

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Stress und psychische Gesundheit bei Studierenden in
Österreich mit Fokus auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit
und Studium

verfasst von | submitted by
Patricia Burgstaller BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Urs Markus Nater

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und theoretischer Hintergrund.....	5
Unterscheidung zwischen psychischen Störungen und psychischen Syndromen	6
Psychischen Gesundheit von Studierenden	7
Entstehungsmodelle	10
Erwerbstätigkeit unter Studierenden.....	12
Auswirkungen der Erwerbstätigkeit auf das Studium	14
Auswirkungen der Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit.....	15
Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit	18
Resilienz und psychische Gesundheit.....	18
Praxisrelevanz und Forschungslücke	19
Fragestellungen / Hypothesen.....	20
Fragestellung 1.....	20
Fragestellung 2.....	20
Methode	21
Untersuchungsdesign	21
Operationalisierung.....	22
Vorgehen.....	26
Ergebnisse	27
Stichprobenbeschreibung.....	27
Deskriptive Statistik.....	31
Inferenzstatistische Analysen.....	36
Explorative Analysen.....	47
Diskussion.....	50
Stärken und Limitationen.....	53

Implikationen	54
Literaturverzeichnis	58
Abbildungsverzeichnis.....	67
Tabellenverzeichnis	67
Abkürzungsverzeichnis.....	69
Anhang.....	70

Einleitung und theoretischer Hintergrund

Die Studienzeit ist geprägt von diversen Veränderungen der Lebensrealität von Studierenden. Zusätzlich zu den Veränderungen stellt das Studium neue Anforderungen an junge Menschen. Durch diese Veränderungen und Anforderungen wird die Studienzeit als eine wichtige Phase im Leben wahrgenommen (Cordes et al., 2021; Campbell et al., 2022). Diese Zeit ist oft mit hohen Erwartungen an die eigene Person aber auch an die Studienzeit verbunden. Veränderungen entstehen in dieser Lebensphase beispielsweise dadurch, dass junge Menschen erstmals von zu Hause wegziehen und somit unabhängig leben. Außerdem erwerben sie neue soziale Netzwerke und sind teils mit finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert (Campbell et al., 2022). Diese Anforderungen können zur persönlichen Entwicklung beitragen und als positiv betrachtet werden. Die Veränderungen in einer neuen Entwicklungsphase können aber auch als belastend wahrgenommen werden und damit einen Risikofaktor für psychische Störungen darstellen (Cordes et al., 2021).

Während der Großteil der Studierenden in Europa keine Probleme in ihrer generellen Gesundheit aufweist, berichtet gleichzeitig mehr als ein Drittel der Studierenden von einem geringen Wohlbefinden (Cuppen et al., 2024). Neben dem geringen Wohlbefinden sind auch psychische Syndrome bei Studierenden weit verbreitet. So zeigt eine vorangegangene Erhebungswelle dieser Befragung aus dem Jahr 2020 / 2021 (Reitter et al., 2022), dass bei knapp drei Viertel der befragten Studierenden in Österreich mindestens ein psychisches Syndrom vorliegt (Reitter et al., 2022). Neben der weiten Verbreitung von psychischen Syndromen (Reitter et al., 2022) lässt sich in Österreich auch ein Anstieg von stressbedingten und / oder psychischen Beschwerden unter Studierenden beobachten (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2020).

Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit, die psychische Gesundheit von Studierenden in Österreich kontinuierlich zu erfassen. Denn umfassende Befragungen, welche die Gesundheit von Studierenden in den Fokus nehmen, haben noch keine lange Tradition. So lag der Fokus von Untersuchungen vor 20 Jahren primär auf den Aussagen von Studierenden, welche bereits Beratungsangebote angenommen haben (Gusy et al., 2024). Diese Masterarbeit möchte Studierende miteinschließen, die diese Angebote (noch) nicht nutzen und soll dadurch zu neuen Erkenntnissen beitragen. Da sich die Anforderungen und der Kontext ändern in dem Studierende in Österreich leben, ist es notwendig, die psychische Gesundheit und das Stressempfinden kontinuierlich zu erheben.

Ziel dieser vorliegenden Masterarbeit ist es, zu untersuchen, wie sich das Ausmaß an Erwerbstätigkeit und die Gründe dafür auf die psychische Gesundheit auswirken. Anhand des Diathese-Stress-Modells soll ermittelt werden, ob Resilienz und soziale Unterstützung auch in der Gruppe der Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit als protektive Faktoren fungieren.

Unterscheidung zwischen psychischen Störungen und psychischen Syndromen

Um psychische Störungen zu diagnostizieren, kommen international zwei zentrale Diagnosemanuale zum Einsatz (Endrass & Riesel, 2022). Zum einen wird das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5)* (American Psychiatric Association, 2013) und zum anderen das Kapitel 6 der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11)* angewendet (World Health Organization, 2022). Aktuell ist zusätzlich noch die ICD-10, die Vorgängerversion der ICD-11, in Verwendung. Denn in deutscher Sprache existiert bisher nur eine Entwurfsfassung der ICD-11 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

Für die Diagnose einer psychischen Störung ist es notwendig, dass eine Funktionsstörung in den Bereichen Entwicklung, Biologie, Psyche oder im Verhalten vorliegt (Wittchen et al., 2020). Diese Störungen sind mit Belastungen in wichtigen Lebensbereichen verbunden. Wichtige Lebensbereiche können beispielsweise soziale, berufliche, familiäre oder andere Kontexte sein (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022). Ein rein normabweichendes Verhalten oder Konflikte mit der Gesellschaft stellen nicht zwingend eine psychische Störung dar, wenn diese kein Symptom einer Funktionsstörung sind (Wittchen et al., 2020).

Sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 wird eine psychische Störung als Syndrom bezeichnet. Als Syndrom gilt das gemeinsame Auftreten von Symptomen (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022). Die vorliegende Masterarbeit erhebt psychische Syndrome anhand von Fragebögen, welche Symptome abfragen. Psychische Störungen können nicht anhand dieser Fragebögen diagnostiziert werden. Denn für eine Diagnose müssen zusätzlich zu den Symptomen, die Dauer, die Beeinträchtigungen und Ausschlusskriterien adäquat erhoben werden (Knappe & Wittchen, 2020). Psychische Syndrome sind somit nicht immer mit diagnostizierten psychischen Störungen gleichzusetzen. Auch in der vorliegenden Masterarbeit wird nur von psychischen Störungen berichtet, wenn diese diagnostiziert wurden, sonst wird der Begriff Syndrom verwendet.

Psychischen Gesundheit von Studierenden

Der Großteil der Studierenden in Österreich (73 %) berichtet von einem guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand. Gleichzeitig gibt jedoch ein Fünftel der Studierenden (20 %) an, dass das Wohlbefinden reduziert ist und knapp ein Viertel der Befragten (24 %) fühlt sich im Wohlbefinden deutlich eingeschränkt (Zucha et al., 2024). Europaweit berichten zwischen 37 % und 58 % der Studierenden von einem geringen Wohlbefinden (Cuppen et al., 2024). Auf Störungsebene ermittelten Auerbach und Kolleg*innen (2016) weltweit eine 12-Monatsprävalenz einer psychischen Störung von 20 % bei Studierenden. Dies deutet auf eine hohe psychische Belastung unter Studierenden hin (Auerbach et al., 2016). Eine vorherige Erhebungswelle dieser Befragung aus dem Jahr 2020 / 2021 (Reitter et al., 2022) zeigt, dass bei knapp drei Viertel der befragten Studierenden in Österreich (72 %) mindestens ein psychisches Syndrom vorliegt (Reitter et al., 2022). Dieser Wert liegt deutlich über dem Ergebnis einer vergleichbaren Untersuchung aus dem Jahr 2008. Dabei lag bei 23 % der Studierenden der Universität Mannheim mindestens ein psychisches Syndrom (ohne Alkoholsyndrom) vor (Bailer et al., 2008).

Neben der hohen Prävalenz von psychischen Störungen (Auerbach et al., 2016) und psychischen Syndromen (Reitter et al., 2022) zeigt sich, dass sich diese auch negativ auf das Studium auswirken können (Zucha et al., 2024). Daher zählen psychische Störungen zu den studienerschwerenden Beeinträchtigungen. In Österreich berichten 21 % der Studierenden an einer oder mehreren studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leiden. Personen mit psychischen Störungen (43 %) sind dabei die größte Gruppe an Personen mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen (Zucha et al., 2024). Die Anzahl an Personen mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen ist sowohl in Österreich (Zucha et al., 2024) als auch in Deutschland (Steinkühler et al., 2023) steigend. Innerhalb der Gruppe von Personen mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen wächst die Gruppe an Menschen mit psychischen Störungen (Steinkühler et al., 2023).

Der Anteil an Studierenden, welche sich aufgrund ihrer psychischen Störung stark im Studium beeinträchtigt fühlt, steigt an (Middendorff et al., 2017). Die Eurostudent-Umfrage (Cuppen et al., 2024) gibt einen näheren Einblick, von welchen studienlimitierenden psychischen Syndromen Studierende vermehrt berichten. Europaweit geben Studierende mit psychischen Syndromen besonders häufig an, von Depressionen und Ängsten betroffen zu sein. Am seltensten berichteten sie von Psychosen und Substanzabhängigkeiten. Ähnlich verhält sich die Verteilung von studienlimitierenden psychischen Syndromen in Österreich.

Zwei Drittel der Studierenden mit psychischen Syndromen (67 %) berichtet von Depressionen. Etwa die Hälfte (45 %) ist von Ängsten und ein Viertel (24 %) von der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen. Zirka ein Fünftel der Studierenden (17 %) gibt an, an Essstörungen und ein Zehntel an Persönlichkeitsstörungen (9 %) zu leiden. Von Substanzabhängigkeiten berichten 5 % und 2 % von Psychosen (Cuppen et al., 2024).

Zusätzlich zur weiten Verbreitung von psychischen Syndromen unter Studierenden zeigt eine österreichische Befragung einen deutlichen Anstieg von stressbedingten und / oder psychischen Beschwerden bei Studierenden im Vergleich zu früheren Erhebungen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2020). Dieser Anstieg ist sowohl in Österreich als auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten (Steinkühler et al., 2023; Cuppen et al., 2024). In den nächsten Abschnitten wird auf die am stärksten verbreiteten Syndrome und auch auf die für die Masterarbeit relevanten Konstrukte näher eingegangen.

Depressivität bei Studierenden

Depressivität zeichnet sich durch eine niedergeschlagene, depressive oder traurige Stimmung und einem Interessensverlust an nahezu allen Tätigkeiten und Aktivitäten, die einer Person normalerweise Freude machen, aus. Zusätzlich dazu treten Symptome wie Appetit- und / oder Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Energieverlust, Konzentrationsstörungen, Verlust des Selbstwertgefühls oder Schuldgefühle, Suizidgedanken oder -handlungen auf. Wenn mindestens fünf dieser Symptome mindestens zwei Wochen durchgängig oder an den meisten Tagen auftreten, spricht man von einem depressiven Syndrom (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020).

Depressive Syndrome sind weit verbreitet unter Studierenden (Cuppen et al., 2024). Bei Studierenden in Österreich zeigt sich, dass 35 % von depressiven Syndromen berichten (Reitter et al., 2022). Ein systematisches Review errechnete eine Prävalenz von depressiven Syndromen unter Studierenden von 31 % (Ibrahim et al., 2013). Außerdem geben 14 % der befragten Studierenden in Deutschland an, an depressiven Symptomen zu leiden (Wörfel et al., 2016). Untersuchungen deuten außerdem darauf hin, dass die Auftretenshäufigkeit von depressiven Symptomen bei Studierenden höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (Ibrahim et al., 2013) und in der Allgemeinbevölkerung der 18–29-Jährigen (Gusy et al., 2024). Auch in Österreich ist eine klinisch relevante depressive Symptomatik bei Studierenden weit verbreitet, wie in einer vorherigen Erhebungswelle aus dem Jahr 2020 /

2021 (Reitter et al., 2022) dieser vorliegenden Studie ermittelt werden konnte. Mehr als die Hälfte der befragten Studierenden (54 %) wies laut Selbstberichten eine klinisch relevante depressive Symptomatik auf (Reitter et al., 2022). Davon hatten 27 % der Studierenden Werte, welche für eine mittelstarke Major Depression sprechen. 17 % gaben Werte an, welche für eine ausgeprägte Major Depression sprechen und 10 % für eine schwere Major Depression (Reitter et al., 2022).

Ängstlichkeit bei Studierenden

Angst beschreibt die Erwartung von zukünftigen Bedrohungen. Sie ist mit Muskelanspannung sowie einer Wachsamkeit zur Vorbereitung auf eine zukünftige Gefahr verbunden. Dies resultiert in einem vorsichtigen und vermeidenden Verhalten (American Psychiatric Association, 2013). Das Vermeidungsverhalten ist im DSM-5 kein Diagnosemerkmal, jedoch bei Personen mit Angststörungen häufig zu beobachten. Bei Vermeidungsverhalten werden Situationen oder Gedanken, welche potenziell bedrohlich sein könnten, vermieden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020). Menschen mit Angststörungen erleben übermäßige Ängste, welche als schwer kontrollierbar erlebt werden und Verhaltensstörungen nachziehen (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022). Diese Ängste können sich dadurch unterscheiden, auf welche Objekte oder Situationen sie sich beziehen (American Psychiatric Association, 2013). Zusätzliche Symptome von Angststörungen sind Ruhelosigkeit, Erschöpfung, Schwierigkeiten bei der Konzentration, Irritierbarkeit, Muskelanspannung und Schlafstörungen. Diese Symptome müssen eine Unruhe auslösen und das Funktionieren in wichtigen Lebensbereichen einschränken (American Psychiatric Association, 2013).

Ängste sind unter Studierenden weit verbreitet. Eine Befragung an deutschen Studierenden zeigt, dass 16 % der befragten Teilnehmenden in den letzten beiden Wochen Angstsymptome erlebt haben (Wörfel et al., 2016). Unter Studierenden, welche von psychischen Belastungen berichten, gaben europaweit 71 % an, an Ängsten zu leiden. Österreichweit berichten 45 % der Studierenden mit psychischen Belastungen von Ängsten (Cuppen et al., 2024).

Stress von Studierenden

Stress gilt sowohl als eine körperliche als auch psychische Reaktion eines Menschen auf äußere Reize (Mainka-Riedel, 2013). Ein Stressor stellt den Auslöser von Stress dar, während die Stressreaktion die Auswirkung von Stress auf die psychische und körperliche Befindlichkeit ist. Das Resultat, ob ein Stressor eine Stressreaktion auslöst, ist eine komplexe

Interaktion von verschiedenen Faktoren. Ob ein Stressor als stressauslösend erlebt wird, hängt sowohl von objektiven Kennwerten eines Stressors (Intensität, Dauer, Häufigkeit) als auch von der subjektiven Einschätzung einer Person (Bewertung des Stressors und Bewältigungsmöglichkeiten, Erfahrungen, soziales Umfeld, Stresssensitivität) ab (Nater et al., 2020). Grundsätzlich kann eine kurzzeitige Aktivierung durch akuten Stress positiv und notwendig sein, um Leistung zu erbringen. Dieser positive Stress, welcher mit Anspannung und Entspannung verbunden ist, wird als *Eustress* bezeichnet. Anhaltender nicht bewältigbarer Stress wird *Distress* genannt und kann psychische Störungen begünstigen (Mainka-Riedel, 2013).

Distress spielt auch bei Studierenden eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung einer schlechten psychischen Gesundheit (Campbell et al., 2022). Neben der weiten Verbreitung von diversen psychischen Syndromen unter Studierenden (Eissler et al., 2020; Reitter et al., 2022; Auerbach et al., 2016) berichtet der Großteil der Studierenden auch von einem hohen Stresserleben (Sendatzki & Rathmann, 2022; Kroher et al., 2023; Alsaleem et al., 2021). Eine Untersuchung an deutschen Studierenden zeigt, dass 53 % der Studierenden von einem hohen Stresserleben betroffen sind (Herbst et al., 2016). Eine noch weitere Verbreitung von hohem Stresserleben konnte in einer aktuelleren Untersuchung bei 61 % der Studierenden in Österreich gefunden werden (Reitter et al., 2022).

Entstehungsmodelle

Entstehung von psychischen Störungen anhand des Diathese-Stress-Modells

Das Diathese-Stress-Modell oder auch bekannt als Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist Teil eines interaktionalen oder biopsychosozialen Ansatzes (Wittchen et al., 2020). Dieses Modell erklärt die Entstehung von psychischen Störungen durch ein Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren. Diese Faktoren können einen Einfluss auf die Auslösung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen haben. Die Bedeutung der unterschiedlichen Einflussfaktoren kann aber während der Lebensspanne variieren (Wittchen et al., 2020; Cohrdes et al., 2021). Das zentrale Element von interaktionalen Modellen wie dem Diathese-Stress-Modell ist, dass nicht davon ausgegangen wird, dass genetische Faktoren allein die Ursache für das Auftreten und den Verlauf einer psychischen Störung sind. Es wird vermutet, dass genetische Faktoren Indikatoren für eine erhöhte Vulnerabilität oder Diathese sein können.

Unter *Vulnerabilität / Diathese* wird die Anfälligkeit für psychische Störungen verstanden. Diese Anfälligkeit kann sowohl genetisch beeinflusst sein als auch erworben

werden, wobei meist eine Mischung aus beiden Aspekten vorliegt. Sie zeigt sich dadurch, wie eine Person auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene auf Anforderungen reagiert. Eine Vulnerabilität führt nicht zwingend zu einer psychischen Störung, kann aber dazu beitragen (Wittchen et al., 2020; Cohrdes et al., 2021).

Um eine psychische Störung zu entwickeln, benötigt es neben der Vulnerabilität eine Auslösesituation. *Stress / Exposition* beschreibt dabei alle Anforderungen, auf die eine Person eine Reaktion als Anpassung zeigen muss. Stressfaktoren können dabei verschieden operationalisiert werden, von kritischen Lebensereignissen bis hin zu subjektiven Belastungswahrnehmungen (Wittchen et al., 2020). Zu den kritischen Lebensereignissen kann auch die Studienzeit mit ihren neuen Anforderungen und Veränderungen zählen (Cohrdes et al., 2021; Campbell et al., 2022).

Ein weiterer Bestandteil des Modells ist die *Resilienz*. Resilienz ist ein dynamischer Prozess und bedeutet, dass sich Personen trotz ungünstiger Entwicklungsbedingungen positiv entwickeln können. Resiliente Menschen haben also die Fähigkeit, trotz Belastungen und ungünstigen Lebensereignissen proaktiv und adaptiv auf Einflussfaktoren zu reagieren. Es gelingt ihnen somit eine erfolgreiche Anpassung an Bedingungen trotz kritischer Lebensereignisse und trotz Vorhandensein von Risikofaktoren. Resilienz ist ein Wechselspiel aus Anforderungen der Umwelt und der Person und kann je nach Lebensbereich und Entwicklungsphase variieren (Wittchen et al., 2020).

Im Modell wird zwischen Schutz- und Risikofaktoren im Umgang mit Belastungen unterschieden. Während Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit eines negativen Ergebnisses erhöhen, senken Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit und schützen somit vor psychischen Störungen (Wittchen et al., 2020; Cohrdes et al., 2021). Risikofaktoren stehen in Zusammenhang mit der Entstehung einer Vulnerabilität und können einen verstärkenden Einfluss haben, ob eine psychische Störung ausgelöst wird. Zu den Schutzfaktoren zählt die Resilienz (Wittchen et al., 2020). Die erfolgreiche Bewältigung von belastenden Situationen kann durch individuelle Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale aber auch durch soziale Faktoren wie Bildung, Einkommen oder soziale Unterstützung beeinflusst werden. Das Risiko für eine psychische Störung kann durch positive individuelle und soziale Faktoren reduziert werden. Die psychologischen Schutzfaktoren beeinflussen, wie sich eine psychische Störung entwickelt (Cohrdes et al., 2021).

Entstehung von Stress nach dem transaktionalen Stressmodell

Lazarus und Folkman (1984) beschreiben im transaktionalen Stressmodell Stress als einen interaktiven Prozess. Im Mittelpunkt des Modells stehen die Gedanken und Bewertungen einer Person über die Situation. Diese sind entscheidend, ob ein Stressor als stressauslösend empfunden wird (Mainka-Riedel, 2013). Im Vordergrund steht mit den Bewertungen der Situation die psychologische Komponente (Nater et al., 2020). Denn Stress entsteht dann, wenn die Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten im Ungleichgewicht stehen (Mainka-Riedel, 2013).

