

**Hochschultage Berufliche Bildung 2025:
Nachhaltig – Digital – Chancengerecht.
Zukunftsszenarien von Arbeit, Bildung und Beruf**

17.-19. März 2025 an der Universität Paderborn

Hrsg. v. **Katharina Hartwich, Dietmar Heisler, Petra Lippegaus, Michelle
Schmökel, Jana Schwede & Christian Sommer**

Natalie BANEK & Ariane STEUBER

(Universität Hannover)

**Studentisches Gesundheitsmanagement partizipativ
gestalten: Wege zur Stärkung mentaler Gesundheits-
kompetenz in der Hochschule**

Online unter:

https://www.bwpat.de/ht2025/banek_steuber_ht2025.pdf

www.bwpat.de | ISSN 1618-8543 | **bwp@** 2001–2026

Studentisches Gesundheitsmanagement partizipativ gestalten: Wege zur Stärkung mentaler Gesundheitskompetenz in der Hochschule

Abstract

Im Beitrag wird das universitätsinterne und strukturbildende Kooperationsprojekt Mindful Campus – mentale Gesundheitskompetenz bei Studierenden stärken (MinCa) vorgestellt, das darauf abzielt, ein Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) an der Leibniz Universität Hannover (LUH) zu etablieren. Die übergeordnete Zielsetzung von MinCa besteht in einer partizipativen Konzept- und Strategieentwicklung zur Etablierung des SGMs durch Maßnahmen auf curricularer und struktureller Ebene. Im Fokus von MinCa stehen Studierende des beruflichen Lehramts, die eine heterogene und teils vulnerable Studierendengruppe darstellen, z. B. First Generation Studierende. Zunächst werden die theoretischen und empirischen Grundlagen für die Konzeption des in MinCa angestrebten SGM vorgestellt. Anschließend wird dargelegt, wie Hochschulen in einem partizipativen Prozess Rahmenbedingungen schaffen können, welche die psychische Gesundheit Studierender systematisch stärken und die Förderung von mentaler Gesundheitskompetenz als festen Bestandteil des Studiums und wissenschaftlicher Qualifizierungsprozesse verankern.

Participatory Design of Student Health Management: Pathways to Strengthening Mental Health Literacy in Higher Education

This article presents the project *Mindful Campus – Strengthening Mental Health Competence among Students (MinCa)*, which aims to establish a Student Health Management (SGM) program at Leibniz University Hannover (LUH). The overarching objective of *MinCa* is to develop a participatory concept and strategy for establishing SGM through measures at the curricular and structural levels. *MinCa* focuses on VET (Vocational Education and Training) students, who represent a heterogeneous and sometimes vulnerable group of students, e.g., first-generation students. First, the theoretical and empirical foundations for the design of the student health management system planned in *MinCa* are presented. Subsequently, it is explained how universities and scientific institutions can create framework conditions in a participatory process that systematically strengthen the mental health of students and anchor the promotion of mental health literacy as an integral part of university studies and academic qualification processes.

Schlüsselwörter: *Hochschulentwicklung, Mentale Gesundheitskompetenz, Partizipation, Studentisches Gesundheitsmanagement*

1 Einleitung

Mentale Gesundheit ist im derzeitigen Kontext von Bildungsinstitutionen ein viel beachtetes Thema. Aus aktuellen Studien geht hervor, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand von Studierenden von 2015 bis 2023 signifikant verschlechtert hat. In diesem Zusammenhang ist eine deutliche Zunahme von psychischen Erkrankungen festzustellen. Der Förderung von mentaler Gesundheitskompetenz (mGK) im Hochschulkontext kommt daher gegenwärtig und zukünftig eine zentrale Rolle für die Gestaltung der Bildungs- und Berufsbiographie zu.

Neben der individuellen Förderung der mGK von Studierenden sind Hochschulen als Bildungsinstitutionen dazu aufgefordert, ihrer institutionellen Verantwortung für Gesundheitsförderung gerecht zu werden. Dazu gehört, die beschriebenen Auswirkungen von Krisen und Benachteiligungen in ihren organisationalen Strukturen anzuerkennen und diese durch eine entsprechend sensible und responsive Gestaltung der Hochschulkultur systematisch zu berücksichtigen (TK, 2020, S. 31–32). Hochschulen positionieren sich in jüngerer Zeit dementsprechend zunehmend als zentrale Akteurinnen der Gesundheitsförderung (Okanagan Charta, 2015, S. 3) und integrieren die damit verbundenen Wertvorstellungen verstärkt in ihr institutionelles Selbstverständnis, etwa durch die Implementierung eines Studentischen Gesundheitsmanagements (SGM) (Brock et al., 2024, S. 32). Ziel eines solchen Ansatzes ist es, „ein gesundheitsförderndes hochschulisches Umfeld für alle Studierenden zu schaffen und die individuellen Gesundheitsressourcen der Studierenden zu stärken. Es empfiehlt sich dabei, SGM systematisch umzusetzen und nachhaltig in die Hochschulstrukturen zu integrieren“ (Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2024, o. S.). Die Techniker Krankenkasse (TK) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass „[d]er Setting-Ansatz ... die Kernstrategie der Gesundheitsförderung und die Vernetzung dafür sein wichtigstes Entwicklungsinstrument“ darstellen könne (TK, 2020, S. 43). Der Setting-Ansatz rückt die Förderung von Gesundheitskompetenz innerhalb der jeweiligen Lebenswelten in den Fokus und setzt damit gleichermaßen an strukturellen Rahmenbedingungen wie auch am individuellen Verhalten an. Hochschulen lassen sich folglich als sozialräumliche Systeme begreifen, in denen gesundheitsförderliche Maßnahmen und Prozesse sowohl in Lern- als auch in Arbeitskontexten verankert werden können. Mit der Novellierung des Präventionsgesetzes von 2015 wurde dieser Ansatz zudem ausdrücklich aufgegriffen und die Bedeutung institutionell verankerter Maßnahmen sowie nachhaltiger Strukturbildung im Hochschulkontext hervorgehoben.

Im Folgenden werden zunächst die Gründe für eine zunehmende mentale Belastung von Studierenden im Hochschulkontext dargelegt (Kap. 2). Anschließend werden die theoretischen Grundlagen des Projektes *MinCa* erörtert, um Ansatzpunkte für die Förderung der mGK von Studierenden darzulegen (Kap. 3). Darüber hinaus werden erste Ergebnisse der qualitativen Begleitstudie vorgestellt, um individuelle Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedarfe sowohl von Studierenden des beruflichen Lehramts als auch von Promovierenden der Fachdisziplin Berufspädagogik aufzuzeigen (Kap. 4). Abschließend wird erörtert, mit welchen Strategien die mGK von Studierenden im Hochschulkontext verbessert werden kann und wie der Grad der Partizipation von Studierenden und Angehörigen weiterer Statusgruppen bei der Gestaltung von gesundheitsfördernden Maßnahmen langfristig erhöht werden kann (Kap. 5).

2 Problemaufriss

Die aktuellen Herausforderungen im Hochschulbereich sind vielfältig und komplex. Insbesondere die mentale Gesundheit der Studierenden hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschlechtert (TK, 2023, S. 8). Ursachen liegen sowohl in gesellschaftlichen und politischen Krisen – etwa den Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie oder geopolitischen Spannungen – als auch in tiefgreifenden Veränderungsprozessen des Hochschulsystems, wie der Bologna-Reform, der zunehmenden Internationalisierung und Digitalisierung sowie studienbezogenen Belastungsfaktoren wie Leistungsdruck, Prüfungsstress und Isolation (Brock et al., 2024, S. 6). In der Folge haben Komplexitätswahrnehmung, Stress und emotionale Erschöpfung deutlich zugenommen (Banek et al., 2025, S. 39). Der Anteil der durch Stress erschöpften Studierenden hat sich zwischen 2015 und 2023 nahezu verdoppelt, wobei zwei Drittel aller Befragten Stress als gesundheitliche Belastung empfinden (TK, 2023, S. 9). Begleitsymptome wie Konzentrations- und Schlafprobleme, Kopf- und Rückenschmerzen oder Magenbeschwerden unterstreichen die gesundheitliche Relevanz dieser Entwicklung. Dauerhafte Anspannung gilt zudem als Warnsignal für Burn-out (TK, 2023, S. 11) und kann langfristig zu krankheitsbedingten Studienabbrüchen führen (Sinha, 2021, S. 257).

