maßnahmen gegen Stigma nur teilweise umgesetzt wurden. Stigmatisierung sei weiterhin ein wichtiges Handlungsfeld, das durch unterschiedliche Akteur:innen (Mitarbeitende, Studierende, Hochschulleitung) adressiert werden muss.

7. Sensibilisierung, Qualifizierung und Vernetzung

Im Rahmen des Programms konnten relevante Akteur:innen qualifiziert und vernetzt werden. Die Ausbildungen von MHFA-Ersthelfer:innen sowie die Fachmodule zu Stigmareduktion trugen zur Kompetenzsteigerung bei. Daneben bestärkte die Vernetzung den Erfahrungsaustausch und förderte den Transfer evidenzbasierter Maßnahmen im Setting Hochschule.

8. Perspektiven von Studierenden und Lehrenden

Aus Sicht der Studierenden und Lehrenden wurde das bislang unzureichende Angebot psychischer Gesundheitsförderung erkannt, insbesondere hinsichtlich Sichtbarkeit, Zugänglichkeit und Akzeptanz. Bedarfe bestehen insbesondere im Ausbau flexibler Studienformen, der Entlastung bei Prüfungen sowie in einer verbesserten Kommunikation und einem stigmapbewussteren Umgang mit psychischen Problemen.

Limitationen

Die Begleitforschung wies Limitationen auf, die die Interpretation der Ergebnisse und die Generalisierbarkeit der Befunde einschränken:

- **Kurzfristiger Programmzeitraum:** Die Laufzeit von etwa einem Jahr wurde von Teilnehmenden als zu kurz eingeschätzt, um umfassende und nachhaltige strukturelle Veränderungen speziell im Bereich der Stigmatisierungsreduktion und der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung realistisch umzusetzen. Viele Ziele, insbesondere auf Leitungsebene, konnten dadurch nur ansatzweise erreicht werden.
- **Personelle Fluktuation:** Mehrere Hochschulen berichteten von personellen Wechseln innerhalb der beteiligten Akteur:innen, wodurch die Kontinuität und Bindung an ursprünglich formulierte Ziele erschwert wurde. Dies führte teilweise zu einer eingeschränkten Wahrnehmung der Zielerreichung und der Entwicklung von Maßnahmen.
- **Anonymität der Datenerhebung:** Aufgrund der anonymen Erhebung waren individuelle Längsschnittanalysen nicht möglich, was die Analyse individueller Veränderungsverläufe einschränkte und nur aggregierte Betrachtungen erlaubte.
- **Vereinzelt geringe Stichprobengröße:** Die quantitativen Daten basierten auf relativ kleinen Stichprobengrößen (z. B. $n=6-7$ in einigen Befragungen), was statistische Analysen und die Aussagekraft der Ergebnisse begrenzt.
- **Heterogenität der Hochschulen und Fakultäten:** Die teilnehmenden Hochschulen unterschieden sich hinsichtlich Größe, Struktur, Ressourcen und Engagement stark, was zu variierenden Implementierungsständen und individuellen Rahmenbedingungen führte. Diese Heterogenität erschwerte die Übertragbarkeit von Ergebnissen auf andere Institutionen.
- **Begrenzte Einbindung aller Hochschulgruppen:** Insbesondere Studierende und Lehrende wurden zwar befragt, jedoch blieb die Einbindung weiterer Akteur:innen auf Leitungsebene oder spezifische Gruppen (z. B. administrative Mitarbeitende) teilweise gering, was die Vollständigkeit der Implementierungsanalyse einschränken könnte.

Diese Limitationen weisen darauf hin, dass das Pilotprogramm wichtige Impulse setzte und positive Entwicklungen anstieß, jedoch weitere, langfristig angelegte Begleitforschungen mit größeren Stichproben und vertiefter Einbindung verschiedener Hochschulakteur:innen notwendig sind, um die Wirkung und Nachhaltigkeit von Verhältnisprävention und Stigmatisierungsreduktion an Hochschulen umfassend bewerten zu können.

Fazit

Die Begleitforschung bestätigt die grundsätzlich hohe Eignung und den positiven Einfluss des Programms „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ zur strukturellen Förderung psychischer Gesundheit und Entstigmatisierung an Hochschulen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere die Kombination aus Qualifizierung von Schlüsselpersonen, systematischer Vernetzung sowie institutioneller Verankerung durch Hochschulleitungen entscheidend für nachhaltige Veränderungen ist. Zugleich zeigen sich weiterhin Entwicklungsbedarfe in der Umsetzung umfassender Verhältnisprävention und der wirksamen Stigmareduktion, insbesondere auf organisationaler Ebene.

Um die psychische Gesundheit von Studierenden und Mitarbeitenden nachhaltig zu verbessern, sind eine strategische Einbettung sowie gezielte Maßnahmen zur Anpassung akademischer Strukturen und Kulturen notwendig.

8. Literaturverzeichnis

Angermeyer, Matthias C.; Matschinger, Herbert; Corrigan, Patrick W. (2004): Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. In: *Schizophrenia Research* 69 (2-3), S. 175–182. DOI: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5.

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.

Berger, Klaus; Riedel-Heller, Steffi; Pabst, Alexander; Rietschel, Marcella; Richter, Dirk (2021): Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (9), S. 1157–1164. DOI: 10.1007/s00103-021-03393-y.

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.

Bretschneider, Julia; Kuhnert, Ronny; Hapke, Ulfert (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2788/2277mJ58IUyWI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Brown, Seth A. (2008): Factors and measurement of mental illness stigma: a psychometric examination of the Attribution Questionnaire. In: *Psychiatric rehabilitation journal* 32 (2), S. 89–94. DOI: 10.2975/32.2.2008.89.94.

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. DOI: 10.1001/archpsyc.58.12.1127.

Corrieri, S., Conrad, I., Heider, D., & Riedel-Heller, S. (2012). Evaluation der Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“ *Das Gesundheitswesen*, 74(08/09), s-0032-1322010. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1322010>

Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rüsck N. (2012). Self-stigma of mental illness scale--short form: reliability and validity. *Psychiatry Res*, 199(1), S. 65-69. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.009. Epub 2012 May 10. PMID: 22578819; PMCID: PMC3439592.

DAK-Gesundheit (2025). *Kinder- und Jugendreport 2025: Angststörungen, Depressionen und Essstörungen – administrative Prävalenzdaten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Hamburg: DAK-Gesundheit.

D'Amico, Nicholas; Mechling, Brandy; Kemppainen, Jeanne; Ahern, Nancy R.; Lee, Jackson (2016): American College Students' Views of Depression and Utilization of On-Campus Counseling Services. In: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 22 (4), S. 302–311. DOI: 10.1177/1078390316648777.

Ebert, David Daniel; Mortier, Philippe; Kaelhke, Fanny; Bruffaerts, Ronny; Baumeister, Harald; Auerbach, Randy P. et al. (2019): Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. In: *International journal of methods in psychiatric research* 28 (2), e1782. DOI: 10.1002/mpr.1782.

Feeg, Veronica D.; Prager, Laura S.; Moylan, Lois B.; Smith, Kathleen Maurer; Cullinan, Meritta (2014): Predictors of mental illness stigma and attitudes among college students: using vignettes from a campus common reading program. In: *Issues in mental health nursing* 35 (9), S. 694–703. DOI: 10.3109/01612840.2014.892551.

Flick, Uwe (2016): *Qualitative Sozialforschung* (vollst. akt. Neuauf.). Reinbek: Rowohlt

Grützmaker, J.; Gusy, B.; Lesener, T.; Sudheimer, S.; Willige, J. (2017): Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2050660/8bd39eab37ee133a2ec47e55e544abe7/gesundheit-studierender-in-deutschland-2017-studienband-data.pdf>.

Gusy, B.; Lohmann, K.; Wörfel, F. (2015): Gesundheitsmanagement für Studierende – eine Herausforderung für Hochschulen. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2015*, Bd. 58. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 249–258.

Habermann-Horstmeier, Lotte (2017): *Gesundheitsförderung und Prävention. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Bern: Hogrefe (Kompaktreihe Gesundheitswissenschaften). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456957074/>.

Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467–475. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>

Hartmann, Thomas (2021): *Prävention und Gesundheitsförderung in Hochschulen*. In: Michael Tiemann und Melvin Mohokum (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*, Bd. 10. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit), S. 635–651.

Hartmann, Thomas; Baumgarten, Kerstin; Hildebrand, Claudia; Sonntag, Ute (2016): Gesundheitsfördernde Hochschulen. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (4), S. 243–250. DOI: 10.1007/s11553-016-0564-z.

Hartmann, Thomas; Sonntag, Ute (2015): *Gesundheitsförderung und Hochschule*.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung : Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul*

Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

Kohls, Elisabeth; Baldofski, Sabrina; Moeller, Raiko; Klemm, Sarah-Lena; Rummel-Kluge, Christine (2021): Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. In: *Frontiers in psychiatry* 12, S. 643957. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.643957.

Koschig, Maria; Conrad, Ines; Riedel-Heller, Steffi G. (2021): Experiences and attitudes towards mental health problems in first year German university students. In: *International journal of adolescent medicine and health*. DOI: 10.1515/ijamh-2021-0026.

Koschig, M., Müller, M., Riedel-Heller, S. G. & Conrad, I. (2024). Erfahrungen und Erwartungen von Studierenden mit psychischen Krisen. *Public Health Forum*, 32(2), S. 83-87. DOI: 10.1515/pubhef-2024-0004.

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa.

