

SARS CoV-2: Mental Health in Österreich
Ausgewählte Ergebnisse zur zweiten Befragungswelle,
15.05.-28.05.2020

AutorInnen (in alphabetischer Reihung):

Marlies Braun, Sarah Leutgeb, Thomas Niederkrotenthaler, Benedikt Till

**Unit Suizidforschung und Mental Health Promotion, Abteilung für Sozial- und
Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien**

Kontakt: thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at

Einleitung

Die Situation rund um Sars-CoV-2 stellt die Gesellschaft vor eine nie dagewesene psychische Belastung mit potentiell langfristigen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Im Rahmen einer vom WWTF (Wiener Wissenschafts- Forschungs- und Technologiefonds; Grant Nummer: WWTF-COV20-027) geförderten Studie am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien wurden im Mai 2020 eine Befragungen an einer repräsentativen Stichprobe von n = 1.005 Personen aus der österreichischen Bevölkerung durchgeführt, um die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung in Österreich zu untersuchen. Die Stichprobe wurde repräsentativ nach Alter (16 Jahre bis 70+ Jahre), Geschlecht, Wohnbundesland und Bildungsstand von IPSOS rekrutiert.

Die hier dargestellten ausgewählten Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (Erhebungszeitraum: 15.05.-28.05.2020) zeigen wie Depressivität, Angst und Suizidalität in der allgemeinen Bevölkerung in Österreich derzeit ausgeprägt sind und wie diese sich in Zusammenhang mit Covid-19 in der Selbstwahrnehmung verändert haben. Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse erlaubt eine Einschätzung davon, welche Bevölkerungsgruppen derzeit erhöhte Vulnerabilität aufweisen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen-Mittelwerten wurden anhand von Generalisierten Linearen Modellen ermittelt. Die grafischen Darstellungen beinhalten Fehlerbalken, die mögliche Abweichungen der Messwerte vom tatsächlichen Wert visualisieren und somit jenen Bereich kennzeichnen, in welchem der tatsächliche Wert liegt (Konfidenzintervall von 95%).

Die präsentierten Inhalte stellen die Ergebnisse der zweiten Befragungswelle dar, wobei in weiterer Folge 10 weitere Wellen bis Ende des Jahres geplant sind. Jede Welle umfasst dabei eine neue Stichprobe aus mindestens n = 1.000 Personen aus der österreichischen Bevölkerung. So soll analysiert werden, wie sich die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung in Österreich über einen definierten Zeitraum verändern.

Neben den soziodemographischen Daten sowie die Zugehörigkeit zu Risikogruppen, Berufstätigkeit und -gruppe sowie Mediennutzung wurden folgende Ergebnisvariablen mittels validierter Fragebögen erhoben: Der *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)⁵ zur Erfassung von Depressivität; die Subskala für Angst von der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)⁶ zur Erfassung von Angst; sowie die *Beck-Suizidgedanken-Skala* (BSS)⁷ zur Erfassung von Suizidalität. Des Weiteren wurden Informationen zu häuslichen Konflikten und Gewalt, Substanzgebrauch und psychischen Vorerkrankungen erhoben. Für die Covid-19 Thematik wurden im Speziellen außerdem Fragen formuliert, die Aspekte der persönlichen Erfahrung mit Covid-19, wie z.B. die persönliche Betroffenheit umfassen.

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisse im Vergleich zur ersten Befragungswelle.....	4
Depressivität.....	4
Angst.....	7
Suizidalität	10
Altersgruppen im Vergleich.....	14
Ausgewählte Gruppe: Personen, die mit schulpflichtigen Kindern zusammenleben	17
Literatur	18