Eine verwandte Problematik zeigt sich im Lehramtsbereich: Der anhaltende Lehrkräftemangel wird durch hohe Arbeitsbelastung und zunehmende psychische Erschöpfung weiter verschärft. Lehrkräfte sind in besonderem Maße emotionalen Anforderungen ausgesetzt, die nicht nur ihre eigene Gesundheit beeinträchtigen, sondern auch die Qualität von Unterricht und Schüler*innenbetreuung mindern können (Wesselborg & Bauknecht, 2022, S. 282–287). Vor diesem Hintergrund kommt der frühzeitigen Stärkung der mGK von Lehramtsstudierenden eine Schlüsselrolle zu. Ihre curriculare Verankerung kann sowohl die individuelle Resilienz gegenüber berufsbedingten Belastungen fördern als auch das Bewusstsein für die zukünftige Multiplikator*innenrolle stärken. Dadurch werden angehende Lehrkräfte befähigt, auf psychosoziale Herausforderungen ihrer Schüler*innen kompetent zu reagieren und schulische Lern- und Arbeitskontexte gesundheitsförderlich zu gestalten (Banek et al., 2025, S. 39).

Insgesamt sollten Hochschulen ein integratives, partizipativ angelegtes Gesundheitsmanagement etablieren, das die mentale Gesundheit von Studierenden gleichrangig mit der Beschäftigtengesundheit berücksichtigt. Dies umfasst gezielte Programme zur Förderung der mGK sowie den Aufbau eines unterstützenden, gesundheitsförderlichen Umfelds, das den spezifischen Bedürfnissen unterschiedlicher Statusgruppen gerecht wird (Fretian et al., 2023, S. 1–8; Zaza & Yeung, 2023, S. 1). Die wachsende Prävalenz psychischer Belastungen verdeutlicht die Notwendigkeit, mGK systematisch in Curricula zu integrieren und partizipativ entwickelte Strukturen des SGM zu implementieren (Banek et al., 2025, S. 39). Ein solcher Ansatz ermöglicht es, die Vielfalt der Studierendenschaft angemessen zu berücksichtigen und gesundheitsbezogene Maßnahmen an individuellen Bedürfnissen auszurichten. Vor diesem Hintergrund geht der vorliegende Beitrag der Frage nach, wie ein SGM mit Fokus auf der Förderung der mGK partizipativ und nachhaltig in Hochschulstrukturen verankert werden kann.

3 Theoretische Grundlagen

Im Projekt *MinCa* wird ein partizipativer Forschungsansatz verfolgt. Partizipation wird dabei als individuelle oder kollektive Teilhabe von Individuen an gesundheitsrelevanten Entscheidungen für ihr Leben im engeren Sinne verstanden (Wihofszky et al., 2020, S. 6–10.). In diesem Kapitel wird zum einen das Stufenmodell der Partizipation in der Gesundheitsförderung nach Wright (2020) erläutert, um darzulegen, wie der Grad der Partizipation von Studierenden bei der Etablierung des SGM systematisch gefördert wird. Zum anderen werden die Konstrukte *Mentale Gesundheit* und *mentale Gesundheitskompetenz* erörtert, um Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung im Hochschulkontext aufzuzeigen.

3.1 Stufen der Partizipation nach Wright

MinCa orientiert sich an den Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung nach Wright (2020). Das Ziel des partizipativen Ansatzes des Projektes besteht darin, inhaltliche und strukturelle Faktoren zu identifizieren, welche die subjektive psychische Gesundheit von Studierenden im universitären Umfeld beeinflussen können.

Partizipation gilt als idealer Weg, um gesundheitsfördernde Maßnahmen und Strukturen an Hochschulen erfolgreich umzusetzen. Laut Wright ist es entscheidend, alle Personen, deren Lebens- und/oder Arbeitsbedingungen von solchen Maßnahmen betroffen sind, von Anfang an und gleichberechtigt in den Forschungsprozess einzubeziehen. Wright definiert neun Stufen der Partizipation, „die in 4 Bereiche eingeteilt sind: Nichtpartizipation, Vorstufen der Partizipation, Partizipation und über Partizipation hinaus“ (Wright, 2020, S. 142). Bei den *Stufen der Nichtpartizipation*, Anweisung und Instrumentalisierung, wird „die Einflussnahme der Menschen, um die es in der Forschung geht, kategorisch ausgeschlossen“ (Hartung et al. 2020, S. 5). Diese beiden Stufen des Modells „verbieten sich aus forschungsethischen Gründen auch in der nichtpartizipativen Forschung“ (Hartung et al., 2020, S. 5). Zu den drei *Vorstufen der Partizipation* zählen die Information, die Anhörung und die Einbeziehung. Auf diesen Stufen werden die Sichtweisen der beforschten Personen zunehmend wahrgenommen und forschungsethische Standards werden eingehalten. Die *Ebene der Partizipation* umfasst die Stufen Mitbestimmung, Teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht. Auf dieser Ebene haben die beforschten Personen „einen unmittelbaren, formalen Einfluss auf das Forschungsprojekt“ (Hartung et al., 2020, S. 6). Die höchste Stufe der Partizipationsleiter, die Selbstorganisation, geht *über die Partizipation hinaus*. Hierbei handelt es sich „um Forschungsvorhaben, die von den beforschten Menschen eigenständig konzipiert und durchgeführt werden“ (Hartung et al., 2020, S. 6). Das Stufenmodell kann als Reflexionsinstrument über den Grad der Beteiligung und die Machtdimension in partizipativen Forschungsprozessen genutzt werden (vgl. Wright, 2020, S. 143).

Die im Projekt *MinCa* konzipierten Maßnahmen sind sowohl auf der Ebene der Vorstufe der Partizipation als auch auf der Ebene der Partizipation zu verorten. Im Projekt wurden Studierende z. B. in die Bedarfsanalyse einbezogen. Zudem wurde ihnen die Mitbestimmung über gesundheitsrelevante Seminarthemen ermöglicht. Darüber hinaus werden Studentische Hilfskräfte in alle Phasen der Datenerhebung und -auswertung einbezogen (vgl. Kap. 4). Die hier erläuterten „Vorstufen und Stufen der Partizipation [sind] als Möglichkeiten zu verstehen, die

vorgefundene Wirklichkeit einzuordnen und Schritte formulieren zu können, das Ausmaß der Partizipation zu erhöhen“ (Bethmann et al. 2019, S. 2). In Kapitel 5 wird ein Ausblick darauf gegeben, wie die wie die Partizipation von Studierenden (und Angehörigen weiterer Statusgruppen) an der LUH erhöht und langfristig gewährleistet werden kann.

3.2 Mentale Gesundheit und mentale Gesundheitskompetenz

Mentale Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „ein Zustand des Wohlbefindens definiert, in dem eine Person ihre eigenen Fähigkeiten erkennen, mit den normalen Belastungen des Lebens umgehen, produktiv und fruchtbar arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft leisten kann“ (Galderisi et al., 2015, S. 231–232). Diese Definition betont das emotionale und soziale Wohlbefinden sowie die Fähigkeit, Lebensherausforderungen effektiv zu bewältigen. Das Verständnis von mentaler Gesundheit hat sich damit von der bloßen Abwesenheit psychischer Erkrankungen zu einem vielschichtigen Konzept entwickelt, das positives Erleben, psychologisches Wohlbefinden und soziale Funktionsfähigkeit einbezieht. Keyes (2014) unterscheidet drei Dimensionen: emotionales Wohlbefinden (Glück und Lebenszufriedenheit), psychologisches Wohlbefinden (Selbstakzeptanz und persönliche Entwicklung) und soziales Wohlbefinden (Integration und Beitrag zur Gesellschaft) (Keyes, 2014, S. 3). Zugleich variiert die Auffassung mentaler Gesundheit kulturell und kontextabhängig, beeinflusst durch gesellschaftliche Normen und individuelle Erfahrungen, was kulturell sensible Ansätze erforderlich macht (Vaillant, 2012, S. 93–99).