Laut diesem Modell gibt es in jeder Situation zwei Bewertungen einer Person. In der *Primärbewertung* wird das Ausmaß der Bedrohung eingeschätzt und in der *Sekundärbewertung* die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien (Ehlert, 2020). Zu Beginn wird in der Primärbewertung die Situation entweder als irrelevant, positiv oder stressauslösend eingeschätzt. Danach wird die Situation in eine der drei stressrelevanten Bedingungen eingeteilt. Die stressrelevanten Bedingungen sind die Schädigung, die Bedrohung und die Herausforderung. Die Schädigung bezeichnet eine schon eingetretene Belastung. Eine Bedrohung zeigt sich, wenn eine Person ihre Ressourcen, als nicht genügend einschätzt, um die Anforderungen einer Situation zu bewältigen. Eine Herausforderung ist es dann, wenn eine Person davon überzeugt ist, unter besonderem Aufwand einer Anforderung gewachsen zu sein. In der Sekundärbewertung wird abgeschätzt, ob ausreichend Ressourcen vorhanden sind, um den Stress zu bewältigen und welche Konsequenzen damit erfolgen (Nater et al., 2020). Diese Bewertungsprozesse führen zu Kognitionen wie automatischen Gedanken, Annahmen und Einstellungen. Durch diese Kognitionen werden wiederum Emotionen, physiologische Vorgänge und schließlich auch das Verhalten ausgelöst. Je nach Konsequenzen des gezeigten Verhaltens kann es danach zu einer Neubewertung der Situation kommen (Ehlert, 2020).

Erwerbstätigkeit unter Studierenden

Neben den hohen Prävalenzraten von psychischen Syndromen zeigen neue Untersuchungen, dass sowohl die Gruppe an erwerbstätigen Studierenden (Hauschildt et al., 2024) als auch stressbedingte und / oder psychische Beschwerden ansteigen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2020). Denn neben dem Studium zu arbeiten, gehört für einen Großteil der Studierenden zum Alltag auch während der Vorlesungszeit (Middendorff et al., 2017; Kroher et al., 2023). In Österreich waren im Sommersemester 2019 65 % der Studierenden berufstätig (Bundesministerium für Bildung,

Wissenschaft und Forschung, 2020; Unger et al., 2020). In der neuesten Sozialerhebung ist ein Anstieg der Erwerbstätigkeit unter Studierenden auf 69 % im Sommersemester 2023 beobachtbar (Zucha et al., 2024). Damit ist die Erwerbstätigkeit von Studierenden in Österreich höher als der europaweite Durchschnitt. Denn europaweit sind 59 % der Studierenden erwerbstätig mit einer steigenden Tendenz (Hauschildt et al., 2024; Middendorff et al., 2017).

Das durchschnittliche Stundenausmaß erwerbstätiger Studierender liegt in Österreich bei 21 Stunden pro Woche (Zucha et al., 2024). In fast allen europäischen Staaten sind Frauen häufiger erwerbstätig als Männer (Hauschildt et al., 2024; Middendorff et al., 2017). Männliche Studierende gehen jedoch häufiger einer Erwerbstätigkeit mit einem höheren Stundenausmaß nach und verfügen über ein höheres Einkommen (Hauschildt et al., 2024). Neben den Geschlechtsunterschieden ist aus vorangegangenen Untersuchungen ersichtlich, dass überdurchschnittlich viele Studierende aus einem nicht-akademischen Elternhaus neben dem Studium erwerbstätig sind (Middendorff et al., 2017).

Gründe für Erwerbstätigkeit unter Studierenden

Die Gründe für eine Erwerbstätigkeit von Studierenden sind vielfältig. Europaweit ist der Hauptgrund für eine Erwerbstätigkeit neben dem Studium, die Finanzierung des Lebensunterhaltes, gefolgt von der Motivation, sich zusätzliche Dinge zu leisten. Über zwei Drittel der erwerbstätigen Studierenden in Europa (70 %) geben an, neben dem Studium zu arbeiten, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren. In etwa zwei Drittel (69 %) wollen sich durch die Erwerbstätigkeit zusätzliche Bedürfnisse erfüllen. Sechs von zehn Studierenden (59 %) gehen einer Erwerbstätigkeit nach, um Berufserfahrung zu sammeln. Knapp die Hälfte (48 %) arbeitet, um sich das Studium zu finanzieren und ein Viertel (26 %), um Andere zu unterstützen (Hauschildt et al., 2024).

In Deutschland arbeiten weniger Studierende, um den Lebensunterhalt zu finanzieren. Der Hauptgrund einer Erwerbstätigkeit ist, dass sie mehr Geld zur Verfügung haben wollen, um sich zusätzliche Dinge leisten zu können. Das Bedürfnis nach einer Unabhängigkeit von den Eltern steht an zweiter Stelle als Grund für die Erwerbstätigkeit unter Studierenden. Zu erwähnen ist, dass trotzdem mehr als die Hälfte der Studierenden mit Erwerbstätigkeit (59 %) auf diese angewiesen ist, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren (Middendorff et al., 2017). Im Vergleich zu den Studierenden, die bis zu fünf Stunden pro Woche erwerbstätig sind, berichten diejenigen, die mehr als 20 Stunden pro Woche arbeiten, häufiger, dass sie arbeiten, um ihren Lebensunterhalt und ihr Studium zu finanzieren (Hauschildt et al., 2024).

Studierende aus einem nicht-akademischen Elternhaus geben überdurchschnittlich häufig an, dass die Erwerbstätigkeit notwendig für den Lebensunterhalt ist (Middendorff et al., 2017).

Laut Steinkühler und Kolleg*innen (2023) werden die Gründe weshalb Studierende einer Erwerbstätigkeit nachgehen dahingehend beeinflusst, ob eine studienerschwerende Beeinträchtigung vorliegt oder nicht. Zu studienerschwerenden Beeinträchtigungen zählen psychische Störungen, Behinderungen oder chronische Erkrankungen. Für beide Gruppen (Menschen mit und ohne studienerschwerende Beeinträchtigung) ist die Finanzierung des Lebensunterhalts wichtig. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass Studierende mit einer studienerschwerenden Beeinträchtigung häufiger angeben, dass sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen, aus der Notwendigkeit ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Mehr als zwei Drittel der Personen mit einer studienerschwerenden Beeinträchtigung (68 %) stimmt zu, dass es neben dem Studium arbeitet, um sich ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Im Vergleich dazu stimmt etwas mehr als die Hälfte der Studierenden ohne eine studienerschwerende Beeinträchtigung (56 %) dieser Aussage zu. Außerdem geben Studierende ohne studienerschwerende Beeinträchtigung häufiger an erwerbstätig zu sein, um praktische Erfahrungen zu sammeln und um sich Zusätzliches leisten können als Studierende mit studienerschwerender Beeinträchtigung (Steinkühler et al., 2023). Diese Daten geben einen Hinweis darauf, dass Menschen mit studienerschwerender Beeinträchtigung wie einer psychischen Störung häufiger auf eine Erwerbstätigkeit angewiesen sind, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren.

Auswirkungen der Erwerbstätigkeit auf das Studium

Frühere und aktuelle Untersuchungen zeigen, dass das Arbeitspensum durch die Kombination von Studium und Erwerbstätigkeit steigt (Unger et al., 2020; Zucha et al., 2024). So wenden nichterwerbstätige Studierende durchschnittlich 37 Wochenstunden für das Studium auf, während erwerbstätige Studierende einen Gesamtaufwand von Studium und Erwerbstätigkeit von durchschnittlich 49 Stunden pro Woche angeben. Wie die Erwerbstätigkeit an sich, sind auch die Vereinbarkeitsprobleme im Vergleich zu der Vorgängerstudie gestiegen (Zucha et al., 2024). Diese Vereinbarkeitsprobleme von Studium und Erwerbstätigkeit äußern sich dadurch, dass sich rund die Hälfte der erwerbstätigen Studierenden (49 %) durch diese sehr belastet fühlt (Friesenbichler & Oppenauer, 2022). Gleichzeitig steht an zweiter Stelle an Stressursachen nach Prüfungen die Mehrfachbelastung durch Erwerbstätigkeit und Studium (Meyer et al., 2023). Aufgrund von dieser Mehrfachbelastung geben 9 % der Studierenden an, ernsthaft darüber nachzudenken, das

Studium abzubrechen (Hauschildt et al., 2024). Es zeigt sich, dass eine Erwerbstätigkeit neben dem Studium einen negativen Effekt auf den akademischen Erfolg hat (Lessky & Unger, 2023).

Ein Viertel der Studierenden in Österreich (25 %) gibt an, vorrangig erwerbstätig zu sein und nebenbei zu studieren (Zucha et al., 2024). Jedoch sind die meisten Studiengänge in Deutschland (ähnlich wie in Österreich) als Vollzeitstudien konzipiert (Middendorff et al., 2017), obwohl der Großteil der Studierenden erwerbstätig ist (Zucha et al., 2024).

Teilzeitstudierende sind häufiger erwerbstätig als Vollzeitstudierende, unabhängig davon, ob sie in einem Teilzeitstudiengang oder in einem Vollzeitstudiengang inskribiert sind (Kroher et al., 2023). Das führt dazu, dass die Anzahl der de facto Vollzeit-Studierenden abnimmt und die Anzahl der de facto Teilzeit-Studierenden zunimmt. De facto Teilzeit-Studierende investieren trotz der Absolvierung eines Vollzeitstudiums weniger Wochenstunden für das Studium (Middendorff et al., 2017). Durch den hohen Gesamtaufwand wünschen sich 37 % der erwerbstätigen Studierenden das Ausmaß ihrer Erwerbstätigkeit zugunsten ihres Studiums zu reduzieren (Zucha et al., 2024). Denn es zeigt sich, dass Studierende, welche mehr als 20 Stunden arbeiten, häufiger das Studium abbrechen als Studierende, welche keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (Hauschildt et al., 2024).

Auswirkungen der Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit

Es gibt unterschiedliche Erkenntnisse, wie sich eine Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit von Studierenden auswirkt (Herbst et al., 2016; Larcombe et al., 2016; Heuse & Risius, 2022). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Erwerbstätigkeit in der Allgemeinbevölkerung einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden hat (Waddell & Burton, 2006). Denn eine Teilhabe am Arbeitsleben kann sinnstiftend sein. So kann eine Erwerbstätigkeit soziale und finanzielle Möglichkeiten eröffnen und das Selbstbewusstsein steigern (Cohrdes et al., 2021).

Auch das Vorliegen einer psychischen Störung wirkt sich auf die Erwerbstätigkeit aus (Maske et al., 2016; Jacobi et al., 2014). Personen mit psychischen Störungen haben mehr Krankheitstage als die restliche Bevölkerung (Maske et al., 2016; Jacobi et al., 2014). Außerdem ist eine Erwerbslosigkeit mit einer geringeren psychischen Gesundheit assoziiert (Waddell & Burton, 2006) und gilt als Risikofaktor für psychische Störungen (Cohrdes et al., 2021). Während mehr als drei Viertel der deutschen erwerbstätigen Bevölkerung ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzt, sprechen nur etwas mehr als ein Drittel der erwerbslosen Bevölkerung von einer guten bis sehr guten Gesundheit (Hollederer & Wildner,

2019). In Deutschland sind Personen mit Depressionen häufiger arbeitslos als Personen ohne diese Diagnose (Cohrdes et al., 2021). In der Allgemeinbevölkerung in England weisen in etwa ein Drittel der Personen mit einer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit eine psychische Erkrankung auf (Oakley, 2016). Gleichzeitig zeigt sich, dass Personen mit Depressionen einen eingeschränkten Zugang zur Arbeitswelt haben (Cohrdes et al., 2021).

Diese Befunde aus der Allgemeinbevölkerung (Waddell & Burton, 2006; Cohrdes et al., 2021) deuten auf eine Schutzfunktion der Erwerbstätigkeit hin. Studierende in Deutschland geben jedoch als Ursachen für ein hohes Stresserleben an erster Stelle Prüfungen und bereits an zweiter Stelle die Mehrfachbelastung durch das Studium und die Erwerbstätigkeit an (Meyer et al., 2023). Ähnlich ist die Situation in Österreich, wo rund die Hälfte der Studierenden (49 %) von einer hohen Belastung durch die Vereinbarkeit von Beruf und Studium berichtet (Friesenbichler & Oppenauer, 2022).

Auswirkung der finanziellen Situation auf die psychische Gesundheit

Zusätzlich zu den Vereinbarkeitsschwierigkeiten (Meyer et al., 2023; Friesenbichler & Oppenauer, 2022) gibt mehr als die Hälfte der erwerbstätigen Studierenden in Österreich (57 %) an, dass es sich ohne die Erwerbstätigkeit das Studium nicht leisten könnte. Knapp ein Drittel (29 %) spricht von starken bis sehr starken finanziellen Schwierigkeiten (Zucha et al., 2024). Drei von zehn Studierenden in Österreich sind nicht zufrieden mit den finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten (Friesenbichler & Oppenauer, 2022).

Studierende, welche erwerbstätig sind, weil sie ihren Lebensunterhalt finanzieren müssen, sind häufiger von finanziellen Schwierigkeiten betroffen. Längsschnittlich zeigt sich dabei eine Trendumkehr von einer Abnahme hin zu einer erneuten Zunahme an finanziellen Schwierigkeiten unter Studierenden in Österreich (Zucha et al., 2024). Finanzielle Schwierigkeiten bei Studierenden wirken sich negativ auf das Wohlbefinden aus (Cuppen et al., 2024). So sind finanzielle Schwierigkeiten nicht nur mit einem geringeren Wohlbefinden (Cuppen et al., 2024), sondern auch mit einer schlechteren generellen psychischen Gesundheit sowie mit Symptomen von Angst und Depression assoziiert (McCloud & Bann, 2019). Langfristig verschlimmern sich depressive Symptome, wenn Studierende aufgrund ihrer finanziellen Situation in Erwägung ziehen, das Studium nicht weiter fortzusetzen. Gleichzeitig sagen Angstzustände auch eine Verschlechterung der finanziellen Situation voraus, was auf eine bidirektionale Beziehung hindeutet (Richardson et al., 2017). Ähnlich stellt sich dies bei erlebtem Stress unter Studierenden dar, welcher bei einem unzufriedenstellenden Einkommen erhöht ist (Alsaleem et al., 2021).

In Bezug auf die Erwerbstätigkeit zeigt sich, dass Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung und Netzwerke verringert sind. So ist eine Auswirkung von finanziellen Schwierigkeiten, dass Studierende länger arbeiten müssen und daher auch weniger Interaktionen mit Gleichaltrigen haben. Dadurch wird die schützende Funktion von sozialer Unterstützung durch Peers eingeschränkt (Campbell et al., 2022).

Zusammenfassend zeigt sich, dass finanzielle Schwierigkeiten Angst, Stress und Depressionen verstärken und ein vermehrtes Auftreten begünstigen können (Heumann et al., 2023; Sendatzki & Rathmann, 2022; Andrews & Wilding, 2004). Finanzielle Schwierigkeiten können zu einer schlechteren psychischen Gesundheit unter Studierenden führen und umgekehrt kann eine schlechte psychische Gesundheit finanzielle Schwierigkeiten begünstigen. Diese bidirektionale Beziehung birgt die Gefahr eines Teufelskreises, welcher die Situation immer weiter verschlimmert (Richardson et al., 2017).

Auswirkung des Ausmaßes der Erwerbstätigkeit auf die Depressivität

In einer Untersuchung unterschieden sich Studierende mit und ohne Nebenjob nicht hinsichtlich ihrer Depressivitätsausprägung (Mounsey et al., 2013). Es konnte auch kein Zusammenhang zwischen einer erhöhten Anzahl an Stunden der Erwerbstätigkeit und der Depressivität von Studierenden gefunden werden (Larcombe et al., 2016). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Erwerbstätigkeit an sich und das Ausmaß keinen Einfluss auf die Depressivität von Studierenden hat (Mounsey et al., 2013; Larcombe et al., 2016).

Auswirkung des Ausmaßes der Erwerbstätigkeit auf die Ängstlichkeit

Erwerbstätige Studierende weisen mehr Angstsymptome auf als ihre nicht erwerbstätigen Kommiliton*innen (Mounsey et al., 2013). Gegenteilige Ergebnisse lieferte die Studie von Larcombe und Kolleg*innen (2016), welche einen positiven Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und zeitlichen Verpflichtungen aufgrund einer Erwerbstätigkeit erwarteten. Es zeigt sich, dass eine zunehmende Stundenanzahl von Erwerbstätigkeit keinen signifikanten Einfluss auf die Ängstlichkeit der Studierenden hatte (Larcombe et al., 2016).

Auswirkung des Ausmaßes der Erwerbstätigkeit auf den erlebten Stress

Wie sich Erwerbstätigkeit auf die Stresssymptome von Studierenden auswirkt, ist in der bisherigen Forschung inkonsistent. Während Mounsey und Kolleg*innen (2013) herausfanden, dass erwerbstätige Studierende höheren Stress erleben als nicht erwerbstätige Kommiliton*innen, kommen Heuse und Risius (2022) zu anderen Ergebnissen. Diese fanden keinen signifikanten Unterschied im Stresserleben zwischen Studierenden mit und ohne

Nebenjob und keinen Zusammenhang zwischen den wöchentlichen Arbeitsstunden neben dem Studium und der Stressbelastung (Heuse & Risius, 2022). In Bezug auf das Stundenausmaß der Erwerbstätigkeit neben dem Studium fanden Herbst und Kolleg*innen (2016) kleine Unterschiede im Stresserleben je nach Beschäftigungsausmaß. Studierende, welche keiner Erwerbstätigkeit nachgingen, hatten in dieser Studie die höchsten Stresswerte. Aber auch Studierende mit einer sehr hohen Erwerbstätigkeit berichteten von hohen Stresswerten. Die niedrigsten Stresswerte wiesen Studierende mit einer Beschäftigung von bis zu 15 Wochenstunden auf. Insgesamt zeigt sich, dass Studierende mit einem Erwerbsausmaß von über 15 Stunden in der Woche gestresster sind als Studierende, welche weniger als 15 Stunden wöchentlich arbeiten (Herbst et al., 2016). Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Studierende, welche mehr als 20 Stunden in der Woche arbeiten, ein erhöhtes Risiko für Stress aufweisen im Vergleich zu Studierenden, welche nur 5-9 Stunden in der Woche arbeiten. Diese Effekte waren in der Studie jedoch nur klein (Larcombe et al., 2016).

Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit

In Einklang mit dem Diathese-Stress-Modell (Wittchen et al., 2020) zeigt sich auch bei Studierenden, dass geringe soziale Unterstützung mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastung und Stress assoziiert ist (Onuoha & Idemudia, 2020; Sendatzki & Rathmann, 2022; Litwic-Kaminska et al., 2023). Eine fehlende soziale Unterstützung ist mit einem erhöhten Risiko für eine Depression und dem Bestehen einer depressiven Symptomatik verbunden (Cohrdes et al., 2021). Gleichzeitig deuten Untersuchungen auf einen Zusammenhang zwischen akademischen Anforderungen bei Studierenden mit einer sehr hohen Erwerbstätigkeit und einer geringeren psychischen Gesundheit hin. Die wahrgenommene soziale Unterstützung moderiert jedoch diesen Zusammenhang. So kann eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung den Zusammenhang von psychischer Gesundheit und akademischen Anforderungen bei Studierenden mit sehr hoher Erwerbstätigkeit positiv beeinflussen (Onuoha & Idemudia, 2020). Diese Untersuchungen deuten darauf hin, dass soziale Unterstützung auch bei Studierenden einen protektiven Faktor darstellt (Litwic-Kaminska et al., 2023; Onuoha & Idemudia, 2020; Sendatzki & Rathmann, 2022).

Resilienz und psychische Gesundheit

Die Resilienz von Studierenden ist signifikant negativ mit dem Stresslevel, Ängsten und Depressivität korreliert (Litwic-Kaminska et al., 2023; Mcdermott et al., 2020; Shen,

2022) und trägt zu einem psychischen Wohlbefinden bei (Campbell et al., 2022). Eine Untersuchung an berufsbegleitenden Studierenden während Covid kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Dabei stand auch bei berufsbegleitenden Studierenden Resilienz in einem signifikant negativen Zusammenhang mit Stressbelastung und psychischen Stresssymptomen. Die Autor*innen betonen, dass sich bei berufsbegleitenden Studierenden Resilienz als protektiver Faktor darstellt (Hackforth & Möltner, 2023). Resilienz könnte somit eine zentrale Schutzfunktion für erwerbstätige Studierende sein.

Praxisrelevanz und Forschungslücke

Wie bereits beschrieben, geben Studierende in Deutschland an zweiter Stelle für ein hohes Stresserleben die Mehrfachbelastung durch Studium und Erwerbstätigkeit an (Meyer et al., 2023). Gleichzeitig gibt es Untersuchungen aus der Allgemeinbevölkerung, welche zeigen, dass Erwerbstätigkeit einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden haben kann und Erwerbslosigkeit mit einer geringeren psychischen Gesundheit verbunden ist (Waddell & Burton, 2006). Die vorliegende Masterarbeit möchte erforschen, ob Erwerbstätigkeit bei Studierenden einen Schutz- oder Risikofaktor für die psychische Gesundheit darstellt. Die Gruppe der erwerbstätigen Studierenden stellt keine Minderheit, sondern mit knapp zwei Drittel die Mehrheit der Studierenden dar (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2020; Unger et al., 2020) und sollte daher auch in Studien untersucht werden. Die aktuelle Studienlage, ob sich erwerbstätige von nicht erwerbstätigen Studierenden in Stress-, Angst- und Depressivitätssymptomen unterscheiden, ist nicht eindeutig (Herbst et al., 2016; Larcombe et al., 2016; Heuse & Risius, 2022). Daher soll die vorliegende Masterarbeit einen Beitrag zu einer klareren Studienlage leisten.