Ergebnisse im Vergleich zur ersten Befragungswelle

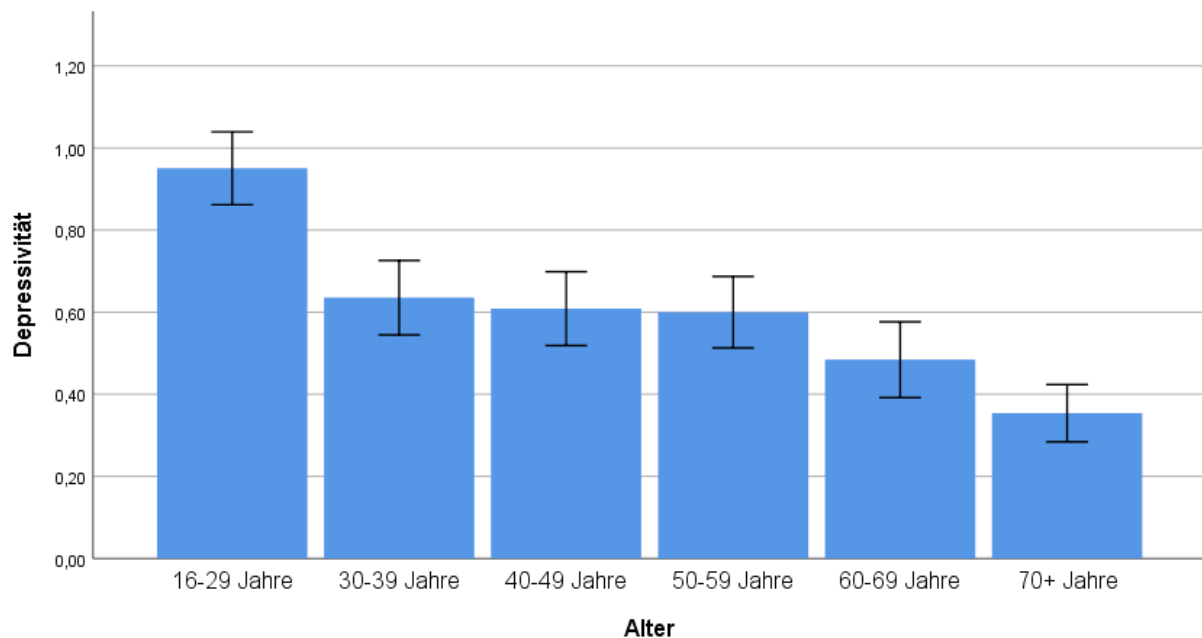
Zwischen der ersten (23.04.-05.05.2020) und der zweiten Befragungswelle (15.05.-28.5.2020) gab es keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der einzelnen Ergebnisvariablen. Die Situation ist somit ähnlich wie 3 Wochen davor.

Depressivität

Zur Erfassung der Depressivität wurde der Fragebogen *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)⁵ vorgelegt. Dieses Screening-Instrument erfasst mit neun Fragen das Vorliegen und den Schweregrad depressiver Symptomatik, wobei das derzeitige Befinden, innerhalb der letzten beiden Wochen, auf einer vierstufigen Skala verortet werden kann (Score: 0-3).

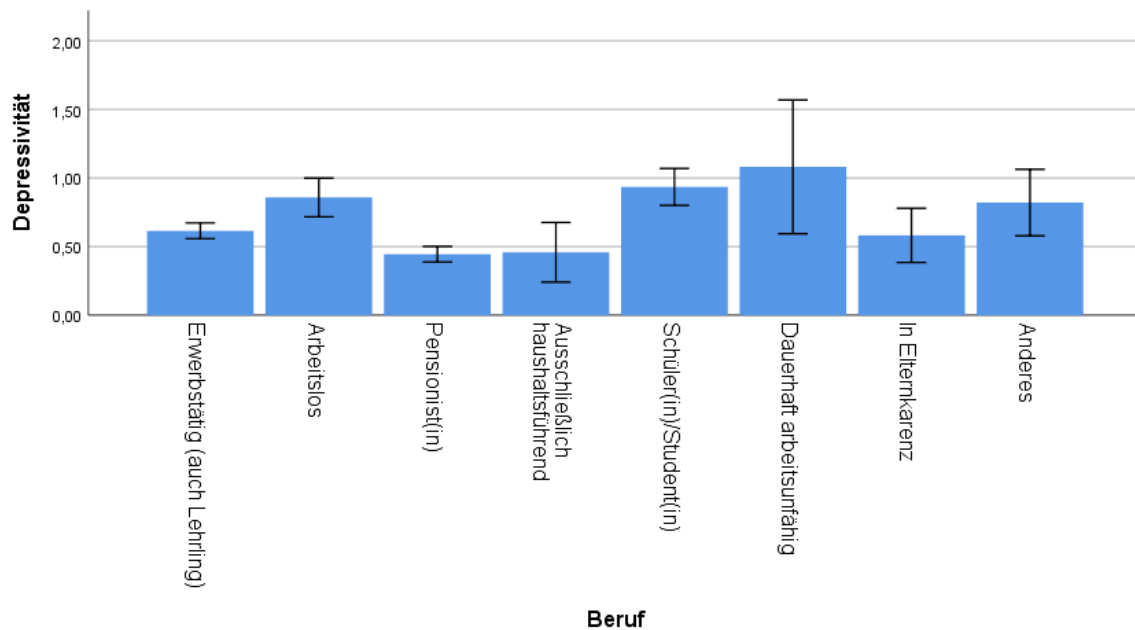
Im Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen zeigt sich, dass die jüngere Bevölkerung (16 bis 29 Jahre, n = 199) die höchsten Depressivitätswerte verzeichnet. Mit steigendem Alter sinkt die Depressivität, wobei die jüngere Bevölkerung (16 bis 29 Jahre) im Vergleich zur älteren Bevölkerungsgruppe (70+ Jahre, n = 167) von einer mehr als zweieinhalbfach erhöhten Depressivität berichtet.