Markowitz, Fred E.; Engelman, Douglas J. (2017): The "Own" and the "Wise": Does Stigma Status Buffer or Exacerbate Social Rejection of College Students with a Mental Illness? In: *Deviant behavior* 38 (7), S. 744–755. DOI: 10.1080/01639625.2016.1197673.

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.

Mrazek, Patricia J.; Haggerty, Robert J. (Hg.) (1994): Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academies Press (US). Washington (DC).

Pescosolido, Bernice A.; Perry, Brea L.; Krendl, Anne C. (2020): Empowering the Next Generation to End Stigma by Starting the Conversation: Bring Change to Mind and the College Toolbox Project. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 59 (4), S. 519–530. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.06.016.

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. DOI: 10.1001/archpsyc.55.1.56.

Pompeo-Fargnoli, Alyson (2022): Mental health stigma among college students: misperceptions of perceived and personal stigmas. In: *Journal of American college health : J of ACH* 70 (4), S. 1030–1039. DOI: 10.1080/07448481.2020.1784904.

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 Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 871–878. DOI: 10.1007/s00103-007-0250-6.

Robert Koch-Institut (RKI) (2025). *Depressive and anxiety symptoms among adults in Germany* (Health Monitoring Report). Berlin: RKI.

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.

Seibold, C.; Loss, J.; Nagel, E. (2010): *Gesunde Lebenswelt Hochschule. Ein Praxishandbuch für den Weg zur Gesunden Hochschule*. Techniker Krankenkasse. Online verfügbar unter https://www.uni-due.de/imperia/md/content/arbeitsplatz-ude/tk_gesunde-lebenswelt-hochschule.pdf.

Turosak, Anna; Siwierka, Julia (2021): Mental health and stigma on campus: Insights from students' lived experience. In: *Journal of prevention & intervention in the community* 49 (3), S. 266–281. DOI: 10.1080/10852352.2019.1654264.

Werner, Antonia M.; Tibubos, Ana N.; Mülder, Lina M.; Reichel, Jennifer L.; Schäfer, Markus; Heller, Sebastian et al. (2021): The impact of lockdown stress and loneliness during the COVID-19 pandemic on mental health among university students in Germany. In: *Scientific reports* 11 (1), S. 22637. DOI: 10.1038/s41598-021-02024-5.

9. Anhang

Anhang 1: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung prä

Anhang 2: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung post

Anhang 3: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung follow-up

Anhang 4: Zielgruppe „Hochschulmitarbeitende“ – Online-Fragebogen

Anhang 5: Zielgruppe „Studierende“ – Online-Fragebogen

Anhang 6: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Fokusgruppenleitfaden Programmstart

Anhang 7: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Fokusgruppenleitfaden Programmende

Anhang 8: Zielgruppe „Studierende“ - Fokusgruppenleitfaden

Anhang 9: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Kategoriensystem Programmstart

Anhang 10: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Kategoriensystem Programmende

Anhang 11: Zielgruppe „Studierende“ – Kategoriensystem

Anhang 1: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung prä



„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ - Fragebogen für Programmteilnehmende (Start) -

Mit diesem Fragebogen sollen Entwicklungen an Ihrer Hochschule durch das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ sichtbar gemacht werden. Dafür muss zunächst der Status quo erfasst werden. Sie sind Expert:innen zum Thema psychische Gesundheit an Ihrer Hochschule, weshalb wir Sie bitten eine Einschätzung der folgenden Fragen vorzunehmen. Wenn Sie sich zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten unsicher sind, kreuzen Sie die Antwort an, die Sie am ehesten zutreffend finden.

1. Allgemeine Angaben

1.1	An welcher Hochschule sind Sie tätig?	
1.2	Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
1.3	Wie lange sind Sie bereits an dieser Hochschule tätig?	_____ Jahre
1.4	Wie lange sind Sie generell im Hochschulbereich tätig?	_____ Jahre
1.5	Welches Geschlecht haben Sie?	
	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
1.6	In welchem Bereich sind Sie an Ihrer Hochschule tätig? (Mehrfachantworten sind möglich)	
1.6.1	<input type="checkbox"/> Studentenwerk	
1.6.2	<input type="checkbox"/> Prüfungsamt	
1.6.3	<input type="checkbox"/> BAföG-Amt	
1.6.4	<input type="checkbox"/> Zentrale Studienberatung	(weitere folgen auf der nächsten Seite)



1.6.5	O: Hochschulsport & Freizeit
1.6.6	O: Geschäftsleitung
1.6.7	O: Eigentumsverwaltung & Instandhaltung
1.6.8	O: Bibliothek & Informationsmanagement
1.6.9	O: Mittelbeschaffung & Alumniverwaltung
1.6.10	O: Administration (Finanzen, IT)
1.6.11	O: Lehre & Forschung
1.6.12	O: Psychosoziale Beratung
1.6.13	O: Inklusion/Gleichstellungsbeauftragte
1.6.14	O: Anderer, und zwar:
1.6.15	O: Anderer, und zwar: _____
1.6.16	O: Anderer, und zwar: _____
1.7	Bitte beschreiben Sie kurz, wie viel Entscheidungsgewalt Ihre Position an der Hochschule inne hat; insbesondere auch gegenüber der Leitungsebene (z.B. beim Einführen von Präventionsprogrammen an der Hochschule).



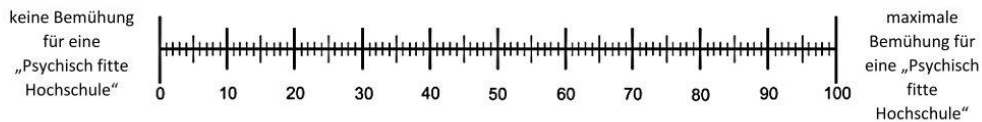
2. Erfahrungen und Relevanz bzgl. psychischer Krisen

2.1 Welche Erfahrungen haben Sie mit psychischen Krisen gemacht? (Mehrfachantworten sind möglich)		
2.1.1	<input type="radio"/> O ₁	Ich habe persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht.
2.1.2	<input type="radio"/> O ₁	Ich nutze aktuell oder habe in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe bzgl. eigener psychischer Krisen in Anspruch genommen.
2.1.3	<input type="radio"/> O ₁	Ich kümmere mich um einen Bekannten/Angehörigen mit psychischer Krise.
2.1.4	<input type="radio"/> O ₁	Anderes: _____
2.1.5	<input type="radio"/> O ₁	Nichts davon
2.1.6	<input type="radio"/> O ₁	Ich möchte keine Auskunft geben.
2.2 Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die Relevanz psychischer Gesundheit.		
Wie wichtig ist das Thema psychische Gesundheit für die <u>Leitungsebene</u> der Hochschule, an der Sie tätig sind?		
Überhaupt nicht wichtig	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂ <input type="radio"/> O ₃ <input type="radio"/> O ₄ <input type="radio"/> O ₅ <input type="radio"/> O ₆ <input type="radio"/> O ₇ <input type="radio"/> O ₈ <input type="radio"/> O ₉ <input type="radio"/> O ₁₀ Sehr wichtig
2.3 Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, welche Rolle psychische Krisen an der Hochschule bereits gespielt haben.		
		JA NEIN
2.3.1	Psychische Krisen von <u>Mitarbeitenden</u> haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀
2.3.2	Psychische Krisen von <u>Studierenden</u> haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀
2.3.3	Mir sind <u>Mitarbeitende</u> mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀
2.3.4	Mir sind <u>Studierende</u> mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀



3. Einordnung als psychisch fitte Hochschule

3.1 Auf einer Skala von 0 bis 100, wie psychisch fit ist Ihre Hochschule derzeit ausgerichtet?



3.2 Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die folgenden beiden Aussagen über Ressourcen an Ihrer Hochschule:

3.2.1 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **finanzielle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeitenden bereit.“

Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu

3.2.2 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **finanzielle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden bereit.“

Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu

3.2.3 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **personelle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeitenden bereit.“

Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu

3.2.4 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **personelle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden bereit.“

Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu



3.3 Der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule“ definierte bereits 2005 zehn Gütekriterien eines gesundheitsförderlich gestalteten Unilebens. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie die einzelnen Kriterien aus Ihrer Sicht bereits an Ihrer Hochschule umgesetzt werden.		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu	Nicht bekannt
3.3.1	Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.2	Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.3	Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.4	Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mit berücksichtigt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.5	Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.6	An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.7	Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.8	Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.9	Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.10	Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅



4. Erwartungen an das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

4.1 Mit welchen Erwartungen und Wünschen starten Sie in das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“? (Mehrfachantworten sind möglich)		JA	NEIN
4.1.1	Ich möchte „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot an meiner Hochschule implementieren.	O ₁	O ₀
4.1.2	Ich möchte das Programm „MHFA-Ersthelfer:in“ – Kurse für psychische Gesundheit an meiner Hochschule implementieren.	O ₁	O ₀
4.1.3	Ich möchte mehr darüber wissen, was die Hochschule/Universität mit Gesundheitsförderung zu tun hat.	O ₁	O ₀
4.1.4	Ich möchte mehr über die Hilfesysteme an der Hochschule/Universität lernen (interne Vernetzung).	O ₁	O ₀
4.1.5	Ich möchte psychische Krisen und Gesundheit besser verstehen lernen.	O ₁	O ₀
4.1.6	Ich strebe hiermit Zertifizierungen für meine Hochschule an.	O ₁	O ₀
4.1.7	Ich möchte mich außerhalb der Hochschule vernetzen (externe Vernetzung).	O ₁	O ₀
4.1.8	Ich möchte lernen, wie ich an meiner Hochschule Gesundheitsförderung implementiere.	O ₁	O ₀
4.1.9	Ich möchte etwas über Stigmatisierung lernen.	O ₁	O ₀
4.1.10	Ich möchte etwas gegen Stigmatisierung an meiner Hochschule unternehmen.	O ₁	O ₀
4.1.11	Ich möchte in Erfahrung bringen, wie Hilfs- und Beratungsangebote in der Hochschule bei Studierenden und Mitarbeitenden stärker sichtbar gemacht werden können.	O ₁	O ₀
4.1.12	Weiteres: _____	O ₁	O ₀
4.1.13	Weiteres:	O ₁	O ₀
4.2	Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie darüber hinaus?		



