

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Gesundheit

Mental Health First Aid (MHFA) im Hochschulkontext: Wahrnehmung, Anwendung und Reichweite des Programms an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) – eine qualitative Untersuchung aus der Sicht geschulter MHFAs

BACHELORARBEIT

Gesundheitswissenschaften B. Sc.

Vorgelegt von

Yevheniia Orlova

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Erstprüferin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Lippke

Zweitprüfer: Prof. Dr. Dr. Michael Haufs

Wintersemester 2025/2026

Abgabedatum: 25.03.2026

Hintergrund: Die psychische Gesundheit von Studierenden kann, gleichermaßen wie die körperliche Gesundheit, Krisen erleiden. Im Hochschulkontext sollte so gehandelt werden, dass größere Gefahren, wie auch mit „klassischer“ Ersten Hilfe, erkannt und adressiert werden sowie der psychische Gesundheitszustand gefördert und wiederhergestellt wird. Das Mental Health First Aid (MHFA)-Programm an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) hat genau dies als Ziel, jedoch ist bisher unklar, wie sich die Implementierung und die wahrgenommene Wirkung aus Sicht relevanter Akteur*innen gestaltet. Deswegen wurden in dieser Arbeit die folgenden Forschungsfragen empirisch untersucht: (1) Wie wird das MHFA-Programm von geschulten Studierenden wahrgenommen und welche Veränderungen zeigen sich in Bezug auf Wissen, Haltung und Handlungssicherheit?, (2) Wie setzen geschulte Studierende ihre Kenntnisse im Alltag um und welche Barrieren sowie fördernde Faktoren beeinflussen die praktische Anwendung?, (3) Wie häufig und in welchem Umfang werden die MHFA-Angebote an der HAW Hamburg genutzt und welche Hinweise ergeben sich zur Sichtbarkeit und zu den Handlungsmöglichkeiten aus Sicht der Befragten?

Methodik: Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um die Sicht der relevanten Akteur*innen besser erfassen zu können. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews mit sieben MHFA-geschulten Studierenden, um deren Erfahrungen und Wahrnehmungen differenziert zu erfassen. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, mithilfe der Software „QCAmap“. Ergänzend wurden standardisierte Daten erhoben zur Stichprobenbeschreibung und Kontextualisierung der Aussagen.

Ergebnisse: Die Interviewdaten wurden nach den Prinzipien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass das MHFA-Programm durch die geschulten Studierenden gewinnbringend angewendet wird: (1) Das MHFA-Programm wird von geschulten Studierenden als sehr hilfreich wahrgenommen und es werden vielfältige positive Veränderungen in Bezug auf Wissen & Haltung (102 Nennungen) und Handlungssicherheit (67 Nennungen). (2) Die geschulten Studierenden setzen ihre Kenntnisse im Alltag der Hochschule und im Arbeitskontext (28 Nennungen), und in ihrem Privatleben, die Typischen Anwendungen von MHFA (34 Nennungen) beziehen sich auch auf die Anwendungen im Familiären-, Freundschafts- sowie Beziehungskontext ein, was auf hilfreiche Transferoptionen hindeutet.

Herausforderungen und Barrieren (52 Nennungen) in der Anwendung wurden u.a. darin gesehen, dass es Unsicherheiten im Handeln (mit Erfahrung einhergehend) bestanden oder kein subjektiv wahrgenommener Bedarf erkannt wurde. Fördernde Faktoren für die praktische Anwendung wurden vor allem darin gesehen, dass MHFA kein Einzelprogramm ist und dass es Unterstützungsstrukturen sowie Faktoren vorhanden sind, die die Anwendung erleichtern (32 Nennungen), bspw. CamPuls, Peer-to-Peer, weiteren Angeboten und Apps, die synergetische Effekte ermöglichen. (3) Wie häufig und in welchem Umfang die MHFA-Angebote an der HAW Hamburg genutzt werden, variierte stark in Abhängigkeit davon, ob die Studierenden gezielt angesprochen wurden (6 Nennungen), ob sie als MHFA-Ersthelfer*innen bekannt waren oder sie selbst proaktiv auf Kommiliton*innen zugegangen sind, und zwar von einmaliger Anwendung bis hin zu sehr regelmäßigen Einsätzen bzw. mehrmals pro Woche als MHFA aktiv zu sein. Insgesamt wurden 53 Nennungen im Zusammenhang mit der Bekanntheit und Sichtbarkeit des Programms erfasst. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Departments. Vereinzelt wurden zudem Hinweise zur Verbesserung formuliert, die potenziell zur Erhöhung der Reichweite sowie zur stärkeren Einbettung in die Hochschullandschaft beitragen können (31 Nennungen). Insgesamt wurden 18 Nennungen, dass die Mehrheit der Befragten das Programm weiterempfiehlt sowie Interesse, an den MHFA-Kursen teilzunehmen hat. Handlungsmöglichkeiten aus Sicht der Befragten liegen in der praktischen Umsetzbarkeit und typischen Einsatzsituationen: Das strukturierte Ansprechen und weitere Methoden, wie die „5-4-3-2-1-Methode“, ROGER-Prinzip, Erkennung von Symptomen, das Zeigen von Empathie (verbal und nonverbal), werden als handlungsleitende Instrumente positiv evaluiert. Einsatzsituationen sind sowohl spontan, wenn ein Zwischenfall auftritt, als auch präventiv, wenn noch keine akute Krise aufgetreten war.

Schlussfolgerungen: Das MHFA-Programms an der HAW Hamburg leistet einen wichtigen Beitrag, die psychische Gesundheit bei Krisen zu schützen und zu fördern. Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung und bestehende Bedarfe im hochschulischen Kontext liegen in den Bereichen einer flächendeckenden Ausbildung von MHFA-Ersthelfer*innen (Studierender) möglicherweise als Teil des regulären Studiums, eine stärkere Entstigmatisierung, so dass Hilfe angenommen wird und eine noch intensivere Vernetzung der verschiedene Akteur*innen und Angebote, so dass mögliche Doppelstrukturen zu synergetischen Potentialen umgenutzt werden.

Schlüsselbegriffe: Wahrnehmung des MHFA-Programms, Handlungskompetenz, Barrieren und fördernde Faktoren, Inanspruchnahme und Sichtbarkeit, Transfer in die Praxis

Inhaltsverzeichnis

1 Inhalt

Abstract	ii
Inhaltsverzeichnis	iv
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vi
Abkürzungsverzeichnis	vi
Glossar	viii
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Die psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland	4
2.2 Mental Health First Aid: Konzept, Zielsetzung und Evidenzlage	5
2.3 MHFA im Hochschulkontext: internationale und nationale Perspektiven	6
2.4 Gesundheitliche Handlungskompetenzen und Handlungssicherheit	8
2.5 Barrieren und förderliche Faktoren bei der Implementierung von MHFA	9
2.6 Das Multi-Stage-Model of Health Behavior Change (Lippke & Ziegelmann, 2006)	10
3 Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit	13
4 Methodisches Vorgehen	15
4.1 Forschungsdesign und methodischer Ansatz	15
4.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente	16
4.2.1 Qualitative Interviews	17
4.2.2 Ergänzend erhobene standardisierte Angaben	18
4.3 Proband*innen Rekrutierung und Datenerhebung	18
4.4 Datenaufbereitung und -auswertung	19
4.4.1 Aufbereitung qualitativer Daten	19
4.4.2 Beschreibung der Stichprobe	19
4.4.3 Qualitative Inhaltsanalyse mit QCAmap	20
5 Ergebnisse	22
5.1 Subjektive Wahrnehmung des MHFA-Programms	25
5.1.1 Wahrgenommene Veränderungen im Wissen und in der Haltung	26
5.1.2 Wahrgenommene Veränderungen in der Handlungssicherheit	26
5.1.3 Individuelle Hintergrundfaktoren	27
5.2 Anwendung und Barrieren im studentischen Alltag	28
5.2.1 Praktische Umsetzbarkeit und typische Einsatzsituationen	28

5.2.2	Erleichternde Faktoren und Unterstützungsstrukturen	29
5.2.3	Konkrete Handlungsmethoden und Kommunikation	30
5.2.4	Herausforderungen und Barrieren.....	31
5.2.5	Emotionale und reflexive Dimension der Anwendung.....	32
5.2.6	Typische Anwendungssituationen im Hochschul- und Arbeitskontext.....	32
5.3	Nutzung und Reichweite der MHFA-Angebote.....	33
5.3.1	Nutzungshäufigkeit und Kontaktaufnahme	34
5.3.2	Sichtbarkeit und Bekanntheit des Programms	35
5.3.3	Einbettung in die Hochschullandschaft	36
5.3.4	Weiterempfehlung und Interesse am Programm	37
6	Diskussion	37
6.1	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	38
6.2	Einordnung in den wissenschaftlichen Diskurs	44
6.3	Kritische Reflexion: Limitationen und Stärken	48
6.4	Methodendiskussion	49
6.5	Handlungsempfehlungen für Hochschulen und MHFA-Programme	51
7	Fazit	53
	Literaturverzeichnis	55
	Anhang.....	60
	Anhang 1: Interviewleitfaden	60
	Anhang 2: Fragen Sosci Survey (Stichprobenbeschreibung, bis Frage 9)	60
	Anhang 3: Soziodemografische Daten der Stichprobe – Ergebnisse	60
	Anhang 4: Kontextuale Angaben zu befragten Studierenden	60
	Anhang 5: Praktische Methoden der Anwendung von MHFA	60
	Anhang 6: Erleichternde Faktoren für die Anwendung von MHFA im Hochschulkontext	60
	Anhang 7: Vergleichende Übersicht Benannter Barriere (subjektiv)	60
	Anhang 1: Interviewleitfaden	60
	Anhang 2: Fragen Sosci Survey (Stichprobenbeschreibung, bis Frage 9)	63
	Anhang 3: Soziodemografische Daten der Stichprobe – Ergebnisse	65
	Anhang 4: Kontextuale Angaben zu befragten Studierenden	66
	Anhang 5: Praktische Methoden der Anwendung von MHFA	67
	Anhang 6: Erleichternde Faktoren für die Anwendung von MHFA im Hochschulkontext	68
	Anhang 7: Vergleichende Übersicht Benannter Barriere (subjektiv)	71
	Eigenständigkeitserklärung	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Multi-Stage-Model of Health Behavior Change nach Lippke & Zigelmann, 2006, eigene Darstellung	11
Abbildung 2: Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung (in Anlehnung an Mayring, 2015, zitiert nach Fenzl & Mayring 2017)	21
Abbildung 3: Anwendung des Multi-Stage-Models of Health Behavior Change nach Lippke & Zigelmann, 2006, auf die Phasen der MHFA-Anwendung (Selbstregulation), eigene Darstellung.....	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Motivation zur Teilnahme am MHFA. Eigene Darstellung	20
Tabelle 2: Konfiguration der Inhaltsanalyse in QCAmap. Eigene Angaben.....	21
Tabelle 3: Kategoriensystem. Eigene Darstellung	22

Abkürzungsverzeichnis

Abb. = Abbildung

bspw. = beispielsweise

MHFA = Mental Health First Aid Programm

MHFAs = aus dem Englischen, eine Abkürzung für mental health first aiders

Tab. = Tabelle

RCT = aus dem Englischen, randomized controlled trial = eine Randomisierte Kontrollierte Studie

u. a. = unter anderem

MHL = Mental Health Literacy

MSM = das Multi-Stage-Model of Health Behavior Change (das Mehrstufige Modell der Gesundheitsverhaltensänderung) (MSM) (Lippke & Ziegelmann, 2006)

TK = Die Technische Krankenkasse

GKT = Gatekeeper-Trainingsprogramme (GKT)

Statistische Abkürzungen

N = Gesamtstichprobe eines Erhebungszeitpunktes

n = Teilstichprobe

p = Wahrscheinlichkeitswert, engl. *probability value*

Mental Health (aus dem Englischen: psychische Gesundheit): Ein Zustand des psychischen Wohlbefindens, der es Menschen ermöglicht, mit den Belastungen des Lebens umzugehen, ihre Fähigkeiten zu entfalten, gut zu lernen und zu arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten. Psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheit und Wohlbefinden und mehr als nur die Abwesenheit einer psychischen Störung (WHO, 2022, S. 30).

Public Health: Wissenschaft und Praxis der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit auf Bevölkerungsebene, einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung. (Nutbeam, 2000)

Mental Health Literacy (MHL): Wissen und Überzeugungen in der Bevölkerung über psychische Störungen, die deren Erkennung, Behandlung oder Prävention unterstützen definiert (Jorm et al., 1997)

MHFA: Trainingsprogramm, das befähigt, erste Hilfe bei psychischen Krisen zu leisten, Risikofaktoren zu erkennen und Betroffene an professionelle Hilfen weiterzuvermitteln (Kitchener & Jorm, 2008)

SoSci Survey: Webbasierte Software zur Durchführung quantitativer Onlinebefragungen in den Sozialwissenschaften (Leiner, 2024)

QCAmap: Eine webbasierte Software für Qualitative Analyse (Fenzl & Mayring, 2017)

Setting: Spezifischer Kontext oder Rahmen, in dem Gesundheitsförderung durchgeführt wird, z. B. Schulen, Hochschulen oder Arbeitsplätze. (WHO, 2022)

Umfang im Kontext der Untersuchung: Größe oder Reichweite der untersuchten Population bzw. der Datenbasis einer Studie.

Qualitative Forschungsmethoden: Methoden, die auf der interpretativen Analyse von nicht-numerischen Daten beruhen, z. B. Interviews oder Dokumentenanalyse, um Erfahrungen und Perspektiven zu verstehen (Helfferich, 2022)

Quantitative Forschungsmethode: Methoden, die numerische Daten erheben und statistisch auswerten, um Hypothesen zu prüfen und Zusammenhänge zu quantifizieren (Glossar: Forschungsmethoden und Evaluation (6. Aufl., 2023) | Lehrbuch Psychologie, o. J.)

1 Einleitung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (*Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, 1986, o. J.). In diesem Verständnis entsteht Gesundheit durch Selbstfürsorge, eigen- sowie soziale Verantwortung sowie durch die Möglichkeit des Einflusses darauf. Gleichzeitig wird deutlich, dass Gesundheit nicht allein individuell bestimmt ist, sondern wesentlich von den gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen abhängt, in denen Menschen leben (*Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, 1986). Die Potenziale eines Gesundheitsmanagements für Studierende an den Hochschulen gewinnen an Relevanz (Gusy et al., 2015). Für den Hochschulkontext kann dies bedeutet, dass Studien-, Lern- und Arbeitsbedingungen einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit von Studierenden haben können und die Hochschulen als zentrale Lebenswelt für Studierende eine besondere Verantwortung für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen tragen.

Eine Gesundheitsfördernde Hochschule weist eine Offenheit gegenüber dem Einsatz von Ressourcen, um gesundheitsförderliche Arbeits- und Lernbedingungen zu schaffen (Gusy et al., 2015). Die psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland ist bislang nur begrenzt systematisch erforscht, wird jedoch zunehmend als ein relevantes Problem erkannt und es wird nach mehr wissenschaftlichen Erkenntnissen gestrebt (DZPG, 2026). Das Stressreport der Technischen Krankenkasse (TK) (2025) zeigt, dass insbesondere jüngere Altersgruppen ein höheres Stresslevel aufzeigen. Demnach sind 83 Prozent der 18- bis 39-Jährigen häufig oder manchmal gestresst (Techniker Krankenkasse, 2025, S. 11). Es können stressassoziierte psychische Erkrankungen auftreten (Eissler et al., 2020). Psychische Gesundheit ist ein wachsendes Thema im Hochschulkontext. Die Hälfte bis drei Viertel aller psychischen Erkrankungen treten während der Adoleszenz auf (Dzemaili et al., 2023). Die Behandlungslücke ist dabei auf ein mangelndes Bewusstsein für die Notwendigkeit einer *ersten Hilfe* sowie auf die Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen zurückzuführen (Dzemaili et al., 2023; WHO, 2022). Besonders Studierende sind hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, was das Risiko für psychische Probleme erhöht (Dzemaili et al., 2023; Techniker Krankenkasse, 2025). Es wurde festgestellt, dass innere und äußere Stressauslöser besonders bei Menschen mit Abitur und Studium zugenommen haben (relevant bei 74 Prozent der Befragten) (Techniker Krankenkasse, 2025). Gleichzeitig bestehen

Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Hilfe – u. a. aufgrund mangelnder Mental Health Literacy (MHL) (Dahlberg et al., 2008; WHO, 2022). Im Rahmen des MHFA-Programms (MHFA) an der HAW Hamburg werden Studierende zu MHFA-Ersthelfenden (MHFAs) ausgebildet, um bei psychischen Problemen, Krisen und Anfragen, wie Prüfungsangst niederschwellig Studierende im Hochschullalltag zu unterstützen (*HAW-Hamburg: Mental Health First Aid*, o. J.). Erste Studien belegen signifikante Verbesserungen in Grundwissen über psychische Gesundheit, eine verringerte Stigmatisierung sowie ein gestärktes Selbstvertrauen im Umgang mit anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen (Dzemaili et al., 2023; Russell et al., 2023). Studierende sollten präventiv unterstützt werden, um eigene Strategien zur Bewältigung von Belastungen zu entwickeln. Neben der Bereitstellung von Unterstützungsangeboten ist es erforderlich, dass die Hochschule durch gesundheitsfördernde Maßnahmen aktiv unterstützt (Eissler et al., 2020; Koinzer et al., 2022), wobei die Studierenden frühzeitig in deren Umsetzung eingebunden werden sollten (Koinzer et al., 2022).

Über die spezifische Umsetzung, Wirkung sowie Barrieren von MHFA im deutschen Hochschulkontext sowie an der HAW Hamburg ist jedoch wenig bekannt. An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Erfahrungen von im Mental Health First Aid-Programm geschulten Studierenden an der HAW Hamburg zu untersuchen. Dabei stehen insbesondere die subjektiven Wahrnehmungen, Erfahrungen und Einschätzungen in Bezug auf das Programm, dessen Anwendung im Alltag sowie die Nutzung der MHFA-Angebote im Fokus. Zudem wird analysiert, inwiefern sich durch die Schulung Veränderungen im Wissen, in den Einstellungen sowie in der Handlungssicherheit der Studierenden zeigen und welche Barrieren sowie fördernden Faktoren die praktische Anwendung beeinflussen. Daraus ergeben sich folgende

Forschungsfragen:

1. Wie empfinden die MHFA-geschulten Studierenden das Programm? Welche Veränderungen erleben sie in Bezug auf Wissen, Haltung und Handlungssicherheit?
2. Anwendung und Barrieren: Wie setzen die MHFA-geschulte Studierende ihre Kenntnisse um? Praktische Umsetzbarkeit, Herausforderungen, typische Einsatzsituationen sowie erleichternde und hindernde Faktoren im studentischen Alltag.

3. Wie häufig und in welchem Umfang werden die MHFA-Angebote an der HAW Hamburg genutzt? Hinweise auf die Sichtbarkeit und Handlungsmöglichkeiten aus der Sicht der Befragten.

Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, das Potenzial von MHFA-Angebot an der HAW Hamburg besser zu verstehen und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung sowie weitere Bedarfe zu identifizieren. Zur Bearbeitung der Forschungsfragestellungen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews mit Studierenden, um deren Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen möglichst differenziert zu erfassen. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Fenzl & Mayring, 2017; Mayring, 2019; Mayring & Fenzl, 2022). Ergänzend wurden einzelne standardisierte Daten erhoben, um die Stichprobe zu beschreiben, sowie zur Kontextualisierung der qualitativen Daten.

Die theoretische Grundlage für die Entwicklung und Beantwortung der Forschungsfragestellungen wird in Kapitel 2 beschrieben. Darauf aufbauend werden in Kapitel 3 die Forschungsfragen erläutert. Kapitel 4 beschreibt das methodische Vorgehen, einschließlich der Datenerhebung, der Auswertungsmethode und Beschreibung der Stichprobe. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse dargestellt. Anschließend folgt in Kapitel 6 eine Diskussion und theoretische Einordnung der Ergebnisse sowie eine Reflexion der Limitationen, Stärken und der angewandten Methodik. Abschließend werden im Kapitel 7 die zentralen Erkenntnisse zusammengefasst und mögliche Implikationen für Forschung und Praxis formuliert.

2 Theoretischer Hintergrund

Innerhalb des theoretischen Hintergrundes wird zunächst auf die psychische Gesundheit von Studierenden sowie das MHFA-Programm im Allgemeinen eingegangen. Es folgt eine Erläuterung der Konzepte gesundheitliche Handlungskompetenz und Handlungssicherheit. Des Weiteren wird auf die Barrieren sowie förderliche Faktoren für die Implementierung des Programms eingegangen. Anschließend findet eine Einordnung in das Multi-Stage-Model of Health Behavior Change (MSM) (Lippke & Ziegelmann, 2006) statt.

2.1 Die psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland

Die Studierendenschaft in Deutschland ist zunehmend heterogen (Gerdes et al., 2025). Laut den Ergebnissen der Gesundheitsberichtserstattung der HAW Hamburg (2025) berichten knapp über 74 Prozent (n=401) der Befragten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, dass dies sich negativ auf ihr Studium auswirkt. (HAW-Hamburg: Gesundheitsberichtserstattung 2025, o. J.). Laut der Erhebung haben knapp 39 Prozent der Studierenden eine gesundheitliche Beeinträchtigung. Eine psychische Erkrankung ist demnach eine der am häufigsten benannten Erkrankungen. Dies deutet auf einen signifikanten Handlungsbedarf hinsichtlich der Unterstützung der betroffenen Studierenden hin (HAW-Hamburg: Gesundheitsberichtserstattung 2025, o. J.). Diese Vielfalt geht mit unterschiedlichen Belastungslagen einher und verdeutlicht, dass psychische Gesundheit im Studium nicht einheitlich betrachtet werden kann (Eissler et al., 2020; Gerdes et al., 2025; Techniker Krankenkasse, 2025). Laut dem Statistischen Bundesamt sind im Jahr 2026 ca. 2,9 Millionen Studierende an den deutschen Hochschulen eingeschrieben (Destatis, 2026). Das Durchschnittsalter der Studierenden liegt im Jahr 2025 bei 23,5 Jahren (Destatis, 2026). In Hamburg studieren 120.000 Studierende, die Studierendenzahl ist im Vergleich zum Vorjahr gewachsen (Freie und Hansestadt Hamburg, 2026). Im Jahr 2025 waren 16.675 Studierende an der HAW Hamburg eingeschrieben, etwa 3.089 sind internationale Studierende, die für ihr Studium nach Deutschland gekommen sind (Studierende mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit haben sind nicht eingeschlossen) (HAW Hamburg, 2025).