Abbildung 1: Mittelwerte der Depressivität in verschiedenen Altersgruppen (gesamte Stichprobenzahl n = 1.005)



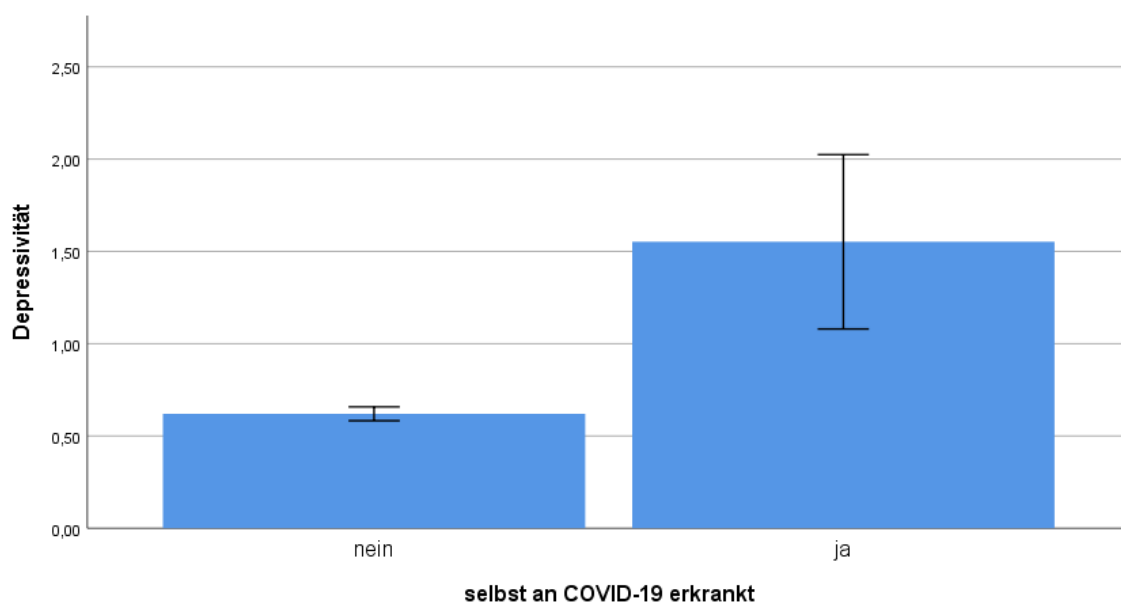
Im Vergleich der Berufsgruppen berichten vor allem arbeitslose Personen (n = 97), und Schüler(innen) bzw. Student(innen) (n = 82) von depressiven Symptomen. Auch dauerhaft arbeitsunfähige Personen haben höhere Werte bei Depressivität, allerdings bei relativ kleiner Fallzahl (n=11) und größerer Schwankungsbreite.

Abbildung 2: Mittelwerte der Depressivität in verschiedenen Berufsgruppen (n = 1.003)



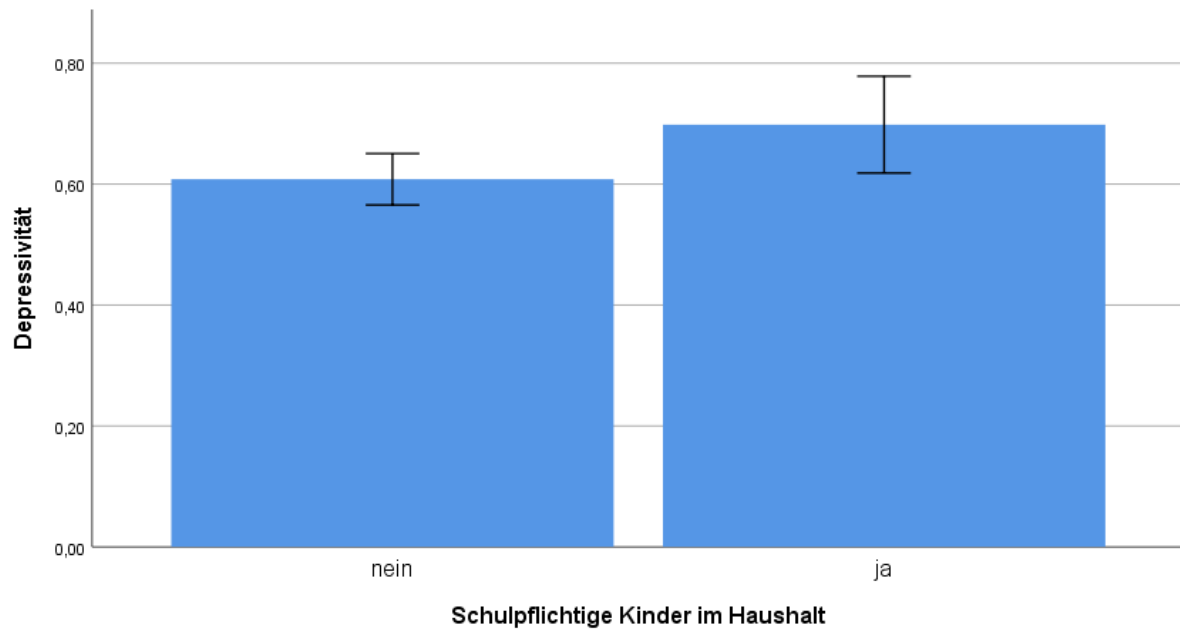
Personen, die selbst an Covid-19 erkrankt sind oder waren (n = 8) berichten von deutlich höheren Werten hinsichtlich Depressivität im Vergleich zu Personen, die nicht selbst von Covid-19 betroffen sind (n = 997). Bei jenen die eine Erkrankung berichten ist allerdings durch die begrenzte Fallzahl die Standardabweichung relativ groß.