5. Stigmatisierung an der Hochschule

5.1	Ich habe wahrgenommen, dass unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).	
kommt nicht vor		<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
5.2	Ich habe wahrgenommen, dass unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).	
kommt nicht vor		<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
5.3	Ich habe wahrgenommen, dass unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenthaltungen (Diskriminierung).	
kommt nicht vor		<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen

6. Veränderungsziel

6.1	<p>Sie haben heute an der Auftaktveranstaltung zum Pilotprogramm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ teilgenommen. Die Referentinnen haben Ihnen skizziert, was auf Sie zukommt und Sie konnten Teilnehmer:innen von anderen Hochschulen kennenlernen.</p> <p>Wir wollen Sie abschließend darum bitten, <u>ein konkretes Veränderungsziel</u> zu formulieren. Es soll um ein Ziel Ihrer Hochschule gehen, welches durch die Programmteilnahme in den nächsten 12 Monaten realisiert werden soll (z.B.: „In einem Jahr zu Programmende möchten wir ein Gesundheitskonzept für unsere Hochschule ausformuliert, verschriftlicht und veröffentlicht haben.“).</p>



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

6.2 Auf einer Skala von 0 bis 100, wie realistisch schätzen Sie die Zielerreichung ein?													
<table border="0"><tr><td>maximal unrealis- tisch</td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td><td>maximal realis- tisch</td></tr></table>	maximal unrealis- tisch	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	maximal realis- tisch
maximal unrealis- tisch	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	maximal realis- tisch	

☯ **Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!** ☯

Anhang 2: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung post



„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ - Fragebogen für Programmteilnehmende (Ende) -

Mit diesem Fragebogen sollen Entwicklungen an Ihrer Hochschule während der Teilnahme am Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ sichtbar gemacht werden. Sie sind Expert:innen zum Thema psychische Gesundheit an Ihrer Hochschule, weshalb wir Sie bitten eine Einschätzung der folgenden Fragen vorzunehmen. Wenn Sie sich zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten unsicher sind, kreuzen Sie die Antwort an, die Sie am ehesten zutreffend finden.

1. Allgemeine Angaben

1.1	An welcher Hochschule sind Sie tätig?	
1.2	Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
1.3	Wie lange sind Sie bereits an dieser Hochschule tätig?	_____ Jahre
1.4	Wie lange sind Sie generell im Hochschulbereich tätig?	_____ Jahre
1.5	Welches Geschlecht haben Sie?	
	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
1.6	In welchem Bereich sind Sie an Ihrer Hochschule tätig? (Mehrfachantworten sind möglich)	
1.6.1	<input type="checkbox"/> Studentenwerk	
1.6.2	<input type="checkbox"/> Prüfungsamt	
1.6.3	<input type="checkbox"/> BAföG-Amt	
1.6.4	<input type="checkbox"/> Zentrale Studienberatung	
1.6.5	<input type="checkbox"/> Hochschulsport & Freizeit	(weitere folgen auf der nächsten Seite)



1.6.6	O ₁ Geschäftsleitung	
1.6.7	O ₁ Eigentumsverwaltung & Instandhaltung	
1.6.8	O ₁ Bibliothek & Informationsmanagement	
1.6.9	O ₁ Mittelbeschaffung & Alumniverwaltung	
1.6.10	O ₁ Administration (Finanzen, IT)	
1.6.11	O ₁ Lehre & Forschung	
1.6.12	O ₁ Psychosoziale Beratung	
1.6.13	O ₁ Inklusion/Gleichstellungsbeauftragte	
1.6.14	O ₁ Anderer, und zwar:	
1.6.15	O ₁ Anderer, und zwar:	_____
1.6.16	O ₁ Anderer, und zwar:	_____
1.7	Bitte beschreiben Sie kurz, wie viel Entscheidungsgewalt Ihre Position an der Hochschule inne hat; insbesondere auch gegenüber der Leitungsebene (z.B. beim Einführen von Präventionsprogrammen an der Hochschule).	



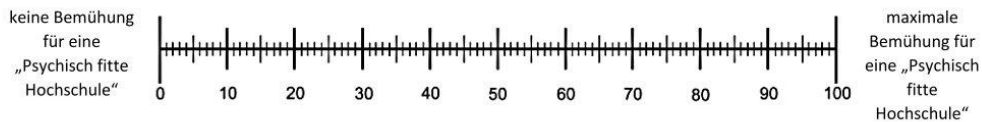
2. Erfahrung und Relevanz bzgl. psychischer Krisen

2.1 Welche Erfahrungen haben Sie mit psychischen Krisen gemacht? (Mehrfachantworten sind möglich)	
2.1.1	<input type="radio"/> Ich habe persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht.
2.1.2	<input type="radio"/> Ich nutze aktuell oder habe in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe bzgl. eigener psychischer Krisen in Anspruch genommen.
2.1.3	<input type="radio"/> Ich kümmere mich um einen Bekannten/Angehörigen mit psychischer Krise.
2.1.4	<input type="radio"/> Anderes: _____
2.1.5	<input type="radio"/> Nichts davon
2.1.6	<input type="radio"/> Ich möchte keine Auskunft geben.
2.2 Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die Relevanz psychischer Gesundheit.	
Wie wichtig ist das Thema psychische Gesundheit für die <u>Leitungsebene</u> der Hochschule, an der Sie tätig sind?	
Überhaupt nicht wichtig	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr wichtig
2.3 Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, welche Rolle psychische Krisen an der Hochschule bereits gespielt haben.	
	JA NEIN
2.3.1	Psychische Krisen von <u>Mitarbeitenden</u> haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2.3.2	Psychische Krisen von <u>Studierenden</u> haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2.3.3	Mir sind <u>Mitarbeitende</u> mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2.3.4	Mir sind <u>Studierende</u> mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt. <input type="radio"/> <input type="radio"/>



3. Einordnung als psychisch fitte Hochschule

3.1 Auf einer Skala von 0 bis 100, wie psychisch fit ist Ihre Hochschule derzeit ausgerichtet?



3.2 Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die folgenden beiden Aussagen über Ressourcen an Ihrer Hochschule:

- 3.2.1 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **finanzielle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeitenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu
- 3.2.2 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **finanzielle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu
- 3.2.3 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **personelle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeitenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu
- 3.2.4 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **personelle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu



3.3 Der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule“ definierte bereits 2005 zehn Gütekriterien eines gesundheitsförderlich gestalteten Unilebens. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie die einzelnen Kriterien aus Ihrer Sicht bereits an Ihrer Hochschule umgesetzt werden.		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu	Nicht bekannt
3.3.1	Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.2	Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.3	Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.4	Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mit berücksichtigt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.5	Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.6	An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.7	Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.8	Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.9	Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.10	Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅






4. Erwartungen an das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

4.1 Welche Erwartungen und Wünsche wurden durch das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ erfüllt? (Mehrfachantworten sind möglich)		JA	NEIN	Ist mir nicht wichtig
4.1.1	Ich habe „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot an meiner Hochschule implementiert.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.2	Ich habe das Programm „MHFA-Ersthelfer:in“ – Kurse für psychische Gesundheit an meiner Hochschule implementiert.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.3	Ich weiß mehr darüber, was die Hochschule/Universität mit Gesundheitsförderung zu tun hat.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.4	Ich weiß mehr über die Hilfesysteme an der Hochschule/Universität (interne Vernetzung).	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.5	Ich habe psychische Krisen und Gesundheit besser verstehen gelernt.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.6	Ich habe eine Zertifizierung für meine Hochschule in die Wege geleitet oder erreicht.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.7	Ich habe mich außerhalb der Hochschule vernetzt (externe Vernetzung).	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.8	Ich habe gelernt, wie ich an meiner Hochschule Gesundheitsförderung implementiere.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.9	Ich habe etwas über Stigmatisierung gelernt.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.10	Ich konnte etwas gegen Stigmatisierung an meiner Hochschule unternehmen.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.11	Ich habe in Erfahrung gebracht, wie Hilfs- und Beratungsangebote in der Hochschule bei Studierenden und Mitarbeitenden stärker sichtbar gemacht werden können.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.12	Weiteres: _____	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.13	Weiteres: _____	O ₁	O ₀	O ₂



4.2	Welche Erwartungen und Wünsche haben sich darüber hinaus erfüllt?

5. Stigmatisierung an der Hochschule

5.1	Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
5.2	Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
5.3	Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenhaltungen (Diskriminierung).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen



7.31 Fehlen im Programm Inhalte, die Sie als wichtig erachten?						
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
7.32 Wenn ja, welche?						
	schlecht	weniger gut	mittelmäßig	gut	sehr gut	
7.4	Wie beurteilen Sie die <u>fachliche</u> Qualifikation der Experten:innen?	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
7.5	Wie beurteilen Sie die <u>didaktische</u> Qualifikation der Experten:innen?	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
7.6 Was könnte aus Ihrer Sicht am Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ verbessert werden?						
7.7 Was hat Ihnen am Programm besonders gut gefallen?						