Studierende befinden sich häufig in einer Phase des jungen Erwachsenenalters. Diese Phase ist durch Aufgaben wie die Ablösung vom Elternhaus, zunehmende Eigenverantwortung sowie Partnerschafts- und Lebensplanung geprägt (Gusy et al., 2015). Im Vergleich zu gleichaltrigen Nicht-Studierenden verlängern sich bei ihnen Ausbildungs- und Übergangsphasen, während finanzielle Ressourcen begrenzt bleiben und der Eintritt in das Berufsleben verzögert ist (Gusy et al., 2015), was zusätzliche Belastungspotenziale mit sich bringen kann.

Neben individuellen Faktoren spielen auch die sozial-psychologischen Bedingungen des Hochschulalltags eine zentrale Rolle: Erfahrungen von mangelnder Zugehörigkeit, fehlender Anerkennung oder eingeschränkter sozialer Teilhabe können das Wohlbefinden beeinträchtigen (Gerdes et al., 2025). Das Hochschulklima kann als wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit von Studierenden dienen (Gerdes et al., 2025). Der Anteil hoch erschöpfter Studierender lag im Jahr 2015 zwischen 25 und 42 Prozent (Gusy et al., 2015). In einem Blogantrag der TK

(2023) wurde ein Drittel der Studierende als Burnout-gefährdet eingestuft (Hoffmann, 2023). Es zeigen sich große Unterschiede zwischen den Studienfächern sowie beim Studienfortschritt: Studienanfänger sind weniger erschöpft als Studierende höherer Semester (Gusy et al., 2015). Eine weitere Studie nach Koinzer et. al., Zwischen den Studierenden der untersuchten Studienfächer lassen sich keine signifikanten Unterschiede im Gesamtscore der Prüfungsangst oder der allgemeinen psychischen Belastung feststellen. Allerdings berichten Studierende ausgewählter Fächer (wie Medizinstudierende) im Vergleich zu ihren Kommiliton*innen anderer Fachrichtungen von einer deutlich höheren wahrgenommenen Studienbelastung (Koinzer et al., 2022). Laut weiteren Untersuchungen kann Prüfungsangst mit wenig Bewältigungskompetenz und negativen Erfahrungen im späteren Lebensverlauf eine Depression begünstigen (Eissler et al., 2020). Hochschulen tragen eine grundlegende Verantwortung für die Gesundheit ihrer Studierenden (Eissler et al., 2020; Gusy et al., 2015). Diese Verantwortung wurde bislang vor allem durch psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote umgesetzt (Gusy et al., 2015). In vorliegender Arbeit wird das MHFA-Angebot als Ansatz betrachtet. Es kann zu solchen Unterstützungsangeboten zählen, aber auch darüber hinaus gehen. Des Weiteren wird MHFA dargestellt.

2.2 Mental Health First Aid: Konzept, Zielsetzung und Evidenzlage

Das MHFA-Programm wurde 2001 in Australien als ein 12-stündiger Kurs entwickelt, um die mentale Gesundheits- sowie Handlungskompetenz der Öffentlichkeit zu steigern sowie rechtzeitige Intervention bei psychischen Krisen zu ermöglichen (Kitchener & Jorm, 2008). Mental Health (aus dem Englischen: psychische Gesundheit) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgend definiert: Ein Zustand des psychischen Wohlbefindens, der es Menschen ermöglicht, mit den Belastungen des Lebens umzugehen, ihre Fähigkeiten zu entfalten, gut zu lernen und zu arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten. Psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheit und Wohlbefinden und mehr als nur die Abwesenheit einer psychischen Erkrankung (WHO, 2022, S. 30). Das MHFA-Programm vermittelt Laien Wissen und praktische Fertigkeiten, um Menschen in psychischen Krisen kompetente erste Hilfe zu ermöglichen (Kitchener & Jorm, 2006, 2008; Li et al., 2025). Im Rahmen des Kurses werden Symptome und Risikofaktoren von Depressionen, Angststörungen, Psychosen und Substanzmissbrauch sowie Krisensituationen wie Suizidgedanken und Panikattacken behandelt (Kitchener & Jorm, 2008). Teilnehmer*innen, die den Kurs erfolgreich

abschließen, erhalten ein MHFA-Zertifikat (Kitchener & Jorm, 2008). Seit der Entwicklung des Programms hat sich eine internationale Verbreitung, u.a. nach Japan, Finnland, Schottland und Kanada in den ersten Jahren (Kitchener & Jorm, 2008). Es wurden Richtlinien für verschiedene Erkrankungen entwickelt. Diese sind auf Deutsch zur freien Verfügung veröffentlicht worden (mhfa-ersthelfer.de, o. J.). Evaluationsstudien, einschließlich randomisierter kontrollierter Studien (RCT), haben positive Veränderungen in Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Teilnehmer gezeigt (Kitchener & Jorm, 2006). Eine qualitative Studie ergab, dass 78 Prozent der Befragten berichteten, dass sie in Krisensituationen hilfreich intervenieren konnten, was zu besseren Ergebnissen führte (Kitchener & Jorm, 2006). Laut dem systematischen Review von Li et al., welches die MHFA-Anwendung unter den Ersthelfer*innen mit medizinischer Ausbildung untersucht haben, wurde bestätigt, dass das MHFA sich positiv in Bezug auf die Entwicklung von Kompetenzen, Mental Health Literacy (MHL), Stigmatisierung sowie das Selbstvertrauen auswirkte (Li et al., 2025). Die MHL wird als Wissen und Überzeugungen in der Bevölkerung über psychische Störungen, die deren Erkennung, Behandlung oder Prävention unterstützen definiert (Jorm et al., 1997). Insbesondere jüngeren Bevölkerung sollte MHL beigebracht werden (Sampaio et al., 2022). In Deutschland existieren bislang wenige Studien, die die langfristigen Effekte des MHFA-Programms untersuchen (Ärzteblatt, 2023). Vor diesem Hintergrund greift die vorliegende Untersuchung die Forschungslücke im Kontext der Implementierung und Anwendung des Programms an einer deutschen Hochschule auf. Im folgenden Kapitel wird auf die Anwendung des Programms im hochschulischen Kontext der HAW Hamburg näher eingegangen.

2.3 MHFA im Hochschulkontext: internationale und nationale Perspektiven

Obwohl erste Hinweise zur Lage von MHFA an den Hochschulen vorliegen, wurde das Programm wenig systematisch untersucht (El-Den et al., 2020). Aktuelle Initiativen, wie ein interdisziplinärer Forschungsverbund, der in 2026 Deutschland etabliert wurde, um die psychische Gesundheit von Studierenden systematisch zu untersuchen, Risikofaktoren zu identifizieren und Resilienzförderung zu evaluieren (*Psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland*, 2026). Vor diesem Hintergrund bleibt die Erforschung zu spezifischer Umsetzung und Wirkung von MHFA als eines möglichen Ansatzes an Hochschulen weiterhin von höherer Relevanz. An der HAW Hamburg stellt das Programm MHFA einen niedrigschwelligen Ansatz zur Unterstützung von Studierenden bei psychischen Belastungen dar (*HAW-Hamburg: Mental Health First Aid*, o. J.). Dabei werden

Studierende zu MHFA-Ersthelfenden ausgebildet. Sie fungieren als erste Ansprechpersonen, bieten Unterstützung an und informieren über vorhandene Hilfsangebote. Die MHFAs können Studierende bei **Prüfungsangst, Überforderung im Studium oder Privatleben, Konflikten im Hochschulkontext**, bei Symptomen wie **Angst** oder **depressiver Stimmung** sowie anderen Anliegen unterstützen. Auch in akuten Krisensituationen kann erste Hilfe geleistet werden und Betroffene dabei begleiten, geeignete professionelle Unterstützungsangebote zu finden und in Anspruch zu nehmen (*HAW-Hamburg: Mental Health First Aid*, o. J.).

Die Pilotstudie von Schick et al. zeigt, dass MHFA-Trainings in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Alter zwischen 18 - 75 Jahren) zu einer signifikanten Verbesserung der mentalen Gesundheitskompetenz führen, 65 Prozent der untersuchten MHFA-Helfenden waren nach sechs Monaten sehr zuversichtlich, Hilfe anbieten zu können (Schick et al., 2025). Eine Reduktion von Stigmatisierung und sozialer Distanz gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde beobachtet. Die Ergebnisse belegen damit exemplarische positive Wirkungen von MHFA in Deutschland (Schick et al., 2025). Eine weitere experimentelle Studie mit Studierenden zweier Universitäten in der Schweiz untersuchte MHFA im internationalen Hochschulkontext (Dzemaili et al., 2023). Ergebnisse zeigen, dass ein 12-stündiges MHFA-Training bei Studierenden zu einer signifikanten Zunahme grundlegender Kenntnisse über psychische Gesundheit, zu mehr Sicherheit im Unterstützen betroffener Personen sowie zu einer Verringerung stigmatisierender Einstellungen führt. Diese Effekte zeigen sich sowohl drei Monate als auch zwölf Monate nach der Intervention und bleiben damit kurz- und langfristig bestehen (Dzemaili et al., 2023).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass MHFA-Trainings im Hochschulkontext wirksam dazu beitragen, Wissen, Einstellungen und hilfeorientiertes Verhalten von Studierenden im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu verbessern (Dzemaili et al., 2023). Eine quasi-experimentelle Studie aus den USA zeigt, dass Youth Mental Health First Aid (YMHFA-USA) bei Studierenden der Sozialen Arbeit ebenso wirksam ist (Rose et al., 2019). Im Vergleich zur Kontrollgruppe weisen die Teilnehmenden der Intervention fünf Monate nach dem Training verbesserte gesundheitsbezogene Überzeugungen und eine höhere mentale Gesundheitskompetenz auf, was die Nachhaltigkeit des Programms im Hochschulkontext unterstreicht (Rose et al., 2019). Vergleichbar mit Hochschulkontext kann die Studie in einer Sportcommunity betrachtet werden.

Eine weitere Studie untersuchte die Wirksamkeit einer *Online-MHFA-Schulung* innerhalb der Rugby-Gemeinschaft sowie deren Durchführbarkeit, Nutzen und Nutzerbeteiligung (Russell et al., 2023). Demnach zeigten sich nach einer Schulung signifikante Verbesserungen ($p < .05$) in allen bewerteten Bereichen, etwa bei der Beratungskompetenz sowie bei der Erkennung von Anzeichen und Symptomen psychischer Erkrankungen (Russell et al., 2023). Moderate Effekte wurden bei der Wahrnehmung der Wirksamkeit von Therapie, der Genesungsfähigkeit bei schweren psychischen Erkrankungen sowie bei der Bedeutung professioneller Hilfe beobachtet (Russell et al., 2023). Insgesamt berichten die Teilnehmenden eine verbesserte psychische Gesundheitskompetenz, mehr Selbstvertrauen und einen Zugewinn an nicht-technischen Fähigkeiten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Online-MHFA-Schulungen ein geeignetes und potenziell kosteneffizientes Modell zur Förderung der psychischen Gesundheit im kommunalen Sport darstellen (Russell et al., 2023).

2.4 Gesundheitliche Handlungskompetenzen und Handlungssicherheit

Die **Health literacy** bzw. **Gesundheitskompetenz** umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten, die es der Erwachsenen ermöglichen, in Alltag, Gemeinschaft und Gesundheitsversorgung handlungsfähig zu sein und kompetente Schlussfolgerungen ziehen zu können (Kickbusch & Maag, 2008). Sie lässt sich durch gezielte Lehrmethoden, Resilienzförderung und praktische Anwendung steigern (Rattner, 2019; Reinhardt et al., 2025), wobei die Handlungskompetenz wächst (Reinhardt et al., 2025). Bildungsinstitute können MHL ins Vorlesungsverzeichnis aufnehmen, um diese zu erhöhen und positive Effekte zu erzielen (Sampaio et al., 2022; WHO, 2022, S. 176). Die *Handlungskompetenz* verbindet Wissen, Fertigkeiten, soziale Kompetenzen sowie persönliche Einstellungen, sodass Individuen eigenständig und reflektiert handeln können (Gerlmaier, 2019; Nutbeam, 2000). Professionalität zeigt sich dabei im sensiblen Umgang mit Unsicherheiten und der Entwicklung von Handlungssicherheit (Treptow & Faas, 2015). Außerdem spielt eine emotionale Bindung sowie Kontinuität während einer Tätigkeit im Kontext psychische Gesundheit eine wichtige Rolle auf den Wirkerfolg von psychologischen Unterstützungen (in der Therapie) (Flückiger et al., 2018).

In diesem Sinne zielt das MHFA-Programm an der HAW Hamburg sowie allgemein darauf ab, Teilnehmenden Handlungssicherheit im Umgang mit psychischen Problemen zu vermitteln, indem sie lernen, Krisensituationen kompetent zu erkennen,

angemessen zu reagieren und gegebenenfalls den Zugang zu professioneller Hilfe zu unterstützen (*HAW-Hamburg: Mental Health First Aid*, o. J.; „International MHFA Programs“, o. J.; „MHFA Program Evaluations“, o. J.). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, nicht nur die Wirkung von MHFA-Trainings zu betrachten, sondern auch die Rahmenbedingungen zu analysieren, die ihre erfolgreiche Umsetzung an den Hochschulen beeinflussen. Dabei spielen sowohl Barrieren als auch förderliche Faktoren eine zentrale Rolle, die im Folgenden näher dargestellt werden.

2.5 Barrieren und förderliche Faktoren bei der Implementierung von MHFA

Gatekeeper-Trainingsprogramme (GKT) sind ein zunehmend beliebter Ansatz, um den Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verbessern (Lipson et al., 2014). Die GKT werden von der WHO zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen empfohlen (WHO, 2022, S. 169). Zwischen 2009 und 2011 wurde eine RCT an 32 Hochschuleinrichtungen in den USA von Lipson et. al. durchgeführt. Die Wohnheime auf dem Campus wurden entweder der Interventionsgruppe (MHFA und bereits bestehende Schulungen) oder der Kontrollgruppe zugewiesen (Lipson et al., 2014). Die MHFA-Schulung ist einmalig und relativ kurz, wodurch nachhaltige Verhaltensänderungen schwer zu erzielen sind: *„Trainees may need a more sustained learning process, with repeated opportunities to practice skills and discuss gatekeeping experiences.“*. Als Ergebnis zeigte sich, dass MHFA keine messbare Wirkung auf die gesamte Studentengemeinschaft gebracht hat. Die Haupthindernisse für die Implementierung von MHFA nach Lipson et. al. liegen somit in der eingeschränkten Wirkung auf die Community, der unvollständigen Teilnahme, der Autoritätsrolle der Wohnheimtutor, fehlenden Praxis- und Wiederholungschancen. Das Vorwissen der Gatekeeper kann vorteilhaft sein. Eine effektive Umsetzung erfordert langfristige, praxisorientierte Trainings und die Auswahl geeigneter Gatekeeper (Lipson et al., 2014).

Die Implementierung von Studienangeboten und praxisorientierten Modulen an Hochschulen erfolgt häufig nachfrageorientiert. In der Literatur werden Barrieren dabei auf drei Ebenen unterschieden: individuelle, institutionelle und politische Faktoren. Individuelle Barrieren umfassen beispielsweise persönliche Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen Studierfähigkeit, Prüfungsdruck, fehlende Motivation sowie finanzielle, zeitliche oder familiäre Belastungen (Loerbroks & Schäfer, 2013). Institutionelle Barrieren ergeben sich vor allem aus strukturellen Rahmenbedingungen wie hoher Arbeitsbelastung, fehlenden Entwicklungsperspektiven, mangelnder strategischer Personalentwicklung oder einer

wenig unterstützenden Weiterbildungskultur (Loerbroks & Schäfer, 2013). Auch unflexible und wenig modularisierte Studienangebote können die Teilnahme erschweren (Loerbroks & Schäfer, 2013). Auf politischer Ebene betreffen Barrieren insbesondere die eingeschränkte Anerkennung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen, eine geringe Durchlässigkeit zwischen Bildungsbereichen sowie strukturelle Besonderheiten des deutschen Bildungssystems (Loerbroks & Schäfer, 2013). Zur Überwindung dieser Hürden werden unter anderem flexible Studienmodelle, modularisierte Curricula, Kooperationen zwischen Institutionen sowie verbesserte Anerkennungsverfahren empfohlen (Loerbroks & Schäfer, 2013).

Psychische Gesundheitskompetenz kann einen Einfluss auf die Suche sowie die Inanspruchnahme bei der Hilfesuchenden sein (Pfeiffer et al., 2025). Sowohl Selbststigmatisierung als auch öffentliche Stigmatisierung sind große Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Problemen und hängen stark vom Geschlecht ab (Pfeiffer & In-Albon, 2023). Es wird hingewiesen, dass die Selbststigmatisierung einen größeren Einfluss auf die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe als gesellschaftliche Stigmatisierung haben kann (Pfeiffer & In-Albon, 2023). Im Folgenden wird auf das Multi-Stage-Model der Verhaltensänderung im Kontext dieser Untersuchung eingegangen.

2.6 Das Multi-Stage-Model of Health Behavior Change (Lippke & Ziegelmann, 2006)

Das Mehrstufige Modell der Gesundheitsverhaltensänderung (MSM) beschreibt den Prozess der Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens als eine Abfolge von acht qualitativ unterschiedlichen Phasen (Lippke & Ziegelmann, 2006), siehe Abb. 1. Das Modell basiert auf dem Berliner Stufenmodell (Fuchs) und integriert theoretische Annahmen aus dem Transtheoretischen Modell, dem Precaution Adoption Process Model und dem Rubicon-Modell der Handlungsphasen (Lippke & Ziegelmann, 2006). Es werden acht Phasen unterschieden, die sich durch kognitive Prozesse, das Verhalten und den Grad der Gewöhnung an das Zielverhalten unterscheiden. Diese Phasen lassen sich in fünf inaktive Phasen (zwei ohne Verhaltensabsicht und drei mit Absicht) sowie drei aktionsorientierte Phasen unterteilen (Lippke & Ziegelmann, 2006). Die Phasen werden nicht primär über Zeitangaben definiert, sondern über kognitive und verhaltensbezogene Merkmale sowie über sozialkognitive Variablen, wie Absicht, Selbstwirksamkeit, Ergebniserwartungen, soziale Unterstützung und Risikowahrnehmung.

Veränderungen in diesen Variablen fördern den Übergang zwischen den Phasen (Lippke & Ziegelmann, 2006).

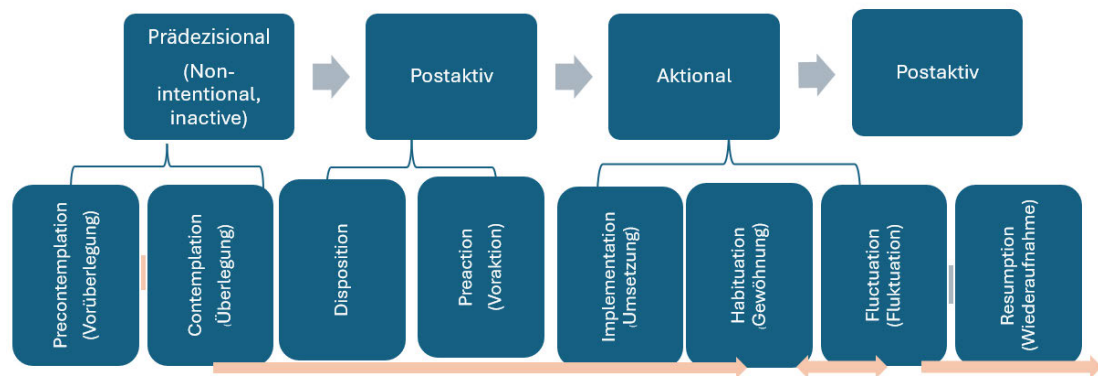


Abbildung 1: Das Multi-Stage-Model of Health Behavior Change nach Lippke & Ziegelmann, 2006, eigene Darstellung

Das Modell geht davon aus, dass sich Personen in den einzelnen Phasen psychologisch deutlich unterscheiden und dass nichtlineare Veränderungen in sozialkognitiven Variablen über die Phasen hinweg auftreten. Diese Unterschiede ermöglichen eine Entwicklung phasenspezifischer Interventionen zur Gesundheitsförderung (Lippke & Ziegelmann, 2006). Die Phasen des MSM beschreiben folgende Prozesse der Verhaltensänderung. In der Vorüberlegungsphase führen Personen das Zielverhalten nicht aus und es wird noch nicht damit begonnen. Die Überlegungsphase ist mit bewusstem Abwägen der Vor- und Nachteile verbunden. Die folgende Phase, Dispositionsphase ist durch das Treffen einer grundlegenden Entscheidung sowie einer Zielsetzung gekennzeichnet. In der weiteren Phase werden genauere Pläne zur Verhaltensänderung vorgenommen. In der Umsetzungsphase beginnen Personen, das Verhalten aktiv auszuführen. Anschließend folgt die Phase der Gewöhnung an das neue Verhalten (Lippke & Ziegelmann, 2006). In der Fluktuationsphase ist durch eine Ausführung des Verhaltens mit einer schwankenden Stabilität gekennzeichnet. In der Wiederaufnahmephase wird das Verhalten vorübergehend beendet, es wird jedoch beabsichtigt, es wieder aufzunehmen (Lippke & Ziegelmann, 2006).

Wenn der Fokus auf den MHFA-Ersthelfenden liegt, könnte das MSM eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung durch proaktives Handeln von MHFAs beschreiben werden oder von denjenigen, die die Hilfe in Anspruch nehmen. Dabei sind insbesondere MHL, psychische Gesundheitskompetenz, intrinsische Handlungskompetenz, die durch bessere Health Literacy entsteht sowie Selbst- und öffentliche Stigmatisierung wichtige Einflussfaktoren, die zu berücksichtigen sind, da sie auf den Prozess der proaktiven Hilfe und der Hilfenahme einwirken (Pfeiffer et al.,

2025; Pfeiffer & In-Albon, 2023; (Jorm et al., 1997; Kickbusch & Maag, 2008; Rattner, 2019; Sampaio et al., 2022).

In der *Vorüberlegungsphase* erkennen (betroffene) Personen die psychische Belastung möglicherweise noch nicht als Problem oder ziehen keine Unterstützung in Betracht (Lippke & Ziegelmann, 2006). Auch wenn MHFAs aktiv Hilfe anbieten, kann eine geringe psychische Gesundheitskompetenz dazu führen, dass Betroffene ihre Symptome nicht einordnen oder die Relevanz von Unterstützung nicht erkennen (Lippke & Ziegelmann, 2006). Zusätzlich kann Stigmatisierung dazu führen, dass Personen das Angebot ablehnen oder vermeiden (Pfeiffer & In-Albon, 2023). In der *Überlegungsphase* beginnen Betroffene, über das angebotene Gespräch oder die Unterstützung nachzudenken (Lippke & Ziegelmann, 2006). Wenn Ersthelfende aktiv auf Personen zugehen, kann dies den Einstieg in diesen Prozess erleichtern. Dennoch können bereits erwähnte Defizite und Einflussfaktoren weiterhin eine Barriere darstellen.