Mentale Gesundheit ist ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit, die laut Sartorius (2002 in Bhugra et al., 2013, S. 3) als Abwesenheit von Krankheit, als Funktionsfähigkeit des Organismus oder als Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt verstanden werden kann. Diese Perspektiven verdeutlichen, dass Gesundheit stets im Zusammenhang mit der Erfüllung grundlegender Bedürfnisse wie Nahrung, Schutz, sozialer Zugehörigkeit und der Abwesenheit vermeidbaren Stresses steht (Maslow, 1968). Vor diesem Hintergrund beschreibt mGK nach Jorm et al. (1997) „knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention“ (S. 1). MGK umfasst somit Wissen, Überzeugungen und Fähigkeiten, die erforderlich sind, um mentale Gesundheit zu fördern, psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und angemessen damit umzugehen. Dazu gehören insbesondere Präventionswissen, Hilfesuchkompetenz, Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten, Selbsthilfestrategien sowie psychische Erste-Hilfe-Fähigkeiten (Jorm, 2012, S. 231).

Die erweiterte Definition von mGK umfasst heute nach Kutcher et al., (2016) das Wissen, wie man positive psychische Gesundheit aufrechterhält, das Verständnis psychischer Störungen und deren Behandlung, den Abbau von Stigmata im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und die Förderung der Fähigkeit, Hilfe zu suchen und sich selbst zu managen (Kutcher et al., 2016, S. 155).

3.2.1 Stigma und Fehlglauben

Ein wesentlicher Bestandteil in der Förderung der mGK ist die Fähigkeit, Stigmatisierung und Missverständnisse, bzw. Fehlglaube über psychische Erkrankungen zu erkennen und zu reduzieren und so die Akzeptanz von Hilfsangeboten zu fördern (Jorm, 2012, S. 231). Studien zei-

gen, dass ein höheres Maß an mGK mit einem geringeren Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen korreliert. Menschen mit besserem Verständnis für psychische Gesundheit haben weniger negative Einstellungen gegenüber Betroffenen und sind eher bereit, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Fleary, 2022, S. e270–e279).

Sowohl das Selbststigma (negative Selbstwahrnehmung) als auch das gesellschaftliche Stigma erschweren es Betroffenen, professionelle Hilfe zu suchen. MGK kann diese Barrieren abbauen, indem sie das Verständnis und die Akzeptanz für psychische Erkrankungen fördert (Yang et al., 2024, S. 7; Lasquites et al., 2024, S. 5). Weiterhin kann Fehlglaube über psychische Erkrankungen, wie die Annahme, dass Betroffene an ihrer Erkrankung selberverschuldet sind, zur Stigmatisierung beitragen. Eine gezielte Aufklärung kann diese Fehlwahrnehmungen reduzieren und die Bereitschaft zur Unterstützung erhöhen (Kulwicka & Gasiorowska, 2023, S. 4).

Interventions- und Bildungsprogramme zur Förderung der mGK, wie öffentliche Kampagnen oder Schulungen, haben sich als wirksam erwiesen, um Stigma zu reduzieren und die Nutzung von Unterstützungsangeboten zu steigern (Jorm, 2012, S.232; Lamichhane & Lamichhane, 2023, S. 6). Das Reduzieren von Stigmatisierung und Missverständnisse über psychische Erkrankungen trägt demnach nicht nur zur Verbesserung der individuellen mentalen Gesundheit bei, sondern auch zur Schaffung einer unterstützenden und inklusiven Gesellschaft.

3.2.2 Hilfesuche und Selbsthilfestrategien

MGK beinhaltet auch die Fähigkeit, geeignete Hilfsquellen zu identifizieren und zu nutzen, sowie Kenntnisse über Selbsthilfestrategien, die zur Verbesserung der eigenen mentalen Gesundheit beitragen können. Auch in Bezug auf Hilfesuchverhalten und mGK ist ein Zusammenhang erkennbar: Ein höheres Maß an mGK ist positiv mit der Bereitschaft und dem Verhalten verbunden, Hilfe zu suchen, d. h., dass Menschen mit besserem Wissen über psychische Gesundheit Symptome eher erkennen und offener sind für professionelle Unterstützung, z. B. Therapie, sowie für informelle Hilfe durch Familie und Freunde (Waldmann et al., 2020, S. 5).

Häufige Hindernisse bei der Hilfesuche sind neben der bereits thematisierten Stigmatisierung außerdem Scham, mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen und eine Präferenz für Selbstständigkeit. Diese Faktoren können erschwerend dazu führen, dass Betroffene keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Gulliver et al., 2010, S. 3). Dabei können Selbsthilfestrategien, wie das Erlernen von Bewältigungsmechanismen oder der Zugang zu Online-Ressourcen, wichtige Ergänzungen zur professionellen Unterstützung darstellen, da sie es Betroffenen ermöglichen, erste Schritte zur Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit zu unternehmen (Gorczynski et al., 2017, S. 4). So können Programme zur Psychoedukation, die individuell oder in Gemeinschaften durchgeführt werden, das Verständnis für psychische Gesundheit fördern und zur Anwendung von Selbsthilfestrategien ermutigen (Natalia et al., 2024, S. 6). Weitere Maßnahmen wie Schulungen, öffentliche Kampagnen und die Bereitstellung von anonymen Online-Ressourcen können das Wissen über psychische Gesundheit erhöhen und die Bereitschaft zur Hilfesuche zusätzlich fördern (Lindow et al., 2020, S. 3). Aber auch die soziale Unterstützung, z. B. die Ermutigung durch Familie, Freunde oder Gemeinschaften, spielt eine zentrale Rolle, um die Hilfesuche zu erleichtern und Stigmatisierung zu reduzieren (Waldmann et al., 2020, S. 6).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Förderung von mGK sowohl die Hilfesuche als auch die Anwendung von Selbsthilfestrategien verbessert. Dies trägt dazu bei, Barrieren wie Stigma und mangelndes Wissen zu überwinden und die psychische Gesundheit in der Gesellschaft zu stärken.

3.2.3 Entwicklung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen

Die Förderung der mGK ist entscheidend für die Prävention und frühzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen. Verschiedene Interventionen, wie Schulprogramme und Gemeinschaftskampagnen, haben sich als wirksam erwiesen, um das Wissen über psychische Gesundheit zu verbessern, Stigmatisierung zu reduzieren und die Bereitschaft zur Hilfesuche zu erhöhen (Jorm, 2012, S. 238–239, S. 231; Ma, 2022, S. 5). So sind z. B. Schulprogramme besonders effektiv, da sie junge Menschen in einer entscheidenden Entwicklungsphase erreichen. Studien zeigen, dass solche Programme das Wissen über psychische Gesundheit signifikant verbessern und Stigmatisierung reduzieren können, auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass die langfristige Wirkung solcher Programme noch weiter untersucht werden muss (Ma et al., 2022, S. 6; Amado-Rodríguez, 2022, S. 3). In einer systematischen Überprüfung wurden 21 schulbasierte Interventionen identifiziert, die moderate bis signifikante Verbesserungen in der mGK und der Reduktion von Stigmatisierungen zeigten (Ma et al., 2022, S. 7). So vermittelt z. B. das „Mental Health First Aid“-Programm Schüler*innen und Lehrpersonen grundlegende Fähigkeiten, um psychische Probleme zu erkennen und darauf zu reagieren (Jorm, 2012, S. 232). Die Wirksamkeit von Interventionen hängt dabei oftmals auch stark von ihrer Anpassung an kulturelle und soziale Kontexte ab: Programme, die partizipativ entwickelt werden, zeigen oft bessere Ergebnisse (Harte & Barry, 2024, S. 6).