7.8 Bitte bewerten Sie den Organisationsaufwand im Rahmen der Programmteilnahme											
kein Aufwand	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₆	<input type="radio"/> O ₇	<input type="radio"/> O ₈	<input type="radio"/> O ₉	<input type="radio"/> O ₁₀	enorm hoher Aufwand
7.9 Schätzen Sie den mit dem Programm verbundenen Aufwand als angemessen ein?											
<input type="radio"/> O ₁ Ja			<input type="radio"/> O ₀ Nein				<input type="radio"/> O ₂ kann ich nicht beurteilen				
7.9 Würden Sie sagen, dass der mit der Teilnahme am Programm verbundene Aufwand gut durch die Zusammenarbeit mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ gemeistert werden konnte?											
<input type="radio"/> O ₁ Ja			<input type="radio"/> O ₀ Nein				<input type="radio"/> O ₂ kann ich nicht beurteilen				

 **Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!** 

Anhang 3: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Befragung follow-up



„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

- Fragebogen für Programmteilnehmende (FollowUp nach 1 Jahr) -

Mit diesem Fragebogen sollen Entwicklungen an Ihrer Hochschule im Anschluss an die Teilnahme am Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ sichtbar gemacht werden. Sie sind Expert:innen zum Thema psychische Gesundheit an Ihrer Hochschule, weshalb wir Sie bitten eine Einschätzung der folgenden Fragen vorzunehmen. Wenn Sie sich zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten unsicher sind, kreuzen Sie die Antwort an, die Sie am ehesten zutreffend finden.

1. Allgemeine Angaben

1.1	An welcher Hochschule sind Sie tätig?	
1.2	Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
1.3	Wie lange sind Sie bereits an dieser Hochschule tätig?	_____ Jahre
1.4	Wie lange sind Sie generell im Hochschulbereich tätig?	_____ Jahre
1.5	Welches Geschlecht haben Sie?	
	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
1.6	In welchem Bereich sind Sie an Ihrer Hochschule tätig? (Mehrfachantworten sind möglich)	
1.6.1	<input type="checkbox"/> Studentenwerk	
1.6.2	<input type="checkbox"/> Prüfungsamt	
1.6.3	<input type="checkbox"/> BAföG-Amt	
1.6.4	<input type="checkbox"/> Zentrale Studienberatung	
1.6.5	<input type="checkbox"/> Hochschulsport & Freizeit	(weitere folgen auf der nächsten Seite)



1.6.6	O ₁ Geschäftsleitung	
1.6.7	O ₁ Eigentumsverwaltung & Instandhaltung	
1.6.8	O ₁ Bibliothek & Informationsmanagement	
1.6.9	O ₁ Mittelbeschaffung & Alumniverwaltung	
1.6.10	O ₁ Administration (Finanzen, IT)	
1.6.11	O ₁ Lehre & Forschung	
1.6.12	O ₁ Psychosoziale Beratung	
1.6.13	O ₁ Inklusion/Gleichstellungsbeauftragte	
1.6.14	O ₁ Anderer, und zwar:	
1.6.15	O ₁ Anderer, und zwar:	_____
1.6.16	O ₁ Anderer, und zwar:	_____



2. Relevanz psychischer Krisen

2.1 Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die Relevanz psychischer Gesundheit.	
Wie wichtig ist das Thema psychische Gesundheit für die <u>Leitungsebene</u> der Hochschule, an der Sie tätig sind?	
Überhaupt nicht wichtig	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₂ <input type="radio"/> O ₃ <input type="radio"/> O ₄ <input type="radio"/> O ₅ <input type="radio"/> O ₆ <input type="radio"/> O ₇ <input type="radio"/> O ₈ <input type="radio"/> O ₉ <input type="radio"/> O ₁₀ Sehr wichtig
2.2 Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, welche Rolle psychische Krisen an der Hochschule bereits gespielt haben.	
	JA NEIN
2.2.1 Psychische Krisen von <u>Mitarbeitenden</u> haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀
2.2.2 Psychische Krisen von <u>Studierenden</u> haben wiederholt eine Rolle an unserer Hochschule gespielt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀
2.2.3 Mir sind <u>Mitarbeitende</u> mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀
2.2.4 Mir sind <u>Studierende</u> mit psychischen Erkrankungen an unserer Hochschule bekannt.	<input type="radio"/> O ₁ <input type="radio"/> O ₀



3. Einordnung als psychisch fitte Hochschule

3.1 Auf einer Skala von 0 (=keine Bemühung für eine „Psychisch fitte Hochschule“) bis 100 (= maximale Bemühung für eine „Psychisch fitte Hochschule“), wie psychisch fit ist Ihre Hochschule derzeit ausgerichtet?

Meine Hochschule erreicht aus meiner Sicht folgenden Wert für Ihre Bemühungen: _____

3.2 Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die folgenden beiden Aussagen über Ressourcen an Ihrer Hochschule:

- 3.2.1 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **finanzielle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeitenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu
- 3.2.2 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **finanzielle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu
- 3.2.3 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **personelle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeitenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu
- 3.2.4 „An unserer Hochschule stehen ausreichend **personelle** Ressourcen für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Studierenden bereit.“
- Trifft überhaupt nicht zu O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇ O₈ O₉ O₁₀ Trifft voll und ganz zu



3.3 Der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule“ definierte bereits 2005 zehn Gütekriterien eines gesundheitsförderlich gestalteten Unilebens. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie die einzelnen Kriterien aus Ihrer Sicht derzeit an Ihrer Hochschule umgesetzt werden.		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu	Nicht bekannt
3.3.1	Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.2	Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.3	Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.4	Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mit berücksichtigt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.5	Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.6	An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.7	Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.8	Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.9	Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
3.3.10	Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅



4. Erwartungen an das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

4.1 Welche Erwartungen und Wünsche wurden durch das Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ nun mit 1 Jahr Abstand erfüllt? (Mehrfachantworten sind möglich)				
		JA	NEIN	Ist mir nicht wichtig
4.1.1	Ich habe „Psychisch fit studieren“ als lokales Präventionsangebot an meiner Hochschule implementiert.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.2	Ich habe das Programm „MHFA-Ersthelfer:in“ – Kurse für psychische Gesundheit an meiner Hochschule implementiert.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.3	Ich weiß mehr darüber, was die Hochschule/Universität mit Gesundheitsförderung zu tun hat.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.4	Ich weiß mehr über die Hilfesysteme an der Hochschule/Universität (interne Vernetzung).	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.5	Ich habe psychische Krisen und Gesundheit besser verstehen gelernt.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.6	Ich habe eine Zertifizierung für meine Hochschule in die Wege geleitet oder erreicht.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.7	Ich habe mich außerhalb der Hochschule vernetzt (externe Vernetzung).	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.8	Ich habe gelernt, wie ich an meiner Hochschule Gesundheitsförderung implementiere.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.9	Ich habe etwas über Stigmatisierung gelernt.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.10	Ich konnte etwas gegen Stigmatisierung an meiner Hochschule unternehmen.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.11	Ich habe in Erfahrung gebracht, wie Hilfs- und Beratungsangebote in der Hochschule bei Studierenden und Mitarbeitenden stärker sichtbar gemacht werden können.	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.12	Weiteres: _____	O ₁	O ₀	O ₂
4.1.13	Weiteres: _____	O ₁	O ₀	O ₂



4.2	Welche Erwartungen und Wünsche haben sich darüber hinaus erfüllt?

5. Stigmatisierung an der Hochschule

„Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).“	
5.1.1	Auf einer Skala von 0 (= kommt nicht vor) bis 100 (= stark verbreitet). Wie stark trifft die obige Aussage aus Ihrer Sicht auf Ihre Hochschule zu. Geben Sie bitte einen Wert zwischen 0 und 100 an: _____
5.1.2	<input type="radio"/> Kann ich nicht beurteilen.
„Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).“	
5.2.1	Auf einer Skala von 0 (= kommt nicht vor) bis 100 (= stark verbreitet). Wie stark trifft die obige Aussage aus Ihrer Sicht auf Ihre Hochschule zu. Geben Sie bitte einen Wert zwischen 0 und 100 an: _____
5.2.2	<input type="radio"/> Kann ich nicht beurteilen.
„Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenhaltungen (Diskriminierung).“	
5.3.1	Auf einer Skala von 0 (= kommt nicht vor) bis 100 (= stark verbreitet). Wie stark trifft die obige Aussage aus Ihrer Sicht auf Ihre Hochschule zu. Geben Sie bitte einen Wert zwischen 0 und 100 an: _____
5.3.2	<input type="radio"/> Kann ich nicht beurteilen.