In der *Dispositionsphase* entscheiden sich Studierende, das Unterstützungsangebot in der Form eines Erstgesprächs anzunehmen oder als MHFA-Ersthelfer*in dieses anzubieten (Lippke & Ziegelmann, 2006). Hier kann psychische Gesundheitskompetenz eine Rolle spielen, da sie beeinflusst, ob Betroffene den möglichen Nutzen der Unterstützung erkennen (Pfeiffer et al., 2025). In der *folgenden Phase* wird die Entscheidung konkretisiert (Lippke & Ziegelmann, 2006), etwa indem ein Gespräch vereinbart wird. Ersthelfende können diese Phase erleichtern, indem sie klare und niedrigschwellige Möglichkeiten für Gespräche anbieten.

In der *Umsetzungsphase* findet das tatsächliche Erstgespräch oder die Unterstützung durch eine ersthelfende Person statt. In dieser Phase kann eine emotionale Unterstützung geleistet werden und gegebenenfalls wird sich entschieden weitere professionellen Hilfe zu beanspruchen. Dabei sind die MHFAs der Informationsvermittler, die Ihre Kenntnisse aktiv anwenden, bei den Hilfesuchenden wird in diese Phase die Bereitschaft diese Unterstützung zu nehmen möglich sein. In der Gewöhnungsphase kann sich innerhalb der Community eine zunehmende Akzeptanz entwickeln, Hilfe anzunehmen (anzubieten für MHFAs) oder über psychische Belastungen zu sprechen. Wenn die Ersthelfenden regelmäßig sichtbar und aktiv sind, kann dies dazu beitragen, dass Unterstützung als normaler Bestandteil des sozialen Umgangs und Umfelds wahrgenommen wird. In der *Fluktuationsphase* kann die Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen oder anzubieten, schwanken. Personen können sich zeitweise wieder zurückziehen und angebotene oder

angefragte Hilfe ablehnen (Lippke & Ziegelmann, 2006). Diese Phase kann beispielsweise in der Prüfungsphase erfolgen. Außerdem können institutionelle, individuelle oder politische (z.B. mangelnde Anerkennung von MHFA, da ein extern erworbenes Angebot) Barrieren bestehen (Loerbroks & Schäfer, 2013), die diese Phase begünstigen. Eine kontinuierliche Präsenz der Ersthelfenden kann dazu beitragen, dass Unterstützung weiterhin zugänglich bleibt. In der *Wiederaufnahmephase* haben Betroffene Unterstützung möglicherweise zuvor abgelehnt oder unterbrochen, sind jedoch grundsätzlich offen dafür, sie später erneut anzunehmen (Lippke & Ziegelmann, 2006). Wenn MHFAs weiterhin präsent sind und Unterstützung anbieten, kann dies den Wiedereinstieg erleichtern und die Hilfesuchenden können diese beanspruchen.

Insgesamt zeigt sich, dass das MSM auch auf Situationen angewendet werden kann, in denen Hilfe proaktiv angeboten wird. Ersthelfende können insbesondere in frühen Phasen eine wichtige Rolle spielen, indem sie aktiv werden. Die Guidelines von MHFA empfehlen bei beispielsweise Panikattacken auf die Betroffenen selbst zuzugehen (mhfa-ersthelfer.de, o. J.). Die Hochschule kann durch die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz sowie der Reduktion der Stigmatisierung, zwei Faktoren, die maßgeblich beeinflussen, ob Menschen Unterstützung annehmen (Pfeiffer et al., 2025; Pfeiffer & In-Albon, 2023) die Häufigkeit der Hilfenahme positiv beeinflussen. Wenn mithilfe des MSM empirisch festgestellt wird, in welcher Phase sich Studierende befinden, kann dies wichtige praktische Konsequenzen für Prävention, Intervention und Unterstützungsangebote an der Hochschule in Bezug auf die MHFA-Anwendung haben. Denn eine phasenorientierte Anwendung kann es ermöglichen, dass die Maßnahmen gezielt gestaltet werden. Im folgenden Kapitel wird auf die Forschungsfragestellungen sowie Zielsetzung der vorliegenden Phase.

3 Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem MHFA-Programm, das darauf abzielt, die mentale Gesundheitskompetenz zu stärken und Menschen dazu zu befähigen, bei psychischen Problemen oder Krisen frühzeitig Unterstützung zu leisten sowie den Zugang zu professionellen Hilfsangeboten zu erleichtern („International MHFA Programs“, o. J.; Kitchener & Jorm, 2006, 2008). Im Hochschulkontext der HAW Hamburg richtet sich dieses Angebot insbesondere an Studierende (*HAW-Hamburg: Mental Health First Aid*, o. J.). Da MHFA bislang nur wenig im Hochschulkontext untersucht wurde, besteht eine Forschungslücke. Vor diesem Hintergrund verfolgt die

vorliegende Arbeit das Ziel, die Erfahrungen von MHFA-geschulten Studierenden an der HAW Hamburg zu erfassen, ihre Anwendung im studentischen Alltag zu analysieren sowie Barrieren zu identifizieren. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Zusammenhang zwischen den subjektiven Erfahrungen der Teilnehmenden, ihrer Wahrnehmung und Anwendung des Programms sowie möglichen Veränderungen hinsichtlich Wissenszuwachs und Handlungssicherheit. Darüber hinaus wird die Reichweite des Programms aus Sicht der Befragten betrachtet, also in welchem Kontext und mit welchen Personengruppen das Gelernte angewendet wird und wen das Programm erreicht, durch welche Wege die Kontaktaufnahme oder Hilfestellung erfolgt sowie mögliche Handlung in Bezug auf die Sichtbarkeit des Programms an der HAW Hamburg.

Ausgehend davon ergeben sich drei zentrale Forschungsfragestellungen: Erstens wird untersucht, wie die MHFA-geschulten Studierenden das Programm wahrnehmen und welche Veränderungen sie in Bezug auf Wissen, Haltung und Handlungssicherheit erleben. Zweitens steht die Anwendung der erlernten Inhalte im Mittelpunkt, wobei analysiert wird, in welchen Situationen Studierende ihre Kenntnisse einsetzen, welche Herausforderungen dabei auftreten und welche Faktoren die praktische Umsetzung im studentischen Alltag erleichtern oder erschweren. Drittens wird explorativ betrachtet, wie häufig und in welchem Umfang MHFA-bezogenes Wissen im Alltag angewendet wird und welche Hinweise sich daraus aus Sicht der Befragten auf die Reichweite und Sichtbarkeit des Programms im Hochschulkontext ergeben.

Es werden in dieser Arbeit lediglich die Angaben der befragten Studierenden berücksichtigt, die an MHFA-Schulung teilgenommen haben. Aussagen zur Nutzung oder der Reichweite des Programms können lediglich als Hinweise interpretiert werden und sind zudem durch die kleine Stichprobe (N=7) begrenzt. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Ergänzend wurde auch die Motivation der Studierenden für die Teilnahme am Programm erhoben, die zur Veranschaulichung und der Stichprobenbeschreibung dient. Dafür wurde einige quantitativen Angaben erhoben. Das folgende Kapitel stellt das methodische Vorgehen zur Bearbeitung der drei leitenden Forschungsfragen detailliert dar.

4 Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit zur Beantwortung der Forschungsfragen. Zunächst werden das zugrunde liegende Forschungsdesign sowie der gewählte methodische Ansatz erläutert. Es folgt die Vorstellung der verwendeten Erhebungsinstrumente und die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie die Durchführung der Datenerhebung werden beschrieben. Anschließend werden die Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf der *qualitativen Inhaltsanalyse*, während die ergänzend erhobenen, standardisierten Angaben ausschließlich zur beschreibenden Charakterisierung der Stichprobe herangezogen werden.

4.1 Forschungsdesign und methodischer Ansatz

Die vorliegende Arbeit folgt einem qualitativen explorativen Querschnittsdesign (Glossar: Forschungsmethoden und Evaluation (6. Aufl., 2023) | Lehrbuch Psychologie, o. J.; Mayring & Fenzl, 2022). Aufgrund der explorativen Komponente der Forschungsfragen und des Fokus auf subjektive Erfahrungen wurde ein qualitativer Ansatz als besonders geeignet erachtet (Kitchener & Jorm, 2008). Qualitative Forschungsmethoden werden dabei als Methoden, die auf der interpretativen Analyse von nicht-numerischen Daten beruhen, z. B. Interviews oder Dokumentenanalyse, um Erfahrungen und Perspektiven zu verstehen (Helfferich, 2022). Die qualitative Auswertung der Interviewdaten erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2022) mit einem induktiven Vorgehen. Bei der induktiven Kategorienbildung werden auf Basis einer definierten Thematik schrittweise neue Kategorien entwickelt. Diese entstehen entlang eines festgelegten Abstraktionsniveaus und orientieren sich an einer zuvor formulierten Kategoriendefinition (Mayring, 2019). Die qualitative Inhaltsanalyse versteht sich dabei als regelgeleitetes Verfahren, bei dem Textmaterial systematisch ausgewertet wird, indem Kategorien entweder induktiv aus dem Material heraus entwickelt oder deduktiv theoriegeleitet vorab festgelegt und einzelnen Textpassagen zugeordnet werden (Mayring & Fenzl, 2022). Die Analyse des Textmaterials wurde mithilfe der Webapplikation QCAmap durchgeführt (Fenzl & Mayring, 2017). Diese Software stellt durch ihr prozesshaftes Management sicher, dass die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse regelgerecht durchlaufen und dokumentiert werden (Fenzl & Mayring, 2017; Mayring & Fenzl, 2022). Ergänzend zu den qualitativen Interviews

wurden einige standardisierte Angaben erhoben. Die Kombination beider Methoden folgt dem in der sozialwissenschaftlichen Methodendiskussion etablierten Verständnis, dass beide Methoden keine Gegensätze darstellen, sondern sich sinnvoll ergänzen können (Mayring & Fenzl, 2022). Diese Angaben dienen ausschließlich der Beschreibung der Stichprobe sowie der kontextuellen Einordnung der Interviewaussagen und stellen keinen eigenständigen quantitativen Forschungsteil in dieser Arbeit dar.

4.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Zur Erhebung der qualitativen Inhalte wurde ein Interviewleitfaden (s. Anhang 1) entwickelt, der sich an die Forschungsfragen orientiert. Dabei verstehen sich Qualitative, leitfadengestützte Interviews stellen eine weit verbreitete, differenziert ausgearbeitete und methodisch vergleichsweise gut fundierte Methode zur Erhebung qualitativer Daten dar. Der Gesprächsverlauf wird durch einen zuvor entwickelten Leitfaden strukturiert (Helfferich, 2022). Die Fragen wurden offen gestaltet, damit die Befragten mehr angeregt sind eigene Perspektive sowie Erfahrungen einzubringen.

Die Erhebung soziodemografischer Daten (s. Anhang 3) umfasste insgesamt vier Fragen zu Studiengang, Alter, Semester und Geschlecht. Der Studiengang wurde mit der Frage „In welchem Studiengang bist Du aktuell eingeschrieben oder hast Du Dein Studium abgeschlossen?“ abgefragt. Das Semester wurde mithilfe der Frage „In welchem Semester befindest Du Dich derzeit?“ abgefragt, ergänzend einer Anmerkung „Falls Du Dein Studium bereits abgeschlossen hast, wähle bitte „Absolvent*in““ und den Auswahloptionen „1.–2. Semester“, „3.–4. Semester“, „5.–6. Semester“, „7. Semester oder höher“, sowie „Absolvent*in“ abgefragt. Das Geschlecht wurde über die Fragestellung „Welchem Geschlecht ordnest Du Dich zu?“ mit den Antwortmöglichkeiten „weiblich“, „männlich“, „divers“, „möchte ich nicht angeben“ erhoben. Die Erhebung des Alters erfolgte über ein offenes Eingabefeld mit der Anweisung „Wie alt bist Du in Jahren?“. Ergänzend wurde die Frage nach Häufigkeit der Anwendung, der Zeit der Absolvierung der MHFA-Ausbildung sowie der Motivation zur Teilnahme gefragt. Die Erhebung der Häufigkeit erfolgte mit den Fragen „Hast Du Deine MHFA-Kenntnisse angewendet, um jemanden zu helfen?“, mit den Antwortoptionen „Ja“ und „Nein“, sowie „Wie häufig hast Du die MHFA-Kenntnisse angewendet?“. Der zeitliche Rahmen wurde mit der Frage „Wann hast Du den MHFA-Kurs absolviert? Vor:“ mit den Antwortoptionen „0–3“, „4–6“, „7–12“ - Monaten und „vor mehr als einem Jahr“. Die Motivation der Teilnahme wurde mittels

der Frage „Was war Dein Grund, um MHFA-Kurs zu besuchen?“ mit einer Auflistung der Optionen und einer möglichen Mehrfachauswahl sowie der Möglichkeit der offenen Antwort. Es wurden Optionen wie „Allgemeines Interesse“, „Persönliche mentale Gesundheit“, „Um meiner Familie, Freunden zu helfen“, „Engagement für die Hochschule“, „Für die zukünftige Tätigkeit“ „Sonstiges (Bitte angeben)“ aufgeführt. Diese Fragen wurden anlehnend an die Fragen aus „Mental Health First Aid training evaluation“ aus NHS Islington (Mental Health First Aid training evaluation - Baljinder Heer, NHS Islington 2010, o. J.) angewendet (Mental Health First Aid training evaluation -Baljinder Heer, NHS Islington 2010, o. J.), angelehnt an die NSH-Islington-MHFA-Evaluation (Mental Health First Aid International, 2023). Im Folgenden wird die Durchführung der Datenerhebung erläutert.

4.2.1 Qualitative Interviews

Als zentrales Erhebungsinstrument wurden leitfadengestützte qualitative Interviews eingesetzt. Qualitative Leitfadeninterviews stellen ein etabliertes und methodisch fundiertes Instrument zur Datenerhebung dar (Helfferich, 2022). Charakteristisch ist dabei die Steuerung des Gesprächs durch einen vorab entworfenen Interviewleitfaden (Helfferich, 2022). (s. Leitfaden im Anhang) Der Interviewleitfaden umfasste Themenbereiche zur Wahrnehmung des MHFA-Programms, zu Veränderungen in Wissen, Haltung und Handlungssicherheit sowie zur praktischen Anwendung der MHFA-Kenntnisse im studentischen Alltag.

Als methodisches Instrument strukturiert der Leitfaden das Interview durch variable Elemente wie Erzählaufforderungen oder Schlüsselfragen. Diese bewusste Einschränkung der Offenheit stellt sicher, dass die Erhebung fokussiert bleibt, während sie gleichzeitig genügend Raum für freie Äußerungen lässt (Helfferich, 2022). Die offene Gestaltung des Leitfadens ermöglichte es den Interviewten, ihre Erfahrungen und Einschätzungen ausführlich darzustellen. Während die Interviewsituation üblicherweise ein asymmetrisches und komplementäres Rollenverhältnis zwischen Interviewenden und Interviewten konstituiert (Helfferich, 2022), wurde in dieser Untersuchung eine möglichst rollenneutrale Durchführung angestrebt, um den künstlichen Charakter des Settings und die Distanz zu verringern. Die gemeinsame Identität als Studierende sowie die geteilte Expertise durch das MHFA-Zertifikat schufen eine Ebene der Wechselseitigkeit. In Kombination mit einem niederschweligen Einstiegsthema wurde versucht, die typische Rollenzuweisung aufzubrechen und eine Kommunikationsform zu etablieren, die sich stärker an den

Regeln der Alltagskommunikation orientiert (Helfferich, 2022). Die Erhebung qualitativer Daten erfolgte im Oktober und November 2025 mittels individueller Interviews via Teams. Die Pilotierung des Leitfadens fand vorher im September 2025 statt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend anonymisiert. Die anschließende Auswertung erfolgte computergestützt mit der Software QCAmap, deren methodisches Vorgehen in den folgenden Kapiteln detailliert erläutert wird.

4.2.2 Ergänzend erhobene standardisierte Angaben

Zusätzlich zu den Interviews wurden wenige standardisierte Angaben erhoben. Die Erhebung dieser Angaben erfolgte mithilfe des Online-Befragungstools SoSci Survey (Leiner, 2024) im Oktober 2025 (s. Anhang 2). In der Regel haben die Studierende an der Online-Befragung bereits vor den Interviews teilgenommen und haben sich im Anschluss an diese einen Termin für ein Interview selbstständig via Outlook Booking eingebucht. Die standardisierten Fragen dienen ausschließlich der ergänzenden Beschreibung der Stichprobe und der Einordnung der qualitativen Interviewdaten. Angaben sowie der Anwendungshäufigkeit und dem Zeitpunkt der Schulung sowie die Motivation der Teilnahme. Diese wurden mithilfe von Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet. Die Auswertung beschränkte sich auf die Darstellung von Häufigkeiten zu der Anwendung des Programms, dem Zeitraum der Ausbildung sowie weiteren Beschreibung der Studiengänge, Semester, Geschlechter der Befragten. Eine weitere statistische Auswertung wurde nicht vorgenommen. Im Anhang werden die ursprünglichen Fragen sowie die Datensätze aufzufinden sein. Im Kapitel 4.4.2 wird näher auf die Beschreibung der Stichprobe eingegangen, nachdem die Proband*innen Rekrutierung erläutert wird.

4.3 Proband*innen Rekrutierung und Datenerhebung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte gezielt unter Studierenden der HAW Hamburg, die zuvor eine MHFA-Schulung absolviert hatten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Teilnehmende wurden über die interne MHFA-WhatsApp-Gruppe sowie über die offizielle MHFA-Webseite der HAW Hamburg angesprochen. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden über Ziel und Ablauf der Studie informiert und über die Anonymisierung sowie den Zweck der erhobenen Daten aufgeklärt und diesen zugestimmt. Vor dem Beginn der Interview-Aufzeichnung wurde erneut eine explizite mündliche Einwilligung eingeholt. Die Aufzeichnung und

die Transkripte sind ab diesen Zeitpunkt erfasst worden. Die Einschlusskriterien waren eingeschriebene Studierende an der HAW Hamburg, die eine MHFA-Prüfung erfolgreich bestanden haben, ein MHFA-Zertifikat haben und sich als MHFA-Ersthelfer*innen an der Hochschule engagieren. Die Ausschlusskriterien waren Studierende ohne MHFA-Zertifikat oder Personen ohne Zugehörigkeit zu HAW Hamburg, etwa Studierende, die ihr Studium bereits abgeschlossen haben und kein Zugang zu internen Strukturen, etwa zum Postfach der HAW-E-Mail aufgrund des Verlassens der Hochschule haben. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurden die standardisierten Angaben über SoSci Survey erhoben (Leiner, 2024) gefolgt von den qualitativen Interviews. Die Interviews bildeten den zentralen Bestandteil der Datenerhebung.

4.4 Datenaufbereitung und -auswertung

Das folgende Unterkapitel umfasst die Angaben zur Erhebung und Analyse von Daten, die der Beantwortung der Forschungsfragestellungen gewähren.

4.4.1 Aufbereitung qualitativer Daten

Die aufgezeichneten Interviews wurden vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Transkripte bildeten die Grundlage für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Zur Unterstützung der Auswertung wurde die webbasierte Software QCAmap verwendet (Fenzl & Mayring, 2017). Nachfolgend wird die Stichprobe beschrieben.

4.4.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der Online-Befragung beträgt $N=9$. Bei einem Fall ist eine abgebrochene Teilnahme ersichtlich, da die Fragen nicht vollständig beantwortet wurden und die Angaben für weitere Berücksichtigung nicht ausreichend sind. Aus technischer Perspektive war es lediglich möglich, den Fragebogen vollständig abzuschließen, sofern alle Fragen beantwortet wurden. Aus diesem Grund wurde dieser einzelne Fall ausgeschlossen.

Die befragten Studierenden repräsentieren verschiedene fachliche Bereiche, darunter technische, sozialwissenschaftliche, gesundheitsbezogene sowie gestalterische Disziplinen. Unter der Befragten befindet sich ein*e Absolvent*in. Die Mehrheit der Befragten ($n=7$) befand sich im siebten Semester oder höher, während ein*e Student*in gab an, sich im fünften oder sechsten Semester zu befinden. Das Durchschnittsalter lag bei etwa $M=24,5$ Jahren. Hinsichtlich des Geschlechts verteilte

sich die Stichprobe auf männliche ($n=4$), weibliche ($n=2$), sowie diverse ($n = 1$) Personen, wobei eine Person keine Angabe machte. Alle Teilnehmenden gaben an, MHFA bereits angewendet zu haben und sind überwiegend ($n= 7$) seit mehr als einem Jahr im Programm geschult. Die Frage der Anwendung wurde mit „zwei- bis dreimal“ am häufigsten beantwortet ($n=4$), wobei eine Person eine geringe Anwendung von einer Anwendung und eine Person eine häufige Anwendung von „mehr als fünf“ Anwendungen angegeben haben. Tab. 1 zeigt die Motivation von Befragten zu der MHFA-Tätigkeit.

Tabelle 1: Motivation zur Teilnahme am MHFA. Eigene Darstellung

Motivation zur Teilnahme	<i>n</i>
Allgemeines Interesse	7
Persönliche mentale Gesundheit	5
Engagement für die Hochschule	5
Unterstützung von Familie und Freund*innen	4
Vorbereitung auf die zukünftige berufliche Tätigkeit	1
Sonstige	1

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich. Als sonstiger Grund wurde der Wunsch genannt, Beratungskontexte ohne virtuellen Rahmen durchführen zu können.

Die Erhebung der Motivation der Teilnehmenden trägt der Beantwortung der dritten Fragestellung bei. Des Weiteren wird auf die qualitative Analyse eingegangen.

4.4.3 Qualitative Inhaltsanalyse mit QCAmap

Die qualitative Auswertung der Interviewdaten erfolgte mithilfe der Software QCAmap nach den Prinzipien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit einer induktiven Kategorienbildung nach Mayring (Fenzl & Mayring, 2017). Die Qualitative Inhaltsanalyse zeichnet sich durch ein streng regelgeleitetes Vorgehen aus, das freie Interpretationen zugunsten eines systematischen Ablaufmodells begrenzt. Zentrales Element ist die Definition von Analyseeinheiten (Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheit), die den Rahmen für die Auswertung objektivierbar machen (Fenzl & Mayring, 2017; Mayring & Fenzl, 2022). Der Auswertungsprozess bei der induktiven Kategorienbildung folgt dabei spezifischen Prinzipien: Kategorien werden direkt aus dem Material heraus entwickelt, am Selektionskriterium geprüft und ggf. zu Hauptkategorien generalisiert (Fenzl & Mayring, 2017; Mayring & Fenzl, 2022). Das Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung wird in der Abb. 2 dargestellt.