Die Ausführungen verdeutlichen, dass es sich bei der mGK um ein facettenreiches Konstrukt handelt, das zahlreiche Ansatzpunkte für die Konzeption von Präventions- und Interventionsmaßnahmen in Bildungskontexten bietet. Die im Projekt *MinCa* vorgesehenen Maßnahmen basieren auf diesen theoretischen Grundlagen sowie auf den Ergebnissen einer Begleitstudie, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird.

4 Methodisches Vorgehen

Die Umsetzung in *MinCa* formulierten Projektziele wird durch eine qualitative Studie flankiert.

Zu Projektbeginn wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Ergänzend wurde eine Bestandsaufnahme von Good-Practice-Modellen im Bereich der hochschulischen Förderung von mGK vorgenommen. In der Pilotierungsphase des Projektes wurde ein Sondierungsworkshop zunächst mit LUH-Studierenden unterschiedlicher Fachrichtungen durchgeführt, um einen Einblick in deren Sichtweisen auf das Thema Mentale Gesundheit zu gewinnen und Bedarfe hinsichtlich der Förderung der mGK zu eruieren. Im Rahmen dieses Workshops wurden von den Studierenden die folgenden Problemfelder und Wünsche benannt: Das Gefühl, nur *eine Nummer an der Uni zu sein*, der Wunsch, das Thema Mentale Gesundheit vermehrt in den regulären Lehrveranstaltungen zu platzieren; zudem wurden Prüfungsbedingungen als problematisch betrachtet und es wurde der Bedarf geäußert, mehr Unterstützung bei der Organisation und Strukturierung des Studiums zu erhalten. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde ein

Interviewleitfaden konzipiert. Die Bedarfsanalyse wurde mithilfe von semi-strukturierten, problemzentrierten Interviews vorgenommen.

In der Studie wird der Fragestellung nachgegangen, welche individuellen und strukturellen Belastungserfahrungen Studierende des beruflichen Lehramts bzw. der Berufspädagogik hinsichtlich ihrer mentalen Gesundheit im Hochschulkontext erleben und welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen, um diese zu bewältigen. Bislang wurden zehn Interviews mit Studierenden des beruflichen Lehramts sowie zehn Interviews mit Promotionsstudierenden geführt. Die Auswertung der Daten erfolgt nach dem Ansatz des Theoretischen Kodierens nach Flick (2017) und fokussiert insbesondere subjektive Deutungen und Routinen im Umgang mit Belastung, Stressoren und der wahrgenommenen eigenen mGK der Studierenden im universitären Alltag.

Zu einem späteren Zeitpunkt ist es vorgesehen, die am Studiengang des beruflichen Lehramts beteiligten Studiengangskoordinator*innen ebenfalls in Form einer problemzentrierten Befragung bei der Bedarfsermittlung einzubeziehen, um die Perspektive derjenigen zu gewinnen, die vorrangig an der Beratung von Studierenden beteiligt sind.

Im Folgenden werden erste Ergebnisse der partizipativen Bedarfsanalyse dargestellt und mit Ankerbeispielen aus den erhobenen Daten illustriert.

4.1 Studierende

Die folgenden Ankerbeispiele sind den problemzentrierten Interviews mit Studierenden entnommen. Sie fokussieren sich sowohl auf studienbezogene Belastungsfaktoren als auch auf die geäußerten Anforderungen und Unterstützungsbedarfe.

4.1.1 Studienbezogene Belastungsfaktoren

In Bezug auf den studienbezogenen Workload äußert sich ein*e Studierende*r über ihre*seine Erfahrungen während der Abschlussarbeit wie folgt:

Aber ich habe dann vor allem im letzten Bachelorsemester gemerkt, dass mir das zu wenig machen auch nicht guttut. Und ja, also da habe ich mich dann auch teilweise nicht so gut gefühlt. Also es ist jetzt nicht so, dass ich da irgendwie nicht aus dem Bett gekommen bin oder irgendwie Depressionen entwickelt hatte, aber ich habe halt gemerkt, okay, ein bisschen Forderung muss schon da sein. Nur rumgammeln, ja, ist auch nicht so geil (IS2, Z. 71 ff.).

Im Gegenzug dazu steht die Erfahrung der schriftlichen Abschlussarbeit:

Wie ich irgendwie auch was in der Freizeit machen kann, weil also man saß dann irgendwie den ganzen Tag vor seinem Laptop und hat irgendwie gedacht: ‚Okay, ich muss jetzt was machen!‘ ... Und es hat einem einfach so mental Nerven geraubt, dass man irgendwie so ein bisschen blockiert hat für andere Sachen (IS2, Z. 89 ff.).

Beide Situationen lösen ein Belastungsgefühl bei der*m Befragten aus: Sowohl die Anspannung während des Erstellens der Bachelorarbeit, die bei der*m Befragten zu einer Schreibblockade führt, als auch der geringe Workload im Semester zuvor, können als Stressoren gedeutet werden, die sich auf die mentale Gesundheit der*s Studierenden auswirkt. Aber nicht nur der Workload an sich, sondern auch die neue Rolle als Studierende*r kann einen Belastungsfaktor

darstellen, wenn z. B. eine fehlende Anwesenheitspflicht im Studium als mangelnde Wertschätzung interpretiert wird und mit einem Gefühl von geringer Selbstwirksamkeit einhergeht. So formuliert ein*e Interviewteilnehmer*in:

Was ich nicht gedacht hätte, ist, dass man so egal ist. ... in meinen Jobs war ich immer, also war immer meine Person extrem erforderlich. In der Pflege war es immer, wenn du dich krankmeldest, dann geht es Menschen schlecht, dann sind die Patienten nicht versorgt. Du musst arbeiten. Ja, und jetzt stehe ich morgens auf und denke mir manchmal, ob ich jetzt aufstehe oder nicht. Also hier interessiert es ja keinen, ob ich zur Vorlesung komme oder nicht (IS3, Z. 148 ff.).

Damit kann auch die Selbstwahrnehmung, bzw. die Rolle als Studierende*r an sich bereits als Belastungsfaktor interpretiert werden. Weiterhin erzeugen Überforderungsgefühle und Zweifel am Studium Stress bei den Befragten. Eine*r der Interviewteilnehmenden formuliert es wie folgt:

[D]ass ich einmal in der Bahn stand und nach Hause fahren wollte, kurz vor Weihnachten? Und bloß gemerkt haben, dass ich schlechter Luft bekommen habe und gesagt habe, ich muss hier unbedingt raus, weil es mir zu viel wurde und weil es mir zu eng wurde. ... Da waren dann auch ein paar privaterer Geschichten dabei, was dann mit reingespielt hat. Also auch wieder die Komponente, die die auch wieder für weiteren Stress gesorgt hat. ... Weil ich am Anfang des Masters auch ein bisschen ins Zweifeln gekommen bin. Da kam dann unter anderem diese Pendelei-Geschichte. Ja, dann kam noch, dass ich in meinem Unterrichtsfach nicht ganz so erfolgreich war, wie ich es mir vorgestellt habe, ich deswegen das Unterrichtsfach noch gewechselt habe. Was in mir ein bisschen bloß Zweifel hervorgerufen hat, ob es doch richtig ist, was ich getan habe, dass ich hierhergezogen bin. Einfach so ein grundlegendes Hinterfragen von meinem Studium (IS1, Z. 8 ff.).

Selbstzweifel, Zweifel an der Wahl des Studiums und zusätzliche Belastungsfaktoren, wie das Pendeln zum Studienort, sind ebenfalls Stressoren, die das Studium beeinträchtigen können. Neben diesen beispielhaften, studienbezogenen Belastungsfaktoren, die Studierende erleben können, äußern diese auch Anforderungen und Unterstützungsbedarfe in den Interviews.