Europaweit ist der Hauptgrund einer Erwerbstätigkeit bei Studierenden die Finanzierung des Lebensunterhaltes (Hauschildt et al., 2024). Studierende mit einer studienerschwerenden Beeinträchtigung sind häufiger erwerbstätig, um sich ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Studierende ohne studienerschwerender Beeinträchtigung sind hingegen häufiger erwerbstätig, um sich Zusätzliches leisten zu können oder um Berufserfahrung zu sammeln (Steinkühler et al., 2023). Diese Masterarbeit soll neue Erkenntnisse liefern, ob das Ausmaß von Stress, Angst und Depressivität von Studierenden erhöht ist, wenn einer Erwerbstätigkeit zur Finanzierung des Lebensunterhaltes nachgegangen wird. Somit sollen Aussagen getroffen werden, ob sich Studierende, welche erwerbstätig sind, um sich ihren Lebensunterhalt zu finanzieren, in Stress-, Angst- und

Depressivitätswerten von Studierenden unterscheiden, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, jedoch nicht die Notwendigkeit der Finanzierung ihres Lebensunterhaltes haben.

Angelehnt an dem Diathese-Stress-Modell soll die vorliegende Masterarbeit überprüfen, ob Resilienz und soziale Unterstützung auch in der Gruppe der Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit als protektive Faktoren fungieren. Der Faktor Erwerbstätigkeit, wobei sowohl das Ausmaß als auch die Gründe berücksichtigt werden, könnte sich laut dem Diathese Stress-Modell auf die Komponente des Stresses / der Exposition beziehen.

Fragestellungen / Hypothesen

Fragestellung 1

Wie wirken sich das Ausmaß und die Gründe für eine Erwerbstätigkeit auf das Stress-Angst- und Depressivitätsausmaß von Studierenden aus?

- *Hypothese 1.1a)* Studierende unterscheiden sich signifikant in ihren Stresssymptomen je nach Stundenausmaß der Erwerbstätigkeit neben dem Studium.
- *Hypothese 1.1b)* Studierende unterscheiden sich signifikant in ihren Angstsymptomen je nach Stundenausmaß der Erwerbstätigkeit neben dem Studium.
- *Hypothese 1.1c)* Studierende unterscheiden sich signifikant in ihren Depressivitätssymptomen je nach Stundenausmaß der Erwerbstätigkeit neben dem Studium.

- *Hypothese 1.2a)* Studierende, welche eine Erwerbstätigkeit ausüben, um den Lebensunterhalt zu decken, haben signifikant höhere Stresswerte als Studierende, die diesen Grund nicht angeben.
- *Hypothese 1.2b)* Studierende, welche eine Erwerbstätigkeit ausüben, um den Lebensunterhalt zu decken, haben signifikant höhere Angstwerte als Studierende, die diesen Grund nicht angeben.
- *Hypothese 1.2c)* Studierende, welche eine Erwerbstätigkeit ausüben, um den Lebensunterhalt zu decken, haben signifikant höhere Depressivitätswerte als Studierende, die diesen Grund nicht angeben.

Fragestellung 2

Wie wirken sich Resilienz und soziale Unterstützung einer Person mit einem hohen Stundenausmaß einer Erwerbstätigkeit auf das Ausmaß von Stress, Angst und Depressivität aus?

- *Hypothese 2.1a)* Die Resilienz und die soziale Unterstützung stehen in einem negativen Zusammenhang mit Stresssymptomen bei Personen mit einem hohen Stundenausmaß einer Erwerbstätigkeit unter Kontrolle des Alters und des Geschlechts.
- *Hypothese 2.1b)* Die Resilienz und die soziale Unterstützung stehen in einem negativen Zusammenhang mit Angstsymptomen bei Personen mit einem hohen Stundenausmaß einer Erwerbstätigkeit unter Kontrolle des Alters und des Geschlechts.
- *Hypothese 2.1c)* Die Resilienz und die soziale Unterstützung stehen in einem negativen Zusammenhang mit Depressivitätssymptomen bei Personen mit einem hohen Stundenausmaß einer Erwerbstätigkeit unter Kontrolle des Alters und des Geschlechts.

Methode

Untersuchungsdesign

Die vorliegende Masterarbeit wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Psychische Gesundheit und Stress bei Studierenden in Österreich - eine Online-Studie“ geschrieben, welches von Univ.-Prof. Dr. Urs Markus Nater geleitet wird. Die Durchführung der dritten Erhebungswelle fand von Dezember 2023 bis August 2024 statt. Die erste Erhebungswelle (Reitter, 2022) war im Zeitraum von Dezember 2020 bis Juni 2021 und die zweite Erhebungswelle (Schlüter, 2023) wurde von November 2022 bis Mai 2023 durchgeführt. Das Studiendesign war querschnittlich. Als Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie wurde ein Mindestalter von 18 Jahren festgelegt. Zusätzlich mussten die Studienteilnehmenden in mindestens einem Studiengang in Österreich immatrikuliert sein. Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde in Zusammenarbeit mit der österreichischen Hochschüler*innenschaft (ÖH), Universitäten, pädagogischen Hochschulen und Fachhochschulen durchgeführt.

Die Studie bestand aus einem Kernfragebogen und drei Zusatzfragebögen. Nach der Beendigung des Kernfragebogens konnten die Teilnehmenden beliebig viele der drei Zusatzfragebögen beantworten. Für die vorliegende Masterarbeit wurden jedoch ausschließlich die Daten des Kernfragebogens herangezogen. Dieser bestand aus der Erhebung von soziodemografischen Daten und mehreren standardisierten psychologischen Fragebögen. In den psychologischen Fragebögen wurden verschiedene psychische Syndrome gescreent und Themen wie Resilienz, soziale Unterstützung, erlebter Stress etc. erhoben.

Nach Abschluss des Kernfragebogens und jedes Zusatzfragebogens konnten die Teilnehmenden durch die Angabe ihrer E-Mail-Adresse an einem Gewinnspiel teilnehmen. Durch das Ausfüllen zusätzlicher Fragebögen erhöhte sich die Gewinnchance.

Operationalisierung

In der Studie “Psychische Gesundheit und Stress bei Studierenden in Österreich - eine Onlinebefragung” wurden mehrere standardisierte und validierte Fragebögen verwendet. Im Rahmen der Masterarbeit wird nur auf die für diese Arbeit relevanten Konstrukte und Messinstrumente zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen und zur Berechnung der Hypothesen eingegangen. Da die Masterarbeit im Rahmen der dritten Erhebungswelle geschrieben wurde, kann es in diesem Abschnitt zu Überschneidungen aus den Arbeiten der ersten (Reitter, 2022) und der zweiten Erhebungswelle (Schlüter, 2023) kommen.

Screening von psychischen Syndromen

Psychische Syndrome wurden mit Hilfe des *Gesundheitsfragebogens für Patient*innen* (PHQ-D; Löwe et al., 2002) operationalisiert und gemessen. Der PHQ-D ist ein Verfahren, welches psychische Syndrome screent und auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV basiert (Gräfe et al., 2004). Der PHQ kann sowohl in der klinischen Praxis der Primärversorgung zur Erst- und Verlaufsdagnostik als auch in der Forschung eingesetzt werden und basiert auf Selbsteinschätzungen der befragten Personen (Löwe et al., 2002). Die Komplettversion ermöglicht eine Diagnostik von diversen psychischen Störungen unter anderem Angststörungen, depressive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen und Alkoholmissbrauch (Löwe et al., 2002; Gräfe et al., 2004). Zusätzlich werden auch die Funktionsfähigkeit in psychosozialen Kontexten, kritische Lebensereignisse, Stressoren und bei Frauen Themen wie Geburt, Schwangerschaft und Menstruation erfasst (Löwe et al., 2002). Der PHQ-D screent, ob psychische Syndrome vorhanden sind oder nicht (kategoriale Diagnostik). Neben der kategorialen Diagnostik kann der PHQ-D auch zwischen Schweregraden (kontinuierliche / dimensionale Diagnostik) bei Depressivität, Stress und somatischen Syndromen differenzieren (Löwe et al., 2002; Gräfe et al., 2004). Tabelle 1 zeigt, welche ICD-10 Diagnosen mit den einzelnen Syndromen verbunden sind (Löwe et al., 2002). Um jedoch eine Diagnose stellen zu können, müssen neben den Informationen des PHQ-D auch noch weitere notwendige Informationen erhoben werden.

Tabelle 1*Differenzierung der Syndrome in Diagnosen nach ICD-10*

PHQ-D	ICD-10
Somatoformes Syndrom	F45.0 Somatisierungsstörung
	F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
	F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
Major Depressive Syndrom	F32 Depressive Episode (erstmals)
	F33 Rezidivierende depressive Episode
Anderes Depressives Syndrom	F32.9 Nicht näher bezeichnete depressive Episode
	F33.9 Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung
	F34.1 Dysthymia
Paniksyndrom	F41.0 Panikstörung
	F40.01 Panikstörung mit Agoraphobie
Anderes Angstsyndrom	F41.1 Generalisierte Angststörung
	F41.9 Nicht näher bezeichnete Angststörung
Bulimia nervosa	F50.2 Bulimia Nervosa
Binge Eating	F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung
Alkoholsyndrom	F10.1 Alkohol, schädlicher Gebrauch
	F10.2 Alkohol, Abhängigkeitssyndrom

Anmerkung. Siehe Löwe et al. (2002), S. 9

Depressivität. Depressivität wurde mit neun Items des Moduls für das Major Depressive Syndrom (PHQ-9; Löwe et al., 2002) erhoben. Die PHQ-9 ist die Skala zur Erhebung von Depressivität und ist Teil des PHQ-D. Dabei steht vor den Selbsteinschätzungen folgende Frage: "Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?" (Löwe et al., 2002). Danach werden die Items zur Selbsteinschätzung aufgelistet wie zum Beispiel "Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit" (Löwe et al., 2002). Die Selbsteinschätzung der neun

Items erfolgt auf einer 4-stufigen Likert-Skala (*0 = Überhaupt nicht, 1 = An einzelnen Tagen, 2 = An mehr als der Hälfte der Tage, 3 = Beinahe jeden Tag*).

Um Depressivität kontinuierlich zu erheben und unterschiedliche Schweregrade zu erfassen, werden Summenwerte aus den einzelnen Items gebildet. Die Summe der Punktwerte liegt zwischen 0 und 27. Bei Werten unter 5 wird darauf geschlossen, dass kein klinisch relevantes depressives Syndrom vorliegt. Werte zwischen 5 und 10 werden als ein leichtes oder unterschwelliges depressives Syndrom klassifiziert und entsprechen einem milden Schweregrad (Löwe et al., 2002; Kroenke et al., 2001). Kroenke und Kolleg*innen (2001) konnten zeigen, dass bei dem Großteil der Teilnehmenden ohne depressives Syndrom (93 %) der Wert des PHQ-9 unter 10 war. Personen mit einer Major Depression hatten Großteils (88 %) Werte von 10 oder höher im PHQ-9. Daher wurde ein Cut-Off-Wert für die Major Depression von 10 oder höher definiert (Kroenke et al., 2001). Der Schweregrad der Major Depression wird in ein mittleres (10-14), ein ausgeprägtes (15-19) und ein schwerstes (20-27) Ausmaß differenziert (Löwe et al., 2002; Kroenke et al., 2001). Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .88$ in einer deutschen Stichprobe hoch (Gräfe et al., 2004). Eine gleich hohe interne Konsistenz konnte auch in der vorliegenden Masterarbeit gefunden werden.

Angst. Angstsymptome wurden mit Hilfe des Angstmoduls des PHQ-D (Löwe et al., 2002) erhoben. Das Angstmodul für andere Angstsyndrome besteht aus sieben Items und schließt auf die DSM-4 Diagnosen generalisierte Angststörung und nicht näher bezeichnete Angststörung. Die Items können auf einer 3-stufigen Likert-Skala beantwortet werden (*0 = Überhaupt nicht, 1 = An einzelnen Tagen, 2 = An mehr als der Hälfte der Tage*). Um die Hypothesen der vorliegenden Masterarbeit zu beantworten, wurde das erste Item des Angstmoduls des PHQ-D verwendet. Die Beantwortung des Items bezieht sich auf die Frage: “Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?” (Löwe et al., 2002). Das erste Item erfragt die “Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis”. Wenn dieses Item und drei oder mehr der folgenden Fragen mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet wird, liegt ein anderes Angstsyndrom vor (Löwe et al., 2002).

Erlebter Stress

Um den erlebten Stress der Studierenden zu operationalisieren, wurde die deutsche Version der *Perceived Stress Scale* (PSS-10; Cohen et al., 1983; deutsche Version: Klein et al., 2016) verwendet. Die PSS-10 besteht aus zehn Items wie zum Beispiel “Wie oft haben

Sie sich im letzten Monat nervös oder „gestresst“ gefühlt?“ (Klein et al., 2016). Bei jedem Item sollen die Teilnehmenden auf einer 5-stufigen Likert-Skala ($0 = \text{Nie}$, $1 = \text{Fast nie}$, $2 = \text{Manchmal}$, $3 = \text{Ziemlich oft}$, $4 = \text{Sehr oft}$) einschätzen, inwieweit sie ihr Leben im letzten Monat als unkontrollierbar, überwältigend oder unvorhersehbar wahrgenommen haben (Cohen et al., 1983). Um die Skala interpretieren zu können, werden die Items 4, 5, 7 und 8 umkodiert und dann aufsummiert. Höhere Werte deuten auf einen höher erlebten Stress hin. Die Summe der Stresswerte kann zwischen 0 und 40 liegen. Da es sich bei der PSS-10 nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt, gibt es keine Cut-off-Werte (Klein et al., 2016). Damit eine bessere Interpretation der Summenwerte möglich ist, werden diese für die vorliegende Masterarbeit dennoch in Gruppen eingeteilt. In Anlehnung an Herbst und Kolleg*innen (2016) werden die Werte der PSS-10 in geringen, mittleren und hohen Stress eingeteilt. Punkte von 0 bis 10 deuten auf geringen, 11 bis 20 auf mittleren und Werte von über 20 auf einen hohen erlebten Stress hin. Die Validierungsstudie der deutschen Version der PSS-10 weist eine gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .84$ auf (Klein et al., 2016). In Bezug auf die Konstruktvalidität zeigt sich, dass die PSS-10 moderat bis stark positiv mit den Konstrukten Depression und Angst korreliert (Klein et al., 2016).

Resilienz

Die *Brief Resilience Scale* (BRS; Smith et al., 2008; deutsche Version: Chmitorz et al., 2018) wurde verwendet, um das Konstrukt Resilienz zu operationalisieren und messbar zu machen. Die BRS hat das Ziel, die Fähigkeit, sich von Stress zu erholen, zu messen (Smith et al., 2008). Sie besteht aus sechs Items wie beispielsweise “Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.” (Chmitorz et al., 2018). Auf einer 5-stufigen Likert-Skala ($1 = \text{Stimme überhaupt nicht zu}$, $2 = \text{Stimme eher nicht zu}$, $3 = \text{Neutral}$, $4 = \text{Stimme eher zu}$, $5 = \text{Stimme vollkommen zu}$) müssen sich die Versuchspersonen selbst einschätzen (Chmitorz et al., 2018). Negativ formuliert sind Item 2, 4 und 6. Diese werden bei der Auswertung umkodiert. Nach der Umkodierung stehen hohe Werte für eine hohe Fähigkeit, sich nach Stress zu erholen, also für eine hohe Resilienz (Kunzler et al., 2018). Nach Kunzler und Kolleg*innen (2018) und Chmitorz und Kolleg*innen (2018) hat die deutsche Version der BRS eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .85$. Des Weiteren zeigten Chmitorz und Kolleg*innen (2018), dass die BRS positiv mit Wohlbefinden und sozialer Unterstützung und negativ mit Angst und Depression korreliert ist.

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung wurde mit den *Berliner Social Support Skalen* (BSSS; Schwarzer & Schulz, 2000) operationalisiert. Diese Fragebogenbatterie ist multidimensional und besteht aus sechs Skalen: 1) wahrgenommene Unterstützung, 2) erhaltene Unterstützung, 3) geleistete Unterstützung, 4) Bedürfnis nach Unterstützung, 5) Suche nach Unterstützung und 6) protektives Abfedern (Schulz & Schwarzer, 2003). In der vorliegenden Studie wurde die aus acht Items bestehende Skala zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung verwendet. Ein Beispielitem für die wahrgenommene Unterstützung ist: „Wenn ich traurig bin, gibt es Menschen, die mich aufmuntern.“ (Schwarzer & Schulz, 2000). Die unterschiedlichen Items lassen sich auf einer 4-stufigen Likert-Skala (*1 = stimme nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme völlig zu*) beantworten. Die Antwortoptionen wurden bei der vorliegenden Erhebung in der Wortwahl leicht abgeändert. Für die Skala wahrgenommene soziale Unterstützung ermittelten Schulz und Schwarzer (2003) ein Cronbachs $\alpha = .83$ bei Krebspatient*innen.

Erhebung der Erwerbstätigkeit neben dem Studium

Im Zuge der Erhebung der soziodemografischen Merkmale wurde unter anderem die Erwerbstätigkeit neben dem Studium ermittelt. Die Nebenerwerbstätigkeit wurde mit Hilfe des Items „Ihre Werkstätigkeit („Jobs“) außerhalb des Studiums beträgt (Stunden/Woche)?“ erhoben. Auf einer 6-stufigen Skala (*1 = Keine, 2 = 1 – 10 Stunden, 3 = 11 – 20 Stunden, 4 = 21 – 30 Stunden, 5 = 31 – 40 Stunden, 6 = Über 40 Stunden*) konnten die Teilnehmenden ihr Ausmaß an Erwerbstätigkeit angeben.

Gründe für eine Erwerbstätigkeit. Neben dem Ausmaß der Erwerbstätigkeit neben dem Studium wurden auch die Gründe erfragt. Die Frage nach den Gründen lautete: „Falls Sie außerhalb Ihres Studiums werktätig sind, aus welchem wesentlichen Grund?“. Dabei konnten die Teilnehmenden zwischen drei Antwortoptionen wählen. Folgende Antwortoptionen standen zur Auswahl: „Zur Sicherung des Lebensunterhalts“, „Zur Finanzierung zusätzlicher Bedürfnisse“ und „Zur Erlangung von Berufserfahrung“. Eine Mehrfachauswahl der Antwortoptionen war möglich.

Vorgehen

Die Datenerhebung begann am 12. Dezember 2023. Die Rekrutierung fand über die unterschiedlichen österreichischen Universitäten, pädagogischen Hochschulen und Fachhochschulen statt. Vor allem die Studien Service Center und die zuständigen Personen für Barrierefreiheit wurden per E-Mail mit der Bitte um Weiterleitung der Studie kontaktiert.

Die Kontaktpersonen wurden über das Ziel der Studie aufgeklärt und ihnen wurde der Link zur Studie zugesendet. Dieser wurde dann an die Studierenden per E-Mail weitergeleitet und auf den Plattformen der Universitäten, pädagogischen Hochschulen, Fachhochschulen und ÖHs gepostet. Des Weiteren wurden Teilnehmende über WhatsApp-Gruppen von unterschiedlichen Studiengängen rekrutiert. Nach dem Erhalt der E-Mail konnten die Teilnehmenden durch einen Link über die Online-Umfrage-Plattform Unipark (Questback GmbH, Köln, Deutschland) zur Studie gelangen. Zu Beginn wurden sie über den Inhalt und die Ziele der Studie aufgeklärt und konnten einer Studienteilnahme zustimmen. Danach bestand die Möglichkeit, den Kernfragebogen und wahlweise drei Zusatzfragebögen auszufüllen.