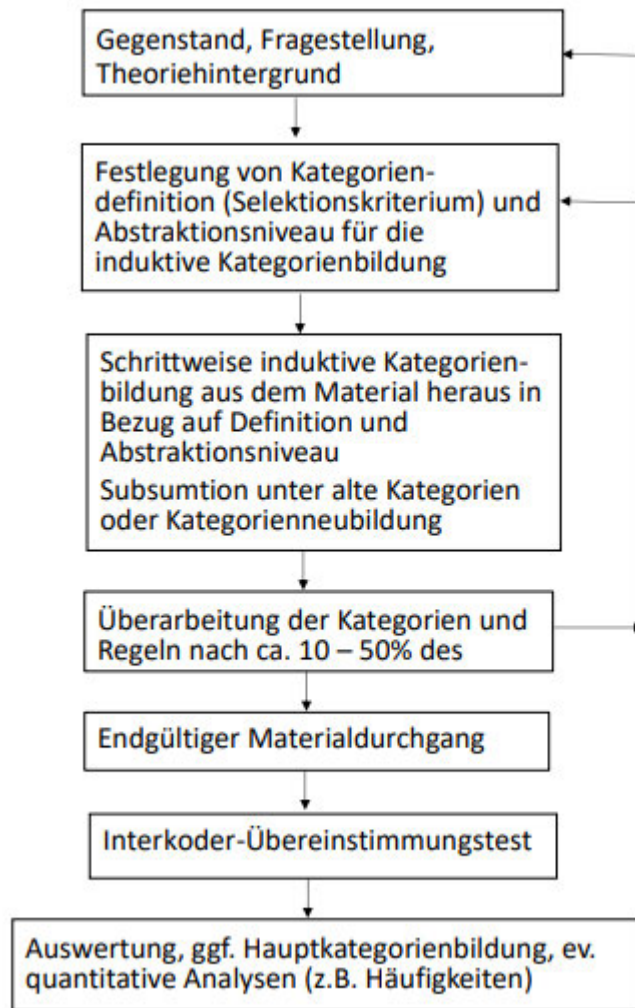


Abbildung 2: Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung (in Anlehnung an Mayring, 2015, zitiert nach Fenzl & Mayring 2017)

Zunächst wurden die Forschungsfragen im Analyseprogramm hinterlegt, das vollständige Textmaterial eingepflegt sowie die wesentlichen Parameter, siehe Tab. 2, eingepflegt.

Tabelle 2: Konfiguration der Inhaltsanalyse in QCAmap. Eigene Angaben.

Parameter	Einstellung / Definition
Inhaltsanalytische Technik	Induktive Kategorienbildung
Selektionskriterium	Alle relevanten Inhalte aus der subjektiven Sicht der befragten Person.
Abstraktionsniveau	„So genau wie möglich“ (hohe Detailschärfe bei der Kategorienentwicklung).
Kodier Einheit	Klare Bedeutungskomponente im Text
Kontexteinheit	Das gesamte jeweilige Interview Transkript.

Auf dieser Grundlage erfolgte eine induktive Kategorienbildung, bei der die Interviews zeilenweise gelesen und relevante Textstellen entweder bestehenden Kategorien zugeordnet oder zur Bildung neuer Kategorien herangezogen wurden (Fenzl & Mayring, 2017). Nach der Analyse eines Teils des Materials wurde das Kategoriensystem überarbeitet, präzisiert und in Haupt- und Unterkategorien strukturiert. Mit dem finalen Kategoriensystem wurde das gesamte Material erneut konsistent bearbeitet. Die Auswertung erfolgte entlang der gebildeten Kategorien unter Einbezug ausgewählter Zitate zur Beantwortung der Forschungsfragestellungen. Kategorien und Kodiereinheiten wurden durch das wiederholte Durchgehen des Materials überprüft. Zur Sicherung der Nachvollziehbarkeit wurden die Kategorien dokumentiert, der Analyseprozess iterativ reflektiert und die Kodierung mehrfach überprüft (Fenzl & Mayring, 2017; Helfferich, 2022; Mayring & Fenzl, 2022). Die Übersicht der Kategorien sowie die Anzahl der kodierten Elemente, den Forschungsfragen zugeordnet wird in der Tab. 3 folgend aufgeführt. An dieser Stelle ist zu beachten, dass die detaillierte Darstellung und inhaltliche Auswertung der Kategorien dem Ergebnisteil zugeordnet ist und daher im nachfolgenden Kapitel erfolgt. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt. Die Darstellung erfolgt entlang der Forschungsfragen und orientiert sich am entwickelten Kategoriensystem (Tab. 3). Zur Beantwortung der dritten Forschungsfragestellung werden ergänzend Daten aus der Online-Befragung (SoSci Survey) herangezogen. Zahlenangaben in Klammern zeigen die Nennungen in den Interviews.

Tabelle 3: Kategoriensystem. Eigene Darstellung

Hauptkategorien	Unterkategorien	Absolute Anzahl
Forschungsfragestellung 1		

Wahrnehmung und Bewertung des MHFA-Programms	61
RQ1-2 Rückmeldung zur Dauer des Kurses	5
Wahrnehmung und wahrgenommener	
RQ1-46 Nutzen des MHFA-Programms	56
Didaktische Formate und Lernmethoden	12
RQ1-47 Didaktische Formate und Lernmethoden	12
Wissen & Haltung	102
RQ1-13 ROGER-Prinzip	7
RQ1-23 Gefühle der helfenden Person	6
RQ1-26 Wissensveränderung neutral	2
RQ1-36 MHFA und kultureller Hintergrund	8
RQ1-48 Kognitive und affektive Veränderungen	79
Wahrgenommene Handlungssicherheit	67
RQ1-19 Situation einschätzen	4
RQ1-20 Hilfe als MHFA holen	1
Nachträgliche Erkenntnisse über den	
RQ1-24 Einsatz als MHFA	2
RQ1-49 Wahrgenommene Handlungssicherheit	60
Individuelle Hintergrundfaktoren	13
RQ1-50 Individuelle Hintergrundfaktoren	13
Gesamt	255
Forschungsfragestellung 2	
Typische Anwendung von MHFA	34
RQ2-44 Typische Anwendung von MHFA	34
Konkrete Handlungsmethoden und Kommunikation	39

Konkretes Handeln und Umsetzung der		
RQ2-36	MHFA-Kenntnisse	39
Herausforderungen und Barrieren in der Anwendung		52
RQ2-41	Barrieren und Unsicherheiten im Handeln	52
Erleichternde Faktoren und Unterstützungsstrukturen		32
	Erleichternde Faktoren und	
RQ2-43	Unterstützungsstrukturen	32
Emotionale und reflexive Dimension der MHFA-Anwendung		12
	Proaktive und nachsorgende Anwendung	
RQ2-45	von MHFA	12
Typische Anwendungssituationen im Hochschul- und Arbeitskontext		28
	Typische Anwendungssituationen im	
RQ2-42	Hochschul- und Arbeitskontext	28
Gesamt		197
Forschungsfragestellung 3		
Nutzungshäufigkeit und Kontaktaufnahme		6
RQ3-20	Kontaktaufnahme und Nutzungshäufigkeit	6
Hemmnisse und Barrieren der Nutzung		3
	Hemmnisse und Bedenken bei	
RQ3-22	Nutzung/Sichtbarkeit	3
Sichtbarkeit und Bekanntheit des MHFA-Programms		53
	Sichtbarkeit und Bekanntheit des	
RQ3-21	Programms	53
Einbettung von MHFA in die Unterstützungslandschaft der HAW		31
	Reichweite und Einbettung in die	
RQ3-23	Hochschullandschaft	31
Weiterempfehlung und Interesse am Programm		18

	Weiterempfehlung und Interesse am	
RQ3-24	Programm	18

Gesamt	111
---------------	------------

Anmerkung zur Tab. 3: Hauptkategorie Weiterempfehlung und Interesse am Programm wurde ergänzend erhoben und dient nicht explizit der Beantwortung der Forschungsfragen. Kann jedoch ein Hinweis darauf sein, dass die befragten MHFAs hohe Motivation und Interesse gegenüber dem Programm aufweisen.

Es folgt eine verdichtete Darstellung der wesentlichen Aussagen.

5.1 Subjektive Wahrnehmung des MHFA-Programms

Die Auswertung zeigt, dass das MHFA-Programm von den geschulten Studierenden überwiegend als hilfreich wahrgenommen wird. Insgesamt entfallen zahlreiche Nennungen auf die positive Bewertung und den wahrgenommenen Nutzen des Programms (61 Nennungen). Auch didaktische Formate und Lernmethoden werden als unterstützend beschrieben (12 Nennungen), wobei insbesondere interaktive Elemente hervorgehoben werden. Vor dem Hintergrund, dass im Hochschulkontext psychische Krisen erkannt und adressiert werden sollen, wird das Programm von den Befragten als ein Ansatz wahrgenommen, der zur Sensibilisierung und zum kompetenteren Umgang mit entsprechenden Situationen beiträgt. Vereinzelt wurden Aussagen geäußert, dass der Kurs etwas zu kurz für die inhaltliche Tiefe ist. Was das Interesse an dem Programm und dem Thema unterstreicht.

„Da, man lernt halt, wie man mit psychischen Krisen von anderen Menschen umgeht, ne auf, ne, ganz vielfältige Art und Weise“ (Interview 2, RQ1-46)

„wir leisten halt die Erste Hilfe [...] unsere Aufgabe als Ersthelfer, ob Körperbezogen oder Psyche bezogen [...] ersten Schritte zu tun und dann an das medizinische Fachpersonal zu überleiten“ (Interview 1, RQ1-46)

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Das MHFA-Programm wird von den Studierenden als wertvolles, praxisnahes und niedrigschwelliges Instrument wahrgenommen, das Wissen, Haltung und Handlungssicherheit gleichermaßen fördert. Die Ausbildung sensibilisiert für psychische Krisen, vermittelt konkrete Interventionsstrategien und unterstützt die Studierenden darin, sich als kompetente Ersthelfer*innen zu positionieren, auch wenn punktuell Vertiefungsbedarf besteht.

5.1.1 Wahrgenommene Veränderungen im Wissen und in der Haltung

Ein zentraler Befund liegt in den berichteten **Veränderungen im Wissen und in der Haltung** der Befragten (102 Nennungen), etwa ein verbessertes Verständnis für psychische Gesundheit sowie einen **reflektierteren Umgang** mit betroffenen Personen. Veränderung im Wissen wurde oft mit Veränderung der Haltung verbunden. Darüber hinaus werden spezifische Inhalte wie **das ROGER-Prinzip** als handlungsleitend beschrieben (7 Nennungen). Auch emotionale Aspekte, wie die Wahrnehmung eigener Gefühle im Hilfeprozess, werden thematisiert (6 Nennungen). Der Einfluss kultureller Hintergründe wird ebenfalls vereinzelt angesprochen (8 Nennungen). Eine unwesentliche Veränderung im Wissen wurde bei sehr Erfahrenen Teilnehmer*innen berichtet.

„Mit dem - ROGER-Prinzip, etc. das prägt sich ganz gut ein.“ (Interview 4; RQ1-13)

„Und ich habe einfach dadurch meinen Beitrag geleistet, dass ich in meinem Umfeld da war und wenn mein Umfeld ist, ja auch die Uni.“ (Interview 3; RQ1-23)

(2 Nennungen zur neutralen Wissensveränderung aufgrund von vorheriger Erfahrung) (Interview 6, RQ1-26)

Die Befragten beschreiben insbesondere Veränderungen, die sich in einem erweiterten Verständnis psychischer Gesundheit und der Leistung von erster Hilfe in diesem Zusammenhang, sowie in einem reflektierteren Umgang mit betroffenen Personen äußern. Diese Veränderungen beziehen sich unter anderem auf die Fähigkeit, psychische Belastungen frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Darüber hinaus werden emotionale Aspekte im Umgang mit betroffenen Personen thematisiert.

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die MHFA-Ausbildung trägt wesentlich dazu bei, dass Studierende Wissen, Haltung und Handlungskompetenz in Bezug auf psychische Gesundheit entwickeln. Sie stärkt die Fähigkeit, psychische Krisen frühzeitig zu erkennen, angemessen zu reagieren und die Rolle als MHFA-Ersthelfer*in sicher und reflektiert wahrzunehmen, wobei der Nutzen besonders für Teilnehmende ohne vorherige Erfahrung hoch ist.

5.1.2 Wahrgenommene Veränderungen in der Handlungssicherheit

Neben Veränderungen im Wissen und in der Haltung berichten die Befragten von einer erhöhten Handlungssicherheit (67 Nennungen). Insbesondere wird ein

gesteigertes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit psychisch belasteten Personen beschrieben (60 Nennungen).

Zudem werden einzelne Aspekte wie das Einschätzen von Situationen (4 Nennungen) oder nachträgliche Reflexionen über eigene Einsätze (2 Nennungen) genannt. Vereinzelt wird auch die Notwendigkeit hervorgehoben, weitere Unterstützung hinzuzuziehen (1 Nennung).

„Aber das kann man ja zum Beispiel eine Person mit Depression nicht ernsthaft empfehlen. (Interview 1; RQ1-19)

„Ich hab mich viel mit den anderen Freundinnen, die auch damit in dem Kreis waren, besprochen und. (Interview 2; RQ1-19)

„Jetzt würde ich, glaube ich, eher aufklären“ (Interview 3; RQ1-24)

„Also ich hab nicht mehr so viel Angst vor dem Moment, dass eine Person ne Psychose haben könnte, weil ich es jetzt einfach verstehe.“ (Interview 2; RQ1-24)

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Teilnehmenden eher in der Lage sehen, potenziell kritische Situationen zu erkennen und erste unterstützende Maßnahmen einzuleiten. Gleichzeitig werden auch Unsicherheiten, insbesondere zu Beginn der Anwendung, beschrieben (1 Nennung).

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die MHFA-Ausbildung steigert nicht nur das Wissen und die Haltung, sondern fördert gezielt die **Handlungssicherheit** der Studierenden. Sie befähigt die Teilnehmenden, psychische Krisen frühzeitig zu erkennen, angemessen zu reagieren und reflektiert erste Unterstützungsmaßnahmen zu ergreifen, wobei sie gleichzeitig die **Notwendigkeit professioneller Unterstützung** erkennen. Die Ausbildung leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur **praktischen Einsatzbereitschaft und Kompetenzentwicklung** der Studierenden als Ersthelfer*innen für psychische Gesundheit.

5.1.3 Individuelle Hintergrundfaktoren

Ergänzend werden individuelle Hintergrundfaktoren thematisiert (13 Nennungen), die die Wahrnehmung und Anwendung der MHFA-Inhalte beeinflussen können, beispielsweise persönliche Vorerfahrungen oder Interessen im Bereich psychische Gesundheit. Die individuellen Hintergrundfaktoren der Befragten zeigen eine heterogene Ausgangslage. Ein Teil der Studierenden befindet sich in

fortgeschrittenen Studienphasen, teilweise mit unmittelbarem Übergang in den Beruf. Zudem weisen einige Befragte einschlägige berufliche oder ehrenamtliche Vorerfahrungen im psychosozialen Bereich auf, während andere primär durch persönliches Interesse oder eigene Betroffenheit an das Thema herangeführt wurden. (13 Nennungen) RQ1-50 Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass ein Teil der Befragten über Vorerfahrungen im psychosozialen Bereich verfügt oder sich in fortgeschrittenen Studienphasen befindet. Diese unterschiedlichen Ausgangsbedingungen können die Wahrnehmung und Anwendung der MHFA-Inhalte beeinflussen. (S. Anhang 4)

„Über Peer-to-Peer zur MHFA-Ausbildung“ (Interview 4, RQ1-50)

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Wirksamkeit der MHFA-Ausbildung ist individuell differenziert, da persönliche Vorerfahrungen, Interessen und Studienphasen die Aufnahme von Wissen, die Entwicklung einer reflektierten Haltung und die Handlungssicherheit modulieren. Eine Berücksichtigung dieser Faktoren bei der Umsetzung des Programms könnte die Effektivität der Ausbildung weiter steigern, etwa durch differenzierte Angebote oder vertiefende Module für erfahrene Studierende.

5.2 Anwendung und Barrieren im studentischen Alltag

Die Ergebnisse zeigen, dass die im MHFA-Programm vermittelten Kenntnisse in unterschiedlichen Lebensbereichen angewendet werden und sowohl praktische Handlungsmöglichkeiten als auch Herausforderungen umfassen.

5.2.1 Praktische Umsetzbarkeit und typische Einsatzsituationen

Die Anwendung der MHFA-Kenntnisse erfolgt sowohl im privaten Umfeld (34 Nennungen) als auch im Hochschul- und Arbeitskontext (28 Nennungen). Dabei umfassen typische Situationen den familiären, freundschaftlichen sowie partnerschaftlichen Kontext. Die Anwendung reicht von spontanen Interventionen in akuten Situationen bis hin zu präventiven Gesprächen.

„Das war bei einer Freundin von mir. Sie hat so eine Geschichte mit Essstörung und einer Depression“ (Interview 3; RQ2-44)

„Zum Beispiel Kommilitone [...] und ne Freundin von ihm [...] Sensible Situation natürlich, ist, ist gleichzeitig aber auch wichtig, ist es anzusprechen.“ (Interview 5; RQ2-44)

Die typischen Anwendungen von MHFA zeigen sich überwiegend im privaten und hochschulischen Kontext und umfassen sowohl spontane Anwendungen, akute Krisensituationen (z. B. Panikattacken) als auch vereinzelt längerfristige Belastungen wie Depressionen oder Prüfungsängste.

Die Handlungsstrategien reichen von unmittelbaren Interventionen in Krisensituationen über entlastende Gespräche bis hin zur Weitervermittlung an professionelle Hilfsangebote. Dabei wird deutlich, dass die Anwendung häufig situativ angepasst erfolgt und sowohl aktive Intervention als auch bewusstes Zurückhalten umfassen kann.

In den Anwendungssituationen Auch eine (Anhang „Anwendungssituationen“) wurden verschiedene konkrete Methoden und Tools eingesetzt, die als handlungsleitende Elemente dienen. Dazu zählen insbesondere das „ROGER-Prinzip“, „aktives Zuhören“, empathisches Verhalten sowie strukturierte Techniken wie Atemübungen oder die „5-4-3-2-1-Methode“. Darüber hinaus spielen die bedarfsorientierte Gesprächsführung, die bewusste Zurückhaltung im Sinne von Nicht-Übergriffigkeit sowie die Weitervermittlung an unterstützende Angebote eine zentrale Rolle. Insgesamt zeigt sich, dass die Anwendung von MHFA sowohl durch konkrete Methoden als auch durch grundlegende kommunikative Haltungen geprägt ist.

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die MHFA-Ausbildung befähigt Studierende, psychische Krisen situationsgerecht zu erkennen und zu unterstützen, sowohl im privaten als auch im hochschulischen Umfeld. Die Kombination aus methodischem Handwerkszeug und reflektierter Haltung ermöglicht eine flexible und wirksame Umsetzung, während gleichzeitig die Grenzen der eigenen Kompetenz erkannt werden. Dies unterstreichen die praktische Relevanz und Anwendbarkeit des Programms im studentischen Alltag.

5.2.2 Erleichternde Faktoren und Unterstützungsstrukturen

Fördernde Faktoren für die Anwendung liegen insbesondere in der Einbettung des MHFA-Programms in bestehende Unterstützungsstrukturen (32 Nennungen). Dabei wird betont, dass MHFA nicht als Einzelprogramm wahrgenommen wird, sondern in

Kombination mit weiteren Angeboten (z. B. Peer-to-Peer, institutionelle Programme oder digitale Anwendungen) synergetische Effekte ermöglicht.

„Aber die Frau [Name der Professorin ausgeblendet], sie ist eine Ehrenprofessorin mit vollstem Verständnis.“ (Interview 1, RQ2-43)

„Ich glaub, dass die Beratungsstellen sehr wichtig sind, weil sie auch so ein niedrighschwelliges Angebot sind.“ (Interview 3; RQ2-43)

Die Befragten beschreiben, dass die Kombination mit weiteren Angeboten und Akteur*innen im Bereich der psychischen Gesundheit die Anwendung erleichtert und zusätzliche Handlungsmöglichkeiten eröffnet. Dabei werden auch Synergieeffekte zwischen verschiedenen Angeboten thematisiert. Insgesamt zeigen die Aussagen, dass MHFA besonders dann gut umsetzbar ist, wenn fachliches Wissen, persönliche Stabilität, eine vertrauensvolle Atmosphäre und ein wertschätzendes Umfeld zusammenkommen.

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Anwendung von MHFA im Hochschul- und privaten Kontext wird durch die Einbettung in bestehende Unterstützungsstrukturen und durch ein wertschätzendes, fachlich fundiertes Umfeld begünstigt. Synergien zwischen unterschiedlichen Angeboten erhöhen die Handlungsmöglichkeiten und fördern eine effektive Umsetzung der erlernten Kompetenzen.

5.2.3 Konkrete Handlungsmethoden und Kommunikation

Die Befragten berichten von verschiedenen konkreten Handlungsmethoden (39 Nennungen), die sie im Rahmen ihrer MHFA-Tätigkeit anwenden. Dazu zählen insbesondere das strukturierte Ansprechen, das Erkennen von Symptomen sowie empathisches Verhalten (verbal und nonverbal).

Auch spezifische Methoden wie das ROGER-Prinzip oder die „5-4-3-2-1-Methode“ werden als handlungsleitend beschrieben.

Die erleichternden Faktoren lassen sich auf mehreren Ebenen verorten: individuell (z. B. Wissen, Ressourcen), sozial (z. B. Vertrauen), strukturell (z. B. Unterstützungsangebote) sowie situativ (z. B. Rahmenbedingungen). Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung eines niedrighschwelligen, gut vernetzten Unterstützungsangebots sowie einer vertrauensvollen und geschützten Gesprächsatmosphäre. Gleichzeitig zeigt sich, dass die eigene psychische Stabilität

und persönliche Kompetenzen eine zentrale Voraussetzung für die Anwendung von MHFA darstellen. (S. Anhang 5)

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Anwendung von MHFA erfolgt praxisnah und methodisch strukturiert, wobei die Wirksamkeit durch das Zusammenspiel von individuellen Fähigkeiten, sozialen Bindungen, strukturellen Rahmenbedingungen und situativen Gegebenheiten gefördert wird. Ein gut vernetztes, niedrigschwelliges Unterstützungsangebot sowie eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre stellen zentrale Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz dar.