4.1.2 Anforderungen und Bedarfe

So formuliert beispielsweise eine*r der Interviewpartner*innen den Bedarf nach individueller Begleitung und einem Austausch:

Dann vielleicht diesen Punkt, dass man diesen Safe-Space schaffen kann. Dass man sich wirklich dann in solchen Gesprächen; oder wenn so was stattfindet bei solchen Terminen; oder gegebenenfalls Anlaufstellen, dass man immer das Gefühl hat: Es ist hier nichts schlimmes. Sondern einfach: man darf frei reden; es ist alles; erlaubt; man darf über jegliche Probleme reden; nichts ist unwichtig, vor allem und man wird gehört. Das ist, glaube ich, ganz, ganz wichtig. (IS1, Z. 462-466).

Einen weiteren Bedarf nach individueller Unterstützung und Begleitung in Form von lebensweltbezogener Gesundheitskompetenzförderung erkennt man in der Äußerung einer*s Befragten:

Also es gibt ja auch einen großen positiven Aspekt daran, wenn man nicht mehr gebraucht wird und nicht mehr unbedingt zu der Zeit da sein muss, weil man viel ...freier ist in seiner Entscheidung. Und ja, das muss man, glaube ich, üben. Das ist vor allen Dingen, wenn man vorher auch gearbeitet hat und in einem ganz anderen, ja, in einem ganz anderen Stresslevel unterwegs war, ja, dann ist Studieren jetzt auf einmal so? Ja, eigentlich kann ich jetzt mal was für mich machen und was für mich cool ist. Ja, und das ist ungewohnt, ja. Und ja, da vielleicht auch so ein bisschen positiver zu verstärken, dass das okay ist, dass man eben gerade in so einer Situation ist (IS3, Z. 156 ff.).

Einen vergleichbaren Bedarf äußert ein*e weitere*r Befragte*r, in Erinnerung an ein zur Vernetzung genutztes Mentoring-Programm:

Ich habe im zweiten Semester habe ich eine Schlüsselkompetenz belegt. Das war ein Mentoring-Programm ... extra für Lehrämter. ... Und das war eigentlich ganz cool, weil ich da viele Studierende aus dem beruflichen Lehramt kennengelernt habe. Mit anderen Fachrichtungen. Und das hat auch so ein bisschen darauf abgezielt. Das war jetzt nicht direkt Mental Health, aber eigentlich eher das Organisatorische oder andere Vernetzungsmöglichkeiten in der Uni. ... man hat sich dann jede Woche 90 Minuten getroffen und hat über bestimmte Themen gesprochen. ... Das war wirklich cool (IS2, Z. 572 ff.).

Die gewählten Ankerbeispiele der problemzentrierten Interviews mit den Studierenden illustrieren die studienbezogene Belastungsfaktoren demnach in Hinblick auf den Workload im Studium, den Einfluss einer fehlenden Wertschätzung und eines mangelnden Selbstwirksamkeitsgefühls sowie eines Überforderungsgefühls und Zweifel am Studium als Stressoren für die mentale Gesundheit.

Die Interviewergebnisse verdeutlichen damit einen ausgeprägten Bedarf an individueller Begleitung, Austauschformaten und lebensweltbezogener Gesundheitsförderung. Besonders zu Beginn des Studiums wird ein strukturiertes Mentoring-Programm gewünscht, das Vernetzungsmöglichkeiten bietet und den Übergang in die Hochschulrealität erleichtert. Insgesamt zeigt sich darin ein umfassendes Verständnis von mGK, das über individuelles Wissen und persönliche Bewältigungsstrategien hinausgeht und auch curriculare, organisatorische sowie strukturelle Dimensionen einschließt. Darüber hinaus wird deutlich, dass mGK in der Hochschulbildung nicht nur als individuelle Fähigkeit, sondern als Teil einer gesundheitsförderlichen Hochschulkultur verstanden werden sollte. Studierende betonen insbesondere die Notwendigkeit einer institutionellen Verankerung von Unterstützungsangeboten und einer systematischen Integration von Gesundheitsförderung in Lehre und Organisation.

Um zu untersuchen, wie sich diese Anforderungen und Bedarfe im weiteren Verlauf akademischer Bildungsbiografien verändern, wurden ergänzend Interviews mit Promovierenden durchgeführt. Diese geben Aufschluss darüber, welche spezifischen Belastungen und Unterstützungsformen in der Promotionsphase relevant sind und inwieweit sich die Bedeutung der mGK in dieser Qualifikationsstufe ausdifferenziert.

4.2 Promovierende

Anders als bei den Beispielen der problemzentrierten Interviews mit den Studierenden fokussieren sich die Ankerbeispiele der problemzentrierten Interviews mit den Promovierenden auf promotionsbezogene Belastungsfaktoren. Ergänzend illustrieren auch hier Beispiele die geäußerten Anforderungen und Unterstützungsbedarfe während der Promotion.

4.2.1 Promotionsbezogene Stressfaktoren

Als Belastungsfaktoren während der Promotion werden von den Befragten Stresssymptome wie z. B. Burnout-Syndrom und mentale Erkrankungen wie z. B. Depressionen genannt:

Also, mit Stand heute, [fühle ich mich] also insgesamt recht stabil und resilient. Vor zwei Wochen habe ich gedacht, ich muss jetzt zum Arzt gehen, damit er mir aufschreibt, dass das ein Burnout ist. Also immer wieder so dieses Gefühl, das ist jetzt ein Burn-out. Und da gab es immer mal wieder so Momente, wo ich das gemerkt habe, dass es jetzt zu viel wird. Dann ist es vielleicht auch mal im privaten Kreis so, dass ich tagelang einfach wahnsinnig niedergeschlagen bin und dann überlege ich mir, ich muss was ändern und tue es dann. Es bringt mir nichts, in dem Loch zu hocken und zum Glück schaffe ich es immer noch. Wieder dann was selber zu ändern und muss dann nicht irgendwie anrufen (IP2, Z. 170-176).

Weitere Stresssymptome beinhalten neben der generellen Anspannung auch psychische Erkrankungen wie z. B. das zwanghafte Knibbeln, Kratzen oder Zupfen an der Haut (Dermatillomanie bzw. Skin-Picking-Störung) und ein erhöhtes Schlafbedürfnis, das ein Symptom für Depressionen sein kann:

Also ich merke schon, dass ich angespannt bin in einigen Situationen. So Knibbeln und so ist da bei mir immer ein super Ausdruck von oder was bei mir auch Ausdrucks von Stress sein kann, ist, dass ja einfach turbo müde bin und einfach mega viel schlafen kann. Also wenn andere Leute gar nicht mehr schlafen, stehe ich einfach nicht mehr auf (I5, Z. 184-187).

Auch die begleitende Berufstätigkeit und Care-Verpflichtungen bzw. Sorgearbeit, z. B. durch Kindererziehung, können eine zeitliche Belastung darstellen, was dazu führen, dass nicht kontinuierlich an der Promotion gearbeitet werden kann. Der zeitliche Umfang kann mangels Erfahrung nur schlecht eingeschätzt werden, was dazu führen kann, dass die Promotion in ihrer Komplexität und Größe zeitlich unterschätzt wird:

Und bei der Promotion war es eben auch so aufgrund Berufstätigkeit und so weiter, dass ich eben regelmäßig, aber dann eben auch mal eine Zeit lang gar nicht, weil eben so viel anfiel, dabeigehen konnte oder dabeigegangen bin. Ja, es ist halt nicht trivial, es hat was Komplexes, was Großes und was habe ich eigentlich gemacht und so weiter. Ich kann nicht sagen, dass mich das überrascht hat, aber das ist ein Zeitfresser, den ich vielleicht ein bisschen unterschätzt hätte oder habe, würde ich sagen. Und jetzt, wie gesagt, ich hatte das schon geschrieben, ein Jahr im Prinzip nichts mehr gemacht, weil die kleine Maus da ist (I3, Z. 324-330).