Am 5. April 2024 wurden die Daten, welche für die vorliegende Masterarbeit verwendet wurden, exportiert. Danach wurde die Datenerhebung noch bis 31. August 2024 fortgesetzt. Für die vorliegende Masterarbeit wurden nur die Daten verwendet, welche bis zum 5. April 2024 erhoben wurden. Nach dem Datenexport wurde eine Datensatzbereinigung durchgeführt. Dabei wurden Personen ausgeschlossen, die kein Einverständnis zur Verarbeitung der Daten gegeben haben. Für diese Personen wurde die Studie beendet. Des Weiteren wurden Personen ausgeschlossen, die bei den Aufmerksamkeitsfragen eine falsche Antwort gegeben haben. Anschließend erfolgten die Skalenbildung sowie die statistische Auswertung der Hypothesen mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 29.0. Die Datenauswertung enthält die deskriptive Statistik, multiple lineare Regressionen, einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) und t-Tests.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Bis zum 5. April 2024 haben 3602 Personen den Link zur Onlinebefragung geöffnet. Davon konnten 735 Datensätze exportiert werden. Die Studie weist somit eine Rücklaufquote von 20 % auf. Zu häufigen Abbrüchen kam es bei der Begrüßung, wo auch die Dauer der Studie mit 45 Minuten angegeben war. Die Studiendauer könnte potenzielle Teilnehmende dazu veranlasst haben, die Studie abubrechen. Des Weiteren beendeten mehrere Teilnehmende die Befragung bei der Vergabe des persönlichen Codes. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Codevergabe schwer verständlich beschrieben wurde und Teilnehmende dadurch frustriert waren. Es zeigt sich jedoch, dass die Teilnehmenden trotz einer mittleren Bearbeitungsdauer (Median) von 42 Minuten, die Befragung kaum abbrachen, sobald sie mit der Bearbeitung der psychologischen Fragebögen begonnen haben.

Die Studienteilnehmenden wurden vor Beginn der Studie über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Außerdem wurden sie über die Möglichkeit aufgeklärt, dass sie die Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen können. Ihnen wurde das Ziel der Studie, deren Ablauf und die Verarbeitung der Daten konkret beschrieben. Zusätzlich wurde der Nutzen, aber auch mögliche Risiken der Befragung erläutert. Am Ende der Teilnehmer*innen-Information wurden die Kontaktdaten der Studienleitung angegeben, um bei Bedarf eine Kontaktaufnahme zu ermöglichen.

Ausschluss von Studienteilnehmenden

Insgesamt wurden Datensätze von 735 Personen exportiert. Fünf Personen gaben kein Einverständnis zur Verarbeitung der Daten. Für diese Personen wurde die Studie automatisch beendet. Für eine Person wurde die Studie beendet, da sie zu diesem Zeitpunkt nicht an einer österreichischen Universität, Fachhochschule oder pädagogischen Hochschule inskribiert war. Neun weitere Personen wurden aus der Analyse ausgeschlossen, da sie die Aufmerksamkeitsfragen nicht korrekt beantwortet haben. Nach Ausschluss von Personen, welche kein Einverständnis zur Datenverarbeitung gaben, welche aktuell nicht an einer österreichischen Universität, Fachhochschule oder pädagogischen Hochschule inskribiert waren und welche die Aufmerksamkeitsfragen falsch beantworteten, standen 720 vollständige Datensätze für die Auswertung zur Verfügung.

Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe

In der Stichprobe ($N = 720$) zeigt sich in der Geschlechterverteilung, dass Frauen deutlich überrepräsentiert sind. Es nahmen 557 Frauen (77 %) und 134 Männer (19 %) an der Studie teil. 18 Personen (3 %) beschrieben sich als divers und eine Person (0.1 %) gab ein anderes Geschlecht an. Zehn Personen (1 %) wollten das Geschlecht nicht preisgeben (siehe Tabelle 13). In Bezug auf die Geschlechtsidentität identifizierten sich 645 Personen (90 %) als Cisgender, zwei Personen (0.3 %) als Trans*Frau, vier Personen (0.6 %) als Trans*Mann, vier Personen (0.6 %) als Transgender ohne Spezifizierung, eine Person (0.1 %) als intergeschlechtlich und 17 Personen (2 %) als nicht binär. 58 Personen (8 %) gaben ihrer Geschlechtsidentität keine nähere Bezeichnung und sechs Personen (0.8 %) hatten eine andere Geschlechtsidentität (siehe Tabelle 14). Wie in Tabelle 15 ersichtlich, beschrieb sich ein Großteil der Befragten ($n = 496$, 69 %) als heterosexuell. 15 % ($n = 110$) gaben an bisexuell zu sein. 40 Personen (6 %) waren homosexuell, 34 Studierende (5 %) gaben an pansexuell zu sein und 27 Teilnehmende waren demisexuell (4 %). 3 % ($n = 20$) identifizierten sich als asexuell und 7 % ($n = 52$) geben ihrer Sexualität keine Bezeichnung.

Das durchschnittliche Alter lag bei 26 Jahren ($M = 25.66$, $SD = 6.85$), wobei die jüngste Person 18 und die älteste Person 73 Jahre alt war. Wie in Tabelle 16 ersichtlich, hatte der Großteil der Studierenden ($n = 508$; 71 %) eine österreichische Staatsbürgerschaft. Einige Studierende aus dieser Stichprobe besaßen eine deutsche ($n = 113$; 16 %) oder italienische Staatsbürgerschaft ($n = 33$; 5 %). Die restlichen Personen (8 %) hatten eine andere Staatsbürgerschaft (z.B. Polen, Brasilien, Indien etc.). 687 Personen (95 %) gaben an, nur eine Staatsbürgerschaft zu besitzen und 33 Personen (5 %) hatten eine weitere Staatsbürgerschaft (siehe Tabelle 17). Der Großteil der Befragten (88 %; $n = 632$) gab Deutsch als Erstsprache an. 88 Personen (12 %) hatten eine andere Erstsprache (siehe Tabelle 18).

In Bezug auf ihren Beziehungsstatus gaben 307 Personen (43 %) dieser Stichprobe an, als Single und 342 Personen (48 %) in einer festen Partnerschaft zu leben. 17 Befragte waren verlobt (2 %) und 37 (5 %) verheiratet. Acht Personen (1 %) waren geschieden oder getrennt und eine Person (0.1 %) verwitwet. 19 Studienteilnehmer*innen (3 %) lebten in einer offenen Beziehung und drei Personen (0.4 %) in einer anderen Beziehungsform (siehe Tabelle 19). Der Großteil der Befragten ($n = 673$; 94 %) hatte kein Kind. 43 Personen (6 %) hatten ein Kind und vier Personen (1 %) erwarteten ein Kind (siehe Tabelle 20). Wie sich in Tabelle 21 nachlesen lässt, beschrieb die aktuelle Wohnsituation rund ein Fünftel der Befragten ($n = 153$; 21 %) so, dass sie allein leben. Rund je ein Viertel lebte in einer Wohngemeinschaft ($n = 188$; 26 %) oder mit dem*der Partner*in ($n = 173$; 24 %) zusammen. 19 Personen (3 %) gaben an, mit dem*der Partner*in und weiteren Personen zusammenzuwohnen und 166 Personen (23 %) lebten bei ihren Eltern / Verwandten. Eine andere Wohnform hatten 3 % der Befragten ($n = 21$).

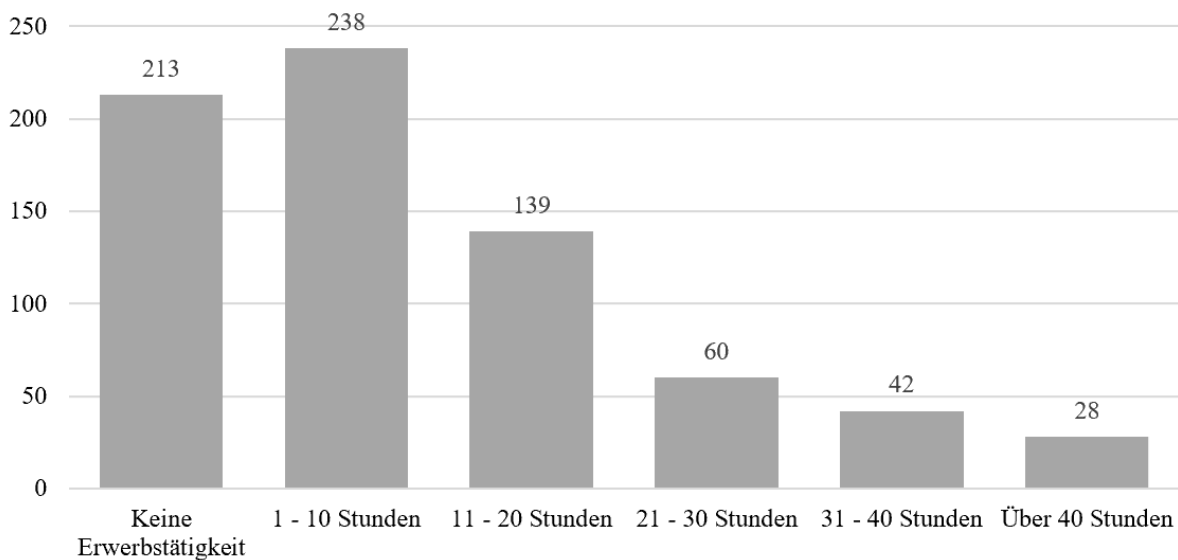
105 Studierende (15 %) belegten neben ihrem Hauptstudium noch einen oder mehrere weitere Studiengänge. Eine andere Ausbildung absolvierten neben ihrem Studium 4 % der Befragten ($n = 26$) und 47 Befragte (7 %) machten neben dem Studium ein Praktikum (siehe Tabelle 22).

Mehr als zwei Drittel der Befragten dieser Stichprobe (70 %) war erwerbstätig. 213 Personen (30 %) gaben an, nicht erwerbstätig zu sein. Etwa ein Drittel ($n = 238$; 33 %) kreuze an, 1 bis 10 Stunden in der Woche zu arbeiten. Ein Fünftel ($n = 139$; 19 %) arbeitete 11 bis 20 Stunden in der Woche. 21 bis 30 Stunden arbeiteten 60 Studierende (8 %). 42 Personen (6 %) gaben an, 31 bis 40 Stunden in der Woche zu arbeiten und bei 28

Studierenden (4 %) lag das Ausmaß der Erwerbstätigkeit bei über 40 Stunden in der Woche (siehe Abbildung 1 und Tabelle 23).

Abbildung 1

Verteilung der aktuellen Erwerbstätigkeit neben dem Studium in Stunden pro Woche



Anmerkung. $N = 720$

In Bezug auf das zur Verfügung stehende Einkommen gaben zwei Studierende (0.3 %) an, kein Einkommen zu haben. Ein Viertel ($n = 186$; 26 %) hatte ein monatliches Einkommen von 500 Euro oder weniger. Ein Fünftel ($n = 134$; 19 %) der befragten Studierenden hatte laut eigenen Angaben ein Einkommen von 500 bis 749 Euro. Ähnlich viele ($n = 139$; 19 %) verfügten über ein monatliches Einkommen von 750 bis 999 Euro. 98 Personen (14 %) berichteten von einem Einkommen von 1000 bis 1249 Euro. 161 Personen (22 %) verfügten über ein monatliches Einkommen von über 1250 Euro (siehe Tabelle 24).

Wie in Tabelle 25 zu sehen ist, hatte der Großteil der Studierenden keine körperliche Beeinträchtigung ($n = 681$; 95 %) oder chronische körperliche Erkrankung ($n = 577$; 80 %). Deutlich höher ist die Verbreitung von diagnostizierten psychischen Störungen. Der Großteil der Studierenden (76 %) gab jedoch an, an keiner aktuell diagnostizierten psychischen Störung zu leiden. Gleichzeitig berichteten 24 % der befragten Personen ($n = 173$) aktuell an einer diagnostizierten psychischen Störung zu leiden. 101 Personen (14 %) gaben an, dass sie an einer aktuellen diagnostizierten Depression leiden. 71 Personen (10 %) wiesen eine

diagnostizierte Angststörung auf. An einer aktuell diagnostizierten Essstörung litten laut eigener Aussage in der Stichprobe 20 Personen (3 %) und vier Personen (1 %) gaben an, eine diagnostizierte Substanzabhängigkeit zu haben. Zwei Personen (0.3 %) wiesen laut Selbstaussagen eine diagnostizierte Psychose / Schizophrenie auf. 10 % ($n = 74$) berichteten davon, aktuell an einer anderen diagnostizierten psychischen Störung zu leiden (siehe Tabelle 26).

Deskriptive Statistik

Damit die folgenden inferenzstatistischen Ergebnisse entsprechend interpretiert werden können, werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Gesundheit der Studierenden deskriptiv dargestellt. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse des PHQ-D sowohl kategorial als auch kontinuierlich beschrieben und die Ergebnisse der PSS-10 kontinuierlich präsentiert. Des Weiteren werden als protektive Faktoren für psychische Gesundheit die Resilienz mithilfe der BRS und die soziale Unterstützung mithilfe der BSSS dargestellt.

Deskriptive Statistik der psychischen Syndrome laut PHQ-D

Die Ergebnisse des PHQ-D sind in Tabelle 2 aufgelistet. Die Einteilung von psychischen Syndromen erfolgt in einer kategorialen Form. Dabei wird unterschieden, ob ein Syndrom vorhanden oder nicht vorhanden ist. Das Vorkommen von psychischen Syndromen wird sowohl in absoluten Zahlen als auch prozentual dargestellt.

In der vorliegenden Stichprobe konnte bei mehr als einem Drittel der Studienteilnehmenden (39 %) ein anderes depressives Syndrom und bei mehr als einem Viertel (27%) ein Major Depressive Syndrom festgestellt werden. Dies zeigt eine weite Verbreitung von depressiven Syndromen unter Studierenden in Österreich. Am dritthäufigsten berichteten Studierende von einem somatoformen Syndrom (20 %). Bei 18 % der teilnehmenden Studierenden wurde ein anderes Angstsyndrom und bei 13 % ein Alkoholsyndrom ermittelt. 11 % gaben an, an einem Paniksyndrom und 6 % an Binge Eating zu leiden. An Bulimia Nervosa waren in dieser Stichprobe nach eigenen Angaben 3 % der Studierenden erkrankt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2*Häufigkeitsverteilung von psychischen Syndromen nach PHQ*

Syndrom	Vorhanden	Nicht vorhanden
Somatoformes Syndrom	144 (20 %)	576 (80 %)
Major Depressive Syndrom	198 (27 %)	522 (73 %)
Anderes Depressives Syndrom	277 (39 %)	443 (62 %)
Paniksyndrom	82 (11 %)	638 (89 %)
Anderes Angstsyndrom	132 (18 %)	588 (82 %)
Bulimia nervosa	18 (3 %)	702 (97 %)
Binge Eating	46 (6 %)	674 (94 %)
Alkoholsyndrom	93 (13 %)	627 (87 %)

Anmerkung. $N = 720$, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Diese hohen Prävalenzwerte von psychischen Syndromen geben einen Hinweis auf die Belastung von Studierenden in Österreich. Die Auswertung des Items “Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten”, bestätigt die weite Verbreitung einer hohen Belastung unter Studierenden in Österreich. Von 720 Studienteilnehmenden gaben etwa ein Fünftel (21 %) an einzelnen Tagen, 3 % an mehr als der Hälfte der Tage und 3 % beinahe jeden Tag als Antwort an. Insgesamt berichteten 192 von 720 Personen also 27 %, dass sie zumindest an einzelnen Tagen oder öfter den Gedanken haben, dass sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.

Neben einer kategorialen Auswertung, welche zwischen Vorhandensein und Nichtvorhandensein eines Syndroms unterscheidet, gibt es für die Depressivität auch eine kontinuierliche Auswertung in Schweregrade (Löwe et al., 2002; Kroenke et al., 2001). Für die Depressivität wurde in dieser Stichprobe ein Mittelwert von $M = 9.67$ ($SD = 6.03$) mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 27 berechnet. Ab einem Summenwert von 10 oder höher spricht man laut Kroenke und Kolleg*innen (2001) von einer klinisch relevanten Depressivität (Major Depression). Der Mittelwert der Stichprobe liegt nur knapp unter diesem Cut-Off-Wert.

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Einstufung der Depressivität laut der kontinuierlichen Auswertung von Kroenke und Kolleg*innen (2001). So wiesen 44 % der befragten Studierenden der vorliegenden Masterarbeit einen Summenwert von 10 oder höher auf, was laut Kroenke und Kolleg*innen (2001) für das Vorliegen einer klinisch relevanten Depressivität (Major Depression) steht. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (56 %) hatte kein klinisch relevantes Ausmaß an Depressivität. 23 % wurden in ein mittleres, 14 % in ein ausgeprägtes und 7 % in ein schwerstes Ausmaß von Major Depression eingeordnet.

Tabelle 3

Verteilung nach Schweregrad eines depressiven Syndroms nach PHQ-D

Depressivität	Häufigkeit	In Prozent
Kein depressives Syndrom	158	22 %
Leichtes depressives Syndrom	244	34 %
Mittlere Major Depression	164	23 %
Ausgeprägte Major Depression	101	14 %
Schwerste Major Depression	53	7 %

Anmerkung. $N = 720$, Einteilung nach Kroenke und Kolleg*innen (2001)

Deskriptive Statistik des erlebten Stress nach PSS-10

Die Ergebnisse der PSS-10 werden im folgenden Abschnitt deskriptiv dargestellt. Dies soll zu einem besseren Verständnis des Stresserlebens der befragten Studierenden beitragen. Bei der Stichprobengröße von $N = 720$ wurde ein Mittelwert von $M = 20.89$ ($SD = 7.11$) berechnet. Dies entspricht laut der Einteilung von Herbst und Kolleg*innen (2016) für einen hohen erlebten Stress der Studierenden im vergangenen Monat. Der geringste Summenwert lag bei 2 und der höchste bei 39. Tabelle 4 stellt die Einteilung nach dem Ausmaß an erlebten Stress im letzten Monat dar. Laut dieser Einteilung von Herbst und Kolleg*innen (2016) hatten 54 % der Studierenden ein hohes Ausmaß an erlebten Stress im letzten Monat. Neun Prozent hatten ein geringes und 38 % ein mittleres Stresserleben.

Tabelle 4*Verteilung des Ausmaßes an Stresserleben nach PSS-10*

Stress	Häufigkeit	In %
Geringes Stresserleben	61	9 %
Mittleres Stresserleben	273	38 %
Hohes Stresserleben	386	54 %

Anmerkung. $N = 720$, Einteilung nach Herbst und Kolleg*innen (2016), Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

In der grafischen Darstellung der Gesamtwerte des PSS-10 ergibt sich mit einer Kurtosis von -0.60 und einem Standardfehler von 0.18 eine platykurtische Verteilung. Dies deutet darauf hin, dass in der Stichprobe nur wenige extreme Ausreißer vorhanden waren. Mit einem Wert der Schiefe von -0.20 und einem Standardfehler von 0.09 ergibt sich eine Linksschiefe in der Verteilung. Das zeigt, dass mehr Studierende von überdurchschnittlich hohen Stresswerten berichteten, als es laut einer Normalverteilung anzunehmen wäre.

Deskriptive Statistik der Resilienz nach BRS

Dieser Abschnitt stellt die Ergebnisse der BRS deskriptiv dar. Bei der Stichprobengröße von $N = 720$ erreichten die Befragten einen Mittelwert von $M = 18.03$ ($SD = 4.92$). Der geringste Summenwert lag bei 6 und der höchste bei 30.

Die Kurtosis hatte einen Wert von -0.46 und einem Standardfehler von 0.18. Daraus ergibt sich eine leicht flachere Verteilung im Vergleich zur Normalverteilung. Der Wert der Kurtosis und die grafische Darstellung deuten darauf hin, dass in dieser Verteilung nur wenige extreme Ausreißer vorhanden waren. Mit einem Wert der Schiefe von 0.08 und einem Standardfehler von 0.09 ergibt sich eine nahezu symmetrische, leicht rechtsschiefe Verteilung. Das zeigt, dass geringfügig mehr Studierende unterdurchschnittliche Resilienzwerte aufwiesen, als es laut einer Normalverteilung anzunehmen wäre.

Deskriptive Statistik der sozialen Unterstützung nach BSSS

Die Ergebnisse der BSSS werden in diesem Abschnitt deskriptiv dargestellt, um die Ausprägung der sozialen Unterstützung der befragten Studierenden darzustellen. Die 720 befragten Studierenden hatten einen durchschnittlichen Summenwert in den BSSS von $M = 28.08$ ($SD = 4.76$). Der geringste Summenwert lag bei 8 und der höchste bei 32. Hohe

Werte deuten dabei auf eine hohe soziale Unterstützung hin, während niedrige Werte eine geringe soziale Unterstützung repräsentieren.

Die Verteilung der Summenwerte der BSSS kann mit Hilfe der Kurtosis und der Schiefe beschrieben werden. Die Kurtosis beträgt 1.92 und hat einen Standardfehler von 0.18. Das deutet darauf hin, dass die Verteilung flacher ist als die Normalverteilung. Mit einem Wert der Schiefe von -1.42 und einem Standardfehler von 0.09 ergibt sich eine starke linksschiefe Verteilung. Das bedeutet, dass viel mehr Studierende von einer guten sozialen Unterstützung berichteten, als es laut der Normalverteilung anzunehmen wäre.