5.2.4 Herausforderungen und Barrieren

Trotz der vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten werden auch Herausforderungen und Barrieren deutlich (52 Nennungen). Diese bestehen insbesondere in Unsicherheiten im Handeln, die teilweise mit fehlender Erfahrung einhergehen, sowie in einem subjektiv nicht wahrgenommenen Bedarf an Unterstützung.

„Im privaten Kontext, ja.“ (Interview 2; RQ2-41)

„Ja, [...] eine (Person hatte) finanzielle Probleme, Probleme mit Behörden oder so. Und genau deswegen hat sie mir geschrieben.“ (Interview 3; RQ2-41)

Diese bestehen insbesondere in Unsicherheiten im Handeln sowie in Situationen, in denen kein subjektiver Unterstützungsbedarf wahrgenommen wird bzw. wie im Beispiel oben, wenn MHFA durch fehlende Erfahrung und den Kontext der Anwendung Zweifeln haben kann.

Zudem wird deutlich, dass die Anwendung der MHFA-Kenntnisse von situativen und zwischenmenschlichen Faktoren abhängt, wie beispielsweise der Offenheit der betroffenen Personen sowie Barrieren, wie Stigmatisierung oder fehlende Problemerkennung. Zudem können individuelle sowie strukturelle Herausforderungen in einzelnen Anwendungen auftreten (Kommunikation, Raum, wo die MHFA-Tätigkeit geübt wird). (s. Anhang 7)

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Umsetzung von MHFA im Hochschul- und privaten Kontext wird nicht nur durch individuelle Kompetenzen, sondern auch durch situative, zwischenmenschliche und strukturelle Faktoren geprägt. Unsicherheiten im Handeln, fehlende Erfahrung und ein subjektiv

nicht erkannter Unterstützungsbedarf wirken als zentrale Barrieren, während Offenheit und ein unterstützendes Umfeld die Anwendung erleichtern.

5.2.5 Emotionale und reflexive Dimension der Anwendung

Neben der konkreten Anwendung werden auch emotionale und reflexive Aspekte der MHFA-Tätigkeit beschrieben (12 Nennungen). Diese umfassen sowohl proaktive Kontaktaufnahmen als auch nachsorgende Unterstützungsformen.

„Ja, weil die Person diese, na ja, Energie braucht, und dann [...] fühlte ich mich schon so, wie weggesogen.“ (Interview 1, RQ2-45)

Die Ergebnisse zeigen, dass die proaktive Anwendung von MHFA vor allem das frühzeitige Erkennen psychischer Belastungen, sensibles Ansprechen sowie das Schaffen von Vertrauen und Unterstützung umfasst. Die nachsorgende Anwendung beinhaltet fortlaufendes Nachfragen, Beobachtung der Stabilisierung und ggf. Verweis auf professionelle Hilfe unter Berücksichtigung der eigenen Belastung, wodurch Krisen gelindert und kontinuierliche Unterstützung ermöglicht wird.

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Anwendung von MHFA umfasst nicht nur konkrete Handlungen, sondern auch eine emotionale und reflektive Dimension, die für die Wirksamkeit und Sicherheit der Intervention entscheidend ist. Proaktives Ansprechen und nachsorgende Begleitung tragen dazu bei, Krisen zu lindern und kontinuierliche Unterstützung zu ermöglichen, während die Selbstregulation der Ersthelfer*innen als Schlüsselfaktor für eine nachhaltige Umsetzung gilt.

5.2.6 Typische Anwendungssituationen im Hochschul- und Arbeitskontext

Die typischen Orte und Settings, in denen MHFA angewendet wird, sind vielfältig und reichen von informellen bis hin zu formellen Kontexten. So wird etwa die „KontraBar“ als sozialer Treffpunkt genannt, ebenso wie Aufenthalte vor dem Hochschulgebäude. Die Anwendung erfolgt sowohl im universitären Alltag, beispielsweise nach Vorlesungen oder im Rahmen von Hochschulteams, als auch im privaten Umfeld, das Freundeskreis und familiäre Beziehungen umfasst. Darüber hinaus finden sich Hinweise auf den Einsatz im beruflichen Kontext, etwa bei anonymisierten Tätigkeiten außerhalb der Hochschule. Besonders in technischen Fakultäten wird MHFA auch spezifisch an den fachlichen Kontext angepasst. Insgesamt zeigt sich, dass MHFA in

sehr unterschiedlichen Umgebungen zum Einsatz kommt, die von lockeren Begegnungsorten bis zu strukturierten Arbeits- und Studiumfeldern reichen.

„Ja, das war, glaube ich, an der Uni irgendwie nach einer Vorlesung oder so“ (Interview 2)

„Setting war Hochschule und Privatleben“ (Interview 2)

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: MHFA wird lebensweltübergreifend angewendet, sowohl im Hochschulalltag als auch im privaten und beruflichen Umfeld. Die Vielfalt der Settings zeigt, dass die Ausbildung flexibel auf unterschiedliche Situationen übertragen werden kann und dass die Wirksamkeit der Interventionen stark von der jeweiligen Umgebung, den beteiligten Personen und den situativen Rahmenbedingungen abhängt.

5.3 Nutzung und Reichweite der MHFA-Angebote

Die Ergebnisse zeigen, dass die Nutzung und Reichweite der MHFA-Angebote unterschiedlich ausgeprägt sind und von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden.

Die Nutzung der MHFA-Angebote variiert stark. Unterschiede bestehen darin, ob Studierende gezielt angesprochen werden, als MHFA-Ersthelfer*innen bekannt sind oder selbst proaktiv auf andere zugehen. Die Bandbreite reicht von einzelnen Einsätzen bis zu regelmäßigen Anwendungen. Es werden die Ergebnisse der Online-Befragung zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage herangezogen. Diese sind bereits in Kap. 4.4.2 aufgeführt. Es kann davon ausgegangen werden, dass das MHFA-Programm einen hochschulweiten Umfang aufweist. Es kann potenziell auf jedem Campus an der Hochschule angewendet werden kann, da sich dort eine oder mehrere MHFA-Ersthelfende befinden. Die Befunde lassen darauf schließen, dass das MHFA-Programm einen **hochschulweiten Umfang** aufweist und potenziell an allen Campi der Hochschule implementiert werden kann, da an jedem Standort eine oder mehrere MHFA-Ersthelfende verfügbar sind.

Die Befragten repräsentieren dabei eine **breite fachliche Diversität**, einschließlich technischer, sozialwissenschaftlicher, gesundheitsbezogener und gestalterischer Disziplinen, sowie unterschiedliche Studiensemester – von der fünften bis zum siebten oder höheren Semester. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden beträgt $M = 24,5$ Jahre. Hinsichtlich des Geschlechts setzt sich die Stichprobe aus männlichen ($n = 4$), weiblichen ($n = 2$) und diversen ($n = 1$) Personen zusammen,

während eine Person keine Angabe machte. Alle Teilnehmenden berichteten, MHFA bereits angewendet zu haben, wobei die Mehrheit ($n = 7$) seit mehr als einem Jahr geschult ist. Die Häufigkeit der Anwendung variierte: Am häufigsten wurde „zwei- bis dreimal“ angegeben ($n = 4$), während einzelne Teilnehmende einmal bzw. mehr als fünfmal MHFA angewendet hatten.

Die **Motivation zur Teilnahme** am MHFA-Programm lässt sich der Tabelle 1 entnehmen. Die häufigsten Gründe waren ein allgemeines Interesse am Thema ($n = 7$), die Förderung der eigenen mentalen Gesundheit ($n = 5$), Engagement für die Hochschule ($n = 5$) sowie die Unterstützung von Familie und Freund*innen ($n = 4$). Eine Teilnehmende nannte die Vorbereitung auf die zukünftige berufliche Tätigkeit, während eine weitere Person den Wunsch äußerte, Beratungskontexte ohne virtuellen Rahmen durchführen zu können.

Die Erhebung der Motivation und der bisherigen Anwendungserfahrungen trägt somit direkt zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage bei. Ergänzend wird im Folgenden die qualitative Analyse der Befragungen herangezogen, um vertiefte Einblicke in die Reichweite und Einbettung des Programms innerhalb der Hochschullandschaft zu gewinnen. **Interpretation:** Das Programm hat ein **breites fachliches und räumliches Potenzial**, ist aber organisatorisch noch dezentral und selbstgesteuert („Selbstläufer“ „von Studierenden für Studierende“).

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Ergebnisse zeigen, dass die Nutzung und Reichweite der MHFA-Angebote im Hochschulkontext unterschiedlich ausgeprägt sind und von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Die Reichweite ist bisher **unterschiedlich ausgeprägt**, teilweise abhängig von der Bekanntheit der Ersthelfer*innen und der proaktiven Ansprache Studierender. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass **Organisationsmaßnahmen** (z. B. zentrale Anlaufstellen, systematische Kommunikation über Social Media, Hochschulkanäle) die Sichtbarkeit erhöhen und die Nutzung der MHFA-Angebote steigern könnten. Das vorhandene Potenzial legt nahe, dass durch gezielte strukturelle Maßnahmen und stärkere Einbettung in bestehende Hochschulstrukturen die Reichweite und Wirksamkeit des Programms deutlich gesteigert werden kann.

5.3.1 Nutzungshäufigkeit und Kontaktaufnahme

Die Nutzung der MHFA-Angebote variiert stark (6 Nennungen). Unterschiede zeigen sich insbesondere darin, ob Studierende gezielt angesprochen werden, als MHFA-Ersthelfer*innen bekannt sind oder selbst proaktiv auf andere zugehen.

Die Anwendung reicht von einmaligen Einsätzen bis hin zu regelmäßiger Unterstützung im Alltag. Zitate RQ3-20

„Aber das war, da ist eine Kommilitonin tatsächlich auf mich zugekommen, während ich draußen am Rauchen war.“ (Interview 2, RQ3-20)

„Da hatte ein, also, das war ne sie, glaube ich, weiß ich gar nicht mehr genau, hatte mich angeschrieben und gefragt, ob wir mal sprechen können, zu dem Thema, dass sie das gesehen hätte und dass sie sich einfach gerne mal unterhalten würde.“ (Int. 6)

„Es gab aber auch viele sehr kleine Situationen, wo das einfach so spontan aufkam“ (Int. 5)

Vereinzelte Fälle wurden berichtet, wenn die hilfesuchende Person weitergeleitet wurde, da aus persönlichen Gründen in dem Moment keine Kapazitäten vorhanden waren“

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die MHFA-Angebote werden genutzt, aber sehr situationsabhängig und heterogen in der Intensität. Sichtbarkeit und Bekanntheit der Ersthelfer*innen beeinflussen, wie häufig Studierende die Angebote in Anspruch nehmen. Eine zentrale Organisation, gezielte Kommunikation oder niedrigschwellige Zugangswege könnten die regelmäßige Nutzung und Reichweite erhöhen, ohne die Flexibilität des Peer-Ansatzes einzuschränken.

5.3.2 Sichtbarkeit und Bekanntheit des Programms

Insgesamt wurden 53 Nennungen im Zusammenhang mit der Bekanntheit und Sichtbarkeit des Programms erfasst. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Departments.

Die Befragten schätzten die Bekanntheit des MHFA-Programms unter Studierenden der HAW Hamburg überwiegend als ausbaufähig ein. Mehrere Nennungen lagen im einstelligen Prozentbereich, beispielsweise „unter zehn Prozent“ (Interview 3, RQ3-21) oder etwa „ein bis fünf Prozent“ (Interview 4, RQ3-21). Etwas höhere Werte werden nur vereinzelt genannt: So schätzt eine befragte Person die Bekanntheit auf etwa „20 bis 25 Prozent“ (Interview 7, RQ3-21). Noch höhere Werte treten nur in Einzelfällen auf, beispielsweise wird die Bekanntheit hochschulweit mit „ca. 60 Prozent“ angegeben

Insgesamt deuten die Angaben darauf hin, dass das Programm nur wenigen Studierenden bekannt ist, wobei Unterschiede zwischen Departments bestehen. Es ist zu beachten, dass die Einschätzungen subjektive Wahrnehmungen der geschulten Ersthelfenden darstellen und nicht auf systematisch erhobenen Daten beruhen. Darüber hinaus zeigen einzelne Aussagen, dass bestimmte Kommunikationsmaßnahmen durchaus Wirkung entfalten können. So berichtet eine befragte Person, dass sich nach einem Instagram-Post (von der Hochschule) konkret ein bis zwei Personen mit Anliegen gemeldet haben (Interview 5, RQ3-21). Dies deutet darauf hin, dass insbesondere Social Media als niederschwelliger Zugang zur Erhöhung von Sichtbarkeit und Kontaktaufnahme beitragen kann. Und zugleich, dass es bereits positive Umsetzung erfolgt.

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Die Niedrigsichtbarkeit (Departments bezogen) des Programms stellt aktuell eine Barriere für die Nutzung der MHFA-Angebote dar. Eine gezielte Kommunikation über zentrale Kanäle (z. B. Social Media, E-Mail-Verteiler, Campus-Infos) könnte die Reichweite erhöhen. Trotz geringer Bekanntheit gibt es bereits erste positive Effekte von Kommunikationsmaßnahmen, die auf das Potenzial zur Steigerung der Sichtbarkeit hinweisen.

5.3.3 Einbettung in die Hochschullandschaft

Vereinzelt wurden Hinweise zur Verbesserung formuliert, die potenziell zur Erhöhung der Reichweite sowie zur stärkeren Einbettung in die Hochschullandschaft beitragen können (31 Nennungen).

„Es gibt ja – „CamPuls“, ne, die machen ja ganz, ganz viel. Auch zum Thema Prüfungsangst und Resilienz und. Die haben auch ganz gute Workshops. Hm. Ja, ich glaub, so für den Eigenbedarf sind die richtig gut.“ (Interview 2, RQ3-23)

„Je mehr man dem bieten kann, je mehr Ressourcen man bieten kann, desto besser finde ich (Interview 4, RQ3-23)

Die Einbettung von MHFA ist aktuell strukturell vorhanden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das größte Entwicklungspotenzial weniger im Ausbau zusätzlicher Angebote liegt, sondern vielmehr in der Optimierung bestehender Strukturen. Zentral erscheinen hierbei insbesondere eine stärkere soziale Einbettung im studentischen Alltag, etwa durch Peers, sowie eine engere Integration in bestehende Studienstrukturen. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit einer kontinuierlichen

Verfügbarkeit entsprechender Maßnahmen deutlich, anstelle punktueller, einmaliger Interventionen (z.B. Präsenz auf Social-Media-Kanälen) Ergänzend zeigt sich, dass der Abbau von Zugangsbarrieren insbesondere hinsichtlich zeitlicher Verfügbarkeit, individueller Hemmungen und mangelnder Sichtbarkeit von Angeboten, eine wesentliche Voraussetzung für eine erhöhte Wirksamkeit darstellt.

Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage: Obwohl das MHFA-Programm bereits strukturell etabliert ist, zeigen die Ergebnisse, dass Optimierung bestehender Strukturen, stärkere soziale Einbettung, kontinuierliche Präsenz und Abbau von Barrieren entscheidend ist, um die Sichtbarkeit, Reichweite und Wirksamkeit des Programms zu steigern. Die Hinweise der Befragten deuten darauf hin, dass kein neuer Kurs zwingend nötig ist, sondern die Integration und Nutzung vorhandener Ressourcen das Potenzial hat, die Umsetzung im Hochschulkontext zu verbessern.

5.3.4 Weiterempfehlung und Interesse am Programm

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Befragten das Programm weiterempfiehlt und ein Interesse an der Teilnahme an den MHFA-Kursen besteht (18 Nennungen).

„Wenn man schon Vorerfahrung hat Vorahnung hat, sich viel schon mit dem Thema auseinandergesetzt hat, keine Ahnung, ne Vorausbildung hat dann, ich glaub, dann nicht“ (Interview 2; RQ3-24)

„Ja, auf jeden Fall. Ich habe mir da mal, auch im Vorfeld des Interviews, super Gedanken gemacht“ (Int. 3, RQ3-24)

„Muss ich nicht lange überlegen, auf jeden Fall.“ (Interview 5; RQ3-24)

Für die Forschungsfrage kann hier beantwortet werden, dass die Die Befragten sehen, MHFA als wertvolles Angebot, das sie auch anderen Studierenden empfehlen würden. Dies spricht für gute Akzeptanz und positives Nutzungspotenzial.

6 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Erfahrungen von MHFA-geschulten Studierenden an der HAW Hamburg zu untersuchen und zu analysieren, wie sie das

MHFA-Wissen im studentischen bzw. hochschulischen Alltag anwenden. Dabei steht insbesondere im Fokus, wie die Teilnehmenden das Programm wahrnehmen, welche Veränderungen sie in Bezug auf Wissen, Haltung und Handlungssicherheit beschreiben und in welchen Situationen sie die erlernten Inhalte einsetzen. Darüber hinaus wird explorativ betrachtet, welche Herausforderungen bei der Anwendung auftreten und welche Hinweise sich aus Sicht der Studierenden auf die Reichweite des Programms im Hochschulkontext ableiten lassen. Diese Arbeit trägt dazu bei, Einblicke in die Erfahrungen von Studierenden, die MHFA-Ersthelfer*innen an der HAW Hamburg sind zu gewinnen sowie zu weiteren Untersuchungen in diesem Bereich beizutragen. Folgend werden die zentralen Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragestellungen diskutiert und in den bestehenden Forschungsstand eingeordnet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse auf den subjektiven Angaben der interviewten Studierenden basieren und daher nur eingeschränkt verallgemeinerbar sind.

6.1 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich im Kontext gesundheitsfördernder Hochschulen sowie aktueller Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit von Studierenden einordnen. Ausgehend vom Verständnis der Ottawa-Charta (1986), wonach Gesundheit in den alltäglichen Lebenswelten entsteht, wird deutlich, dass Hochschulen als zentrale Lebenswelt eine wesentliche Rolle für die Förderung psychischer Gesundheit einnehmen. Vor diesem Hintergrund unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung niedrigschwelliger Interventionen wie Schulungen und MHFA-Ersthelfenden im Hochschulkontext.

Die Befunde zur **subjektiven Wahrnehmung des MHFA-Programms** zeigen, dass der Kurs von den Studierenden als realitätsnah, praxisorientiert und gesellschaftlich relevant wahrgenommen wird. Insbesondere wird hervorgehoben, dass psychische Gesundheit weiterhin mit gesellschaftlicher Stigmatisierung verbunden ist und der Kurs einen Beitrag zur Enttabuisierung leistet. Die Teilnehmenden beschreiben die Inhalte als verständlich aufbereitet und unmittelbar anwendbar (Interview 1, RQ1-30; Interview 4, RQ1-29; Interview 5, RQ1-29), was die hohe Passung zwischen vermittelten Kompetenzen und studentischem Alltag verdeutlicht.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf die Relevanz kultureller Diversität für die Wahrnehmung und Anwendung der MHFA-Inhalte hin. Studierende mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen berichten von erweiterten Perspektiven

auf psychische Gesundheit, die über das MHFA-Konzept hinausgehen, etwa im Sinne eines „offenen Herzens“ (Interview 7, RQ1-36). Gleichzeitig wird auf eine teils stärkere Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in anderen kulturellen Kontexten hingewiesen. Dies beeinflusst sowohl die Wahrnehmung psychischer Belastungen als auch die Inanspruchnahme von Hilfe und die Wahl von Bewältigungsstrategien, die nicht in allen Fällen als gesundheitsförderlich einzustufen sind.

Diese Befunde verdeutlichen, dass die Anwendung von MHFA-Kompetenzen im Hochschulkontext nicht losgelöst von kulturellen Deutungsmustern betrachtet werden kann. Vielmehr erfordert eine wirksame Umsetzung die Berücksichtigung kulturell geprägter Vorstellungen von psychischer Gesundheit, Hilfesuche und sozialer Teilhabe. Zwar wurde das MHFA-Programm bereits in seiner Entwicklung international ausgerichtet und bezieht kulturelle Aspekte mit ein (Kitchener & Jorm, 2008), dennoch legen die Ergebnisse nahe, dass eine weitere kontextspezifische Anpassung sinnvoll sein kann.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Diversität der Studierendenschaft an der HAW Hamburg relevant, an der ein signifikanter Anteil internationaler Studierender eingeschrieben ist. Da Studierende mit Migrationshintergrund in diesen Zahlen nicht vollständig erfasst sind, ist von einer noch größeren kulturellen Vielfalt auszugehen. Unterschiedliche biografische Erfahrungen, einschließlich möglicher Flucht- oder Migrationserfahrungen sowie transnationale familiäre Belastungssituationen (z. B. Angehörige in Krisen- oder Kriegsgebieten), können zusätzliche Anforderungen an MHFA-Ersthelfende stellen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das MHFA-Programm im Hochschulkontext ein hohes Potenzial zur Förderung psychischer Gesundheit besitzt, seine Wirksamkeit jedoch durch eine stärkere Berücksichtigung der spezifischen Lebensrealitäten und Bedarfe einer diversen Studierendenschaft weiter gesteigert werden kann.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse zur **Wissensveränderung** darauf hin, dass die Effekte der MHFA-Ausbildung stark vom individuellen Vorwissen der Teilnehmenden abhängen. Während einige Studierende vor dem Kurs kaum Berührungspunkte mit bestimmten psychischen Erkrankungen hatten (Interview 2, RQ1-3) und entsprechend einen deutlichen Wissenszuwachs berichten, beschreiben andere den Mehrwert des Kurses weniger im Erwerb neuen Wissens als vielmehr in der Vermittlung konkreter Handlungstechniken, die bestehende Erfahrungen strukturieren und erweitern (Interview 2, RQ1-3).

Damit erfüllt der Kurs eine doppelte Funktion: Einerseits vermittelt er grundlegendes Wissen zu psychischen Erkrankungen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsangeboten, andererseits bietet er praxisorientierte Handlungsanleitungen für den Umgang mit psychischen Krisen im Alltag. Die Ergebnisse legen nahe, dass insbesondere die Kombination aus Wissensvermittlung und konkreten Handlungsstrategien als zentraler Mehrwert wahrgenommen wird. Ergänzende Angebote wie Supervisionen oder weiterführende Seminare, die beispielsweise über informelle Kommunikationskanäle organisiert werden, tragen zusätzlich zur Festigung und Aktualisierung der Inhalte bei (Interview 7, RQ3-12) und unterstützen eine kontinuierliche Kompetenzentwicklung.