Als weiterer Stressor oder Belastungsfaktor kann der Zeitdruck gesehen werden, der durch das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) entsteht. Das WissZeitVG regelt die Befristung

von Arbeitsverträgen für wissenschaftliches Personal an Hochschulen. Dabei teilt sich die Qualifizierungszeit auf in bis zu sechs Jahre für den Erwerb der Promotion und weitere sechs Jahre der Postdoc-Phase nach der Promotion für den Erwerb zusätzlicher Qualifikationen, z. B. für eine Professur. Ein*e Promovierende*r äußert sich dazu entsprechend wie folgt:

Also jetzt aktuell ist es tatsächlich schon sehr heftig. ... Also ich habe mittlerweile, das habe ich jetzt tatsächlich auch in den letzten ... zwei, drei Wochen habe ich es so, dass ich abends mich auch noch mal in den Rechner setze. Das habe ich vorher nie gemacht. Aber ich merke einfach dadurch, dass der Druck mittlerweile so hoch ist, dass ich, also ich mache mir auch selber diesen Druck. ... Aber er kommt jetzt nicht von ungefähr mir kommt halt noch zu, dass mitten nächsten Jahres bei mir das Wissenschaftszeitgesetz fällig ist, nenne ich es jetzt mal. Das heißt, ich bin mitten nächstes Jahr theoretisch dann raus, falle aus dem System, weil ich die sechs Jahre erreicht habe und das ist auch ein Grund, weshalb ich halt meine Promotion bis dahin fertig haben möchte (I8, Z. 197-204).

Neben den genannten beispielhaften, promotionsbezogenen Belastungsfaktoren, die Promovierende erleben können, äußern diese – genauso wie die befragten Studierenden – ebenfalls Anforderungen und Unterstützungsbedarfe in Bezug auf ihre mentale Gesundheit in den erhobenen Interviews.

4.2.2 Anforderungen und Bedarfe

Im Hinblick auf die Tatsache, dass auch die besten Athleten nicht kontinuierlich Höchstleistung bringen können, formuliert ein*e Befragte*r für die eigene mentale Gesunderhaltung während der Promotionsphase eine Abgrenzungsstrategie, in der es darum geht, ausreichend Pausen zu machen, zu schlafen und sich zu erholen:

Also ich weiß auch nicht wie, aber da habe ich irgendwie eine Abgrenzungsstrategie gefunden, dass ich einfach merke: Ich gewinne Olympia nicht ohne Pausen. Oder man kann nicht Olympia ohne Pausen gewinnen, so. Ich brauche die Pausen halt auch, so. Muss zwischendurch mal schlafen und mich erholen und vielleicht, also dieses lange Arbeiten und so, das bringt dann irgendwie auch nicht so viel (I5, Z. 325–328).

Dabei wirkt sich das Erfüllen der Grundbedürfnisse, wie z. B. nach Erholung und Schlaf, auch auf den Selbstwert aus. So nimmt sich ein*e Befragte*r erst durch die erfüllten Grundbedürfnisse als wieder handlungs- und leistungsfähig wahr:

Genau, also das sind so Momente, das ist jetzt besser tatsächlich, wo ich merke, jetzt fühle ich mich ausgeschlafener, fitter, positiver und habe auch den Eindruck, ich kann die Dinge wieder schaffen. Also es ist verrückt, wie sich das auch so ein bisschen auf den Selbstwert auswirkt, weil du ja irgendwie einen, der doch so, dass du dich dann irgendwann fragst, schaffe ich das überhaupt noch mal so, wie es mal war ... Ja, doch ein großes Grundbedürfnis (I6, Z. 174-178).

Insbesondere im Hinblick darauf, dass sich viele Promovierende während ihrer Promotion sozial isoliert fühlen (z. B. Ali & Kohun, 2007; Ray et al., 2019; Gin et al., 2021), ist es für die befragten Promovierenden in Bezug auf ihre mentale Gesundheit umso wichtiger, neben den (physiologischen) Grundbedürfnissen auch die sozialen Bedürfnisse zu erfüllen. So formuliert ein*e Befragte*r das Bedürfnis, regelmäßig den Kontakt zu Freunden zu pflegen und sich trotz

Schreibverpflichtungen auch am Wochenende einen freien Tag für private Unternehmungen zu erhalten:

Ich habe eigentlich immer so eine Art Stammtisch mit meinen Jungs, mit meinen Freunden, wo wir uns eigentlich einmal in der Woche immer treffen. Und diesen Termin, der ist mir auch sehr wichtig, auch weil ich dadurch merke, da hole ich mir ganz viel soziale Energie wieder rein. Und das möchte ich auch weiterhin durchziehen. Das ist auch immer abends, das heißt, da kann ich mich nicht noch mal irgendwie, oder würde ich mich jetzt nicht noch mal an den Rechner setzen, danach oder irgendwie so, das nicht. Aber genau, das möchte ich weiterhin so durchziehen. Und auch das Wochenende ist viel mit Schreiben voll. Aber auch da ist es halt so, dass ich versuche, mir zumindest einen Tag irgendwie größtenteils oder bestenfalls irgendwie freizuräumen, dass ich da noch im Privaten was mache oder so (I8, Z. 212-220).

Die ausgewählten Ankerbeispiele aus den problemzentrierten Interviews mit Promovierenden verdeutlichen ein komplexes Spektrum promotionsspezifischer Belastungsfaktoren. Diese reichen von psychischen Beanspruchungsfolgen wie Erschöpfungssymptomen und Burnout bis hin zu manifesten psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Zwangshandlungen (z. B. Skin-Picking-Störung). Hinzu treten strukturelle und organisationale Belastungen, etwa durch parallele Berufstätigkeit, familiäre Sorgeverpflichtungen oder die häufig prekäre Beschäftigungssituation im Rahmen des WissZeitVG, die den wahrgenommenen Leistungsdruck zusätzlich erhöhen kann.

Die in den Interviews formulierten Bedarfe spiegeln entsprechend die Notwendigkeit, grundlegende physiologische und psychosoziale Bedürfnisse – wie ausreichende Ruhe, Schlaf, Selbstwertstärkung und soziale Einbindung – stärker in den Blick zu nehmen. Diese Dimensionen verdeutlichen, dass mGK in der Promotionsphase nicht nur Wissen über psychische Gesundheit umfasst, sondern auch die Fähigkeit, Selbstfürsorge aktiv zu gestalten und strukturelle Belastungsfaktoren kritisch zu reflektieren.

Damit verdeutlichen die Ergebnisse der Interviews, dass die Förderung von mGK im Promotionskontext eine mehrdimensionale Aufgabe ist, die individuelle, organisationale und strukturelle Ebenen gleichermaßen betrifft.

5 Diskussion und Ausblick

Im Folgenden wird dargelegt, wie Hochschulen bzw. wissenschaftliche Einrichtungen Rahmenbedingungen schaffen können, welche die psychische Gesundheit Studierender und Promovierender systematisch stärken und mGK als festen Bestandteil des Studiums und wissenschaftlicher Qualifizierungsprozesse verankern. Zudem wird dargelegt, wie die Partizipation von Studierenden erhöht und langfristig gewährleistet werden kann.

Zunächst kann festgehalten werden, dass die Erhöhung und langfristige Gewährleistung der Partizipation von Studierenden an der Hochschule in Bezug auf die Förderung von mGK eine Implementierung von strukturierten Programmen erfordert sowie die Integration in den Lehrplan und gezielte Maßnahmen zur Reduzierung von Stigmata (Withers et al., 2021; S. 1–7). Die Forschung identifiziert mehrere Strategien, um die mGK zu verbessern und die Beteiligung der Studierenden zu fördern:

1) Integration in den Lehrplan und strukturierte Bildung

Da die mGK von Studierenden häufig auf einem niedrigen Niveau liegt (Martínez Líbano et al., 2024, S. 2), gewinnt die curriculare Verankerung strukturierter Bildungsangebote zunehmend an Bedeutung. Strukturierte Programme der Mental Health Education zeigen, dass gezielte Bildungsmaßnahmen die mGK signifikant verbessern und insbesondere die Fähigkeit stärken können, psychische Belastungen und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen (Zhang et al., 2025, S. 13).