6. Veränderungsziel

6.1	<p>Sie haben heute an der Abschlussveranstaltung zum Pilotprogramm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ teilgenommen. Ein ganzes Programmjahr liegt hinter Ihnen und Ihrer Hochschule. Zu Beginn hatten wir Sie (oder eine:n andere:n Vertreter:in der Hochschule) nach einem Veränderungsziel gefragt.</p> <p>Wir wollen Sie abschließend darum bitten, zu beschreiben, ob Sie dieses Ziel erreichen konnten und was dabei hilfreich und was hinderlich war (z.B.: „Wir konnten ein Gesundheitskonzept verschriftlichen und die Leitungsebene hat uns dabei personell unterstützt“).</p>
6.2	<p>Auf einer Skala von 0 bis 100, wie gut konnten Sie Ihr Ziel erreichen? Bitte geben Sie einen Wert zwischen 0 (= gar nicht) bis 100 (= voll und ganz) an: _____</p>

7. Bewertung des Programms

7.1	<p>Nun mit 1 Jahr Abstand, haben Sie durch Ihre Teilnahme am Programm neue Kenntnisse über psychische Krisen erworben?</p>
	<p>gar nicht <input type="radio"/> ₀ <input type="radio"/> ₁ <input type="radio"/> ₂ <input type="radio"/> ₃ <input type="radio"/> ₄ sehr</p>
7.2	<p>Nun mit 1 Jahr Abstand, wie hilfreich schätzen Sie die in der Veranstaltung vermittelten Informationen und Angebote zur Vorbeugung von psychischen Krisen ein?</p>
	<p>gar nicht hilfreich <input type="radio"/> ₀ <input type="radio"/> ₁ <input type="radio"/> ₂ <input type="radio"/> ₃ <input type="radio"/> ₄ sehr hilfreich</p>



7.31 Fehlen im Programm Inhalte, die Sie als wichtig erachten?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
7.32 Wenn ja, welche?	
7.4 Welche Ziele konnten im Anschluss an das erfolgte Programmjahr noch nachträglich realisiert werden? Bitte beschreiben Sie diese stichpunkthaft.	
7.5 Einige Hochschulen berichteten im Projekt von Schwierigkeiten, mit Ihren Maßnahmen Studierende zu erreichen. Ist es Ihnen auch so ergangen? Und wenn ja: Konnten Sie im Folgejahr mehr Studierende erreichen? Wie ist Ihnen das gelungen?	

 **Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!** 

Anhang 4: Zielgruppe „Hochschulmitarbeitende“ – Online-Fragebogen



„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

- Fragebogen für Hochschulmitarbeitende –

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung zur Förderung psychischer Gesundheit an Hochschulen teilzunehmen! Bitte gehen Sie die Fragen schrittweise durch und füllen den gesamten Fragebogen entsprechend **Ihrer persönlichen Sichtweise** aus. Sofern nicht auf Mehrfachnennungen hingewiesen wird, setzen Sie bitte nur ein Kreuz und entscheiden sich somit für eine Antwortmöglichkeit.

In der Regel geben Sie Ihre Antworten:

durch Ankreuzen:

oder Eintragen einer Zahl oder des Textes in die entsprechenden Zeilen.

1. Allgemeine Angaben

1	Wie alt sind Sie?	_____	Jahre
2	Wie lange sind Sie bereits an dieser Hochschule tätig?	_____	Jahre
3	Wie lange sind Sie generell im Hochschulbereich tätig?	_____	Jahre
4	Welches Geschlecht haben Sie?		
	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
5	In welchem Bereich sind Sie an Ihrer Hochschule tätig? (Mehrfachantworten sind möglich)		
5.1	<input type="checkbox"/> Studentenwerk		
5.2	<input type="checkbox"/> Prüfungsamt		
5.3	<input type="checkbox"/> BAföG-Amt		
5.4	<input type="checkbox"/> Zentrale Studienberatung		
5.5	<input type="checkbox"/> Hochschulsport & Freizeit		(weitere Antwortmöglichkeiten auf der nächsten Seite)



5.6	<input type="radio"/> O ₁ Geschäftsleitung
5.7	<input type="radio"/> O ₁ Eigentumsverwaltung & Instandhaltung
5.8	<input type="radio"/> O ₁ Bibliothek & Informationsmanagement
5.9	<input type="radio"/> O ₁ Mittelbeschaffung & Alumniverwaltung
5.10	<input type="radio"/> O ₁ Administration (Finanzen, IT)
5.11	<input type="radio"/> O ₁ Lehre & Forschung
5.12	<input type="radio"/> O ₁ Psychosoziale Beratung
5.13	<input type="radio"/> O ₁ Inklusion/Gleichstellungsbeauftragte
5.14	<input type="radio"/> O ₁ Anderer, und zwar:
5.15	<input type="radio"/> O ₁ Anderer, und zwar: _____
5.16	<input type="radio"/> O ₁ Anderer, und zwar: _____

2. Hochschule und Förderung psychischer Gesundheit

6.1	Verbinden Sie mit Ihrer Position an der Hochschule Aufgaben zur Förderung psychischer Gesundheit von Studierenden?	<input type="radio"/> O ₁ Ja (weiter mit 6.2)	<input type="radio"/> O ₀ Nein (weiter mit 7)
6.2	Wenn ja, dann beschreiben Sie bitte kurz, in welcher Rolle Sie sich (aufgrund Ihrer beruflichen Position) bezüglich der Förderung psychischer Gesundheit von Studierenden sehen (z.B.: Lots:in, Aufklärung, Entlastung).		



7 Der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule“ definierte bereits 2005 zehn Gütekriterien eines gesundheitsförderlich gestalteten Unilebens. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie die einzelnen Kriterien aus Ihrer Sicht bereits an Ihrer Hochschule umgesetzt werden.		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu	Nicht bekannt
7.1	Es existiert ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit übersichtlichen Strukturen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.2	Gesundheitsförderung wird mehrdimensional verstanden.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.3	Das Konzept zur Gesundheitsförderung ist in unserer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik verankert.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.4	Gesundheitsförderung wird bei allen Prozessen und Entscheidungen mit berücksichtigt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.5	Es existiert eine hochschulweite Steuerungsgruppe, die die gesundheitsfördernden Strukturen weiterentwickelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.6	An der Hochschule gibt es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.7	Alle Statusgruppen erhalten gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Verhaltensebene sowie strukturell (Verhältnisebene).	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.8	Die Okanagan Charta wurde unterzeichnet und ist damit Impulsgeber für einen Wandel hin zur Nachhaltigkeit.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.9	Es werden auch die Themen Chancengleichheit, Inklusion und Diversität von der Steuerungsgruppe behandelt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
7.10	Es findet Vernetzung mit der Kommune statt sowie mit anderen Hochschulen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅



3. Eigenes Wissen und Fertigkeiten

8	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Studierenden, die sich in einer psychischen Krise befinden?
9	Wie gehen Sie mit Studierenden um, die sich in einer psychischen Krise befinden bzw. wie würden Sie mit ihnen umgehen?
10	Was sind bereits gute Angebote an Ihrer Hochschule, die vor allem Lehrpersonen im Umgang mit Studierenden in psychischen Krisen weiterhelfen bzw. unterstützen?
11	Wo würden Sie sich noch Unterstützung im Umgang mit Studierenden in psychischen Krisen wünschen?



12	Wer sind aus Ihrer Sicht Schlüsselpersonen bzw. Schlüsselstellen bzgl. Prävention psychischer Krisen und Förderung der psychischen Gesundheit an Ihrer Hochschule? (Wo wird was entschieden?)
13	Wie können Multiplikator:innen zur Förderung der psychischen Gesundheit an der Hochschule erreicht werden?

4. Stigmatisierung an der Hochschule

14.1	Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).
kommt nicht vor	
	stark verbreitet
	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
14.2	Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).
kommt nicht vor	
	stark verbreitet
	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
14.3	Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenhaltungen (Diskriminierung).
kommt nicht vor	
	stark verbreitet
	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen



15.1	Ich habe wahrgenommen, dass unter Studierenden unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
15.2	Ich habe wahrgenommen, dass unter Studierenden unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
15.3	Ich habe wahrgenommen, dass unter Studierenden unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenhaltungen (Diskriminierung).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen

16.1	Ich habe wahrgenommen, dass im Kollegium unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
16.2	Ich habe wahrgenommen, dass im Kollegium unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
16.3	Ich habe wahrgenommen, dass im Kollegium unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenhaltungen (Diskriminierung).		
kommt nicht vor		stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen



5. Einstellungen

Es gibt viele Einstellungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir würden gerne wissen, was **Ihrer Meinung nach** die Mehrheit der Bevölkerung oder die meisten Leute denken.

17	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit der unten angegebenen 5-Punkt-Skala. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, wie stark Sie zustimmen oder ablehnen. Beantworten Sie bitte jede Frage und lassen Sie keine aus.	[SSMI1]				
		<i>Stimme überhaupt nicht</i>	<i>Weder noch</i>			<i>Stimme völlig zu</i>
	Ich denke, die Öffentlichkeit glaubt ...					
	17.1. ...den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.2. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich .	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.3. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.4. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.5. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.6. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.7. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.8. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.9. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
	17.10.... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄



18 Nachdem wir gefragt haben, wie andere wohl denken, möchten wir nun wissen, was Sie selbst denken. Uns interessiert, welchen Aussagen Sie selbst zustimmen und welche Sie ablehnen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen erneut auf der 5-Punkt-Skala. Beantworten Sie bitte jede Frage und lassen Sie keine aus. [SSMI2]					
Ich denke, ...	<i>Stimme überhaupt nicht</i>		<i>Weder noch</i>		<i>Stimme völlig zu</i>
18.1. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.2. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.3. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.4. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.5. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.6. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.7. ... den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.8. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.9. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.10.... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich .	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄

☯ **Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!** ☯

Anhang 5: Zielgruppe „Studierende“ – Online-Fragebogen



„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

- Fragebogen für Studierende -

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung zur Förderung psychischer Gesundheit an Hochschulen teilzunehmen! Bitte gehen Sie die Fragen schrittweise durch und füllen den gesamten Fragebogen entsprechend **Ihrer persönlichen Sichtweise** aus. Sofern nicht auf Mehrfachnennungen hingewiesen wird, setzen Sie bitte nur ein Kreuz und entscheiden sich somit für eine Antwortmöglichkeit.