Deskriptive Statistik der Annahme von universitätsinternen Angeboten und Angeboten der ÖH

Wie in Tabelle 5 erkennbar, haben bisher nur eine Minderheit der Studierenden die universitätsinternen Unterstützungsangebote oder Angebote der ÖH in Anspruch genommen. Außerdem waren dem Großteil der Studierenden diese Unterstützungsangebote unbekannt. Mehr als die Hälfte der Studierenden (53 %) kannte keine universitätsinternen psychologischen oder psychotherapeutischen Unterstützungsangebote. Nur 10 % haben bereits psychologische oder psychotherapeutische Unterstützungsangebote der Universitäten oder Hochschulen in Anspruch genommen. Auch Angebote zur Barrierefreiheit und zum Thema Diversität und Gleichbehandlung sind zwei Drittel der Studierenden unbekannt. Finanzielle Unterstützungsangebote wurden von Studierenden am häufigsten angenommen (19 %).

Tabelle 5*Wissen über universitätsinterne Unterstützungsangebote oder Angebote der ÖH*

	Kenne ich nicht	Kenne ich	Habe ich bereits in Anspruch genommen	Keine Angabe
Medizinische Angebote	88 %	9 %	1 %	2 %
Psychologische bzw. psychotherapeutische Angebote	53 %	35 %	10 %	2 %
Angebote zum Thema Barrierefreiheit	74 %	20 %	3 %	3 %
Angebote zu den Themen Diversität und Gleichbehandlung	66 %	30 %	2 %	2 %
Studien- und Jobfindungstool	44 %	40 %	15 %	2 %
Finanzielle Unterstützungs- angebote	36 %	43 %	19 %	2 %
Angebote der ÖH	59 %	30 %	7 %	4 %

*Anmerkung. N = 720, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen***Inferenzstatistische Analysen**

Nachdem die deskriptiven Analysen sowohl das Vorkommen von psychischen Syndromen und erlebten Stress als auch die protektiven Faktoren und die Annahme der Unterstützungsangebote dargestellt haben, werden im folgenden Teil die vorgestellten Hypothesen inferenzstatistisch dargestellt.

Unterschiede im Stresserleben, Angst und Depressivität nach Beschäftigungsmaß

Um zu überprüfen, ob sich die Stress-, Angst- und Depressivitätssymptome je nach Beschäftigungsmaß der Studierenden unterscheiden, wurde eine ANOVA berechnet. Anschließend wurden Post-Hoc-Analysen durchgeführt. Die unabhängige Variable, das Ausmaß der Erwerbstätigkeit, wurde in sechs Kategorien eingeteilt: 1) keine Erwerbstätigkeit (0 Stunden), geringes (1 - 10 Stunden), moderates (11 - 20 Stunden), erhöhtes (21 - 30

Stunden), hohes (31 - 40 Stunden) und sehr hohes Ausmaß (über 40 Stunden) an Erwerbstätigkeit. In Tabelle 6 werden die Mittelwerte der PSS-10, des Angstitems des PHQ-D und des PHQ-9 differenziert nach dem Beschäftigungsausmaß aufgelistet.

Tabelle 6

Stress-, Angst- und Depressivitätsmittelwerte nach Erwerbsausmaß

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>
	Ausmaß der Erwerbstätigkeit		
Stress	0 Stunden	2.13	.71
	1 - 10 Stunden	2.13	.76
	11 - 20 Stunden	2.15	.60
	21 - 30 Stunden	1.97	.65
	31 - 40 Stunden	1.89	.77
	über 40 Stunden	1.72	.75
Angst	0 Stunden	1.29	.67
	1 - 10 Stunden	1.16	.74
	11 - 20 Stunden	1.12	.68
	21 - 30 Stunden	1.10	.63
	31 - 40 Stunden	.86	.72
	über 40 Stunden	.82	.72
Depressivität	0 Stunden	1.14	.66
	1 - 10 Stunden	1.08	.68
	11 - 20 Stunden	1.12	.63
	21 - 30 Stunden	.98	.68
	31 - 40 Stunden	.90	.67
	über 40 Stunden	.81	.71

Anmerkung. N = 720

Stress. Die Stresswerte wurden mithilfe der PSS-10 operationalisiert. Vor Berechnung der ANOVA wurden die Voraussetzungen überprüft. Die Unabhängigkeit der Beobachtungen wurde durch das Studiendesign sichergestellt. Die abhängige Variable, die PSS-10, hat eine metrische Skaleneigenschaft. Zur Überprüfung der Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test berechnet. Der Shapiro-Wilk-Test zeigte eine signifikante Abweichung der Normalverteilung in den Gruppen keine Erwerbstätigkeit, $W = .99, p = .042$ und 1 - 10 Stunden, $W = .98, p = .001$. Aufgrund der Gruppengröße und der Robustheit der ANOVA gegenüber Verletzungen der Normalverteilung wurde die Analyse fortgesetzt (Schmider et al., 2010; Blanca et al., 2017). Da der Levene-Test auf Varianzhomogenität signifikant ausfiel $F(5,714) = 2.75, p = .018$, spricht dies für eine Voraussetzungsverletzung in der Homogenität der Varianzen. Aufgrund dieser Voraussetzungsverletzung wurde eine Welch-ANOVA berechnet, um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu überprüfen. Diese ergab einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Gruppen, $F(5, 147.39) = 2.85, p = .018$. Der Mittelwert des PSS-10 unterschied sich somit signifikant in den unterschiedlichen Ausmaßen der Erwerbstätigkeit. Mit einem Eta-Quadrat von $\eta^2 = .02$ konnte laut Cohen (1988) ein kleiner Effekt gefunden werden.

Aufgrund der ungleichen Gruppengrößen und der Verletzung der Varianzhomogenität wurde nach Empfehlung von Sauder und DeMars (2019) ein Games Howell Post-Hoc-Test berechnet. Bei Durchführung des Games-Howell Tests konnte in den Post-Hoc-Analysen jedoch kein signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Zwischen den einzelnen Gruppen der Erwerbstätigkeit wurden keine signifikanten Mittelwertsunterschiede in der PSS-10 gefunden.

Angst. Die Angstwerte wurden mit Hilfe des ersten Items des Angstmoduls des PHQ-D operationalisiert. Ähnlich wie bei der vorherigen Hypothese wurden auch dieses Mal vor der Berechnung der ANOVA alle notwendigen Voraussetzungen überprüft. Die Unabhängigkeit der Beobachtungen war wieder durch das Studiendesign sichergestellt. Der Shapiro-Wilk-Test zeigte eine signifikante Abweichung der Normalverteilung in allen Gruppen (keine Erwerbstätigkeit, $W = .78, p < .001$; 1 - 10 Stunden, $W = .80, p < .001$; 11 - 20 Stunden, $W = .80, p < .001$; 21 - 30 Stunden, $W = .78, p < .001$; 31 - 40 Stunden, $W = .80, p < .001$; über 40 Stunden, $W = .80, p < .001$). Aufgrund der Gruppengröße und der Robustheit der ANOVA gegenüber Verletzungen der Normalverteilung wurde die Analyse fortgesetzt (Schmider et al., 2010; Blanca et al., 2017). Der Levene-Test auf Varianzhomogenität fiel nicht signifikant aus $F(5,714) = 2.10, p = .063$, wodurch von der

Gleichheit der Varianzen auszugehen ist. Aufgrund der Erfüllung dieser Voraussetzung wurden mithilfe einer ANOVA die Unterschiede im ersten Angstitem des PHQ-D zwischen den Gruppen überprüft. Diese ergab einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Gruppen, $F(5, 714) = 4.60, p < .001$. Die Werte des ersten Items des Angstmoduls des PHQ-D unterschieden sich somit signifikant in den unterschiedlichen Ausmaßen der Erwerbstätigkeit. Laut Cohen (1988) ist dies ein kleiner Unterschied mit einem Eta-Quadrat von $\eta^2 = .03$.

Aufgrund der gegebenen Varianzhomogenität wurde ein Tukey's Honestly Significant Difference Post-Hoc-Test berechnet. Bei Durchführung des Tukey's Honestly Significant Difference Post-Hoc-Tests konnte in den Kontrasten ein signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Es gab eine statistisch signifikante Mittelwertsdifferenz im Angstitem zwischen den Gruppen keine Erwerbstätigkeit ($M = 1.29, SD = .67$) und einer Erwerbstätigkeit von 31 - 40 Stunden ($M = .86, SD = .72$) von .43 ($SE = .12, p = .003$). Eine statistische Signifikanz konnte auch in den durchschnittlichen Differenzen zwischen den Gruppen keine Erwerbstätigkeit ($M = 1.29, SD = .67$) und einer Erwerbstätigkeit von über 40 Stunden ($M = .82, SD = .72$) von .47 ($SE = .14, p = .011$) berechnet werden.

Depressivität. Die Depressivitätswerte wurden mithilfe des PHQ-9 operationalisiert. Wie in den vorherigen Hypothesen wurden zuvor die Voraussetzungen einer ANOVA überprüft. Die Unabhängigkeit der Beobachtungen ergibt sich durch die unabhängigen Personen im Studiendesign. Mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests wurde die Voraussetzung der Normalverteilung in allen Gruppen überprüft. Dieser zeigte eine signifikante Abweichung der Normalverteilung in allen Gruppen (keine Erwerbstätigkeit, $W = .96, p < .001$; 1 - 10 Stunden, $W = .95, p < .001$; 11 - 20 Stunden, $W = .96, p < .001$; 21 - 30 Stunden, $W = .92, p < .001$; 31 - 40 Stunden, $W = .91, p = .002$; über 40 Stunden, $W = .89, p = .006$). Aufgrund der ausreichenden Gruppengröße und der damit verbundenen Robustheit der ANOVA gegenüber Verletzungen der Normalverteilung wurde die Analyse fortgesetzt (Schmider et al., 2010; Blanca et al., 2017). Da der Levene-Test auf Varianzhomogenität nicht signifikant ausfiel, $F(5,714) = 0.37, p = .870$, kann von homogenen Varianzen ausgegangen werden. Deshalb wurden mithilfe einer ANOVA die Unterschiede zwischen den Gruppen überprüft. Die ANOVA ergab keinen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Gruppen, $F(5, 714) = 2.21, p = .052$. Die Mittelwerte des PHQ-9 unterschieden sich nicht signifikant in den unterschiedlichen Ausmaßen der Erwerbstätigkeit.

Unterschiede in Stress-, Angst- und Depressivitätssymptomen in Bezug auf den Grund für Erwerbstätigkeit

Ein Item der Fragebogenbatterie bezog sich auf die Gründe der Erwerbstätigkeit neben dem Studium. Diese Hypothese vergleicht Studierende, welche zur Finanzierung ihres Lebensunterhaltes arbeiten mit Studierenden, die nicht aus diesem Grund erwerbstätig sind hinsichtlich ihrer Stress-, Angst- und Depressivitätssymptome. 313 Personen gaben an, zu arbeiten, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren. 194 Personen sahen dies nicht als Grund für ihre Erwerbstätigkeit. Um zu ermitteln, ob Personen, welche erwerbstätig sind, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren, höhere Stress-, Angst- und Depressivitätswerte haben als Personen, die diesen Grund nicht angaben, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die abhängigen Variablen waren Stress (PSS-10), Angst (erstes Angstitem des PHQ-D) und Depressivität (PHQ-9). Als unabhängige Variable wurden die Personen in Gruppen eingeteilt, abhängig davon, ob sie der Finanzierung des Lebensunterhalts als Grund für ihre Erwerbstätigkeit zustimmten oder nicht.

Alle Voraussetzungsüberprüfungen wie die Unabhängigkeit der Messungen, eine metrische abhängige Variable, keine Ausreißer, Normalverteilung und Varianzhomogenität für einen t-Test wurden durchgeführt. Von einer Unabhängigkeit der Stichproben kann aufgrund des Studiendesigns ausgegangen werden. Die abhängigen Variablen sind metrisch. Die Normalverteilung wurde mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests überprüft. Dieser war in allen Gruppen bei der Verteilung der Stress-, Angst- und Depressivitätswerte signifikant. Dies deutet auf eine Voraussetzungsverletzung der Normalverteilung hin. Da bei großen Stichproben jedoch der t-Test gegenüber Voraussetzungsverletzungen robust ist (Sedlmeier & Renkewitz, 2018), wurde dieser trotz der Verletzung der Normalverteilung für die Berechnungen herangezogen. Die Varianzhomogenität wurde mit Hilfe des Levene-Tests ermittelt. In den abhängigen Variablen fiel dieser nicht signifikant aus, weshalb von einer Homogenität der Varianzen auszugehen ist. Es wurden durch Boxplot-Diagramme keine extremen Ausreißer mit einem mehr als dreifachen Interquartilsabstand identifiziert, weshalb die Analysen mit allen Daten fortgesetzt wurden.

Die Tabelle 7 stellt die Mittelwerte von Stress (PSS-10), Angst (erstes Angstitem des PHQ-D) und Depressivität (PHQ-9) dar. Die Mittelwerte wurden in zwei Gruppen unterteilt. Die Gruppierung hängt davon ab, ob die Teilnehmenden dem Grund der Erwerbstätigkeit als Sicherung des Lebensunterhalts zustimmten oder nicht. In Tabelle 7 ist ersichtlich, dass

Personen, welche zur Sicherung des Lebensunterhaltes neben dem Studium erwerbstätig waren, durchschnittlich von höheren Stress-, Angst- und Depressivitätswerten berichteten.

Tabelle 7

Stress-, Angst- und Depressivitätswerte gruppiert nach Zustimmung zu dem Grund für Erwerbstätigkeit: Sicherung des Lebensunterhaltes

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	M	SD
	Sicherung des Lebensunterhaltes		
Stress	Ja	2.13	.70
	Nein	1.98	.73
Angst	Ja	1.12	.70
	Nein	1.06	.74
Depressivität	Ja	1.09	.69
	Nein	.97	.64

Anmerkung. Operationalisierung der Mittelwerte für Stress (PSS-10), für Angst (1. Angstitem des Angstmoduls des PHQ-D) und Depressivität (PHQ-9)

Stress. Personen, welche als Grund für ihre Erwerbstätigkeit die Sicherung des Lebensunterhaltes angaben, hatten einen Mittelwert in der PSS-10 von $M = 2.13$ ($SD = .70$). Personen, die dies nicht als Grund für ihre Erwerbstätigkeit angaben, hatten einen Mittelwert in der PSS-10 von $M = 1.98$ ($SD = .73$) (siehe Tabelle 7). Wie Tabelle 8 darstellt, deutet das nicht signifikante Ergebnis des Levene-Tests auf Varianzgleichheit hin, $F(505) = 0.49$, $p = .485$.

Der t-Test zeigt, dass sich erwerbstätige Studierende signifikant in ihren PSS-10 Mittelwerten unterschieden in Bezug darauf, ob sie die Sicherung des Lebensunterhalts als Grund für ihre Erwerbstätigkeit angegeben haben (95 % -CI [-.27;-.02]), $t(505) = -2.24$, $p = .013$. Studierende, welche aus diesem Grund erwerbstätig waren, hatten signifikant höhere Stressmittelwerte als die Vergleichsgruppe. Die Mittelwerte der PSS-10 waren bei erwerbstätigen Studierenden, welche arbeiteten, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren durchschnittlich um .15 Punkte höher als bei Studierenden,

die diesen Grund nicht für ihre Erwerbstätigkeit angegeben haben. Dies entspricht einem mittleren Effekt ($d = .71$).

Tabelle 8

t-Test für unabhängige Stichproben mit abhängiger Variable Stress

	Levene-Test der Varianzgleichheit				t-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	Sig.	T	df	Einseitiges p	Mittlere Differenz	Differenz für Standard-fehler
Stress	.49	.485	-2.24	505	.013	-.15	.06

Anmerkung. Unabhängige Variable: Sicherung des Lebensunterhaltes, abhängige Variable: PSS-10

Angst. Studierende, welche der Aussage zustimmten, dass sie zur Sicherung des Lebensunterhaltes erwerbstätig waren, hatten einen Mittelwert im ersten Angstitem des Angstmoduls des PHQ-D von $M = 1.12$ ($SD = .70$). Erwerbstätige Studienteilnehmende, welche diesem Grund nicht zustimmten, hatten einen durchschnittlichen Wert im ersten Angstitem des Angstmoduls des PHQ-D von $M = 1.06$ ($SD = .74$) (siehe Tabelle 7). Wie in Tabelle 9 ersichtlich, ist der Levene-Test nicht signifikant, weshalb von einer Varianzhomogenität auszugehen ist, $F(505) = 0.23$, $p = .634$. Der t-Test zeigt, dass sich erwerbstätige Studierende nicht signifikant in ihren Angstsymptomen unterscheiden in Bezug darauf, ob sie die Sicherung des Lebensunterhalts als Grund für ihre Erwerbstätigkeit angegeben haben (95 % -CI [-.19;.06]), $t(505) = -1.00$, $p = .160$. Die Sicherung des Lebensunterhaltes als Grund der Erwerbstätigkeit neben dem Studium führt demnach nicht zu signifikant höheren Angstsymptomen.

Tabelle 9*t-Test für unabhängige Stichproben mit abhängiger Variable Angst*

	Levene-Test der		t-Test für die Mittelwertgleichheit				
	Varianzgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Einseitiges p	Mittlere Differenz	Differenz für Standardfehler
Angst	.23	.634	-1.00	505	.160	-.06	.07

Anmerkung. Unabhängige Variable: Sicherung des Lebensunterhaltes, abhängige Variable: 1. Items des Angstmoduls des PHQ

Depressivität. Studierende, welche erwerbstätig waren, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren, hatten einen durchschnittlichen Wert des PHQ-9 von $M = 1.09$ ($SD = .69$). Personen, die die Sicherung des Lebensunterhalts nicht als Grund für ihre Erwerbstätigkeit angaben, hatten einen Mittelwert im PHQ-9 von $M = .97$ ($SD = .64$) (siehe Tabelle 7). Tabelle 10 zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis des Levene-Tests auf Varianzgleichheit, $F(505) = 1.72$, $p = .190$). Es ist somit von einer Varianzhomogenität auszugehen. Der t-Test für unabhängige Stichproben wurde signifikant. Erwerbstätige Studierende, die die Sicherung des Lebensunterhalts als Grund für ihre Erwerbstätigkeit angegeben haben, hatten signifikant höhere Mittelwerte im PHQ-9 als die Vergleichsgruppe (95 % -CI [-.24;-.00]), $t(505) = -2.00$, $p = .023$. Die Mittelwerte des PHQ-9 waren bei erwerbstätigen Studierenden, welche arbeiteten, um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren, durchschnittlich um .12 Punkte höher als bei Studierenden, die diesen Grund nicht für ihre Erwerbstätigkeit angegeben haben. Dies entspricht einem mittleren Effekt ($d = .67$).

Tabelle 10*t-Test für unabhängige Stichproben mit abhängiger Variable Depressivität*

	Levene-Test der Varianzgleichheit				t-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	Sig.	T	df	Einseitiges p	Mittlere Differenz	Differenz für Standardfehler
Depressivi- tät	1.72	.190	-2.00	505	.023	-.12	.06

Anmerkung. Unabhängige Variable: Sicherung des Lebensunterhaltes, abhängige Variable: PHQ-9

Zusammenhang von psychischen Belastungen mit sozialer Unterstützung und Resilienz bei Personen mit hohem Beschäftigungsausmaß

Um zu untersuchen, ob Resilienz und soziale Unterstützung im negativen Zusammenhang mit Stress-, Angst- und Depressivitätssymptomen bei Personen mit hohem Beschäftigungsausmaß stehen, wurden Personen mit einer Erwerbstätigkeit von 21 oder mehr Wochenstunden zur Analyse herangezogen. Zur Berechnung des Geschlechts wurde eine dichotome Variable erstellt. Somit wurden nur Personen, welche sich als weiblich oder männlich identifizierten, in die Berechnung miteingeschlossen. Daraus ergab sich eine Stichprobengröße von $n = 123$. Die Hypothese wurde mit Hilfe einer multiplen linearen Regression berechnet. Zuvor wurden die Daten auf die Voraussetzungen für multiple lineare Regressionen überprüft. Um eine multiple lineare Regression berechnen zu können, muss eine lineare Beziehung zwischen den Variablen vorhanden sein. Zusätzlich sollen die Residuen voneinander unabhängig und normalverteilt sein. In den Daten sollen keine extremen Ausreißer vorhanden sein. Des Weiteren darf keine zu hohe Multikollinearität zwischen den Einflussfaktoren bestehen und die Homoskedastizität muss überprüft werden. Die Ausreißer wurden mit Hilfe des zentralen Hebelwerts (Cut-Off $> .12$), der Cook Distanz (Cut-Off > 1) und der Mahalanobisdistanz (Cut-Off > 15) ermittelt (Frees, 2010; Field, 2018). Aufgrund dieser Kennwerte wurden zwei Personen als Ausreißer identifiziert und somit von der Berechnung ausgeschlossen.