Neben den **kognitiven Effekten (Wissen)** zeigen die Befunde auch deutliche Veränderungen auf der **Haltungsebene**. Insbesondere wird eine Reduktion stigmatisierender Einstellungen sowie ein erhöhtes Bewusstsein für psychische Gesundheit beschrieben. Diese Entwicklung lässt sich als zentraler Wirkmechanismus der Ausbildung interpretieren, da sie die Grundlage für einen sensiblen und unterstützenden Umgang mit Betroffenen bildet. Das Wissen über Beratungsstellen und Hilfsangebote wird dabei nicht nur als praktische Ressource für die Unterstützung anderer, sondern auch für die eigene Inanspruchnahme von Hilfe wahrgenommen, was auf eine Stärkung gesundheitsförderlicher Selbsthaltungen hindeutet.

Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass individuelle psychische Ausgangslagen der MHFA-Ersthelfenden eine relevante Rolle spielen. Die Spannbreite reicht von subjektiv wahrgenommener hoher psychischer Belastbarkeit (Interview 1, RQ1-34) bis hin zu eigenen diagnostizierten psychischen oder neurodivergenten Erkrankungen (Interview 5, RQ1-34). Diese individuellen Voraussetzungen können die Verfügbarkeit und das Ausmaß der Unterstützung für andere beeinflussen, etwa wenn eigene Belastungen die Handlungskapazität einschränken.

Gleichzeitig zeigt sich, dass die Teilnehmenden ihre persönlichen Grenzen überwiegend reflektiert wahrnehmen und berücksichtigen. Diese Fähigkeit zur Selbstabgrenzung kann als zentrale Voraussetzung für eine nachhaltige und verantwortungsvolle Anwendung der MHFA-Kompetenzen interpretiert werden, da sie Überforderung vorbeugt und eine realistische Einschätzung der eigenen Rolle als Ersthelfer*in ermöglicht.

Die Ergebnisse zur Wahrnehmung der Handlungssicherheit zeigen insgesamt, dass diese im Vergleich zur Zeit vor der MHFA-Ausbildung deutlich gestiegen ist. Die Teilnehmenden fühlen sich insbesondere auf theoretischer Ebene besser vorbereitet, berichten jedoch gleichzeitig von anhaltenden Unsicherheiten in der konkreten Anwendung. Diese treten vor allem bei Erstkontakten mit psychischen Krisen oder bei geringer praktischer Erfahrung auf und äußern sich in Form von Hemmungen, Nervosität und Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Situationen (Interview 1, RQ1-11).

Besonders deutlich wird diese Ambivalenz in **spezifischen Anwendungssituationen**, etwa im Umgang mit Panikattacken oder Suizidalität. Während Panikattacken als wiederkehrende Einsatzsituationen beschrieben werden, in denen ein hoher Handlungsdruck bei gleichzeitig begrenzter Erfahrung besteht, wird Suizidalität von mehreren Befragten als besonders sensible und herausfordernde Thematik wahrgenommen. Auch wenn einzelne Teilnehmende aufgrund beruflicher Vorerfahrungen eine hohe Handlungssicherheit berichten, zeigt sich insgesamt, dass insbesondere komplexe oder emotional belastende Situationen weiterhin Unsicherheiten hervorrufen können.

Ein zentraler Aspekt der **gestiegenen Handlungssicherheit** liegt daher weniger in einer vollständigen Handlungssouveränität als vielmehr in einem geschärften Bewusstsein für die eigene Rolle und die Grenzen der eigenen Kompetenzen. Die Fähigkeit, die eigene Zuständigkeit realistisch einzuschätzen und professionelle Hilfe einzubeziehen, stellt eine wesentliche Kompetenz dar und kann, als zentraler Bestandteil sicherer MHFA-Anwendung interpretiert werden.

Vor dem Hintergrund der **erhöhten psychischen Belastung** von Studierenden sowie der besonderen Vulnerabilität in der Lebensphase des Studiums, die mit vielfältigen Übergängen und Unsicherheiten einhergeht (Gusy et al., 2015; Dzemaili et al., 2023; Techniker Krankenkasse, 2025), gewinnt die Vermittlung solcher Handlungskompetenzen zusätzlich an Bedeutung. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Studierende mit unterschiedlichen und teilweise komplexen Belastungslagen konfrontiert sind, die von Prüfungsangst bis hin zu akuten Krisensituationen reichen. Insbesondere Prüfungsangst wird als relevante Anwendungssituation beschrieben, die – bei unzureichenden Bewältigungsstrategien – langfristig das Risiko für weiterführende psychische Erkrankungen erhöhen kann (Eissler et al., 2020).

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Anwendung von MHFA im Hochschulkontext auch als präventiver Ansatz verstehen, der potenziell zur frühzeitigen Unterstützung

und Stabilisierung beitragen kann. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass die tatsächliche Umsetzung der erlernten Kompetenzen stark von praktischer Erfahrung abhängt. Erst durch wiederholte Anwendung, Reflexion und Austausch können Unsicherheiten reduziert und Handlungssicherheit nachhaltig gefestigt werden.

Daraus ergibt sich die Implikation, dass die einmalige Teilnahme an der MHFA-Ausbildung zwar eine wichtige Grundlage schafft, jedoch durch weiterführende Maßnahmen wie Supervision, Peer-Austausch und vertiefende Trainings ergänzt werden sollte. Ohne solche begleitenden Strukturen besteht die Gefahr, dass vorhandenes Wissen und erlernte Strategien in konkreten Krisensituationen nicht vollständig in Handlung umgesetzt werden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Studierende in der Praxis auch mit Anliegen an MHFA-Ersthelfer*innen wenden, die über den ursprünglichen Fokus des Programms hinausgehen, etwa bei finanziellen Sorgen oder Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass das Angebot „von Studierenden für Studierende“ als besonders niedrigschwellig und vertrauensvoll wahrgenommen wird. Gleichzeitig verdeutlicht es jedoch eine inhaltliche Ausweitung der Erwartungen an die Rolle der MHFA-Ersthelferinnen, die über die im Kurs vermittelten Kompetenzen hinausgeht.

Während MHFA darauf abzielt, Unterstützung bei psychischen Krisen zu leisten und bei Bedarf an professionelle Hilfsangebote zu vermitteln, umfasst es keine spezifischen Kompetenzen zur Lösung sozialrechtlicher, finanzieller oder institutioneller Problemlagen. Ähnliches gilt für Konfliktsituationen im Hochschulkontext, etwa mit Kommilitoninnen oder Lehrenden: Zwar können MHFA-Ersthelferinnen hier eine unterstützende, zuhörende Rolle einnehmen, jedoch erfordern weiterführende Lösungsprozesse zusätzliche Kompetenzen, beispielsweise im Bereich der Mediation.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Rolle von MHFA-Ersthelfer*innen im Hochschulkontext funktional erweitert wird und sich an den realen Bedarfen der Studierenden orientiert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer klaren Rollenabgrenzung sowie einer engen Vernetzung mit weiteren Unterstützungsangeboten innerhalb der Hochschule. Die Ergebnisse legen nahe, dass MHFA insbesondere dann wirksam ist, wenn es als Teil eines integrierten Unterstützungssystems verstanden wird. Angebote wie „**CamPuls**“ oder vergleichbare Programme können hierbei komplementäre Funktionen übernehmen, indem sie beispielsweise präventive Maßnahmen zur Förderung von Resilienz

bereitstellen, während MHFA eine niedrigschwellige Erstsprache in Krisensituationen ermöglicht.

Diese wechselseitige Ergänzung deutet auf potenzielle Synergieeffekte hin: Eine erhöhte Mental Health Literacy kann dazu beitragen, Unterstützungsbedarfe frühzeitig zu erkennen und entsprechende Angebote in Anspruch zu nehmen, während MHFA-Ersthelferinnen gleichzeitig Bedarfe aus der Praxis an andere Akteurinnen im Hochschulsystem zurückspiegeln können. Die positive Wahrnehmung eines vielfältigen Angebotsspektrums durch die Befragten unterstreicht die Relevanz eines solchen integrierten Ansatzes (Interview 1, RQ3-13; Interview 4, RQ3-4). Gleichzeitig zeigen unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich der Art der Unterstützung – etwa der Wunsch nach professioneller Distanz versus Peer-Nähe –, dass ein differenziertes Angebot notwendig ist.

Neben strukturellen Aspekten verdeutlichen die Ergebnisse auch die Bedeutung der konkreten Rahmenbedingungen für die Anwendung von MHFA. Eine vertrauensvolle Atmosphäre sowie geeignete räumliche Strukturen, etwa Rückzugs- oder Gesprächsräume, werden als förderlich beschrieben. Der Versuch der Ersthelfer*innen, solche Rahmenbedingungen selbst zu schaffen, weist auf eine bestehende Versorgungslücke hin und kann als Hinweis auf Handlungsbedarf im hochschulischen Gesundheitsmanagement interpretiert werden. Entsprechende Strukturen könnten nicht nur die Anwendung von MHFA erleichtern, sondern auch die Selbstfürsorge und Selbstregulation aller Hochschulangehörigen fördern.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass die Anwendung von MHFA durch verschiedene Barrieren eingeschränkt wird. Dazu zählen individuelle Faktoren wie Unsicherheiten in der Problemerkennung (Interview 4, RQ2-7) oder begrenzte zeitliche Ressourcen, insbesondere in belastungsintensiven Phasen wie Prüfungszeiträumen (Interview 1, RQ2-7), ebenso wie strukturelle und situative Bedingungen. Darüber hinaus wird eine fehlende Kontinuität in der Unterstützung deutlich, da nach Erstkontakten häufig kein weiterer Austausch stattfindet (Interview 1, RQ2-29; Interview 7, RQ2-29).

Diese fehlende Nachsorge verweist auf eine zentrale Grenze der MHFA-Anwendung. Insbesondere bei anhaltenden oder schwerwiegenden psychischen Belastungen ist eine weiterführende professionelle Unterstützung erforderlich. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Weitervermittlung an Fachstellen eine zentrale Aufgabe der MHFA-Ersthelfer*innen darstellt und nicht in allen Fällen konsequent umgesetzt wird. Gleichzeitig zeigt sich, dass auch eine niedrigschwellige, kontinuierliche

Begleitung im Alltag – etwa ergänzend zu einer laufenden Therapie – potenziell stabilisierend wirken kann.

Die Befunde deuten somit darauf hin, dass sowohl ein Bedarf an weiterführender Qualifizierung, beispielsweise im Umgang mit komplexen Situationen oder in der sicheren Weitervermittlung, als auch an strukturierten Austauschformaten besteht, in denen Ersthelfer*innen voneinander lernen können. Unsicherheiten können andernfalls dazu führen, dass trotz vorhandener Kompetenzen keine Intervention erfolgt, was die praktische Wirksamkeit des Programms einschränkt.

Schließlich zeigen die Ergebnisse, dass die Anwendung von MHFA nicht auf den Hochschulkontext beschränkt ist, sondern auch im privaten Umfeld, etwa im Freundeskreis oder in Wohngemeinschaften, erfolgt (Interview 7, RQ3-1; Interview 6, RQ3-1). Dies unterstreicht die lebensweltübergreifende Relevanz der vermittelten Kompetenzen. Gleichzeitig bleibt die Sichtbarkeit des Programms innerhalb der Hochschule begrenzt. Hinweise auf eine erhöhte Nachfrage nach gezielten Kommunikationsmaßnahmen, etwa über soziale Medien (Interview 5, RQ3-6), verdeutlichen, dass neben dem Bedarf auch ein erhebliches Potenzial zur Steigerung der Reichweite besteht.

6.2 Einordnung in den wissenschaftlichen Diskurs

Aus den dargestellten theoretischen Zusammenhängen ergibt sich die Relevanz der Vermittlung entsprechender Kompetenzen wie Mental Health Literacy (MHL) (Wissen und Überzeugungen über psychische Störungen) (Jorm et al., 1997) insbesondere für Studierende, um frühzeitig Kompetenzen aufzubauen (Sampaio et al., 2022) (WHO, 2022, S. 169), da dies die Anwendung von MHFA im Hochschulkontext durch Sensibilisierung von Nutzer*innen verbessern kann.

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen teilweise mit bestehenden Forschungsbefunden überein. So zeigt die Studie von Kitcher & Jorm (2006), dass 78 Prozent der Befragten eine erhöhte Handlungssicherheit aufweisen. Die befragten Studierende in der vorliegenden Untersuchung haben eine vergleichbar hohe Bereitschaft zu intervenieren, jedoch ist die Handlungssicherheit stark mit Erfahrungen verknüpft und somit bestehen subjektive Unsicherheiten. Ergänzend zeigt die Studie von Rose et al., dass verbesserte gesundheitsbezogene Überzeugungen der geschulten Studierenden sowie höhere MHL nach Monaten nach

der Ausbildung bestehen (Rose et al., 2019), was grundsätzlich für die Nachhaltigkeit des Programms im Hochschulkontext spricht.

Die Entwicklung von wichtigen Kompetenzen für die Tätigkeiten im sozialen Bereich benötigen Erfahrungen (Treptow & Faas, 2015). Gleichzeitig entsteht ein Anwendungsproblem: Eine geringe Sichtbarkeit des Programms führt zu wenigen Anwendungen, was wiederum die Entwicklung von Handlungssicherheit hemmt. Die Ergebnisse der Studie von Lipson et al. zeigen, dass die Effekte (GKT & MHFA) stark von strukturellen Rahmenbedingungen und der praktischen Einbindung abhängen (Lipson et al., 2014). Dies deckt sich mit Befunden aus der vorliegenden Untersuchung indem, dass MHFA-Ersthelfer*innen mit geringeren Vorerfahrungen längere Ausbildungsdauer (als 12 Stunden) als sinnvoll sehen bzw. dies sich wünschten. Erfahrenere MHFAs, etwa durch ihr Studium mit Gesundheitsbezug oder private Auseinandersetzungen sind handlungssicherer. In Bezug auf die Reduktion von Stigmatisierung auch im zeitlichen Verlauf ähneln sich die Ergebnisse denen, die im Rahmen eine experimentelle Studie im Schweizer Hochschulkontext durchgeführt wurde (Dzemaili et al., 2023).

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass einzelne Befragte die Wirksamkeit ihrer Intervention während der MHFA-Anwendung reflektieren. Dies deutet darauf hin, dass unterstützendes Verhalten nicht nur durch die Handlung und den Raum selbst, sondern auch durch die subjektive Bewertung ihrer Angemessenheit und Wirksamkeit geprägt ist. In diesem Zusammenhang werden folgende Aussagen im Rahmen des Mehrstufigen Modell der Gesundheitsverhaltensänderung (MSM) nach Lippke und Ziegelmann (2006) eingeordnet und interpretiert (Abb. 3).

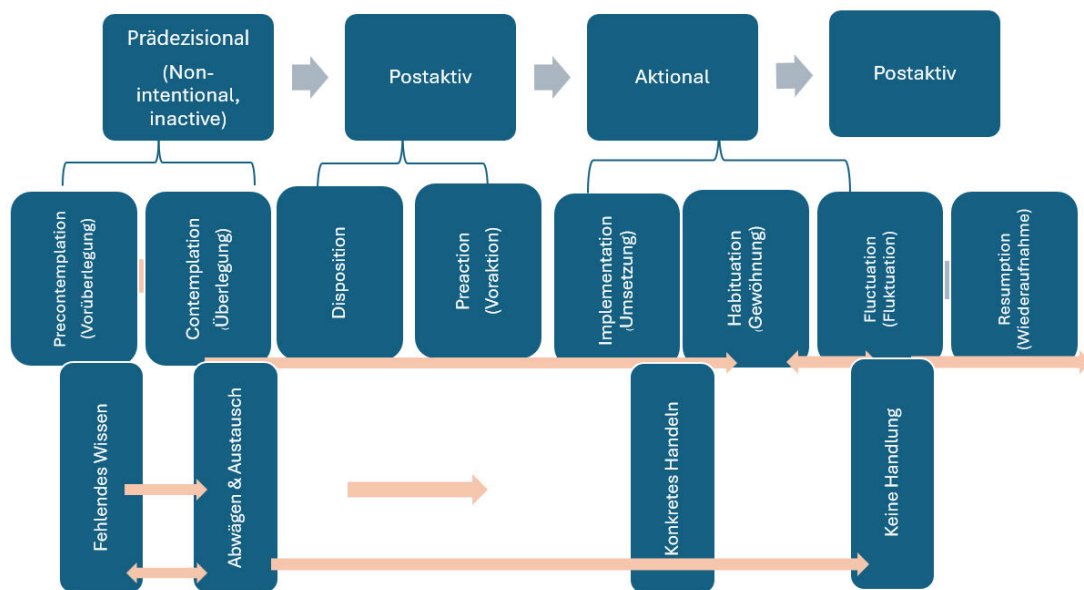


Abbildung 3: Anwendung des Multi-Stage-Models of Health Behavior Change nach Lippke & Ziegelmann, 2006, auf die Phasen der MHFA-Anwendung (Selbstregulation), eigene Darstellung

„Nicht so richtig, ich hab mich viel mit den anderen Freundinnen, die auch damit in dem Kreis waren, besprochen.“ (Interview 2, RQ2-17) (Überlegungsphase),

„Deswegen versuche ich [...] weiterzuleiten, [...] die Situation [...] so zu lösen.“ (Interview 7, RQ2-17) (Überlegungsphase), „Also, [...] es gab halt einzelne Situationen, wo ich [...] gezögert hab [um die Situation einzuschätzen].“ (Interview 5, RQ2-20) (Umsetzungsphase), „Da würde ich tatsächlich schon an meine Sicherheit denken.“ (Interview 1, RQ2-9) (Überlegungsphase). Die Zitate verdeutlichen, dass die MHFA-Ersthelfer*innen während ihrer Tätigkeit unterschiedliche Situationen erleben können, die eine Selbstregulation erfordern. Veränderung dieser fördert den Übergang zwischen den Phasen (Lippke & Ziegelmann, 2006). Die Zuordnung der Aussagen erfolgt variablen-, merkmalspezifisch. Diese werden ausgehend von Kontexten der konkreten Situationen den Phasen des Models zugeordnet, von fehlendem Wissen (Vorüberlegungsphase) über aktives Abwägen (Überlegungsphase) bis hin zu konkretem Handeln (Umsetzungsphase) sowie schwankenden Ausführungen (Fluktuationsphase). Kognitive Prozesse wie Informationssuche und Zweifel sind eng mit Handlungsschritten verknüpft. Gleichzeitig zeigen Unsicherheiten, dass Verhaltensänderungen nicht linear, sondern durch Rückschritte und Anpassungen geprägt sind. Unsicherheiten bezüglich der eigenen Intervention können in verschiedenen Phasen als Barriere wirken: Zweifel an der eigenen Kompetenz hemmen mitunter Unterstützungsleistungen trotz vorhandener Hilfsintention. Insgesamt wird Verhaltensänderung im MSM als dynamischer, nicht linearer Prozess deutlich.

In Bezug auf Forschungsfrage 3 lassen sich die dargestellten Ergebnisse wie folgt interpretieren:

1. Nutzung und Anwendung der MHFA-Kompetenzen

Die Befunde zeigen, dass MHFA-Ersthelfer*innen nicht nur die Handlung selbst, sondern auch die subjektive Bewertung ihrer Wirksamkeit reflektieren.

Die Zitate verdeutlichen, dass Studierende während der Anwendung Selbstregulation betreiben, z. B. durch Überlegung, Abwägen von Handlungsmöglichkeiten und Rücksprache mit anderen (z. B. „Nicht so richtig, ich hab mich viel mit den anderen Freundinnen [...] besprochen“).

Dies zeigt, dass die Nutzung der MHFA-Kompetenzen situationsabhängig und dynamisch ist: Sie erfolgt nicht automatisch, sondern erfordert aktives Denken, Abwägen und Anpassung an die Situation.

Interpretation: Die Nutzungshäufigkeit und der Umfang der Anwendung sind daher kontextabhängig. Die Studierenden wenden ihre Kompetenzen vor allem in Situationen an, in denen sie die Intervention als angemessen einschätzen, und reflektieren zugleich deren Wirkung.

2. Handlungsmöglichkeiten und Barrieren

Die Anwendung der Kompetenzen durchläuft verschiedene Phasen des Multi-Stage-Modells der Gesundheitsverhaltensänderung (MSM): Vorüberlegung, Überlegung, Umsetzung und Fluktuation.

Unsicherheiten, bspw. Zweifel an der eigenen Kompetenz („Da würde ich tatsächlich schon an meine Sicherheit denken“), können die Handlung hemmen.

Dies deutet darauf hin, dass Handlungsmöglichkeiten nicht nur strukturell, sondern auch subjektiv begrenzt sind, selbst bei vorhandenen MHFA-Fähigkeiten.

Interpretation: Sichtbarkeit und Zugänglichkeit der Angebote allein garantieren keine Nutzung; auch Unterstützung bei Selbstregulation und Sicherheit in der Intervention ist entscheidend, um die Handlungsmöglichkeiten zu realisieren.

3. Dynamik und Nicht-Linearität der Nutzung

Die Anwendung von MHFA folgt einem nicht-linearen Prozess, der durch Rückschritte, Anpassungen und situative Unsicherheiten geprägt ist.

Die Befragten wechseln zwischen Abwägen, Handeln und Reflexion, was verdeutlicht, dass Anwendungsintensität und Häufigkeit variieren und stark vom jeweiligen Kontext abhängen.

Schlussfolgerung: Häufigkeit und Umfang der Nutzung sind situationsabhängig, variabel und werden durch Selbstreflexion und Unsicherheiten beeinflusst. Handlungsmöglichkeiten werden durch die subjektive Sicherheit der Ersthelfer*innen geprägt, nicht nur durch strukturelle Angebote. Sichtbarkeit allein reicht nicht aus: Begleitende Maßnahmen, wie Supervision, Peer-Austausch oder Training zur Handlungssicherheit, sind entscheidend, um die Nutzung der MHFA-Kompetenzen zu fördern.