Ein vielversprechender Ansatz liegt in der Nutzung digitaler und skalierbarer Lernformate. So hat sich die Implementierung akkreditierter, vollständig digitalisierter Online-Kurse als wirksame und zugleich akzeptierte Methode erwiesen, um Wissen über mentale Gesundheit zu erweitern und das emotionale Selbstbewusstsein der Studierenden zu fördern (King et al., 2022, S. 7).

Neben der Vermittlung kognitiver Inhalte erweist sich die Integration erfahrungsorientierter Lernformen als zentral, um mGK nachhaltig zu verankern. Durch die Einbettung entsprechender Lerninhalte in verschiedene Studiengänge – auch außerhalb des Gesundheitsbereichs – können Studierende in praxisnahen Kontexten ihre Selbst- und Sozialkompetenz erweitern. So kann etwa die aktive Mitgestaltung von Projekten oder Veranstaltungen zur Förderung psychischer Gesundheit den Transfer zwischen Wissen und Handlungskompetenz gezielt fördern (Reis et al., 2023, S. 7, S. 11–12).

2) Förderung von Peer-Interaktion und Unterstützung

Die Stärkung von Peer-Interaktion und gegenseitiger Unterstützung stellt eine zentrale Interventionsstrategie zur Förderung mentaler Gesundheit im Hochschulkontext dar, da viele Studierende dazu neigen, professionelle Hilfe erst spät oder gar nicht in Anspruch zu nehmen (Withers et al., 2021, S. 4–7). Peer-basierte Ansätze können dabei entscheidend zur Entstigmatisierung psychischer Belastungen beitragen und niedrigschwellige Zugänge zu Unterstützung schaffen.

Peer-Support-Netzwerke ermöglichen es Studierenden, sich in einem vertrauten und gleichberechtigten Rahmen über psychische Belastungen auszutauschen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Empirische Befunde zeigen, dass Studierende in belastenden Situationen häufig den Rat und die Unterstützung von Kommiliton*innen oder Mitarbeitenden bevorzugen, während sie professionelle Beratungsangebote erst bei schwerwiegenden Problemen in Anspruch nehmen (Withers et al., 2021, S.4–7).

Darüber hinaus gilt die Etablierung von physischen und sozialen Begegnungsräumen als wesentlicher Faktor, um Isolation und soziale Entkopplung entgegenzuwirken. Solche Räume fördern den Aufbau tragfähiger Unterstützungsnetzwerke und schaffen Gelegenheiten für offenen Austausch, gegenseitige Ermutigung und gemeinschaftliches Lernen – zentrale Voraussetzungen für eine gesundheitsförderliche Hochschulkultur (Withers et al., 2021, S. 6).

3) Langfristige Gewährleistung durch Stigma-Reduktion

Eine nachhaltige mGK-Förderung setzt voraus, dass Hochschulen bestehende Barrieren wie

Stigmatisierung und Scham im Umgang mit psychischen Belastungen systematisch abbauen (Martínez Líbano et al., 2024, S. 1–2, 7). Zentral ist dabei die Entwicklung einer offenen Hochschulkultur, in der mentale Gesundheit als selbstverständlicher Bestandteil des studentischen Lebens betrachtet wird. Ein wirksamer Ansatz zur Reduktion von Stigmata besteht im gezielten Einsatz persönlicher Erfahrungsberichte, etwa von Kommiliton*innen oder bekannten Persönlichkeiten. Solche narrativen Zugänge fördern Empathie, Identifikation und emotionale Zugänglichkeit und tragen wesentlich dazu bei, Berührungsängste und Vorurteile abzubauen (Withers et al., 2021, S. 6). Bildungsprogramme können zwar das Wissen über psychische Gesundheit verbessern, bewirken jedoch häufig nur begrenzte Einstellungsänderungen, was die Notwendigkeit kontinuierlicher und langfristiger Bemühungen zur Stigma-Reduktion deutlich macht (Zhang et al., 2025, S. 10–12).

Darüber hinaus ist ein institutionelles Engagement erforderlich, um strukturelle Voraussetzungen für mentale Gesundheit zu schaffen. Hochschulen sollten ein kohärentes Angebot aus Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsressourcen etablieren und dabei eine inklusive Gestaltung ihrer Strukturen anstreben, um die Wirksamkeit und Skalierbarkeit entsprechender Maßnahmen zu erhöhen (Withers et al., 2021, S. 7).

Da eine positive Korrelation zwischen mGK und der Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, besteht (Almanasef, 2021, S. 4–5), kommt der Implementierung nachhaltiger Bildungs- und Interventionsstrategien eine Schlüsselfunktion zu.

Im Projekt *MinCa* wird daher der mittel- und langfristige Ausbau curricular verankerter Module angestrebt, die die genannten Strategien integrieren. Ziel ist es, einen Micro Degree *Mental Health Literacy* hochschul- und studiengangübergreifend zugänglich zu machen und damit durch ein Zertifizierungsmodell die Attraktivität und Reichweite des mGK-Angebots zu erhöhen.

Literatur

Ali, A. & Kohun, F. (2007). Dealing with Social Isolation to Minimize Doctoral Attrition – A Four Stage Framework. *International Journal of Doctoral Studies*, 2.

<https://doi.org/10.28945/56>

Almanasef, M. (2021). Mental Health Literacy and Help-Seeking Behaviours Among Undergraduate Pharmacy Students in Abha, Saudi Arabia. *Risk management and healthcare policy*, 14, 1281–1286. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S289211>

Amado-Rodríguez, I. D., Casañas, R., Mas-Expósito, L., Castellví, P., Roldan-Merino, J. F., Casas, I., Lalucat-Jo, L. & Fernández-San Martín, M. I. (2022). Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Children* 9(4), 480. <https://doi.org/10.3390/children9040480>

Banek, N., Gillen, J., Michele, J. & Steuber, A. (2025). Mentale Gesundheit von Studierenden – die Hochschule als Setting für Gesundheitskompetenzförderung. In Meyer, R. & Hiestand, S. (Hrsg.), *Lernen im Prozess der Arbeit. berufsbildung* 79(1). EUSL bei wbv Publikation. <https://doi.org/10.3278/BB2501W>

Bethmann, A., Hilgenböcker, E. & Wright, M. (2019). Partizipative Qualitätsentwicklung in

der Prävention und Gesundheitsförderung. In Tiedemann, M. & Mohokum, M. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1–13). Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_119-1

Bhugra, D., Till, A. & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry* 59(1), S. 3–4. <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>

Brock et al. (2024). Blickpunkt: Student Mental Health im digitalen Hochschulstudium. Handlungsempfehlungen für die Lehr- und Hochschulgestaltung. *Hochschulforum Digitalisierung*. https://hochschulforumdigitalisierung.de/wp-content/uploads/2024/07/HFD-Blickpunkt_Student-Mental-Health-im-digitalen-Hochschulstudium.pdf

Fleary, S. A., Joseph, P. L., Gonçalves, C., Somogie, J. & Angeles, J. (2022). The Relationship Between Health Literacy and Mental Health Attitudes and Beliefs. *Health literacy research and practice*, 6(4), e270–e279. <https://doi.org/10.3928/24748307-20221018-01>

Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (8. Aufl.). Rowohlt.

Freġian, A. M., Kirchhoff, S., Bauer, U. & Okan, O. (2023). The effects of an adapted mental health literacy curriculum for secondary school students in Germany on mental health knowledge and help-seeking efficacy: results of a quasi-experimental pre-post evaluation study. *Frontiers in public health*, 11, 1219925. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1219925>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Gin, L. E., Wiesensthal, N. J., Ferreira, I. & Cooper, K. M. (2021). PhDepression: Examining How Graduate Research and Teaching Affect Depression in Life Sciences PhD Students. *CBE life sciences education*, 20(3), ar41. <https://doi.org/10.1187/cbe.21-03-0077>

Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Harte, P. & Barry, M. M. (2024). A scoping review of the implementation and cultural adaptation of school-based mental health promotion and prevention interventions in low-and middle-income countries. *Global mental health*, 11, e55. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.48>

Hartung, S., Wihofszky, P. & Wright, M. T. (2020). Partizipative Forschung – ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. In Hartung, S. (Hrsg.), *Partizipative Forschung* (S. 1–19). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7>

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182–186.