Es ergibt sich ein finaler Datensatz zur Berechnung der Hypothesen von $n = 121$. Die zur Berechnung herangezogenen Personen waren durchschnittlich 32 Jahre ($M = 31.98$,

$SD = 8.21$) alt und somit älter als der Durchschnitt der Gesamtstichprobe. Studierende mit einem Beschäftigungsausmaß von 21 Stunden oder mehr hatten Resilienzwerte in den BRS von $M = 3.27$ ($SD = .77$) und hohe Werte in der sozialen Unterstützung nach den BSSS ($M = 3.61$, $SD = .52$).

Stress. Die Linearität des Zusammenhangs der Variablen wurde mit Hilfe von Streudiagrammen überprüft und kann als gegeben angesehen werden. Die Multikollinearität wurde mit Hilfe der Toleranz ($\text{Cut-Off} < .1$) und des Variance Influence Faktors ($\text{Cut-Off} > 10$) überprüft. Daraus ergaben sich keine hohen Korrelationen zwischen den Einflussvariablen. Die Unabhängigkeit und die Normalverteilung der Residuen kann aufgrund des Studiendesigns und durch Überprüfung mit Hilfe eines Diagramms als gegeben angesehen werden. Die Homoskedastizität wurde mit Hilfe eines Streudiagramms überprüft. Die grafische Darstellung lässt kein Muster erkennen, weshalb von einer Homoskedastizität ausgegangen werden kann. Nach Überprüfung der Voraussetzungen zeigte sich, dass Studierende mit einem Ausmaß von mehr als 21 Stunden an Erwerbstätigkeit durchschnittlich einen Wert von $M = 1.84$ ($SD = .69$) in der PSS-10 hatten.

Nach Berechnung der ANOVA ergab sich ein signifikantes Modell, $F(4, 116) = 18.82$, $p < .001$. Das Modell hat eine korrigierte erklärte Varianz von 37 %. Das bedeutet, dass in dieser Stichprobe die Variablen soziale Unterstützung, Resilienz, Alter und Geschlecht 37 % der abhängigen Variable Stress erklärten. Mit einem Koeffizient B von $-.01$ ($p = .038$) zeigt sich, dass Studierende mit hoher Erwerbstätigkeit mit zunehmendem Alter geringere Werte in der PSS-10 aufwiesen. In einem signifikanten negativen Zusammenhang stehen die Mittelwerte der BRS und der PSS-10 bei Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit ($\beta = -.38$, $p < .001$). Ein ähnliches Ergebnis wurde bei der sozialen Unterstützung gefunden. Die BSSS stehen in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit der PSS-10 bei Studierenden mit einem hohen Ausmaß an Erwerbstätigkeit ($\beta = -.27$, $p = .012$). Sowohl soziale Unterstützung als auch Resilienz korrelierten negativ mit Stress und können als protektive Faktoren für Stress bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit betrachtet werden. Das Geschlecht war kein signifikanter Prädiktor für den erlebten Stress ($\beta = .21$, $p = .074$). Zusammenfassend zeigt sich, dass Resilienz, soziale Unterstützung und das Alter signifikante Prädiktoren für den erlebten Stress von Personen mit hohem Beschäftigungsausmaß waren, während das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss hatte.

Angst. Studierende mit einem Erwerbsausmaß von mehr als 21 Stunden hatten folgende Angstwerte in dem ersten Angstitem des PHQ-D ($M = .95$, $SD = .68$). Die Linearität

des Zusammenhangs der Variablen wurde mit Hilfe von Streudiagrammen überprüft und bestätigt. Mit Hilfe der Toleranz ($\text{Cut-Off} < .1$) und des Variance Influence Faktors ($\text{Cut-Off} > 10$) wurde die Multikollinearität überprüft. Dabei wurden keine hohen Korrelationen zwischen den Einflussvariablen gefunden. Die Unabhängigkeit und die Normalverteilung der Residuen können aufgrund des Studiendesigns und einer graphischen Analyse als gegeben angesehen werden. Die Homoskedastizität wurde mit Hilfe eines Streudiagramms überprüft. Die graphische Darstellung deutet auf ein Muster hin, weshalb von einer Heteroskedastizität ausgegangen werden muss. Um diese Voraussetzungsverletzung zu kontrollieren, wurde eine multiple lineare Regression mit Hilfe des Bootstrapping Verfahrens durchgeführt.

Nach Berechnung einer klassischen ANOVA ergab sich ein signifikantes Modell $F(4, 116) = 14.77, p < .001$. Das Modell hat eine korrigierte erklärte Varianz von 32 %. In dieser Stichprobe erklärten die Variablen soziale Unterstützung, Resilienz, Alter und Geschlecht 32 % der abhängigen Variable Angst. Mit einem Koeffizient B von $-.35$ ($p < .001$) zeigte sich, dass die Mittelwerte der BRS in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit dem ersten Angstitem des PHQ-D bei Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit stehen. Ein ähnliches Ergebnis wurde bei den Mittelwerten der BSSS gefunden. Die BSSS steht in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit dem ersten Item des Angstmoduls des PHQ-D bei Studierenden mit einem hohen Ausmaß an Erwerbstätigkeit ($\beta = -.29, p = .008$). Sowohl soziale Unterstützung als auch Resilienz fungierten als protektive Faktoren für Angst. Das Alter ($\beta = -.01, p = .202$) und das Geschlecht ($\beta = .18, p = .135$) waren keine signifikanten Prädiktoren für Angst bei Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit.

Nach Durchführung des Bootstrapping Verfahrens blieben die BRS und die BSSS signifikante Prädiktoren, welche im negativen Zusammenhang mit dem ersten Angstitem des PHQ-D bei Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit stehen. Sowohl das Alter als auch das Geschlecht waren nach dem Bootstrapping keine signifikanten Prädiktoren für das erste Angstitem des PHQ-D bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Resilienz und soziale Unterstützung im signifikant negativen Zusammenhang mit Angst stehen und damit signifikante Prädiktoren für die Angst von Personen mit hohem Beschäftigungsausmaß waren, während das Alter und das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss hatten.

Depression. Der Mittelwert des PHQ-9 von Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit neben dem Studium beträgt $M = .89$ ($SD = .66$). Wie bei den vorherigen

Hypothesen wurde die Linearität des Zusammenhangs der Variablen mit Hilfe von Streudiagrammen überprüft und kann als gegeben angesehen werden. Die Multikollinearität wurde mit der Toleranz (Cut-Off $< .1$) und des Variance Influence Faktors (Cut-Off > 10) überprüft. Die Werte der Toleranz und des Variance Influence Faktors deuten darauf hin, dass keine hohen Korrelationen zwischen den Einflussvariablen bestehen. Die Unabhängigkeit und die Normalverteilung der Residuen können als gegeben angesehen werden. Die Homoskedastizität wurde mit Hilfe eines Streudiagramms überprüft. Die graphische Darstellung deutet auf kein Muster hin, weshalb von einer Homoskedastizität ausgegangen werden kann.

Nach Berechnung einer ANOVA ergab sich ein signifikantes Modell, $F(4, 116) = 20.71, p < .001$. Das Modell hat eine korrigierte erklärte Varianz von 40 %. Die Variablen soziale Unterstützung, Resilienz, Alter und Geschlecht erklärten 40 % der abhängigen Variable Depressivität. Mit einem Koeffizient B von $-.34$ ($p < .001$) zeigt sich, dass die BRS in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit der PHQ-9 bei Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit steht. Ein ähnliches Ergebnis wurde bei der sozialen Unterstützung gefunden. Die BSSS stehen in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit der PHQ-9 bei Studierenden mit einem hohen Ausmaß an Erwerbstätigkeit ($\beta = -.36, p < .001$). Sowohl soziale Unterstützung als auch Resilienz waren negativ korrelierte Prädiktoren für Depressivität. Auch das Alter ($\beta = -.01, p = .016$) war ein signifikanter Prädiktor für die PHQ-9. Das Geschlecht ($\beta = .10, p = .356$) war kein signifikanter Prädiktor für die PHQ-9 bei Studierenden mit einer hohen Erwerbstätigkeit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Resilienz, soziale Unterstützung und das Alter signifikant negativ mit Depressivität korreliert sind und somit Prädiktoren für die Depressivität von Personen mit hohem Beschäftigungsausmaß sind. Das Geschlecht hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Depressivität von Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit.

Explorative Analysen

Um die Unterschiede der Stress-, Angst- und Depressivitätswerte nach Ausmaß der Erwerbstätigkeit nochmals zu überprüfen, wurden die Gruppen der Erwerbstätigkeit zusammengefasst. Wegen der unterschiedlichen Gruppengrößen und daraus resultierenden statistischen Verzerrungen, wurden die Gruppen, die das Ausmaß einer Erwerbstätigkeit einteilen, zusammengefügt. Dies soll die Power der Analysen erhöhen. In den explorativen Analysen wird zwischen keine Erwerbstätigkeit (0 Stunden), ein mittleres Ausmaß

(1 - 20 Stunden) und ein hohes Ausmaß an Erwerbstätigkeit (über 20 Stunden) differenziert. Die Voraussetzungen wurden, wie bei Hypothese 1.1 überprüft und bestätigt. 213 Personen waren nicht erwerbstätig, 377 hatten ein mittleres und 130 Personen ein hohes Erwerbsausmaß. Die Stress-, Angst- und Depressivitätswerte differenziert nach Erwerbsausmaß sind in Tabelle 11 aufgelistet.

Tabelle 11

Stress-, Angst- und Depressivitätsmittelwerte nach Erwerbsausmaß (keine, mittel, hoch)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>
	Ausmaß der Erwerbstätigkeit		
Stress	0 Stunden	2.13	.71
	1 – 20 Stunden	2.14	.70
	Über 20 Stunden	1.89	.71
Angst	0 Stunden	1.29	.67
	1 - 20 Stunden	1.14	.72
	Über 20 Stunden	.96	.69
Depressivität	0 Stunden	1.14	.66
	1 - 20 Stunden	1.09	.67
	Über 20 Stunden	.92	.68

Anmerkung. $N = 720$

Stress. Durch die Berechnung des Shapiro-Wilk-Tests konnte eine signifikante Abweichung der Normalverteilung in den Gruppen keine Erwerbstätigkeit, $W = .99$, $p = .042$ und mittleres Ausmaß, $W = .98$, $p < .001$ berechnet werden. Aufgrund der Gruppengröße und der Robustheit der ANOVA gegenüber Verletzungen der Normalverteilung wurde die Analyse fortgesetzt (Schmider et al., 2010; Blanca et al., 2017). Der Levene-Test auf Varianzhomogenität wurde nicht signifikant, $F(2, 717) = 0.12$, $p = .892$, weshalb eine ANOVA berechnet wurde, um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu überprüfen. Diese ergab einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Gruppen, $F(2, 717) = 6.39$, $p = .002$. Der Mittelwert des PSS-10 unterschied sich somit signifikant in den

unterschiedlichen Ausmaßen der Erwerbstätigkeit. Bei Durchführung eines Tukey's Honestly Significant Difference Post-Hoc-Tests konnte in den Analysen ein signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Die Mittelwerte der PSS-10 waren signifikant geringer bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit ($M = 1.89$, $SD = .71$) im Vergleich zu Studierenden mit keiner Erwerbstätigkeit ($M = 2.13$, $SD = .71$) mit einer Mittelwertsdifferenz von $-.24$ ($SE = .08$, $p = .007$) oder moderater Erwerbstätigkeit ($M = 2.14$, $SD = .70$) mit einer Mittelwertsdifferenz von $-.25$ ($SE = .07$, $p = .002$). Mit einem Eta-Quadrat von $\eta^2 = .02$ konnte laut Cohen (1988) ein kleiner Effekt gefunden werden.

Angst. Mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests wurde eine signifikante Abweichung der Normalverteilung in den Gruppen keine Erwerbstätigkeit, $W = .78$, $p < .001$; mittleres Ausmaß, $W = .80$, $p < .001$ und hohes Ausmaß, $W = .80$, $p < .001$ gefunden. Da der Levene-Test auf eine Varianzhomogenität der Daten hindeutete, $F(2, 717) = 2.59$, $p = .076$, wurde eine ANOVA berechnet, um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu überprüfen. Diese ergab einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Gruppen, $F(2, 717) = 9.15$, $p < .001$. Der Mittelwert des ersten Angstitems des PHQ-D unterschied sich somit signifikant in den unterschiedlichen Ausmaßen der Erwerbstätigkeit. Bei Durchführung des Tukey's Honestly Significant Difference Post-Hoc-Tests konnte in den Analysen ein signifikantes Ergebnis in allen Gruppen ermittelt werden (siehe Tabelle 12). Studierende mit keiner Erwerbstätigkeit hatten die höchsten Werte ($M = 1.29$, $SD = .67$), mit moderater Erwerbstätigkeit mittlere ($M = 1.14$, $SD = .72$) und mit hoher Erwerbstätigkeit die niedrigsten Angstwerte ($M = .96$, $SD = .69$). Mit einem Eta-Quadrat von $\eta^2 = .03$ wurde ein kleiner Effekt gefunden (Cohen, 1988).

Tabelle 12

Post-Hoc-Tests nach Erwerbsausmaß in Bezug auf Ängstlichkeit

Erwerbstätigkeit	Erwerbstätigkeit	Mittelwertsdifferenz	Std.-Fehler	Sig.
keine	moderat	.15	.06	.036
keine	hoch	.33	.08	< .001
moderat	hoch	.18	.07	.028

Anmerkung. Abhängige Variable: 1. Angstitem PHQ-D

Depressivität. Mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests wurde eine signifikante Abweichung der Normalverteilung in den Gruppen keine Erwerbstätigkeit, $W = .96, p < .001$; mittleres Ausmaß, $W = .96, p < .001$ und hohes Ausmaß, $W = .92, p < .001$ gefunden. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität wurde nicht signifikant, $F(2, 717) = 0.29, p = .747$, weshalb eine ANOVA berechnet wurde, um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu überprüfen. Diese ergab einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Gruppen, $F(2, 717) = 4.77, p = .009$. Der Mittelwert des PHQ-9 unterschied sich somit signifikant in den unterschiedlichen Ausmaßen der Erwerbstätigkeit. Das Eta-Quadrat lag bei $\eta^2 = .01$, was für einen kleinen Effekt laut Cohen (1988) steht. Bei Durchführung eines Tukey's Honestly Significant Difference Post-Hoc-Tests konnte in den Analysen ein signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Die Mittelwerte des PHQ-9 waren signifikant geringer bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit ($M = .92, SD = .68$) im Vergleich zur Studierenden mit keiner Erwerbstätigkeit ($M = 1.14, SD = .66$) mit einer Mittelwertsdifferenz von $-.22$ ($SE = .07, p = .008$) und mit einer moderaten Erwerbstätigkeit ($M = 1.09, SD = .67$) mit einer Mittelwertsdifferenz von $-.18$ ($SE = .07, p = .027$).

Diskussion

In der vorliegenden Masterarbeit wurden hohe Prävalenzen für psychische Syndrome bei Studierenden gefunden. Dies steht im Einklang mit bisherigen Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Studierenden (Auerbach et al., 2016; Ibrahim et al., 2013). Trotz der hohen Prävalenz von unterschiedlichen psychischen Syndromen und dem erhöhten Stressempfinden hatte ein Großteil der Studierenden eine hohe soziale Unterstützung und durchschnittliche Werte in der Resilienz. Resilienz und soziale Unterstützung gelten als protektive Faktoren für die psychische Gesundheit (Wittchen et al., 2020). So zeigt sich in dieser Stichprobe, dass Studierende in Österreich trotz der hohen psychischen Belastung auch protektive Faktoren besonders soziale Unterstützung aufweisen.

Im Vergleich zu einer Untersuchung aus Deutschland an Studierenden ist das hohe Stresserleben in dieser vorliegenden Masterarbeit auf einem ähnlichen Niveau (Herbst et al., 2016). Stellt man die Summenmittelwerte des erlebten Stresses der vorherigen Erhebungswelle aus dem Jahr 2020 / 2021 (Reitter et al., 2022) der aktuellen Erhebung gegenüber, sieht man eine leichte Verringerung. Auch bei depressiven Syndromen lässt sich ein Rückgang beobachten. So gaben im Vergleich zur vorherigen Erhebungswelle aus dem Jahr 2020 / 2021 (Reitter et al., 2022) weniger Studierende an, an einer klinisch relevanten Depressivität zu leiden. Jedoch ist zu betonen, dass in etwa gleich viele Personen wie in der

vorherigen Erhebungswelle aus dem Jahr 2020 / 2021 (Reitter, 2022) angaben, den Gedanken zu haben, dass sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten. Über ein Viertel der befragten Studierenden berichtete, diese Gedanken zumindest an einzelnen Tagen oder öfter zu haben. Das deutet auf eine weiterhin hohe psychische Belastung unter Studierenden hin und zeigt einen Handlungsbedarf diesbezüglich auf.

Die Forschungsfrage, wie sich das Ausmaß und die Gründe für eine Erwerbstätigkeit auf das Erleben von Stress, Angst und Depressivität auswirken, muss differenziert betrachtet werden. In Bezug auf das Ausmaß der Erwerbstätigkeit zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie bei Herbst und Kolleg*innen (2016). Diese fanden die höchsten Stresswerte bei Studierenden ohne Erwerbstätigkeit. In dieser Stichprobe hatten die höchsten Stressmittelwerte die Gruppe der Studierenden mit einem Beschäftigungsausmaß von 11 - 20 Stunden. Diese Stresswerte waren jedoch nur minimal höher als die der Studierenden ohne Nebenjob. Personen mit einem höheren Erwerbsausmaß hatten geringere Stressmittelwerte. Bei den Angst- und Depressivitätswerten lagen die höchsten Werte bei Personen ohne Nebenbeschäftigung und die niedrigsten bei Personen mit hoher Erwerbstätigkeit. Die ANOVA, welche die Mittelwertsunterschiede der Stresswerte nach Ausmaß der Erwerbstätigkeit berechnete, war signifikant. Es konnte in den Post-Hoc Analysen jedoch kein signifikanter Unterschied in den einzelnen Gruppen gefunden werden. Dies könnte an einer zu geringen Power und einer Verzerrung aufgrund von unterschiedlichen Gruppengrößen liegen. Auch in den Depressivitätssymptomen konnte kein signifikanter Unterschied nach Ausmaß der Erwerbstätigkeit gefunden werden. In den Angstsymptomen zeigte sich ein signifikanter kleiner Unterschied zwischen der Gruppe ohne Erwerbstätigkeit und den Gruppen mit hoher und sehr hoher Erwerbstätigkeit.

Um die Power zu erhöhen, wurden die Gruppen in den explorativen Analysen in keine, mittlere und hohe Erwerbstätigkeit zusammengefasst. Die explorativen Analysen zeigten, dass sich Personen mit einem hohen Ausmaß an Erwerbstätigkeit signifikant in den Stress-, Angst- und Depressivitätswerten von Personen ohne oder mit mittlerer Erwerbstätigkeit unterschieden. Personen mit hoher Erwerbstätigkeit hatten signifikant geringere Stress-, Angst und Depressivitätswerte. Dies könnte darauf hindeuten, dass Erwerbstätigkeit wie in der Allgemeinbevölkerung auch bei Studierenden einen Schutzfaktor (Waddel & Burton, 2006) und Erwerbslosigkeit wie in der Allgemeinbevölkerung einen Risikofaktor (Cohrdes et al., 2021) darstellen. Es ist jedoch zu betonen, dass in der

vorliegenden Untersuchung nur geringe Effektstärken gefunden wurden, weshalb die Ergebnisse entsprechend vorsichtig zu interpretieren sind.

Eine weitere Erklärung könnte sein, dass nicht die Erwerbstätigkeit zu einer besseren psychischen Gesundheit führt, sondern psychische Störungen die Wahrscheinlichkeit verringern, einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. So sind Personen in der Allgemeinbevölkerung mit depressiven Symptomen häufiger erwerbslos (Cohrdes et al., 2021) und rund ein Drittel aller Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit leidet an einer psychischen Störung (Oakley, 2016). Daher könnte es auch sein, dass die geringeren Stress-, Angst- und Depressivitätswerte bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit darauf zurückzuführen sind, dass Studierende mit schweren psychischen Störungen weniger Zugang zum Arbeitsmarkt haben. Womöglich ist ein Teil der psychisch stark belasteten Studierenden nicht in der Lage, neben dem Studium einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Studierende, die zur Finanzierung ihres Lebensunterhaltes arbeiteten, hatten signifikant höhere Stress- und Depressivitätsmittelwerte. Für Angst konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden. Der Grund, sich den Lebensunterhalt finanzieren zu müssen, ist eng mit finanziellen Schwierigkeiten verbunden (Zucha et al., 2024). Diese wiederum stehen im Zusammenhang mit einer schlechteren generellen psychischen Gesundheit (McCloud & Bann, 2019), einem geringeren Wohlbefinden (Cuppen et al., 2024) und Symptomen von Angst, Stress und Depression (McCloud & Bann, 2019; Heumann et al., 2023; Sendatzki & Rathmann, 2022; Andrews & Wilding, 2004). Gleichzeitig zeigt sich, dass Studierende mit einer studienerschwerenden Beeinträchtigung wie einer psychischen Störung häufiger einer Erwerbstätigkeit nachgehen, aus der Notwendigkeit ihren Lebensunterhalt zu finanzieren (Steinkühler et al., 2023). Somit konnten diese Hypothesen in Einklang mit der bestehenden Forschung bestätigt werden.