In der Regel geben Sie Ihre Antworten:

durch Ankreuzen:

oder Eintragen einer Zahl oder des Textes in die entsprechenden Zeilen.

1. Allgemeine Angaben

1.1	In Ihrem wievielten Hochschulsesemester (insgesamt) studieren Sie gerade?
	<input type="radio"/> O1 <input type="radio"/> O2 <input type="radio"/> O3 <input type="radio"/> O4 <input type="radio"/> O5 <input type="radio"/> O6 <input type="radio"/> O7 <input type="radio"/> O8 <input type="radio"/> O9 <input type="radio"/> O10 <input type="radio"/> O11 <input type="radio"/> O>11
1.2	Um welche offizielle Form des Studiums handelt es sich?
	<input type="radio"/> O ₀ Präsenzstudium Vollzeit
	<input type="radio"/> O ₁ Präsenzstudium Teilzeit
	<input type="radio"/> O ₂ Duales Studium
	<input type="radio"/> O ₃ Fernstudium
	<input type="radio"/> O ₄ Berufsbegleitendes Studium



2. Merkmale einer Gesundheitsfördernden Hochschule

2 Auf einer Skala von 0 bis 100, wie psychisch fit ist Ihre Hochschule derzeit ausgerichtet?

keine Bemühung für eine „Psychisch fitte Hochschule“	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	maximale Bemühung für eine „Psychisch fitte Hochschule“
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

3. Umgang mit psychischen Krisen

3.1 Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Meinungen über Menschen mit psychischen Krisen/Erkrankungen herrschen, wie z.B. Inkompetenz, Charakterschwäche (Stereotypen).

kommt nicht vor	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

3.2 Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Emotionen gegenüber Menschen mit psychischen Krisen/Erkrankungen herrschen, wie z.B. Ärger, Furcht (Vorurteile).

kommt nicht vor	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

3.3 Ich habe wahrgenommen, dass an unserer Hochschule negative Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Krisen/Erkrankungen gezeigt werden, wie z.B. Benachteiligungen, Vorenhaltungen (Diskriminierung).

kommt nicht vor	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	stark verbreitet	<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

3.4 Welche Erfahrungen haben Sie mit psychischen Krisen gemacht?

- Ich habe persönliche eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht. **(weiter mit der Frage 3.5)**
- Ich habe keine persönlichen eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht. **(weiter mit der Frage 3.8)**



Es folgen ein paar Aussagen zu Hilfsmöglichkeiten und psychischen Krisen im Studium. Bitte beurteilen Sie jeweils, wie stark Sie zustimmen.						
	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils/teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	kann ich nicht beurteilen
3.5	Bei meiner eigenen psychischen Krise habe ich Verständnis bei Lehrenden erfahren oder erfahre es immer noch.					
3.6	Meine Studienleistungen wurden/werden stark durch meine psychische Gesundheit beeinträchtigt.					
3.7	Aufgrund meiner psychischen Gesundheit überlege ich ernsthaft mein Studium an der Hochschule aufzugeben.					
3.8	Studierende in einer psychischen Krise erfahren Verständnis bei den Lehrenden unserer Hochschule.					
3.9	O ₁ Ja		O ₀ Nein			O ₅
3.10	O ₁ Ja		O ₀ Nein			O ₅

4. Hilfs- und Beratungsangebote

4.1	An der Hochschule aber auch außerhalb der Hochschule gibt es eine Vielzahl von Beratungsangeboten. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten ein Beratungsangebot zur psychischen Gesundheit in Anspruch genommen.	
O ₀	Nein, ich habe kein Beratungsangebot in Anspruch genommen. (weiter mit der Frage 4.3)	
O ₁	Ja, ich habe ein Beratungsangebot genutzt. (weiter mit der Frage 4.2)	



4.2 Falls Sie ein oder mehrere Beratungsangebot/e in Anspruch genommen haben: Welche Beratungsangebote haben Sie genutzt? (Mehrfachnennungen sind möglich)	
4.2.1	<input type="checkbox"/> O ₁ hochschulintern: Studentenwerk
4.2.2	<input type="checkbox"/> O ₁ hochschulintern: Fachschaft/StuRa
4.2.3	<input type="checkbox"/> O ₁ hochschulintern: Zentrale Studienberatung
4.2.4	<input type="checkbox"/> O ₁ anderes hochschulinternes Angebot: _____
4.2.5	<input type="checkbox"/> O ₁ anderes hochschulinternes Angebot: _____
4.2.6	<input type="checkbox"/> O ₁ hochschulexternes Angebot, und zwar: _____
4.2.7	<input type="checkbox"/> O ₁ hochschulexternes Angebot, und zwar: _____
4.2.8	<input type="checkbox"/> O ₁ hochschulexternes Angebot, und zwar: _____
4.2.9	<input type="checkbox"/> O ₁ Nichts davon
4.2.10	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich möchte keine Auskunft geben. (weiter mit Frage 4.4)
4.3 Falls Sie <u>kein</u> Beratungsangebot in Anspruch genommen haben: Was sind/waren die Gründe dafür? (Mehrfachantworten sind möglich)	
4.3.1	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich hatte bisher keine Probleme, die eine professionelle Beratung erfordern.
4.3.2	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich habe meine Probleme mit Freund:innen/anderen Vertrauenspersonen gelöst.
4.3.3	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich habe meine Probleme alleine gelöst.
4.3.4	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich konnte mich nicht überwinden, sachverständige Hilfe in Anspruch zu nehmen.
4.3.5	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich wusste nicht, an wen ich mich hätte wenden können.
4.3.6	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich befürchtete zu hohe Kosten.
4.3.7	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich hatte keine Zeit.
4.3.8	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich habe keine:n Ansprechpartner:in gefunden.
4.3.9	<input type="checkbox"/> O ₁ Ich habe keinen (passenden) Termin bekommen.
4.3.10	<input type="checkbox"/> O ₁ Andere haben mir davon abgeraten. (weitere auf der nächsten Seite)



4.3.11	O ₁	Anderes: _____
4.3.12	O ₁	Nichts davon.
4.3.13	O ₁	Ich möchte keine Auskunft geben.
4.4 Wie informieren Sie sich über gesundheitsfördernde Angebote Ihrer Hochschule / auf welchem Weg erreichen Sie Informationen am besten? (Mehrfachantworten sind möglich)		
4.4.1	O ₁	über die Homepage der Hochschule
4.4.2	O ₁	über die Hochschul App
4.4.3	O ₁	über Newsletter per E-Mail
4.4.4	O ₁	über Flyer oder Broschüren
4.4.5	O ₁	über digitale, soziale Netzwerke
4.4.6	O ₁	über den Austausch mit anderen Studierenden
4.4.7	O ₁	über den Austausch mit Lehrenden
4.4.8	O ₁	indem ich wichtigen Influencern folge
4.4.9	O ₁	über meine Krankenkasse
4.4.10	O ₁	durch eigene Recherche im Internet
4.4.11	O ₁	Anderes: _____
4.4.12	O ₁	Nichts davon.
4.4.13	O ₁	Ich möchte keine Auskunft geben.
4.5 An wen würden Sie sich im Fall einer psychischen Krise wenden? Notieren und priorisieren Sie die wichtigsten drei Personen und/oder Institutionen.		
	1.	_____
	2.	_____
	3.	_____

☯ **Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!** ☯

Anhang 6: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Fokusgruppenleitfaden
Programmstart



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

- Leitfaden zur Fokusgruppe der Auftaktveranstaltung -

Datum: xx.xx.202x

Anwesende

	Geschlecht	Funktion an der Uni	Beruf

Geplante Zeit: ca. 90 min

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

Ziele:

- ✓ Status-Quo-Abfrage (Stand der Hochschulen bei der Umsetzung von Präventionsangeboten zur psychischen Gesundheit; Status Quo „gesundheitsförderliche Hochschule“)
- ✓ Bedarfe
- ✓ Erwartungen an das neue Programm



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Vor dem Interview/der Aufnahme

[Nachdem sich alle einen Platz gesucht haben]

- Kurze Begrüßung der Teilnehmenden, 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. Wir sind ... von der Universität Leipzig und führen derzeit die wissenschaftliche Begleitung des Projektes „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ für den Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ durch. Es folgt eine Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden. Im Anschluss werden wir den Rekorder anstellen und die restlichen Gespräche für die spätere Auswertung aufzeichnen. Wichtig ist, dass alle Inhalte der Gruppendiskussion vertraulich zu behandeln sind. Wir werden alle Hinweise und Inhalte von Ihnen anonym weiterbearbeiten. Zudem sind persönliche Inhalte auch von Ihnen zu wahren und nicht nach außen zu tragen.“

Vorstellungsrunde

Name/Fkt. an der Uni/Beruf

„TONBAND“ AN

Kurze Einführung bzw. Vorstellung des Projektes

Sie sind alle bereits mit dem Präventionsprogramm „Psychisch fit studieren“ für die Studierenden vertraut und haben es an Ihrer Universität zum Einsatz kommen lassen. Die Studierenden sollen ermutigt werden, sich frühzeitig Hilfe zu holen und Entstigmatisierung soll vorangetrieben werden. Nun haben Sie sich entschieden mit Ihrer Universität/Hochschule an einem neuen Programm teilzunehmen, um die Entwicklung zur psychisch fitten Hochschule weiter zu fördern. Das neue Programm stellt sich als umfassende Ergänzung zum bekannten dar und legt den Fokus auf Vernetzung, Mitarbeitende, neue Projekte und Qualifizierung. Wir wollen mit Ihnen darüber ins Gespräch kommen, was Sie bewogen hat, am neuen Programm teilzunehmen und was Sie erwarten? Mit welchen Wünschen gehen Sie hinein in das kommende Projektjahr? Von welchem Punkt aus laufen Sie los? Wo steht Ihre Uni/Hochschule Ihrer Ansicht nach, wenn es um die Förderung psychischer Gesundheit in der ganzen Lebenswelt Uni geht?