6.3 Kritische Reflexion: Limitationen und Stärken

Die vorliegenden Ergebnisse müssen im Kontext Limitationen und Stärken interpretiert werden. Zwei Erhebungswege der Daten, qualitativ, um die tatsächliche Forschungsfragen zu erläutern sowie quantitativ, um die Stichprobe zu beschreiben und diese zu kontextualisieren ergeben eine Differenz in der Zahl der Teilnehmer*innen. Für die letzte wurde die Stichprobengröße $N=9$ erhoben, wobei bei einer Angabe es sich möglicherweise um ein Fehlversuch handelt. Dies sowie den Grund der weiteren Differenz von einer Person, die an Interviews teilgenommen haben ($N=7$) ist nicht möglich zu bestimmen. Es könnte ein Hinweis auf Hemmnisse zu diesem Thema zu sprechen sein, da diese einzelne teilnehmende Person kein Termin für das Interview gebucht hat, sowie keine E-Mail für den Fall der technischen Schwierigkeiten hinterlassen hat. Dennoch wird sie bei der Stichprobenbeschreibung berücksichtigt, da der Fragebogen vollständig ist und da es aufgrund des Prozesses der Rekrutierung nur die Teilnehmende des MHFA-Programms an der HAW Hamburg kontaktiert wurden. Die Stichprobe weist eine höhere Diversität auf. Laut Angaben zu dem Geschlecht haben an der Befragung sowohl weibliche, männliche als auch diverse Personen teilgenommen. Die Studienfachlandschaft ist als heterogen zu bezeichnen, es sich nicht nur gesundheitsrelevante Studiengänge vertreten. Somit werden die Unterstützungsmöglichkeiten noch besser an eine oder andere Hilfesuchende Person angepasst. Die Interviews ergeben, dass es MHFAs gibt, die ihre Kenntnisse bereits mehr technisch angewandt anwenden, etwa durch eine selbstentwickelte App und diese genau damit begründen, dass es fachgerecht ist. Die weitere Untersuchung dieser Methode ist kein Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Es stellt sich jedoch eine Möglichkeit her, die Anwendung von solchen Ansätzen im MHFA-Kontext an den deutschen Hochschulen zu untersuchen.

Als kritisch zu betrachten ist die Aktualität der MHFA-Webseite. Da die letzte Aktualisierung vor zwei Jahren stattgefunden hat, wurden womöglich weitere potenzielle Teilnehmende nicht erreicht, etwa sie die bereits das Studium absolviert haben oder gegeben falls diejenigen, die die Ausbildung in den Zeitraum zwischen der letzten Aktualisierung und der Datenerhebung absolviert haben. Laut einer teilnehmenden Person hat sie die Ausbildung im Zeitraum von „vor 7 bis 12 Monaten“ absolviert. Die Bereitschaft der Teilnehmenden teilzunehmen kann eine höhere Motivation aufweisen. An der Untersuchung haben Personen teilgenommen, die in einer Abschlussphase sich befinden oder das Studium bereits absolviert haben. Dies kann ein Zeichen eines höheren gesellschaftlichen Engagements wahrgenommen werden und zugleich bedeuten, dass es möglicherweise die Perspektive der MHFAs, die weniger motiviert oder bereit an einer Untersuchung teilzunehmen fehlt. Die Daten wurden nur auf Deutsch erhoben, dies kann als Folge haben, dass englischsprachige Studierende, die ebenso als MHFA auf der Webseite aufgeführt sind, womöglich durch das methodische Vorgehen von der Untersuchung nicht angesprochen wurden. Hierbei lässt sich sagen, dass es trotz dieser Barriere die Perspektive von Studierenden mit anderen kulturellen Hintergründen laut den Aussagen in den Interviews erhoben wurde, obwohl es nicht explizit nach Migrationshintergrund in beiden Untersuchungsmethoden gefragt wurde. Aus den Interviews ergeben sich Hinweise, dass die Anwendung von MHFAs bei Studierenden mit Migrationshintergrund oder internationalen Studierenden weitere Erkenntnisse zu dem Thema MHFA im Hochschulkontext bringen kann. In diesem Zusammenhang ergibt sich ein weiteres Feld für eine potenzielle Untersuchung, welche englischsprachige (u.a. weitere Sprachen) MHFAs an der HAW Hamburg einbezieht. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit ist selbst eine geschulte MHFA-Ersthelferin. Dadurch besteht ein vertieftes Vorwissen über die Inhalte sowie die Abläufe des Kurses und der MHFA-Tätigkeit an der HAW Hamburg. Dies kann jedoch zu Vorannahmen führen. Um mögliche Verzerrungen zu vermeiden, wurde während der Auswertung von Interviews besonders auf die induktive Analyse der Daten geachtet. Es folgt eine Diskussion der Methodik.

6.4 Methodendiskussion

Als Forschungsdesign wurde eine qualitative Erhebungsmethode gewählt, die sich für die Generierung neuer Erkenntnisse in einem bislang wenig untersuchten Feld gut eignet (Mayring, 2019). Ursprünglich war ein Mixed-Methods-Ansatz vorgesehen, bei dem sich parallel erhobene qualitative und quantitative Daten ergänzen sollten. Im

Verlauf der Planung und Datenerhebung wurde jedoch aufgrund der begrenzten Stichprobengröße sowie des eingeschränkten Umfangs der Arbeit entschieden, den Fokus auf die qualitative Erhebung zu legen und quantitative Daten lediglich zur Stichprobenbeschreibung und Kontextualisierung zu nutzen. Rückblickend zeigt sich, dass die initiale Planung eines Mixed-Methods-Designs zu einem erhöhten Vorbereitungsaufwand geführt hat, der in diesem Umfang nicht erforderlich gewesen wäre. Für zukünftige Untersuchungen empfiehlt sich daher eine frühzeitigere und konsequentere Festlegung auf ein kohärentes Forschungsdesign, das an die realistischen Rahmenbedingungen angepasst ist.

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde auf die Erhebung des Migrationshintergrunds verzichtet. Im Nachhinein hat sich jedoch gezeigt, dass diese Variable im Untersuchungskontext relevant sein kann. Für zukünftige Erhebungen sollte daher geprüft werden, ob entsprechende soziodemografische Merkmale systematisch erfasst werden, um mögliche Einflüsse differenzierter analysieren zu können. Darüber hinaus wurde der zeitliche Aufwand für die Durchführung, Transkription und Anonymisierung der Interviews unterschätzt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Pretest mit einer Person durchgeführt wurde, die kein inhaltliches Wissen zum untersuchten Kontext aufwies. Künftig sollte der Pretest mit Personen möglichst ähnlichen Wissensstandes (Zielgruppennah) erfolgen, um realistischere Einschätzungen hinsichtlich Dauer und Komplexität der Datenerhebung zu ermöglichen. Zudem sollte ein größerer zeitlicher Puffer für Transkriptionsprozesse eingeplant werden, insbesondere wenn Interviews mit nicht-muttersprachlichen Teilnehmenden geführt werden.

Die erstmalige Nutzung der Auswertungssoftware „QCAmap“ erforderte eine zusätzliche Einarbeitungszeit. Für zukünftige Projekte wäre es sinnvoll, entweder bereits im Vorfeld methodische und softwarebezogene Kompetenzen aufzubauen oder ausreichend Zeit für die Einarbeitung einzuplanen. Die Durchführung der Interviews im Online-Format wurde insgesamt als praktikabel und effizient bewertet, wenngleich technische Schwierigkeiten in Einzelfällen den Ablauf beeinträchtigt haben. Zukünftig sollten daher technische Testläufe sowie Alternativlösungen (z. B. Backup-Kommunikationswege) vorgesehen werden, um Ausfälle zu minimieren.

Abschließend ist zu betonen, dass die Ergebnisse auf den subjektiven Einschätzungen der befragten Personen basieren und somit nicht ohne Weiteres generalisierbar sind. Dennoch konnten zentrale Erkenntnisse gewonnen werden, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen und sich in bestehende Forschung

einordnen lassen. Die identifizierten methodischen Limitationen und Herausforderungen bieten zugleich wertvolle Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung zukünftiger Untersuchungen sowie für die praktische Umsetzung in vergleichbaren Kontexten.

6.5 Handlungsempfehlungen für Hochschulen und MHFA-Programme

Hochschulen tragen eine grundlegende Verantwortung für die Gesundheit ihrer Studierenden (Eissler et al., 2020; Gusy et al., 2015). Diese Verantwortung wurde bislang vor allem durch psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote umgesetzt (Gusy et al., 2015). Die aktuellen Zahlen zur psychischen Gesundheit von Studierenden verdeutlichen die Relevanz einer Anwendung wie MHFA im Hochschulkontext (Gusy et al., 2015; Hoffmann, 2023). Das MHFA-Programm an der HAW Hamburg sowie weiteren Hochschulen kann diesen Ansprüchen gerecht werden, jedoch es bedarf Erweiterungen, da das Programm über das Konzept von MHFA hinausgeht. (Erweitertes Wissen, Mitwirkung etc.) Das MHFA-Programm ist ein niederschwelliges Unterstützungsangebot (HAW-Hamburg: Mental Health First Aid, o. J.). Die Implementierung von Programmen (MHFA) an Hochschulen erfolgt häufig nachfrageorientiert (Loerbroks & Schäfer, 2013). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine nachhaltige Implementierung strukturelle Verankerung sowie Mitwirkung erforderlich ist.

Es wurden jedoch Anwendungsgrenzen festgestellt, wie etwa individuelle und strukturelle Barrieren. Die Prüfungsphase betrifft viele Angehörige der Hochschule. Studierende, die MHFAs sind – Doppelte Belastung. Als eine Alternative kann bereits auf der MHFA-Webseite darüber informiert werden, dass es Alternativen gibt oder ein Hinweis für die Fälle, in denen eine akute Hilfe benötigt wird. Es kann auf alternative Angebote in dieser Phase hingewiesen werden, wie die Zentrale Studierendenberatung oder weitere Programme und Angebote der Unterstützungslandschaft der HAW Hamburg. Es kann durch weitere Forschung untersucht werden, wie das Problem zu lösen ist.

Laut der Studie von Koinzer et. al. wurden keine signifikanten Unterschiede im Gesamtscore der Prüfungsangst oder der allgemeinen psychischen Belastung unter den untersuchten Studierenden festgesetzt. Allerdings berichten Studierende ausgewählter Fächer von erhöhter Studienbelastung (Koinzer et al., 2022). An der HAW Hamburg kann bspw. eine höhere Belastung in der Phase des Pflichtpraktikums entstehen, da es zugleich eine Doppelbelastung die Leistung gleichzeitig von beiden

Seiten erfordert darstellen kann, wenn Studierende im Praktikum arbeiten und parallel ihre Abschlussarbeit anfertigen aber auch die Suche nach einem Praktikumsplatz kann sich frustrierend auswirken. Außerdem ist es nicht ausgeschlossen, dass es Studierende einiger Fächer mehr Studienbelastung und damit einhergehenden Stress oder einer Auswirkung auf eine bereits vorhandene Erkrankung erleben.

Die Gesundheitsberichterstattung 2025 an der HAW Hamburg ergab, dass Studierende der Fakultät „Elektro-, Medien und Informationstechnik“ das höchste Stresserleben berichten, 45,1 Prozent der Befragten, die Langzeitstudierende berichteten von noch höherem Stresserleben von 52,1 Prozent. 36,5 Prozent der befragten Studierenden berichteten höheren Stress. Es wurden geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt, 48,8 Prozent der Studierende, die sich als non-binäre identifizieren erleben höheren Stress. Verknüpfend mit Ergebnissen diese Untersuchung kann empfohlen werden, dass insbesondere für Studierende technischer Fächer MHFA-Ansätze in Form von Gamifizierung oder technischer Lösungen attraktiv sind. Außerdem ist die Prävention von Stress durch verbesserte Resilienz, mehr MHL und Verfügbarkeit von MHFAs, die die „gleiche Sprache“ (technische) sprechen womöglich von größerer Bedeutung, um die psychischen Erkrankungen, die mit dem Stresserleben entstehen vorzubeugen (*HAW-Hamburg: Gesundheitsberichterstattung 2025*, o. J.) sowie erste Hilfe bei Überforderungen und anderen Bedarfen zu gewährleisten. Es stellt sich hiermit ein weiterer Relevanzaspekt für MHFA-Programme an Hochschulen und an der HAW insbesondere sowie für deren mehr spezifische Anwendung für einen Hochschullalltag. Es wird empfohlen, MHFA-Programme nicht isoliert umzusetzen, sondern systematisch mit ergänzenden Angeboten (z. B. zur Resilienzförderung) zu verzahnen, um ihre Wirksamkeit im Hochschulkontext zu erhöhen. Da die ursprüngliche MHFA-Ausbildung sich an die Allgemeinbevölkerung richtete und in früheren 2000 entwickelt wurde (Kitchener & Jorm, 2008) im Zusammenhang mit bereits erläuterten und erkannten Bedarfen, wäre es von Bedeutung die MHFA-Ausbildung für die Anwendung im Hochschulkontext anzupassen, die Zusammenhänge in diesem Kontext zu untersuchen. Übereinstimmend mit den Aufgaben von MHFAs berichten die Befragten von Situationen, in denen trotz Unterstützung weiterer ungedeckter Bedarf besteht. Dies weist auf zusätzlichen Handlungsbedarf hin und verdeutlicht insbesondere den Bedarf an weiterführender Qualifizierung sowie an strukturierten Austauschformaten, die ein gegenseitiges Lernen aus solchen Fällen ermöglichen. Angesichts der hinterfragten („gruseligen“)

Sichtbarkeit erscheint es empfehlenswert, im Rahmen der Ausbildung gezielt das Selbstbewusstsein in der Rolle sowie Empowerment zu stärken.

7 Fazit

Das MHFA-Programm an der HAW Hamburg leistet einen wichtigen Beitrag zur Förderung und zum Schutz der psychischen Gesundheit von Studierenden. Psychische Gesundheit kann, ebenso wie körperliche Gesundheit, Krisen erleiden. Im Hochschulkontext sollte daher darauf geachtet werden, größere Gefahren frühzeitig zu erkennen und gezielt zu adressieren gleichzeitig aber den psychischen Gesundheitszustand zu fördern und wiederherzustellen (MHL). Das MHFA-Programm bietet dafür ein niedrigschwelliges, peer-basiertes Unterstützungsangebot „von Studierenden für Studierende“, das pragmatisch auf die Herausforderungen des Studiums reagiert, insbesondere aufsteigende psychische Belastungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere die Vermittlung von Grundlagenwissen zur mentalen Gesundheit sowie die Entwicklung einer nicht-stigmatisierenden Haltung zentrale Wirkungen der Ausbildung darstellen. Die wahrgenommene Wissenszunahme variiert dabei in Abhängigkeit vom Vorwissen der Teilnehmenden, während gleichzeitig eine erhöhte Handlungssicherheit im Umgang mit psychischen Krisen berichtet wird. Trotz anfänglicher Unsicherheiten in ersten Anwendungssituationen, etwa bei Panikattacken, nimmt diese mit wachsender Erfahrung ab. Auffällig ist zudem, dass MHFA-Kompetenzen nicht nur im Hochschulkontext, sondern auch im privaten Umfeld angewendet werden, was die lebensweltübergreifende Relevanz des Programms unterstreicht.

Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse, dass das Entwicklungspotenzial weniger im Ausbau zusätzlicher Angebote liegt, sondern vielmehr in der Optimierung bestehender Strukturen. Insbesondere eine stärkere soziale Einbettung im studentischen Alltag, etwa durch Peer-Netzwerke sowie eine engere Integration in bestehende Studienstrukturen erscheinen zentral, um die Nutzung und Reichweite des Programms zu erhöhen. Ergänzend bedarf es einer stärkeren Entstigmatisierung psychischer Belastungen, um die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu fördern.

Vor dem Hintergrund steigender mentaler Belastungen bei jungen Erwachsenen sowie des Personalmangels im Gesundheitswesen gewinnt das MHFA-Programm zusätzlich an Bedeutung. Eine flächendeckendere Ausbildung von MHFA-Ersthelferinnen – perspektivisch auch als Bestandteil regulärer Studienstrukturen – sowie eine intensivere Vernetzung bestehender Akteurinnen und Angebote könnten dazu beitragen, Synergien zu schaffen und die nachhaltige Einbettung im Hochschulkontext zu stärken.

Abschließend ist festzuhalten, dass die vorliegenden Ergebnisse auf einer begrenzten Stichprobe beruhen und daher nur eingeschränkt generalisierbar sind. Zukünftige Forschung sollte größere Stichproben sowie längsschnittliche Designs einbeziehen, um Veränderungen in Wissen, Haltung und Handlungssicherheit im Zeitverlauf differenzierter zu erfassen. Aus Public-Health-Perspektive kommt der Förderung mentaler Gesundheitskompetenz unter Studierenden eine zentrale Rolle zu, um Programme wie MHFA langfristig wirksam in Hochschulstrukturen zu verankern.

Literaturverzeichnis

Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2023, September 1). *Psychische Gesundheit: Kaum Belege für Nutzen von Ersthelferprogramm*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/news/psychische-gesundheit-kaum-belege-fuer-nutzen-von-ersthelferprogramm-4c50f7ba-2027-4752-b264-c24211c0ccde>

Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-8>

Destatis. (2026, Februar 5). *Studierende nach Bundesländern*. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/studierende-insgesamt-bundeslaender.html>

Dzemaili, S., Pasquier, J., Oulevey Bachmann, A., & Mohler-Kuo, M. (2023). The Effectiveness of Mental Health First Aid Training among Undergraduate Students in Switzerland: A Randomized Control Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1303. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021303>

DZPG. (2026, Januar 13). *Mental health of students in Germany: New research consortium investigates risks and strengthens resilience*. DZPG - Das Deutsche Zentrum Für Psychische Gesundheit. <https://www.dzpg.org/en/latest-news/press-releases/article/mental-health-of-students-in-germany-new-research-consortium-investigates-risks-and-strengthens-resilience>

Eissler, C., Sailer, M., Walter, S., & Jerg-Bretzke, L. (2020). Psychische Gesundheit und Belastung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(3), 242–249. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00746-z>

El-Den, S., Moles, R., Choong, H.-J., & O'Reilly, C. (2020). Mental Health First Aid training and assessment among university students: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 60(5), e81–e95. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.12.017>

Fenzl, T., & Mayring, P. (2017). *QCMap: Eine interaktive Webap- plikation für Qualitative Inhaltsa- nalyse*.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Freie und Hansestadt Hamburg. (2026). *Historischer Höchststand: Zahl der Studierenden an Hamburger Hochschulen steigt auf über 120.000 Studierende—Hamburg.de*. <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/bwfg/aktuelles/pressemeldungen/zahl-der-studierenden-an-hamburger-hochschulen-steigt-auf-ueber-120-000-studierende-1050446>

Gerdes, F., Naegele, L., Ordemann, J., & Hess, M. (2025). Ageism in German universities: Challenges faced by older students. *Educational Gerontology*, 51(12), 1353–1360. <https://doi.org/10.1080/03601277.2025.2522392>

Gerlmaier, A. (2019). Handlungskompetenz, Arbeitsressourcen und Gesundheit. In A. Gerlmaier & E. Latniak (Hrsg.), *Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit: Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz* (S. 125–146). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26154-2_7

Glossar: Forschungsmethoden und Evaluation (6. Aufl., 2023) | *Lehrbuch Psychologie*. (o. J.). Abgerufen 5. Februar 2026, von <https://www.lehrbuch-psychologie.springernature.com/lexikon/5759>

Gusy, B., Lohmann, K., & Wörfel, F. (2015). Gesundheitsmanagement für Studierende – eine Herausforderung für Hochschulen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit—Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 249–258). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_22

HAW Hamburg. (2025, April 1). *HAW-Hamburg: Über uns*. <https://www.haw-hamburg.de/hochschule/ueber-uns/>

HAW-Hamburg: Gesundheitsberichterstattung 2025. (o. J.). Abgerufen 20. März 2026, von <https://www.haw-hamburg.de/studium/campusleben/studierendengesundheit/forschung-1/gesundheitsberichterstattung-2025/>

HAW-Hamburg: Mental Health First Aid. (o. J.). Abgerufen 5. März 2026, von <https://www.haw-hamburg.de/campus/unsere-angebote/mhfa/>

Helfferrich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875–892). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55

Hoffmann, J. (2023, Juni 28). Ein Drittel der Studierenden ist Burnout-gefährdet. *Wir Techniker*. <https://wirtechniker.production.tkd-acn.de/2023/06/28/ein-drittel-der-studierenden-ist-burnout-gefaehrdet/>

International MHFA Programs. (o. J.). *Mental Health First Aid International*. Abgerufen 4. März 2026, von <https://mhfainternational.org/international-mental-health-first-aid-programs/>

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 recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). Health literacy. In K. Heggenhougen & S. Quah (Hrsg.). *International Encyclopedia of Public Health* (3. Aufl., S. 204–211). Elsevier.

<https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00633-X> (Ursprünglich erschienen Academic Press)

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental Health First aid Training: Review of Evaluation Studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2008). Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x>

Koinzer, C., Hirsch, K., Richter, E. P., & Berth, H. (2022). Psychische Gesundheit von Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(2), 178–184. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00846-9>

Leiner, D. J. (2024). SoSci Survey (Version 3.5.02) [Software]. <https://www.soscisurvey.de>

Li, L., Ma, X., Wu, Z., Xie, C., & Li, Y. (2025). Mental health first aid training and assessment for healthcare professionals and medical nursing students: A systematic review. *BMC Psychology*, 13(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02519-0>

Lippke, S., & Ziegelmann, J. P. (2006). Understanding and Modeling Health Behavior: The Multi-Stage Model of Health Behavior Change. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/1359105306058845>

Lipson, S. K., Speer, N., Brunwasser, S., Hahn, E., & Eisenberg, D. (2014). Gatekeeper Training and Access to Mental Health Care at Universities and Colleges. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 612–619. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.009>

Loerbroks, K., & Schäfer, M. (2013). Implikationen für die Hochschule: Qualifizierungsbedarfe, Barrieren und Anreize, Zukunft von Hochschule. Ergebnisse einer ExpertInnenbefragung im Sozial- und Gesundheitswesen. In T. Ayan (Hrsg.), *Einsteigen, Umsteigen, Aufsteigen: Personenbezogene und strukturelle Rahmenbedingungen für Berufe und Bildungschancen im Sozial- und Gesundheitssektor* (S. 147–189). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24716-4_5

Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343>

Mayring, P., & Fenzl, T. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 691–706). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_43

Mental Health First Aid training evaluation -Baljinder Heer, NHS Islington 2010. (o. J.). Abgerufen 20. September 2025, von https://mhfaengland.org/mhfa-centre/research-and-evaluation/nhs-islington/NHS_Islington_-_MHFA_evaluation_-_2nd_stage_report_final.pdf?utm_source=chatgpt.com

MHFA Program Evaluations. (o. J.). *Mental Health First Aid International*. Abgerufen 4. März 2026, von <https://mhfainternational.org/mhfa-program-evaluations/>

mhfa-ersthelfer.de. (o. J.). *Guidelines*. Abgerufen 13. März 2026, von <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/Guidelines/>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. (o. J.).

Pfeiffer, S., Dobener, L.-M., & Durlach, F. (2025). *Hürden überwinden, Hilfen finden: Barrieren und Unterstützungsfaktoren für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen*. Kohlhammer Verlag.