Die Frage, ob Resilienz und soziale Unterstützung auch Schutzfaktoren für Personen mit hohem Beschäftigungsausmaß in Bezug auf Stress, Angst und Depressivität darstellen, wird in diesem Abschnitt beantwortet. Resilienz und soziale Unterstützung korrelierten signifikant negativ mit sowohl Stress-, Angst- als auch Depressivitätssymptomen. Beide waren negative Prädiktoren und somit Schutzfaktoren für Stress-, Angst- und Depressivitätssymptome bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit. Das Alter war ein signifikanter Prädiktor und negativ korreliert mit Stress- und Depressivitätssymptomen bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit. Diese Ergebnisse sind kongruent mit dem Diathese-Stress-Modell, welches Resilienz und soziale Unterstützung als Schutzfaktoren identifiziert

(Wittchen et al., 2020; Cohrdes et al., 2021). Diese Erkenntnisse geben Hinweise, dass die psychische Gesundheit von Studierenden durch soziale Unterstützung und den Erwerb von Resilienz gefördert werden kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine ausgeübte Erwerbstätigkeit auch bei Studierenden einen Schutzfaktor darstellen kann. Es ist jedoch nicht nur das Ausmaß der Erwerbstätigkeit entscheidend, wie stark Stress-, Angst- und Depressivitätssymptome ausgeprägt sind, sondern auch der Grund der Erwerbstätigkeit. Kongruent zum Diathese-Stress-Modell lässt sich sagen, dass auch bei Studierenden mit einem hohem Erwerbsausmaß soziale Unterstützung und Resilienz protektive Faktoren für die psychische Gesundheit sind.

Stärken und Limitationen

Eine Stärke der vorliegenden Masterarbeit ist, dass sie mit 720 gültigen Datensätzen eine große Stichprobe aufweist. Dadurch lassen sich zuverlässige Ergebnisse gewinnen. Es können jedoch trotz der großen Stichprobe keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden, da es sich um eine anfallende Stichprobe handelt. Einzelne Universitäten, Fachhochschulen oder pädagogische Hochschulen konnten nicht erreicht werden, wodurch es zu Verzerrungen der Daten kommen könnte. Eine Übertragung der Ergebnisse auf alle Studierenden in Österreich ist daher nicht möglich. Durch die Kooperation mit diversen Universitäten, Fachhochschulen, pädagogischen Hochschulen und der ÖH bei der Rekrutierung von Teilnehmenden konnten trotzdem österreichweit Studierende aus vielen tertiären Bildungseinrichtungen erreicht werden. Trotz der Unterstützung von den unterschiedlichen Institutionen gestaltete sich die Rekrutierung der Versuchspersonen als schwierig.

Eine weitere zentrale Limitation der vorliegenden Masterarbeit ist, dass die Studie nur in deutscher Sprache durchgeführt wurde. Rund ein Viertel der Studierenden in Österreich kommt aus dem Ausland. Auch wenn ein großer Prozentteil davon aus Deutschland ist, stammen einige Studierende in Österreich aus anderen Ländern mit einer anderen Erstsprache (Astleithner, 2022). Durch die Vorgabe der Studie auf Deutsch wurde ein Teil der Studierenden in Österreich exkludiert. Dies kann zu einer Verzerrung der Daten führen. In Zukunft sollte die Studie auf mehrere Sprachen übersetzt werden.

Die Länge der Studie ist eine weitere Limitation. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Fragebogenbatterie von 42 Minuten für den Kernfragebogen und ca. 1 Stunde und 15 Minuten für die Zusatzfragebögen ist sehr lang. Dies hat zu einer hohen Abbruchquote geführt. Der Vorteil dieser langen Fragebogenbatterie ist, dass viele Daten

auch für andere Fragestellungen erhoben werden konnten. Dies führt jedoch auch zu der zentralen Limitation der vorliegenden Masterarbeit. Diese wurde im Rahmen eines bereits bestehenden Forschungsprojektes geschrieben. Die interessierenden Fragestellungen konnten mit der bestehenden Fragebogenbatterie beantwortet werden. Die Studie war jedoch nicht für die konkreten Fragestellungen konzipiert. So wurde auf die Angst der Studierenden in den inferenzstatistischen Analysen mit nur einem Item des PHQ-D geschlossen. Um eine aussagekräftigere Antwort zu erlangen, besteht in Zukunft die Notwendigkeit, Angst mit einem adäquateren Testinstrument zu erheben. Des Weiteren beruft sich die Studie einzig auf Selbstauskünfte von den Studienteilnehmenden, weshalb aufgrund dieser Ergebnisse kein Rückschluss auf diagnostizierte psychische Störungen möglich ist.

Implikationen

Sowohl in dieser vorliegenden Masterarbeit als auch in anderen Untersuchungen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2020; Unger et al., 2020; Zucha et al., 2024) lässt sich eine weite Verbreitung von Erwerbstätigkeit unter Studierenden in Österreich beobachten. Etwa zwei Drittel der Studierenden geht neben dem Studium einem Beruf nach. Der Großteil der Studiengänge ist jedoch als Vollzeitstudium konzipiert (Middendorff et al., 2017), was nicht die Lebensrealität von Studierenden in Österreich widerspiegelt. Am Beispiel der Universität Wien zeigt sich, dass in nahezu allen Studiengängen die benötigten Semester bis zum Abschluss (Median) deutlich höher sind als die Regelstudienzeit / Mindeststudienzeit (Universität Wien, o.J. a). Die längere Studiendauer kann dadurch entstehen, dass erwerbstätige Studierende häufig in Vollzeitstudiengängen inskribiert sind, obwohl sie weniger Wochenstunden für das Studium aufwenden. Durch die Erwerbstätigkeit steigt die Anzahl der de facto Teilzeit-Studierenden. Ähnlich gestaltet sich dies bei Studierenden mit Beeinträchtigungen. Auch wenn sie aktuell nicht häufiger Teilzeit-Studiengänge in Anspruch nehmen, geben sie mehr als doppelt so oft an, ein Vollzeit-Studium als Teilzeit-Studium zu betreiben (Middendorff et al., 2017). Daher müssen wie auch Mounsey und Kolleg*innen (2013) empfehlen, tertiäre Bildungseinrichtungen Ressourcen bereitstellen, damit auch diejenigen, die Schwierigkeiten haben, an Lehrveranstaltungen teilzunehmen, Prüfungen und Kurse besuchen können (Mounsey et al., 2013). Um besser der Lebensrealität der Studierenden zu entsprechen, sollte das Angebot an Teilzeit-Studiengängen oder berufsbegleitenden Studiengängen erhöht werden. Ein Ausbau und die Bewerbung von Teilzeit-Studiengängen könnte für erwerbstätige Studierende und für Studierende mit psychischen Störungen eine Unterstützung und Erleichterung bieten. Neben

dem Ausbau von Teilzeit-Studiengängen wäre eine Evaluation der Dauer der Regelstudienzeit / Mindeststudienzeit notwendig. Denn die finanzielle Unterstützung von Studierenden ist daran und an dem Studienfortschritt gekoppelt. Da häufige Gründe für Stress und Druck bei Studierenden die Mehrfachbelastung von Studium und Erwerbstätigkeit (Meyer et al., 2023) und finanzielle Schwierigkeiten (Richardson et al., 2017; Alsaleem et al., 2021; Heumann et al., 2023; Sendatzki & Rathmann, 2022; Andrews & Wilding, 2004) sind, könnte ein Ausbau an Teilzeitstudiengängen und eine längere finanzielle Unterstützung Studierende entlasten. Besonders für erwerbstätige Studierende könnte auch ein Ausbau des Angebotes an Lehrveranstaltungen am Abend eine Hilfestellung darstellen.

Laut der Eurostudent-Befragung (Cuppen et al., 2024) kennen die meisten Studierenden studienbezogene Beratungsangebote oder psychologische Beratungsstellen. Im europäischen Vergleich ist auffallend, dass in Österreich diese Angebote besonders selten wahrgenommen werden (Cuppen et al., 2024). Den Ergebnissen von Cuppen und Kolleg*innen (2024) widersprechen die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe zum Teil. So zeigt sich, dass nur eine Minderheit medizinische, psychologische bzw. psychotherapeutische interne Angebote oder Angebote der ÖH kennt. Ähnlich wie Cuppen und Kolleg*innen (2024) zeigen die Ergebnisse dieser Masterarbeit, dass nur wenige Studierende die Angebote in Anspruch nehmen. Am häufigsten werden finanzielle Unterstützungsangebote wahrgenommen. Der Großteil der Studierenden, welcher diese Angebote bereits genutzt hat, empfindet sie als hilfreich. Wie Cuppen und Kolleg*innen (2024) es bereits beschrieben haben, gibt es eine Lücke zwischen Wissen und Inanspruchnahme von Beratungsangeboten für Studierende (Cuppen et al., 2024). Denn viele Hochschulen haben bereits Beratungs- und Servicestellen für Studierende mit Beeinträchtigungen implementiert. Der Großteil der Studierenden mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen kennt diese Stellen trotz eines Anstieges des Bekanntheitsgrades jedoch nicht (Zucha et al., 2024). Die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten wie die psychologische Studierendenberatung oder Angebote der ÖH sollte daher niederschwelliger zugänglich gemacht und stärker beworben werden. So könnten sich psychologische und finanzielle Beratungsstellen zu Studienbeginn in den Lehrveranstaltungen vorstellen und ihre Arbeit erklären. Diese Beratungsstellen sind besonders wichtig für Personen mit psychischen Störungen und Studierende, bei denen die Eltern keine finanzielle Unterstützung anbieten können. So wird Wissen über finanzielle Förderungen und Unterstützungssysteme zugänglich.

Beispielhaft für eine unterstützende Institution für Studierende kann der Fokus auf die psychologische Studierendenberatung des Bundesministeriums für Frauen, Wissenschaft und Forschung gelegt werden. Diese Beratungsstelle bietet Studierenden Unterstützung bei studienbezogenen und persönlichen Problemen (Zucha et al., 2024). Im Jahr 2023 / 2024 wurden insgesamt 11.927 Klient*innen durch die Studierendenberatung betreut. Besonders häufig werden psychische Fragestellungen und Themen wie Lernen, Arbeit und Prüfungen behandelt (Psychologische Studierendenberatung, 2024). Dabei werden sowohl Studierende mit als auch ohne psychische Störungen und Behinderungen unterstützt. Die psychologische Studierendenberatung ist für Studierende und Studieninteressent*innen kostenlos und vertraulich nutzbar (Undeutsch & Oberlehner, 2018). Trotz der weiten Verbreitung an psychischen Syndromen bei Studierenden, gaben nur 8 % an, die Leistungen der psychologischen Studierendenberatung bereits in Anspruch genommen zu haben. Der Bekanntheitsgrad ist jedoch angestiegen und mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, das Angebot zu kennen, aber noch nicht genutzt zu haben (Zucha et al., 2024). Gleichzeitig zeigt sich, dass die Personen, welche die psychologische Studierendenberatung in Anspruch nehmen, deutlich belasteter sind als die Normstichprobe an Studierenden und ein großer Teil der Klient*innen in den Bereich einer klinisch relevanten Symptomatik fällt. Das lässt vermuten, dass sich Studierende erst dann an Beratungsstellen wenden, wenn sie einen besonders hohen Leidensdruck verspüren (Undeutsch & Oberlehner, 2018). Die psychologische Studierendenberatung kann als Teil von sozialer Unterstützung und Resilienz von Studierenden betrachtet werden. Diese sind laut dem Diathese-Stress-Modell und der vorliegenden Daten protektive Faktoren für die psychische Gesundheit von erwerbstätigen Studierenden. Der Bekanntheitsgrad der psychologischen Studierendenberatung sollte daher kontinuierlich ausgebaut werden. Zudem sollte Studierenden vermittelt werden, dass sie sich bereits an die psychologische Studierendenberatung wenden können, bevor ein sehr stark ausgeprägter Leidensdruck entsteht.

Um die soziale Unterstützung zusätzlich zu fördern, könnten Programme wie das Supervised Orientation Tutorium (SOT) in Studiengängen integriert werden. Im SOT stehen die soft skills und Themen wie die Bearbeitung von wissenschaftlichen Texten oder Zeitmanagement im Vordergrund. Das SOT bietet Studierende zu Beginn des Studiums die Möglichkeit, sich gegenseitig kennenzulernen, Kontakte zu knüpfen und sich im Studium zu orientieren. Dieses Seminar kann zur Verbesserung der sozialen Unterstützung innerhalb der Peers führen. Ein ähnliches Ziel hat das Peer Mentoring Programm, wo erfahrene Studierende

Studienanfänger*innen unterstützen sollen, sich an der Universität zu orientieren (Universität Wien, o.J. b). Ein weiteres wichtiges Programm zur sozialen Unterstützung von Studierenden ist die individuelle Studienunterstützung (ISU). Das Angebot der Universität Wien richtet sich speziell an Studierende mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und psychischen Störungen. Dabei erhalten die Teilnehmenden Unterstützung von Studierenden der Lehramt-Spezialisierung "Inklusive Pädagogik" und von Masterstudierenden der Psychologie. Das Angebot soll zu einem chancengleichen Studium für Studierende mit einer Beeinträchtigung führen und die soziale Interaktion und das Gemeinschaftsgefühl unter Kommiliton*innen stärken (Universität Wien, o.J. c). Dieses Angebot sollte im Falle einer erfolgreichen wissenschaftlichen Evaluation auch an anderen Universitäten und Hochschulen implementiert werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Studierende in Österreich diversen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Daher ist es zu empfehlen, dass an tertiären Bildungseinrichtungen Programme implementiert werden, bei denen Studierende kostenlos und niederschwellig professionelle psychologische und finanzielle Unterstützung erhalten. Eine weitere Maßnahme wäre es, Räume zu schaffen, wo sich Studierende kennenlernen können und somit auch eine Gemeinschaft entstehen und Peer-Unterstützung stattfinden kann. Zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Studierenden wäre die Implementierung von Programmen zur Förderung von Resilienz zu empfehlen, um das Studium psychisch gesund bewältigen zu können.

Literaturverzeichnis

- Alsaleem, M. A., Alsaleem, S. A., Al Shehri, S., Awadalla, N. J., Mirdad, T. M., Abbag, F. I., & Mahfouz, A. A. (2021). Prevalence and correlates of university students' perceived stress in southwestern Saudi Arabia. *Medicine (Baltimore)*, 100(38), 1–5.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027295>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *The British Journal of Psychology*, 95(4), 509–521.
<https://doi.org/10.1348/0007126042369802>
- Astleithner, F., Benedik O., Gumpoldsberger, H., Hirt, E.-M., Klem, S., Mandl, M., Martinschitz, S., Pauli, W., Peterbauer, J., Radinger, R., Reif, M., Riha, N., Salfinger-Pilz, B., Sommer-Binder, G., Stöger, E., Wall, S., Wurtzinger, C., Wisbauer, A., & Zehetgruber, J. (2022). *Bildung in Zahlen. 2020/21. Schlüsselindikatoren und Analysen*. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/BiZ-2020-2021.pdf>
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., . . . Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World mental health surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955–2970.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C., & Rist, F. (2008). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(11), 423–429. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986293>
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H. U. (2020). Depressive Störungen: Major Depression und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie) In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 1027–1072). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_54

- Blanca, M. J., Alarcon, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, 29(4), 552.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.383>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024). ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. Abgerufen am 12. Dezember 2024 von
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (2020). *Bericht > Materialien zur sozialen Lage der Studierenden 2020*.
https://www.bmbwf.gv.at/dam/jcr:e00a8ea4-994f-4757-89eb-90cba99b6352/Soziale%20Lage%20von%20Studierenden%202020%20_%20barrierefrei.pdf
- Campbell, F., Blank, L., Cantrell, A., Dixon, J., & Goyder, E. (2022). Factors that influence mental health of university and college students in the UK: a systematic review. *BMC Public Health* 22(1778), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13943-x>
- Chmitorz, A., Wenzel, M., Stieglitz, R. D., Kunzler, A., Bagusat, C., Helmreich, I., Gerlicher, A., Kampa, M., Kubiak, T., Kalisch, R., Lieb, K., & Tüscher, O. (2018). Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale. *PloS One*, 13(2), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192761>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Taylor and Francis.
- Cohrdes, C., Hapke, U., Nübel, J., & Thom, J. (2021). *Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten -Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene*. Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.25646/8831>
- Cuppen, J., Muja, A., & Geurts, R. (2024). *Well-being and mental health among students in European higher education*. EUROSTUDENT 8 topical module report.
https://www.eurostudent.eu/download_files/documents/TM_wellbeing_mentalhealth.pdf
- Ehlert, U. (2020). Verhaltensmedizinische Grundlagen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 317–329). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_54

- 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>
- Endrass, T., & Riesel, A. (2022). Klassifikation und Diagnostik von psychischen Störungen. In T. Strobach (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. (S. 5–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65740-9_2
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5. Aufl.). SAGE.
- Frees, E. W. (2010). *Regression modeling with actuarial and financial applications*. *International series on actuarial science*. Cambridge University Press.
- Friesenbichler, S., & Oppenauer, M. (2022, April). Studierendenbefragung 2022. Institut für empirische Sozialforschung. https://www.oeh.ac.at/sites/default/files/oh_studierendenbefragung.pdf
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)”. *Diagnostica (Göttingen)*, 50(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Gusy, B., Lesener, T., Opper, F., & Wolter, C. (2024). Was wissen wir über die psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland? *Public Health Forum*, 32(2), 80–82. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2024-0003>
- Hackforth, J., & Möltner, H. (2023). Resilienz, Coping und Stress Stressbewältigung bei berufsbegleitend Studierenden während der Corona-Pandemie. *Wirtschaftspsychologie*, 1(1), 3–16.
- Hauschildt, K., Gwośc, C., Schirmer, H., Mandl, S., & Menz, C. (2024). *Social and Economic Conditions of Student Life in Europe*. wbv Media. https://www.eurostudent.eu/download_files/documents/EUROSTUDENT_8_Synopsis_of_Indicators.pdf
- Herbst, U., Voeth, M., Eidhoff, A. T., Müller, M., & Stief, S. (2016). *Studierendenstress in Deutschland – eine empirische Untersuchung*. AOK-Bundesverband. https://www.uni-heidelberg.de/md/journal/2016/10/08_projektbericht_stressstudie.pdf
- Heumann, E., Helmer, S. M., Busse, H., Negash, S., Horn, J., Pischke, C. R., Niephaus, Y., & Stock, C. (2023). Anxiety and depressive symptoms of German university students 20 months after the COVID-19 outbreak – A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 320(1), 568–575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.158>

- Heuse, S., & Risius, U.-M. (2022). Stress bei Studierenden mit und ohne Nebenjob. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(3), 379–384.
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00895-0>
- Hollederer, A., & Wildner, M. (2019). Subjektive Gesundheit und Erwerbslosigkeit in Deutschland auf Basis der EU-SILC-Daten von 2005 bis 2014. *Gesundheitswesen*, 81(12), 1082–1090. <https://doi.org/10.1055/a-0725-8164>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale – psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9>
- Knappe, S., & Wittchen, H. U. (2020). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 29–55). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_54
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroher, M., Beuße, M., Isleib, S., Becker, K., Ehrhardt, M.-C., Gerdes, F., Koopmann, J., Schommer, T., Schwabe, U., Steinkühler, J., Völk, D., Peter, F., & Buchholz, S. (2023). *Die Studierendenbefragung in Deutschland: 22. Sozialerhebung. Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2021*. Bundesministerium für Bildung und Forschung.
https://www.studierendenwerke.de/fileadmin/user_upload/22._Soz_Hauptbericht_barr_ierefrei.pdf
- Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Bagusat, C., Kaluza, A. J., Hoffmann, I., Schäfer, M., Quiring, O., Rigotti, T., Kalisch, R., Tüscher, O., Franke, A. G., van Dick, R., & Lieb, K.