FOKUSGRUPPEN-LEITFRAGEN: offene Diskussion

Persönliche Motivation der Teilnahme: Warum sind Sie hier? Was hat Sie zur Teilnahme bewogen?

Was erwarten Sie im kommenden Jahr dazuzulernen?

Wie ist aus Ihrer Sicht der Status Quo bzgl. Prävention psychischer Krisen und Förderung der psychischen Gesundheit an Ihrer Hochschule? (Studierende, Mitarbeitende, Strukturen)

- Was machen Sie schon?
- Was hat sich durch die Umsetzung des Programms „Psychisch fit studieren“ bereits verändert?
- Wie gehen Sie bislang mit psychischen Krisen der Studierenden und Mitarbeitenden um?

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

Thema Stigma an der Hochschule: An welchen Stellen erfolgt Stigmatisierung? In welcher Form ist Ihnen Stigmatisierung begegnet? Welche Versuche gab es, um entgegen zu wirken?

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?

- Was brauchen Sie?
- Wo sehen Sie Schwachstellen?

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

Die 3 wichtigsten Schlüsselpersonen an Ihrer Uni/Hochschule???

ABSCHNITT CORONA (wenn noch Zeit übrig ist):

„Nun haben wir 2 Jahre Lehre und Unileben unter Coronabedingungen hinter uns gebracht.“

Welche Auswirkungen und Veränderungen beobachten Sie im Unileben bzgl. psychischer Gesundheit aber auch hinsichtlich Chancengleichheit und Bildungserfolge?

Welchen Einfluss hatte die digitale Lehre auf die psychische Gesundheit der Studierenden und Mitarbeitenden?

Sehen Sie hinsichtlich der Präventionsarbeit für den Bereich psychische Gesundheit infolge der Coronapandemie einen höheren Bedarf für Studierende und Mitarbeitende an Ihrer Hochschule?

Gibt es nun am Ende unserer Runde noch etwas, dass Sie ansprechen möchten?

Anhang 7: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Fokusgruppenleitfaden
Programmende



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

- Leitfaden zur Fokusgruppe der Abschlussveranstaltung -

Datum: xx.xx.202x

Anwesende

	Geschlecht	Funktion an der Uni	Beruf

Geplante Zeit: ca. 90 min

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

Ziele:

- ✓ Veränderungen v.a. strukturell (Stand der Hochschulen bei der Umsetzung von Präventionsangeboten zur psychischen Gesundheit)
- ✓ Erfüllung der Erwartungen an das neue Programm



Vor dem Interview/der Aufnahme

[Nachdem sich alle einen Platz gesucht haben]

- Kurze Begrüßung der Teilnehmenden, mit einem Dank an sie für die Teilnahme

„Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu dieser (Fokus)gruppendifkussion zur Gesundheitsförderung, speziell der psychischen Gesundheit, an Universitäten und Hochschulen. Wie Sie bestimmt schon wissen: Wir sind ... von der Universität Leipzig und führen die wissenschaftliche Begleitung des Projektes „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ für den Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ durch. Es folgt eine Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden. Im Anschluss werden wir den Rekorder anstellen und die restlichen Gespräche für die spätere Auswertung aufzeichnen. Wichtig ist, dass alle Inhalte der Gruppendiskussion vertraulich zu behandeln sind. Wir werden alle Hinweise und Inhalte von Ihnen anonym weiterbearbeiten. Zudem sind persönliche Inhalte auch von Ihnen zu wahren und nicht nach außen zu tragen.“

Vorstellungsrunde

Name/Fkt. an der Uni/Beruf

„TONBAND“ AN

Kurze Einführung bzw. Vorstellung des Projektes

Nun ist ein Jahr vergangen und Sie haben am Programm „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ teilgenommen. Wir wollen mit Ihnen darüber ins Gespräch kommen, wie Sie das Programm erlebt haben? Mit welchen Wünschen und Erwartungen starteten Sie in das Projektjahr? Welche haben sich erfüllt; was blieb offen? Vor allem interessiert uns aber natürlich auch: Was hat sich verändert? Wo steht Ihre Uni/Hochschule jetzt, wenn es um die Förderung psychischer Gesundheit in der ganzen Lebenswelt Hochschule geht?



FOKUSGRUPPEN-LEITFRAGEN: offene Diskussion

Persönliche Motivation der Teilnahme: Was haben Sie erwartet, während des Jahres dazulernen und was davon haben Sie erreicht bzw. was blieb offen?

Wie ist aus Ihrer Sicht jetzt der Status Quo bzgl. Prävention psychischer Krisen und Förderung der psychischen Gesundheit an Ihrer Hochschule? (Studierende, Mitarbeitende, Strukturen)

- Was haben Sie neu etabliert bzw. planen Sie zu etablieren?
- Was hat sich durch die Umsetzung des Programms verändert?

Wer waren aus Ihrer Sicht dabei Schlüsselpersonen oder was sind dabei Schlüsselstellen an der Hochschule? (Wo wird was entschieden?) An wen haben Sie anfangs vielleicht nicht gedacht (Studierende??)

Thema Stigma an der Hochschule: An welchen Stellen erfolgt Stigmatisierung? In welcher Form ist Ihnen Stigmatisierung begegnet? Welche Versuche gab es, um entgegen zu wirken?

Wie hat sich Ihre Hochschulkultur entwickelt hinsichtlich der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen? Wo steht in diesem Prozess aktuell Ihre Hochschule?

- Was brauchen Sie noch?
- Wo sehen Sie Schwachstellen?

Gibt es nun am Ende unserer Runde noch etwas, dass Sie ansprechen möchten?

Anhang 8: Zielgruppe „Studierende“ - Fokusgruppenleitfaden



„Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“

- Leitfaden zur Fokusgruppe mit Studierenden -

Datum: xx.xx.2022

Anwesende

	Geschlecht	Fachsemester & Studiengang	Engagement an der Hochschule (Asta etc.)

Geplante Zeit: ca. 90 min

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

Ziele:

- ✓ Status-Quo-Abfrage (Stand der Hochschulen bei der Umsetzung von Präventionsangeboten zur psychischen Gesundheit; Status Quo „gesundheitsfördernde Hochschule“)
- ✓ Bedarfe und Erreichbarkeit
- ✓ Veränderungswünsche



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Vor dem Interview/der Aufnahme

[Nachdem sich alle einen Platz gesucht haben]

- Kurze Begrüßung der Teilnehmenden, mit einem Dank an sie für die Teilnahme

„Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu dieser (Fokus)gruppendifkussion zur Gesundheitsförderung, speziell der psychischen Gesundheit, an Universitäten und Hochschulen. Wir sind ... von der Universität Leipzig und führen derzeit die wissenschaftliche Begleitung des Projektes „Psychisch fit studieren: Hochschulen im Dialog“ für den Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ durch. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden. Im Anschluss werden wir den Rekorder anstellen und die restlichen Gespräche für die spätere Auswertung aufzeichnen. Wichtig ist, dass alle Inhalte der Gruppendiskussion vertraulich zu behandeln sind. Wir werden alle Hinweise und Inhalte von Ihnen anonym weiterbearbeiten. Zudem sind persönliche Inhalte auch von Ihnen zu wahren und nicht nach außen zu tragen.“

Vorstellungsrunde (s.o.)

„TONBAND“ AN

Kurze Einführung bzw. Vorstellung des Projektes

Das Präventionsprogramm „Psychisch fit studieren“ für die Studierenden ist bereits an Ihrer Hochschule im Einsatz. Die Studierenden sollen ermutigt werden, sich frühzeitig Hilfe zu holen und Entstigmatisierung soll vorangetrieben werden.

Das neue Programm „Hochschulen im Dialog“ stellt sich als umfassende Ergänzung zum bekannten dar und legt den Fokus auf Vernetzung zwischen verschiedenen Hochschulen, Austausch, neue Projekte und Qualifizierung.

Wir wollen mit Ihnen heute darüber ins Gespräch kommen, was Sie sich von Ihrer Hochschule wünschen? Wo steht Ihre Uni/Hochschule Ihrer Ansicht nach, wenn es um die Förderung psychischer Gesundheit in der ganzen Lebenswelt Hochschule geht?



FOKUSGRUPPEN-LEITFRAGEN: offene Diskussion

Wie ist aus Ihrer Sicht der Status Quo bzgl. Prävention psychischer Krisen und Förderung der psychischen Gesundheit an Ihrer Hochschule? (Studierende, Strukturen)

- Was wird schon gemacht?
- Wie wird bislang mit psychischen Krisen der Studierenden und Mitarbeitenden umgegangen?
- Wer kennt „Psychisch fit studieren bereits?“

Wer sind aus Ihrer Sicht dabei Schlüsselpersonen oder was sind dabei Schlüsselstellen an der Hochschule? (Wo wird was entschieden und wer sollte mehr zu sagen haben?) → 3 wichtigsten Schlüsselstellen aus Studierendensicht

Thema Stigma an der Hochschule: An welchen Stellen erfolgt Stigmatisierung aufgrund von psychischen Krisen? In welcher Form ist Ihnen Stigmatisierung begegnet? Welche Versuche gab es, um entgegen zu wirken?