Keyes C. L. M. (2014). Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In Bauer G. F. & Hämmig, O. (eds), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health A Transdisciplinary Approach* (S. 179–92). Springer.

King, N., Linden, B., Cunningham, S., Rivera, D., Rose, J., Wagner, N., Mulder, J., Adams, M., Baxter, R. & Duffy, A. (2022). The feasibility and effectiveness of a novel online mental health literacy course in supporting university student mental health: a pilot study. *BMC psychiatry*, 22(1), 515. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04139-z>

Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen (2024). *Studentisches Gesundheitsmanagement*.
<https://www.kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de/studentisches-gesundheitsmanagement>

Kulwicka, K. & Gasiorowska, A. (2023). Depression literacy and misconceptions scale (Dep-Ster): a new two-factorial tool for measuring beliefs about depression. *BMC psychiatry*, 23(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04796-8>

Kutcher, S., Wei, Y. & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>

Lamichhane, B. & Lamichhane, B. (2023). Association Between Mental Health Literacy and Stigma: A Review. *AMC Journal, Volume 4, Number 1*.
<https://doi.org/10.3126/amcj.v4i1.63834>

Lasquites, J. G. A., Etom, A. L. M., Hayag, K. T. C., Manaois, J. O. & Barros, M. L. R. (2024). Examining The Moderating Role Of Mental Health Literacy On The Relationship Between Self-Stigma, Stigma On Seeking Help, And Help-Seeking Behavior. *International Journal of Research and Scientific Innovation*. DOI: 10.51244/IJRSI.2024.1101015

Lindow, J. C., Hughes, J. L., South, C., Minhajuddin, A., Gutierrez, L., Bannister, E., Trivedi, M. H. & Byerly, M. J. (2020). The Youth Aware of Mental Health Intervention: Impact on Help Seeking, Mental Health Knowledge, and Stigma in U.S. Adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(1), 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.006>

Ma, K. K. Y., Anderson, J. K. & Burn, A. M. (2023). Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma – a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 28(2), 230–240. <https://doi.org/10.1111/camh.12543>

Martínez Líbano, J., Osorio Arévalo, D., Soto Valdivia, A., Barahona-Fuentes, G. & Iturra Lara, R. (2024). Mental Health Literacy: A Systematic Review. *Health Leadership and Quality of Life*. <https://doi.org/10.56294/hl2024.341>

Maslow, A. (1968). *Towards a psychology of being*. Van Nostrand.

Natalia, N., Theresia, F. & Hardi, N. (2024). Understanding Help-Seeking Behavior from Mental Health Literacy and Mental Health Belief Perspectives: Analysis. *Cermin Dunia Kedokteran*, 51(12), 707–713. <https://doi.org/10.55175/cdk.v51i12.1260>

Okanagan Charter (2015). An International Charter for Health Promoting Universities and Colleges.
<https://xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.aau.at/wp-content/uploads/2021/07/Okanagan-Charta-2018-DE.pdf>

Ray, M. E., Coon, J. M., Al-Jumaili, A. A. & Fullerton, M. (2019). Quantitative and Qualitative Factors Associated with Social Isolation Among Graduate and Professional Health Science Students. *American journal of pharmaceutical education*, 83(7), 6983.

<https://doi.org/10.5688/ajpe6983>

Reis, A., Nguyen, V., Saheb, R., Rutherford, E. & Sperandei, S. (2023). Improving university students' mental health literacy using experiential learning opportunities. *Health Education Journal*, 82(2), 184-199. <https://doi.org/10.1177/00178969221147615>

Sartorius, N. (2002). *Fighting for mental health*. Cambridge University Press. DOI: 10.1192/bjp.184.1.93-a

Sinha, N. (2021). Using Virtual Reality in College Student Mental Health Treatment. In D. Choi, A. Dailey-Hebert & J. Estes (Eds.), *Current and Prospective Applications of Virtual Reality in Higher Education* (pp. 257-273). IGI Global Scientific Publishing.

<https://doi.org/10.4018/978-1-7998-4960-5.ch012>

Techniker Krankenkasse (TK) (2020). *Gesundheitsförderung an Hochschulen*.

<https://www.tk.de/resource/blob/2096542/1d075e15516172ff8321c34b72d539e2/201103barrierefrei-tk-gfanhs-data.pdf>

Techniker Krankenkasse (TK) (2023). Gesundheitsreport 2023. *Wie geht's Deutschlands Studierenden?*

<https://www.tk.de/resource/blob/2149886/e5bb2564c786aedb3979588fe64a8f39/2023-tk-gesundheitsreport-data.pdf>

Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* (2):93-9. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006. PMID: 22654934; PMCID: PMC3363378.

Waldmann, T., Staiger, T., Oexle, N. & Rüsch, N. (2020). Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *Journal of mental health*, 29(3), 270–276. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581342>

Wesselborg, B. & Bauknecht, J. (2023). Belastungs- und Resilienzfaktoren vor dem Hintergrund von psychischer Erschöpfung und Ansätzen der Gesundheitsförderung im Lehrerberuf. In Kugler, J. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* 18, 282–289.

<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00955-z>

Wihofszky, P., Hartung, S. & Narimani, P. (2020). Ethische Reflexion in der Gesundheitsförderung: Partizipation und Partizipative Gesundheitsforschung. In Riedel, A. & Lehmeyer, S. (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen*. (S. 1–17). Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_89-1

Withers, M., Jahangir, T., Kubasova, K. & Ran, M. S. (2022). Reducing stigma associated with mental health problems among university students in the Asia-Pacific: A video content analysis of student-driven proposals. *The International journal of social psychiatry*, 68(4), 827–835.

<https://doi.org/10.1177/00207640211007511>

Wright M. T. (2020). Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2, 2021.

<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03264-y>

Yang, J., Li, Y., Gao, R., Chen, H. & Yang, Z. (2023). Relationship between mental health literacy and professional psychological help-seeking attitudes in China: a chain mediation model. *BMC psychiatry*, 23(1), 956. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05458-5>

Zaza, C. & Yeung, R. C. (2023). It's Time to Bring Mental Health Literacy Education into the Postsecondary Curriculum. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 14(1). <https://doi.org/10.5206/cjsotlrcacea.2023.1.13663>

Zhang, Z., Wahid, P. R. A. & Noordin, Z. M. (2025). Enhancing Mental Health Literacy Among Art University Students: Evaluating the Effectiveness of a Mental Health Education Program in Guangxi, China. *International Journal of Social Science and Education Research Studies*, 5(6), 571–585. <https://doi.org/10.55677/ijssers/V05I06Y2025-10>

Zitieren dieses Beitrags (23.07.2026)

Banek, N. & Steuber, A. (2026). Studentisches Gesundheitsmanagement partizipativ gestalten: Wege zur Stärkung mentaler Gesundheitskompetenz in der Hochschule. In K. Hartwich, D. Heisler, P. Lippegauß, M. Schmökel, J. Schwede & C. Sommer (Hrsg.), *bwp@ Spezial HT2025: Nachhaltig – Digital – Chancengerecht. Zukunftsszenarien von Arbeit, Bildung und Beruf* (S. 1–19). https://www.bwpat.de/ht2025/banek_steuber_ht2025.pdf

Die Autorinnen



Dr. NATALIE BANEK

Leibniz Universität Hannover, Institut für Berufspädagogik und Erwachsenenbildung

Im Moore 11B, 30167 Hannover

natalie.banek@ifbe.uni-hannover.de

<https://www.ifbe.uni-hannover.de/de/banek>



Dr. ARIANE STEUBER

Leibniz Universität Hannover, Institut für Berufspädagogik und Erwachsenenbildung

Im Moore 11B, 30167 Hannover

ariane.steuber@ifbe.uni-hannover.de

<https://www.ifbe.uni-hannover.de/de/steuber>