Pfeiffer, S., & In-Albon, T. (2023). Gender specificity of self-stigma, public stigma, and help-seeking sources of mental disorders in youths. *Stigma and Health*, 8(1), 124–132. <https://doi.org/10.1037/sah0000366>

Psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland: Neuer Forschungsverbund untersucht Risiken und stärkt Resilienz. (2026, Januar 13). <https://www.umh.de/news/psychische-gesundheit-von-studierenden-in-deutschland-neuer-forschungsverbund-untersucht-risiken-und-staerkt-resilienz>

Rattner, B. (2019). *Die Gesundheitskompetenz von Menschen in der Pflegeausbildung: Impulse für mehr Handlungskompetenz = Health literacy of humans in nursing education: impulses for more competence to act: impulses for more competence to act / Birgit Rattner*. <http://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/3466373>

Reinhardt, F., Tesarz, J., & Maatouk, I. (2025). Resilienz als integraler Bestandteil der internistischen Handlungskompetenz. *Die Innere Medizin*, 66(4), 350–359. <https://doi.org/10.1007/s00108-024-01830-z>

Rose, T., Leitch, J., Collins, K. S., Frey, J. J., & Osteen, P. J. (2019). Effectiveness of Youth Mental Health First Aid USA for Social Work Students. *Research on Social Work Practice*, 29(3), 291–302. <https://doi.org/10.1177/1049731517729039>

Russell, S., Kelly, V., Polman, R., & Warren-James, M. (2023). The Effectiveness of Online Mental Health First Aid Training in Community Rugby: A Mixed-Methods Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5391. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075391>

Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>

Schick, A., Henn, C., Send, T. S., Maltese, S., Deuschle, M., & Reininghaus, U. (2025). Initial effects of Mental Health First Aid training on mental health literacy, social distance, stigma, mental health, and quality of life in the German adult population—Findings from a pilot study. *European Psychiatry: The Journal of the*

Association of European Psychiatrists, 68(1), e164.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10114>

Techniker Krankenkasse. (2025, November 26). *TK-Stressreport 2025 | Die Techniker—Presse & Politik*. Die Techniker.
<https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/stressreport-2025-2206714>

Treptow, R., & Faas, S. (2015). Methode und Kompetenz. Strategien der Ungewissheitsreduktion und der Gewinnung von Handlungssicherheit. In E. Bolay, A. Iser, & M. Weinhardt (Hrsg.), *Methodisch Handeln – Beiträge zu Maja Heiners Impulsen zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit* (S. 163–175). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09729-5_12

WHO. (2022, Juni 16). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Anhang 2: Fragen Sosci Survey (Stichprobenbeschreibung, bis Frage 9)

Anhang 3: Soziodemografische Daten der Stichprobe – Ergebnisse

Anhang 4: Kontextuale Angaben zu befragten Studierenden

Anhang 5: Praktische Methoden der Anwendung von MHFA

Anhang 6: Erleichternde Faktoren für die Anwendung von MHFA im Hochschulkontext

Anhang 7: Vergleichende Übersicht Benannter Barriere (subjektiv)

Anhang 1: Interviewleitfaden

Begrüßung & Hinweise zum Ablauf

Dauer von Interview: ca. 45–60 Minuten. Vor Gesprächsbeginn wird der Zweck kurz erklärt, Einverständnis zur Audio-Aufnahme eingeholt, Anonymität und Datenschutz zugesichert.

Kurze Einstiegsfragen (max. 3 Min), wie:

- Vorstellung (gegenseitig): Studiengang, Semester, Alter, Zeitraum der Teilnahme am MHFA-Kurs
 - Wie war Dein Tag bisher? Bist Du nun bereit am Interview teilzunehmen?
-

Forschungsfrage 1

Ziel: subjektive Einschätzung von Nutzen, Veränderungen in Wissen, Haltung und Handlungssicherheit.

1. Wie würdest Du in eigenen Worten den MHFA-Kurs beschreiben?
2. Was war für Dich das Wichtigste bzw. das Nützlichste am MHFA-Kurs?
3. Hast Du das Gefühl, dass sich Dein Wissen über psychische Probleme verändert hat? Wenn ja — inwiefern?
4. Kannst Du konkrete Beispiele nennen, was sich bei Dir verändert hat durch den MHFA-Kurs? (z. B. Erkennen von Symptomen, Wissen über Hilfsangebote)
5. Wie hat sich Deine Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Problemen verändert (falls überhaupt)?
6. Welche Veränderungen hast Du bei Dir im Wissen, in Deiner Einstellung und in Deiner Handlungssicherheit bemerkt?
7. In welchen Situationen fühlst Du Dich sicher, in welchen unsicher?
8. Wie würdest Du Dein Selbstvertrauen/Deine Handlungssicherheit vor dem Kurs im Vergleich zu jetzt (nach dem Kurs) einschätzen?
9. Welche Inhalte oder Übungen haben Dir besonders geholfen, sicherer zu werden (z. B. Rollenspiele, Handlungspläne)?

Forschungsfrage 2

Ziel: Konkrete Umsetzung, Hürden und erleichternde Faktoren.

1. Kannst Du eine Situation beschreiben, in der Du MHFA-Kenntnisse angewendet hast? (Bitte möglichst genau schildern)
2. Was war die Situation? Welche Schritte hast Du unternommen? Wie kam das Gegenüber damit klar?
3. Wenn Du MHFA-Kenntnisse nicht angewendet hast, gab es Situationen, in denen Du es hättest anwenden können? Warum hast Du (nicht) eingegriffen?
4. Welche Faktoren erleichtern es Dir, das MHFA-Konzept anzuwenden (z. B. Vertrauen, Zeit, Umfeld, vorhandene Hilfeangebote)?
5. Welche Faktoren hindern Dich daran, das MHFA-Konzept anzuwenden (z. B. organisatorische/zeitliche Gründe, Angst vor beruflichen/sozialen Folgen)? (z. B. Unsicherheit, Angst, Rollenkonflikte, Sprachbarrieren)
6. Wie schätzt Du die Rolle von Peers, Dozierenden und Beratungsstellen ein? Unterstützen sie die Anwendung?
7. Hattest Du jemals das Gefühl, dass Deine Hilfe nicht willkommen war oder fehlinterpretiert wurde? Wie bist Du damit umgegangen?

Forschungsfrage 3

Ziel: Selbsteinschätzung zur Häufigkeit, den Kontexten und der Sichtbarkeit von MHFA.

1. In welchen Settings hast Du das MHFA-Konzept angewendet (HAW/Uni, WG, Freizeit, Sportverein)?
2. Wie sichtbar ist MHFA Deiner Meinung nach an der HAW Hamburg?
3. Was meinst Du, wie viel Prozent der Studierenden kennen das Angebot bzw. die Helfer*innen? Was sind Deiner Meinung nach gute „Werbung“ und Infoveranstaltungen?
4. Welche Lernmethoden und Wiederholungen des im Kurs Gelernten fändest du sinnvoll (z. B. WhatsApp-Gruppe, Workshops)?
5. Würdest Du MHFA weiterempfehlen? Warum/warum nicht?

Abschlussfragen (3 Min.)

1. Welche Ergänzungen hast Du? Wurde etwas Wichtiges noch nicht angesprochen?
2. Möchtest Du nach Abschluss der Studie ein kurzes Ergebnis-Feedback erhalten? (Ja/Nein)

Verabschiedung: Danke. Nochmals Datenschutz und Anonymität bestätigen.

Instruktion & Datenschutzhinweis & Durchführung (Online-Befragung)

Instruktion zur MHFA-Training-Evaluation

Herzlich willkommen und vielen Dank für Deine Teilnahme!

Mit dieser Befragung möchte ich die Wirkung des MHFA-Ersthelfertrainings für psychische Gesundheit untersuchen. Ziel der Erhebung ist es herauszufinden, wie Teilnehmende den Kurs erlebt haben, wie sie das Gelernte anwenden und welche Veränderungen sich im Wissen, in den Einstellungen und in der Selbstwirksamkeit zeigen.

Deine Angaben helfen mir dabei, besser zu verstehen, wie MHFA-Schulungen im Hochschulkontext wirken und wo es möglicherweise Verbesserungsbedarf gibt.

Ablauf der Befragung

Die Befragung dauert etwa 10–15 Minuten.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – wichtig ist, was Du persönlich denkst und erlebt hast.

Bitte beantworte alle Fragen ehrlich und spontan.

Einige Fragen beziehen sich speziell auf den MHFA-Kurs, andere auf allgemeine Einstellungen und Erfahrungen.

Datenschutzhinweis

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Die Daten werden anonym erhoben und ausgewertet – es ist kein Rückschluss auf Deine Person möglich.

Die Teilnahme ist freiwillig. Du kannst die Befragung jederzeit abbrechen, ohne dass Dir daraus Nachteile entstehen.

Mit dem Absenden des Fragebogens erklärst Du Dich mit der anonymen Verarbeitung Deiner Angaben zu Forschungszwecken einverstanden.

Kontakt

Bei Fragen zur Studie kannst Du mich gerne kontaktieren:

Abschluss der Befragung

Herzlichen Dank, dass Du Dir Zeit für die Teilnahme genommen hast!

Deine Antworten sind ein wertvoller Beitrag für meine Untersuchung zur Wirkung des MHFA-Ersthelfertrainings für psychische Gesundheit.

Mit Deinen Angaben hilfst Du mir, besser zu verstehen, wie Teilnehmende das Training erleben und wie sich das Wissen und die Anwendung im Alltag auswirken.

Wenn Du möchtest, kannst Du mir gern eine kurze Nachricht schreiben, falls Du Fragen oder Anmerkungen zur Befragung hast.

Anhang 2: Fragen Sosci Survey (Stichprobenbeschreibung, bis Frage 9)

MHFA training evaluation, Fragebogen:

Demografie:

Studiengang: In welchem Studiengang bist Du aktuell eingeschrieben oder hast Du Dein Studium abgeschlossen?

Semester (inkl. Absolventen): In welchem Semester befindest Du Dich derzeit? Falls Du Dein Studium bereits abgeschlossen hast, wähle bitte „Absolvent*in“

1.–2. Semester

3.–4. Semester

5.–6. Semester

7 Semester oder höher

Absolvent*in

Alter (in Jahren): Wie alt bist Du (in Jahren)?

Geschlecht: Welchem Geschlecht ordnest Du Dich zu?

Weiblich

Männlich

Divers

Möchte ich nicht angeben

Wann hast Du den MHFA-Kurs absolviert?

Vor:

0 – 3 Monate

4 – 6 Monate

7 - 12 Monate

Vor mehr als einem Jahr

Was war Dein Grund, um MHFA-Kurs zu besuchen? (Mehrfachauswahl)

Allgemeines Interesse

Persönliche mentale Gesundheit

Um meiner Familie, Freunden zu helfen

Engagement für die Hochschule

Für die zukünftige Tätigkeit

Sonstiges (Bitte angeben):

Hast Du Deine MHFA-Kenntnisse angewendet, um jemanden zu helfen?

Ja

Nein

Wie häufig hast Du die MHFA- Kenntnisse angewendet?

Noch nie

Einmal

Zwei- bis dreimal

Vier- bis fünfmal

Mehr als fünfmal

Ich kann mich nicht erinnern

Wem hast Du geholfen? Mehrfachauswahl ist möglich.

Partner: in

Familienmitglied oder Freunden

Student: innen an der Hochschule

Nachbar:in

Unbekannte Person

Selbsthilfe

Sonstiges (Bitte angeben)

Welche Art der Unterstützung hast Du angeboten? Mehrfachauswahl ist möglich

Zuhören und Verständnis zeigen

Offenes Gespräch über psychische Belastung geführt

Informationen zu Hilfsangeboten oder Beratungsstellen weitergegeben

Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu professioneller Hilfe (z. B. Hausarzt, psychologische Beratung)

Begleitung zu einem Hilfsangebot oder Termin

Eigene Erfahrungen geteilt

Emotionale Unterstützung / Beruhigung

Praktische Hilfe im Alltag (z. B. Studentischen Alltag organisieren)

Sonstiges (bitte angeben):

In welchen Settings hast Du das MHFA-Konzept angewendet? Mehrfachauswahl ist möglich.

HAW/Uni

WG

Freizeit

Sportverein

Privat

Sonstiges (Bitte angeben)

Skalen:

Überhaupt nicht

Wenig

Teilweise

Weitgehend

Vollständig erreicht

Wusste ich bereits vor MHFA

Anhang 3: Soziodemografische Daten der Stichprobe – Ergebnisse

Demographische Angaben:

CASE	D101_01	D102	D103_01
Interview-Nummer (fortlaufend)	Studiengang: Studiengang	Semester	Alter (in Jahren)
	6 Ökotrophologie	7. Semester oder höher	27
	7 Kommunikationsdesign	7. Semester oder höher	22
	8 HAW, Medien & Kommunikation	7. Semester oder höher	24
	9 Soziale Arbeit	7. Semester oder höher	26
#	Angewandte Informatik	7. Semester oder höher	25
#	Elektrotechnik	7. Semester oder höher	25
#	B.Eng Flugzeugbau	Absolvent*in	24
#	Gesundheitswissenschaften	5.–6. Semester	23

D104	K101	K103	K104	
Geschlecht	Absolviert	Anwendung	Häufigkeit	g
Männlich	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Zwei- bis dreimal	1
Divers	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Zwei- bis dreimal	1
Weiblich	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Vier- bis fünfmal	1
Möchte ich nicht angeben	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Zwei- bis dreimal	1
Männlich	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Mehr als fünfmal	1
Männlich	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Zwei- bis dreimal	1
Männlich	Vor mehr als einem Jahr	Ja	Vier- bis fünfmal	1
Weiblich	7 - 12 Monate	Ja	Einmal	1

Angaben zur Motivation:

K102_01	K102_02 Grund: Persönliche mentale Gesundheit	K102_03 Grund: Um meiner Familie, Freunden zu helfen	K102_04 Grund: Engagement für die Hochschule	K102_05 Grund: Für die zukünftige Tätigkeit	K102_06 Grund: Sonstiges (Bitte angeben)
ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	ausgewählt	nicht gewählt
ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt
ausgewählt	ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	nicht gewählt
ausgewählt	nicht gewählt	ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt
ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	ausgewählt
ausgewählt	ausgewählt	ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt
ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt
nicht gewählt	nicht gewählt	ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt
ausgewählt	ausgewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	nicht gewählt	nicht gewählt

Anhang 4: Kontextuale Angaben zu befragten Studierenden

Interview w	Studienphase / Status	Zeitpunkt MHFA	Fachlicher / beruflicher Hintergrund	Persönliche Erfahrungen / Motivation	Kontextuelle Einordnung
Interview w 1	Ende des Studiums (Bachelorarbeit kurz vor Abgabe)	ca. 2022 (erste Kohorte)	Interesse an (klassischer) Erster Hilfe	Starkes persönliches Interesse	Frühe Teilnahme + hohe Motivation → potenziell reflektierte Perspektive
Interview w 2	Vorletztes Semester (Soziale Arbeit)	ca. vor 2 Jahren	Tätigkeit in Jugendhilfe & Suizidpräventio n	Berufliche Nähe zu psychischer Gesundheit	Hohe Vorerfahrung → hohe Anschlussfähigkeit & Anwendungskompeten z
Interview w 3	nicht spezifiziert	ca. vor 2 Jahren	keine weiteren Angaben	keine expliziten Angaben	Zeitliche Distanz → mögliche Abschwächung der Erinnerung

Interview 4	fortgeschrittenes Studium / Übergang Abschluss	über Peer-to-Peer zur MHFA-Ausbildung	Engagement in Beratung & Hochschule	Eigene gesundheitliche Erfahrungen	Kombination aus persönlicher Betroffenheit + institutioneller Einbindung
Interview 5	nicht spezifiziert	nicht spezifiziert	keine formale Tätigkeit genannt	Erfahrungen mit psychischen Themen seit Kindheit	Starke persönliche Betroffenheit → hoher Zugang zum Thema
Interview 7	nicht spezifiziert	vor ca. 3 Jahren	keine weiteren Angaben	keine expliziten Angaben	Längere Zeit seit Schulung → Einfluss auf Anwendung möglich

Anhang 5: Praktische Methoden der Anwendung von MHFA

Tool / Methode	Beschreibung der Anwendung	Kontext (Beispiele)	Nennungen (qualitativ zusammengefasst)
ROGER-Prinzip	Aktives Zuhören, Empathie, nicht-direktives Vorgehen	Gespräche im Freundeskreis, Prüfungsangst	mehrfach explizit erwähnt
5-4-3-2-1-Methode	Sensorische Orientierung zur Beruhigung	Panikattacke im Hochschulkontext	einzelne konkrete Anwendung
Atemübungen	Strukturierte Atemanleitung zur Beruhigung	Akute Krisensituationen (Panikattacke)	mehrfach implizit
Aktives Zuhören	Offenes Ohr, Raum geben, nicht unterbrechen	alle Kontexte (Freunde, Uni, Familie)	sehr häufig

Offene Gesprächsführung	Bedürfnisorientiertes Nachfragen („Was brauchst du?“)	Freundeskreis, Hochschule	häufig
Empathisches Verhalten (verbal & nonverbal)	Ruhige Stimme, Präsenz zeigen, Validierung	Krisensituationen	häufig
Bedarfsklärung	Einschätzen, ob Hilfe notwendig ist oder nicht	v. a. bei Unsicherheiten	mehrfach
Nicht-Übergriffigkeit	Zurückhaltung, wenn keine Hilfe gewünscht ist,	reflektierte Anwendung	mehrfach
Weitervermittlung / Ressourcenorientierung	Verweis auf Beratungsstellen, Ärzt*innen, Angebote	Hochschule, Familie	häufig
Normalisierung / Entlastung	Einordnen von Stress („das ist normal“)	Prüfungsphasen, Überforderung	mehrfach
Proaktive Ansprache	Aktiv auf Personen zugehen	Hochschule (z. B. Mensa-Situation)	vereinzelt
Einbindung Dritter	Andere gezielt um Hilfe bitten	akute Krisensituation	vereinzelt
Selbstoffenbarung / Erfahrung teilen	Eigene Erfahrungen einbringen	Freundeskreis	vereinzelt
Digitale Ressourcen	YouTube, Apps, Informationsangebote	Prüfungsangst	vereinzelt

Anhang 6: Erleichternde Faktoren für die Anwendung von MHFA im Hochschulkontext

--	--	--	--	--

Hauptdimension	Konkretisierter Faktor	Beschreibung / inhaltliche Verdichtung	Typische Beispiele aus den Interviews	Interviews
Individuelle Ressourcen	Fachwissen & MHFA-Kompetenzen	Erlerntes Wissen und Handlungsschema ta erleichtern Einschätzung und Intervention	„mein Wissen erleichtert mir das enorm“	I2, I5
	Eigene psychische Stabilität	Eigene Ressourcen und Belastbarkeit als Voraussetzung für Hilfeleistung	„, wenn es mir selbst gut geht... dann kann ich helfen“	I1, I4
	Persönliche Erfahrungen & Hintergrund	Eigene Erfahrungen mit psychischer Gesundheit fördern Empathie und Handlungssicherheit	Erfahrung mit Krisen, Beratungskontexten	I2, I5
	Persönlichkeitsmerkmale	Offenheit, Empathie, Zurückhaltung, nicht wertendes Verhalten	„nicht vorschnell urteilen“, „Verständnis zeigen“	I5
Soziales Umfeld	Unterstützendes soziales Netzwerk	Verständnisvolles Umfeld stärkt Handlungssicherheit und Bereitschaft zur Hilfe	Freunde, Familie, Kommiliton*innen	I5
	Vertrauensbasis	Vorhandene Beziehung erleichtert Gespräche und Öffnung	„Mindestmaß an vertraulicher Atmosphäre“	I5

Strukturelle Unterstützungsangebote	Niedrigschwellige Beratungsangebote	Leichter Zugang ohne formale Hürden fördert Weitervermittlung	spontane Termine, keine Krankenkasse nötig	I3
	Hochschulinterne Angebote	Vielfalt an Unterstützungsstrukturen erleichtert Weiterverweisung	Beratungsstellen, Studienberatung	I2, I4
	Peer-to-Peer-Angebote	Beratung durch Gleichaltrige als besonders zugänglich und nahbar	„Peers können besser nachfühlen“	I2, I3
	Spezifische Programme & Workshops	Ergänzende Angebote fördern Wissen und Resilienz	CamPuls, Workshops	I2
	Unterstützung durch Lehrende	Verständnisvolle Dozierende erleichtern Offenheit und Handlungsspielräume	Rücksichtnahme, Hinweise auf Hilfsangebote	I1, I2, I7
Rahmenbedingungen der Situation	Ruhige, geschützte Umgebung	Ungestörter Raum fördert Gesprächsqualität und Vertrauen	„ruhiger Raum“, „private Atmosphäre“	I2, I7
	Zeit Vorbereitung &	Möglichkeit zur Vorbereitung erhöht Handlungssicherheit	Nachschlagen von Materialien	I3

	Niedrige Gefährdungslage	Eigene Sicherheit als Voraussetzung für Intervention	keine Selbstgefährdung	I4
Handlungsbezogene Faktoren	Verfügbarkeit von Anlaufstellen	Wissen über konkrete Hilfsangebote erleichtert Weitervermittlung	„viele Anlaufstellen kennen“	I2, I4
	Proaktive Ansprache	Fähigkeit, sensibel Gespräche zu initiieren	vorsichtiges Nachfragen, Offenheit signalisieren	I5
	„Nudging“ & Sensibilisierung	Kleine Impulse helfen, Betroffene zur Hilfe zu bewegen	Hinweise, Plakate, Gespräche	I4
Systemische Perspektive	Vernetzung von Angeboten	Zusammenspiel verschiedener Angebote erhöht Wirksamkeit	Kombination Beratung, Peer, Programme	I2, I4
	Sichtbarkeit & Vertrauen	Wahrnehmung und Glaubwürdigkeit der Angebote beeinflussen Nutzung	Bedarf an mehr Sichtbarkeit	I1, I7
	Zugänglichkeit für diverse Gruppen	Sprachliche und kulturelle Barrieren beeinflussen Nutzung	internationale Studierende	I7

Anhang 7: Vergleichende Übersicht Benannter Barriere (subjektiv)

Barriere-Typ	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7
Handlungsunsicherheit	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Selbstschutz/Sicherheitsbedenken	✓			✓	✓	
Ressourcenmangel	✓		✓			✓
Rollen-/Beziehungskonflikte	✓		✓	✓	✓	
Diffusion von Verantwortung	✓					
Strukturelle Barrieren	✓	✓		✓		✓
Kommunikationsbarrieren						✓
Programmbezogene Barrieren	✓	✓				✓
Barrieren auf Seiten Betroffener				✓		

Eigenständigkeitserklärung

Das Literaturverzeichnis wurde erstellt mit Zotero erstellt. Englischsprachige Literatur wurde mit einer kostenlosen Version von DeepL Übersetzer übersetzt.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel ohne Nutzung einer KI-Software wie z.B. ChatGPT angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht. Die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Hamburg, den 25.03.2026

Orlova Yevheniia



Name

Unterschrift