Wie kann sich eine Hochschulkultur entwickeln, in der psychische Probleme akzeptiert und nicht stigmatisiert werden und nach Lösungen gesucht wird?

- Was brauchen Sie?
- Wo sehen Sie Schwachstellen?

Die Hochschulen berichten immer wieder, dass es viele Präventionsangebote gibt, die dann von Studierenden nicht genutzt oder schwach besucht werden. Woran liegt das? Wie erreicht man mit bestehenden Angeboten die Studierenden besser?

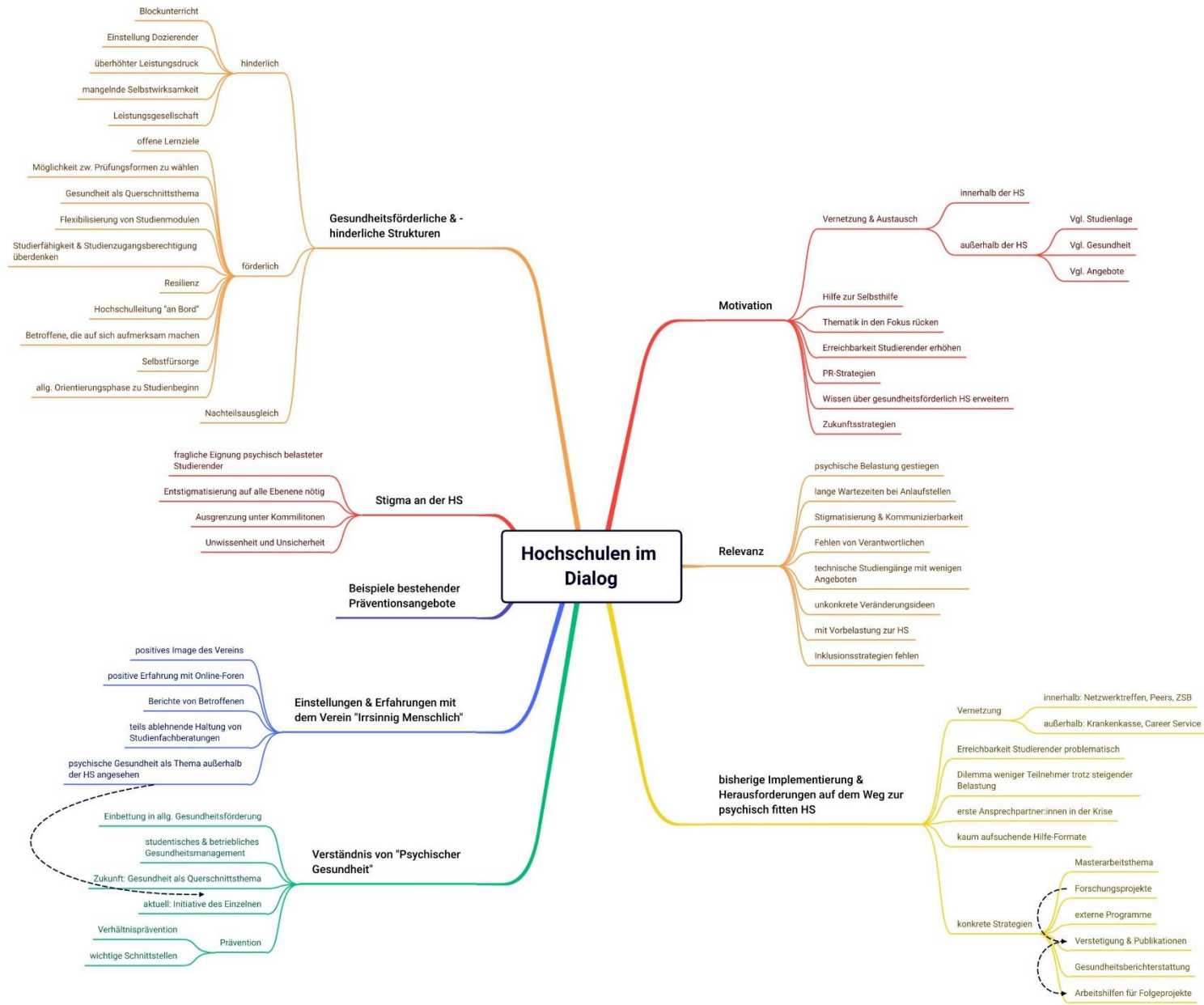
Wenn Sie die Hochschule leiten würden, was müsste passieren (strukturell), damit die Förderung des seelischen Wohlbefindens verankert wird / damit Sie entlastet werden / wo konkret ...

Was können Studierende da selber leisten? Und wo braucht es Unterstützung von außen?

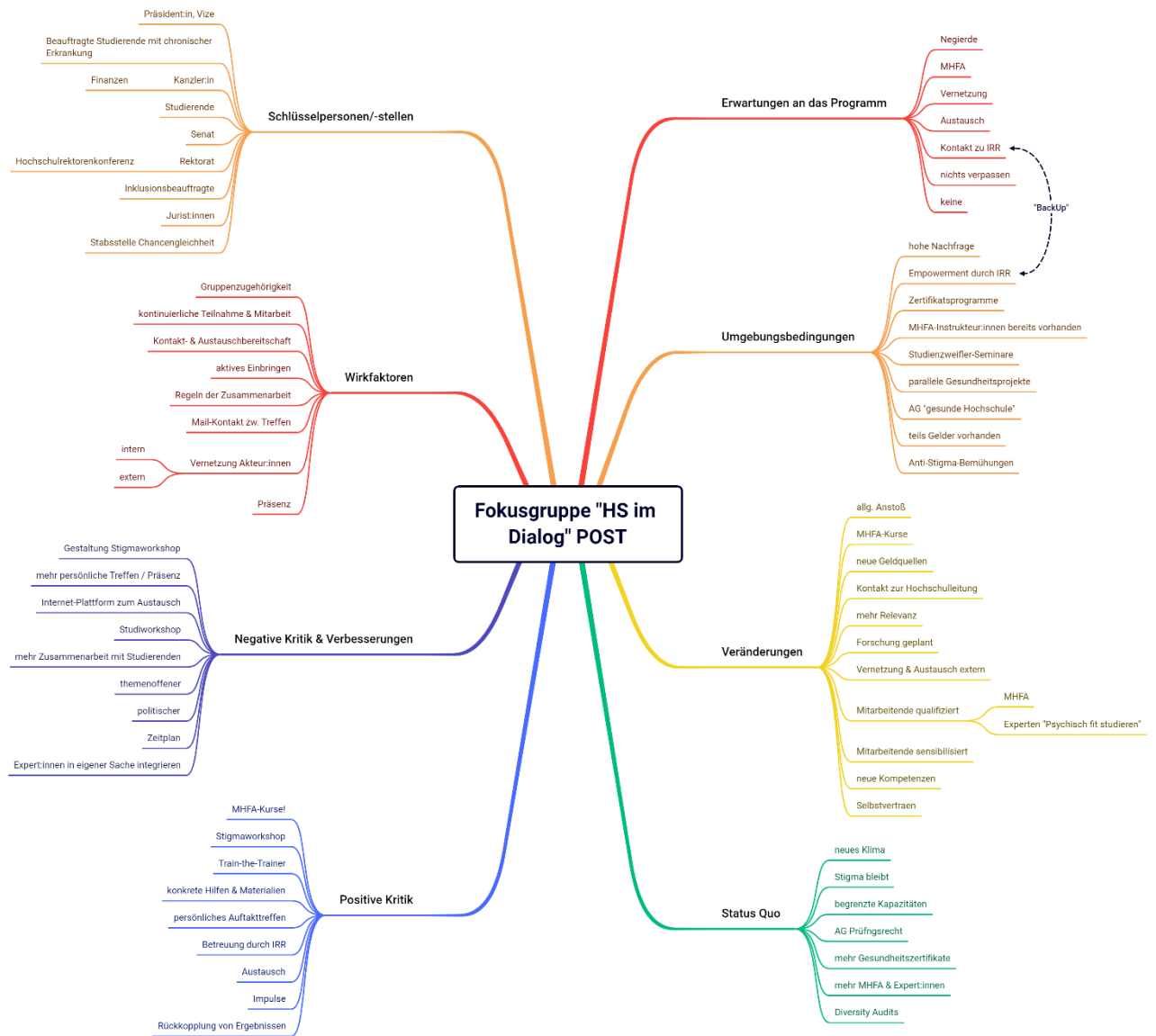
Was haben aktuelle/weltpolitische Themen (Pandemie, Klima, Krieg, Armut, ...) mit Ihrem Wohlbefinden zu tun? Was macht Ihnen am meisten Sorgen?

Gibt es nun am Ende unserer Runde noch etwas, dass Sie ansprechen möchten?

Anhang 9: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Kategoriensystem
Programmstart



Anhang 10: Zielgruppe „Hochschulkoordinator:innen“ – Kategoriensystem
Programmende



Presented with XMind

Anhang 11: Zielgruppe „Studierende“ – Kategoriensystem