- (2018). Construct validity and population-based norms of the German Brief Resilience Scale (BRS). *European Journal of Health Psychology*, 25(3), 107–117. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000016>
- Larcombe, W., Finch, S., Sore, R., Murray, C. M., Kentish, S., Mulder, R. A., Lee-Stecum, P., Baik, C., Tokatlidis, O., & Williams, D. A. (2016). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological distress among students at an Australian university. *Studies in Higher Education*, 41(6), 1074–1091. <https://doi.org/10.1080/03075079.2014.966072>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lessky, F., & Unger, M. (2023). Working long hours while studying: a higher risk for First-in-Family students and students of particular fields of study? *European Journal of Higher Education*, 13(3), 347–366. <https://doi.org/10.1080/21568235.2022.2047084>
- Litwic-Kaminska, K., Błachnio, A., Kapsa, I., Brzeziński, L., Kopowski, J., Stojković, M., Hinić, D., Krsmanović, I., Ragni, B., Sulla, F., & Limone, P. (2023). Resilience, positivity and social support as perceived stress predictors among university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(19), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196892>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten: Manual Komplettversion und Kurzform. Pfizer GmbH. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf
- Mainka-Riedel, M. (2013). Stress – von der Entstehung bis zu den Auswirkungen. In M. Mainka-Riedel (Hrsg.), *Stressmanagement - Stabil Trotz Gegenwind* (S. 45–105). Springer Fachmedien GmbH. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00931-1_3
- Maske, U. E., Batty, A. K., Beesdo-Baum, K., Riedel-Heller, S., Hapke, U., & Busch, M. A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 190(1), 167–177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.006>
- McCloud, T., & Bann, D. (2019). Financial stress and mental health among higher education students in the UK up to 2018: rapid review of evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(10), 977–984. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212154>

- Mcdermott, R. C., Fruh, S. M., Williams, S., Hauff, C., Graves, R. J., Melnyk, B. M., & Hall, H. R. (2020). Nursing students' resilience, depression, well-being, and academic distress: Testing a moderated mediation model. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3385–3397. <https://doi.org/10.1111/jan.14531>
- Meyer, B., Grobe, T. G., & Bessel, S. (2023). *Gesundheitsreport 2023. Wie geht's Deutschlands Studierenden?* Techniker Krankenkasse. <https://www.tk.de/resource/blob/2149886/e5bb2564c786aedb3979588fe64a8f39/2023-tk-gesundheitsreport-data.pdf>
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S., & Poskowsky, J. (2017). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung.* Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). https://www.studierendenwerke.de/fileadmin/api/files/se21_hauptbericht.pdf
- Mounsey, R., Vandehey, M., & Diekhoff, G. (2013). Working and non-working university students: Anxiety, depression, and grade point average. *College Student Journal*, 47(2), 379–389.
- Nater, U. N., Ditzen, B., & Ehler, U. (2020). Psychosomatische und stressabhängige körperliche Beschwerden. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 1221–1233). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_54
- Oakley, M. (2016). *Closing the gap. Creating a framework for tackling the disability employment gap in the UK.* Social Market Foundation. <https://www.smf.co.uk/wp-content/uploads/2016/03/Social-Market-Foundation-Matthew-Oakley-Closing-the-disability-employment-gap-FINAL-110316-nsp.pdf>
- Onuoha, C. U., & Idemudia, E. S. (2020). Academic demands and mental health among undergraduate students in full-time employment: The moderating role of perceived social support. *Journal of Psychology in Africa*, 30(2), 89–95. <https://doi.org/10.1080/14330237.2020.1712805>
- Psychologische Studierendenberatung. (2024). *Tätigkeitsbericht 2023/24 01.09.2023 - 31.08.2024.* Psychologische Studierendenberatung. https://www.studierendenberatung.at/fileadmin/redaktion/startseite/Taetigkeitsbericht_e_Gesamt/Taetigkeitsbericht_2023_24_gesamt.pdf

- Reitter, H. S., Mües, H. M., Maidhof, R., Mewes, R., & Nater, U. M. (2022). Stress und psychische Gesundheit bei Studierenden in Österreich. *Psychologie in Österreich*, 18(4), 382–391.
- Reitter, H. (2022). *Stresserleben bei Studierenden in Österreich und dessen Zusammenhang mit psychologischen Anforderungen durch das Studium, zusätzlicher Erwerbstätigkeit, und Covid-19 Maßnahmenphasen* (Masterarbeit Psychologie). <https://doi.org/10.25365/thesis.72417>
- Richardson, T., Elliott, P., Roberts, R., & Jansen, M. (2017). A longitudinal study of financial difficulties and mental health in a national sample of British undergraduate students. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 344–352. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0052-0>
- Sauder, D. C., & DeMars, C. E. (2019). An updated recommendation for multiple comparisons. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(1), 26–44. <https://doi.org/10.1177/2515245918808784>
- Schlüter, D. (2023). *Epidemiologische Untersuchung der psychischen Gesundheit von Studierenden in Österreich während der COVID-19 Pandemie: Bedeutung von Minderheitenzugehörigkeit und sozialer Benachteiligung bei depressiven und angstbezogenen Störungen* (unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie).
- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Bühner, M. (2010). Is it really robust? *Methodology*, 6(4), 147–151. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000016>
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73–82. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.49.2.73>
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2000). *Berlin Social Support Scales (BSSS)*. Freie Universität Berlin. Abgerufen am 11. Jänner 2025 von https://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_g.htm
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2018). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3., aktualisierte und erweiterte Aufl.). Pearson.
- Sendatzki, S., & Rathmann, K. (2022). Unterschiede im Stresserleben von Studierenden und Zusammenhänge mit der Gesundheit. Ergebnisse einer Pfadanalyse. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(4), 416–427. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00917-x>

- Shen, H. (2022). Mitigating students' anxiety: The role of resilience and mindfulness among Chinese EFL learners. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 1–11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.940443>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Steinkühler, J., Beuße, M., Kroher, M., Gerdes, F., Schwabe, U., Koopmann, J., Becker, K., Völk, D., Schommer, T., Ehrhardt, M. C., Isleib, S., & Buchholz, S. (2023). *Die Studierendenbefragung in Deutschland: best3. Studieren mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung*. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung.
https://www.studierendenwerke.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/beeintraechtigt_studieren_2021.pdf
- Undeutsch, N., & Oberlehner, F. (2018). Psychische Belastung und Beratungsanliegen von Klientinnen und Klienten in der Psychologischen Studierendenberatung - eine Querschnittsuntersuchung. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, 13(1), 27–32.
- Unger, M., Binder, D., Dibiasi, A., Engelder, J., Schubert, N., Terzieva, B., Thaler, B., Zaussinger, S., & Zucha, V. (2020). *Studierenden-Sozialerhebung 2019: Kernbericht*. Institut für höhere Studien.
https://www.sozialerhebung.at/images/Berichte/Studierenden-Sozialerhebung_2019_Kernbericht.pdf
- Universität Wien (o.J. a). *Studienangebot der Universität Wien*. Universität Wien. Abgerufen am 01. Juni 2025 von <https://studieren.univie.ac.at/studienangebot/>
- Universität Wien (o.J. b). *Peer-Mentoring Psychologie*. Universität Wien. Abgerufen am 01. Juni 2025 von <https://mentoring-psychologie.univie.ac.at/>
- Universität Wien (o.J. c). *Individuelle Studienunterstützung (ISU)*. Universität Wien. Abgerufen am 01. Juni 2025 von <https://studieren.univie.ac.at/barrierefrei-studieren/individuelle-studienunterstuetzung/>
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office. <https://cardinal-management.co.uk/wp-content/uploads/2016/04/Burton-Waddell-is-work-good-for-you.pdf>
- Wittchen, H. U., Knappe, S., & Hoyer, J. (2020). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische*

Psychologie & Psychotherapie (S. 3–28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_54

Wörfel, F., Gussy, B., Lohmann, K., Töpitz, K., & Kleiber, D. (2016). Mental health problems among university students and the impact of structural conditions. *Journal of Public Health*, 24(2), 125–133. <https://doi.org/10.1007/s10389-015-0703-6>

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Zucha, V., Engleder, J., Haag, N., Thaler, B., Unger, M., & Zaussinger S. (2024). *Studierenden-Sozialerhebung 2023: Kernbericht*. Institut für höhere Studien. <https://www.sozialerhebung.at/images/Berichte/Sola23/Studierenden-Sozialerhebung-2023---Kernbericht.pdf>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Verteilung der aktuellen Erwerbstätigkeit neben dem Studium in Stunden pro Woche	30
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Differenzierung der Syndrome in Diagnosen nach ICD-10	23
Tabelle 2 Häufigkeitsverteilung von psychischen Syndromen nach PHQ	32
Tabelle 3 Verteilung nach Schweregrad eines depressiven Syndroms nach PHQ-D	33
Tabelle 4 Verteilung des Ausmaßes an Stresserleben nach PSS-10.....	34
Tabelle 5 Wissen über universitätsinterne Unterstützungsangebote oder Angebote der ÖH ..	36
Tabelle 6 Stress-, Angst- und Depressivitätsmittelwerte nach Erwerbsausmaß.....	37
Tabelle 7 Stress-, Angst- und Depressivitätswerte gruppiert nach Zustimmung zu dem Grund für Erwerbstätigkeit: Sicherung des Lebensunterhaltes.....	41
Tabelle 8 t-Test für unabhängige Stichproben mit abhängiger Variable Stress	42
Tabelle 9 t-Test für unabhängige Stichproben mit abhängiger Variable Angst	43
Tabelle 10 t-Test für unabhängige Stichproben mit abhängiger Variable Depressivität.....	44
Tabelle 11 Stress-, Angst- und Depressivitätsmittelwerte nach Erwerbsausmaß (keine, mittel, hoch)	48
Tabelle 12 Post-Hoc-Tests nach Erwerbsausmaß in Bezug auf Ängstlichkeit.....	49
Tabelle 13 Verteilung der Geschlechter	73
Tabelle 14 Verteilung der Geschlechtsidentität.....	73
Tabelle 15 Auftretenshäufigkeit unterschiedlicher Formen von Sexualität	74
Tabelle 16 Staatsangehörigkeit	75
Tabelle 17 Anzahl der Staatsbürgerschaften.....	76
Tabelle 18 Deutsch als Erstsprache	77
Tabelle 19 Auftretenshäufigkeit von Beziehungsformen	77
Tabelle 20 Kinder	78
Tabelle 21 Aktuelle Wohnsituation	78
Tabelle 22 Zusätzliche Tätigkeiten neben dem Hauptstudium.....	79
Tabelle 23 Verteilung des Ausmaßes der Erwerbstätigkeit.....	79
Tabelle 24 Verteilung des Einkommens	80
Tabelle 25 Auftretenshäufigkeit von körperlichen Beeinträchtigungen und chronischen körperlichen Erkrankungen.....	80

Tabelle 26 Auftretenshäufigkeit von aktuellen diagnostizierten psychischen Störungen	81
--	----

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
ANOVA	Einfaktorielle Varianzanalyse
BRS	Brief Resilience Scale
BSSS	Berliner Social Support Skalen
DSM	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen
ICD	Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ÖH	Österreichische Hochschüler*innenschaft
PHQ	Patient Health Questionnaire (deutsch: Gesundheitsfragebogens für Patient*innen)
PSS-10	Perceived Stress Scale
SOT	Supervised Orientation Tutorium
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Anhang

Anhang 1: Zusammenfassung.....	71
Anhang 2: Abstract	72
Anhang 3: Tabellen.....	73

Anhang 1: Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Psychische Syndrome und Stress sind unter Studierenden in Österreich weit verbreitet. Gleichzeitig zeigt sich eine Zunahme an Erwerbstätigkeit unter Studierenden. Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es, zu untersuchen, wie sich Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit und das Stresserleben von Studierenden auswirkt.

Methode: Die Daten wurden in einer querschnittlichen Online-Befragung in Kooperation mit der ÖH erhoben. Insgesamt wurden die Daten von 720 Studierenden aus verschiedenen österreichischen Hochschulen ausgewertet.

Ergebnisse: Erwerbstätige Studierende, die sich ihren Lebensunterhalt finanzieren müssen, berichteten von signifikant höheren Stress- und Depressivitätswerten. In Bezug auf das Stundenausmaß der Erwerbstätigkeit konnten kleine signifikante Mittelwertsunterschiede in Stress und Angst gefunden werden. Explorative Analysen mit zusammengefassten Gruppen zeigten, dass Studierende mit hoher Erwerbstätigkeit signifikant geringere Stress-, Angst- und Depressivitätswerte aufwiesen, als Personen mit keiner oder einer moderaten Erwerbstätigkeit. In Übereinstimmung mit dem Diathese-Stress-Modell korrelierten Resilienz und soziale Unterstützung bei Studierenden mit hoher Erwerbstätigkeit signifikant negativ mit Stress, Angst und Depressivität.

Diskussion: Angebote, welche Resilienz und soziale Unterstützung fördern, sollten im österreichischen Hochschulsystem implementiert werden, damit Studierende ihr Studium psychisch gesund bewältigen können. Die Studierendenberatung zeigt, dass es bereits Unterstützungsangebote gibt, diese aber noch zu wenig bekannt sind und zu selten in Anspruch genommen werden.

Schlagwörter: psychische Gesundheit, Stress, Studierende, Erwerbstätigkeit, Resilienz, soziale Unterstützung

Anhang 2: Abstract

Theoretical background: Psychological syndromes and stress are widespread among university students in Austria. At the same time, there is an increase in employment among university students. The aim of this Master's thesis is to examine how employment affects mental health and stress levels of students.

Methods: Data was collected in a cross-sectional online survey in cooperation with the ÖH. In total, data from 720 students from different Austrian universities was analyzed.

Results: Employed students who must finance their living expenses reported significantly higher levels of stress and depression. Small significant mean differences in stress and anxiety were found in relation to the number of hours worked. Exploratory analyses with pooled groups showed that students with high levels of employment had significantly lower levels of stress, anxiety and depression than those with no or moderate employment. In line with the diathesis-stress model, resilience and social support correlated significantly negatively with stress, anxiety and depression in students with high employment.

Discussion: Programs that strengthen resilience and social support should be implemented in Austrias higher education system so that students can cope with their studies in a mentally healthy way. The Studierendenberatung shows that support services are already available, but they are still too little known and used.

Keywords: mental health, stress, students, employment, resilience, social support

Anhang 3: Tabellen

Tabelle 13

Verteilung der Geschlechter

Geschlecht	Absolut	Prozentual
Weiblich	557	77 %
Männlich	134	19 %
divers	18	3 %
Anderes	1	0 %
Keine Angabe	10	1 %

Anmerkung. N = 720

Tabelle 14

Verteilung der Geschlechtsidentität

Geschlechtsidentität	Angekreuzt	Nicht angekreuzt
Cisgender	645 (90 %)	75 (10 %)
Transgender (Trans*Frau)	2 (0.3 %)	718 (100 %)
Transgender (Trans*Mann)	4 (1 %)	716 (99 %)
Transgender (keine Spezifizierung)	4 (1 %)	716 (99 %)
Intergeschlechtlich	1 (0.1 %)	719 (100 %)
Nicht binär	17 (2 %)	703 (98 %)
Ich gebe mir selbst keine Bezeichnung in dieser Hinsicht.	58 (8 %)	662 (92 %)

Anmerkung. N = 720. Eine Mehrfachauswahl war möglich. Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Tabelle 15*Auftretenshäufigkeit unterschiedlicher Formen von Sexualität*

Sexualität	Angekreuzt	Nicht angekreuzt
Heterosexuell	496 (69 %)	224 (31 %)
Homosexuell / Lesbisch / Schwul	40 (6 %)	680 (94 %)
Bisexuell	110 (15 %)	610 (85 %)
Pansexuell	34 (5 %)	686 (95 %)
Demisexuell	27 (4 %)	693 (96 %)
Asexuell	20 (3 %)	700 (97 %)
Ich gebe mir selbst keine Bezeichnung in dieser Hinsicht.	52 (7 %)	668 (93 %)
Andere	3 (0.4 %)	717 (100 %)

Anmerkung. N = 720, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Tabelle 16*Staatsangehörigkeit*

Staatsangehörigkeit	Absolut	Prozentual
Bosnien und Herzegowina	1	0.1 %
Brasilien	3	0.4 %
Bulgarien	1	0.1 %
Volksrepublik China	2	0.3 %
Deutschland	113	16 %
Griechenland	2	0.3 %
Indien	4	0.6 %
Indonesien	1	0.1 %
Iran	2	0.3 %
Irland	1	0.1 %
Italien	33	5 %
Japan	1	0.1 %
Kenia	1	0.1 %
Südkorea	2	0.3 %
Kroatien	2	0.3 %
Lettland	1	0.1 %
Liechtenstein	1	0.1 %
Luxemburg	5	1 %
Mexiko	1	0.1 %
Neuseeland	1	0.1 %
Königreich der Niederlande	1	0.1 %
Nigeria	1	0.1 %
Österreich	508	71 %

Polen	5	1 %
Rumänien	2	0.3 %
Russland	2	0.3 %
Schweiz	5	1 %
Serbien	2	0.3 %
Slowakei	3	0.4 %
Slowenien	1	0.1 %
Syrien	1	0.1 %
Tschechien	1	0.1 %
Ukraine	2	0.3 %
Ungarn	4	1 %
Vereinigte Staaten von Amerika	3	0.4 %
Zypern	1	0.1 %
Bitte wählen	1	0.1 %

Anmerkung. $N = 720$, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Tabelle 17

Anzahl der Staatsbürgerschaften

Mehr als eine Staatsbürgerschaft	Absolut	Prozentual
Nein	687	95 %
Ja	33	5 %

Anmerkung. $N = 720$

Tabelle 18*Deutsch als Erstsprache*

Erstsprache Deutsch	Absolut	Prozentual
Ja	632	88 %
Nein	88	12 %

*Anmerkung. N = 720***Tabelle 19***Auftretenshäufigkeit von Beziehungsformen*

Beziehungsform	Angekreuzt	Nicht angekreuzt
Single	307 (43 %)	413 (57 %)
In fester Partnerschaft	342 (48 %)	378 (53 %)
Verlobt	17 (2 %)	703 (98 %)
Verheiratet	37 (5 %)	983 (95 %)
Geschieden / getrennt	8 (1 %)	712 (99 %)
Verwitwet	1 (0.1 %)	719 (100 %)
Offene Beziehung	19 (3 %)	701 (97 %)
Andere	3 (0.4 %)	717 (100 %)

Anmerkung. N = 720. Eine Mehrfachauswahl war möglich. Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Tabelle 20*Kinder*

Haben Sie Kinder	Angekreuzt	Nicht angekreuzt
Ja	43 (6 %)	677 (96 %)
Ich erwarte ein Kind.	4 (1 %)	716 (99 %)
Nein	673 (94 %)	47 (7 %)

Anmerkung. N = 720, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Tabelle 21*Aktuelle Wohnsituation*

Aktuelle Wohnsituation	Absolut	Prozentual
Alleine	153	21 %
In einer Wohngemeinschaft	188	26 %
Mit Partner*in zusammen	173	24 %
Mit Partner*in in einer Wohngemeinschaft mit weiteren Personen	19	3 %
Mit Eltern / Verwandten	166	23 %
Andere Wohnsituation	21	3 %

Anmerkung. N = 720

Tabelle 22*Zusätzliche Tätigkeiten neben dem Hauptstudium*

Zusätzliche Tätigkeiten	Absolut	Prozentual
Zweit- (oder mehr) Studium	105	15 %
Ausbildung	26	4 %
Praktikum	47	7 %
Sonstiges	510	71 %
Trifft nicht zu	32	4 %

Anmerkung. $N = 720$, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen

Tabelle 23*Verteilung des Ausmaßes der Erwerbstätigkeit*

Erwerbstätigkeit neben dem Studium		
in Stunden	Absolut	Prozentual
Keine	213	30 %
1 – 10 Stunden	238	33 %
11 – 20 Stunden	139	19 %
21 – 30 Stunden	60	8 %
31 – 40 Stunden	42	6 %
Über 40 Stunden	28	4 %

Anmerkung. $N = 720$

Tabelle 24*Verteilung des Einkommens*

Einkommen	Absolut	Prozentual
Kein Einkommen	2	0 %
Weniger oder gleich 500 €	186	26 %
500 – 749 €	134	19 %
750 – 999 €	139	19 %
1000 – 1249 €	98	14 %
Mehr oder gleich 1250 €	161	22 %

*Anmerkung. N = 720***Tabelle 25***Auftretenshäufigkeit von körperlichen Beeinträchtigungen und chronischen körperlichen Erkrankungen*

Variable	Vorhanden	Nicht vorhanden
Körperliche Beeinträchtigung	39 (5 %)	681 (95 %)
Chronische körperliche Erkrankung	143 (20 %)	577 (80 %)

Anmerkung. N = 720

Tabelle 26*Auftretenshäufigkeit von aktuellen diagnostizierten psychischen Störungen*

Psychische Störung	Angekreuzt	Nicht angekreuzt
Keine diagnostizierte psychische Störung	547 (76 %)	173 (24 %)
Depression	101 (14 %)	619 (84 %)
Angststörung	71 (10 %)	649 (90 %)
Essstörung	20 (3 %)	700 (97 %)
Substanzabhängigkeit	4 (1 %)	716 (99 %)
Psychose / Schizophrenie	2 (0.3 %)	718 (100 %)
Andere diagnostizierte psychische Störung	74 (10 %)	646 (90 %)

Anmerkung. $N = 720$, Ergebnisse von über / unter 100 % aufgrund von Rundungen