Abbildung 3: Mittelwerte der Depressivität bei Personen die nicht an Covid-19 erkrankt sind und selbst an Covid-19 erkrankten Personen (n = 1.005)



Die Ausprägung hinsichtlich Depressivität ist zudem bei Personen, die mit schulpflichtigen Kindern im Haushalt wohnen (n = 204), erhöht ausgeprägt

Abbildung 4: Mittelwerte der Depressivität bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt (n = 1.005)

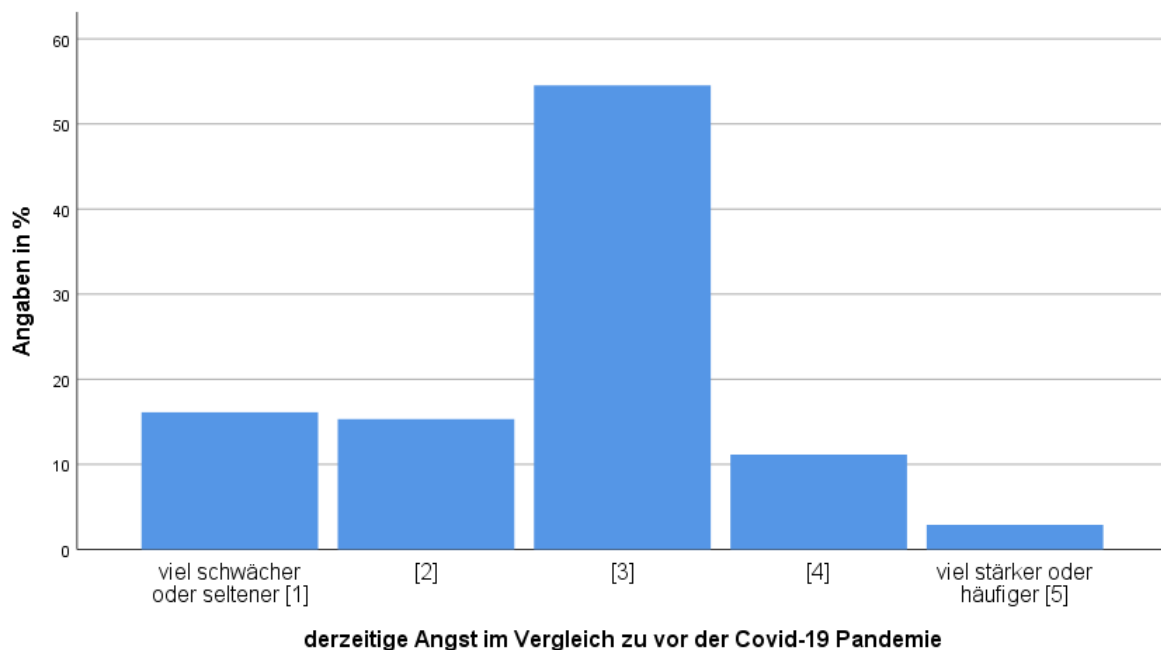


Angst

Angst wurde im Rahmen dieser Untersuchung mit der Subskala für Angst der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)⁶ erhoben. Der Fragebogen umfasst sieben Items mit einer vierstufigen Skala zur Selbstbeurteilung der Ausprägung ängstlicher Symptomatik während der vergangenen Woche (Score: 0-3). Mit einer zusätzlichen Frage wurde die derzeitige Angst im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie erhoben (fünfstufige Antwortskala von „1 = viel schwächer oder seltener“ bis „5 = viel stärker oder häufiger“).

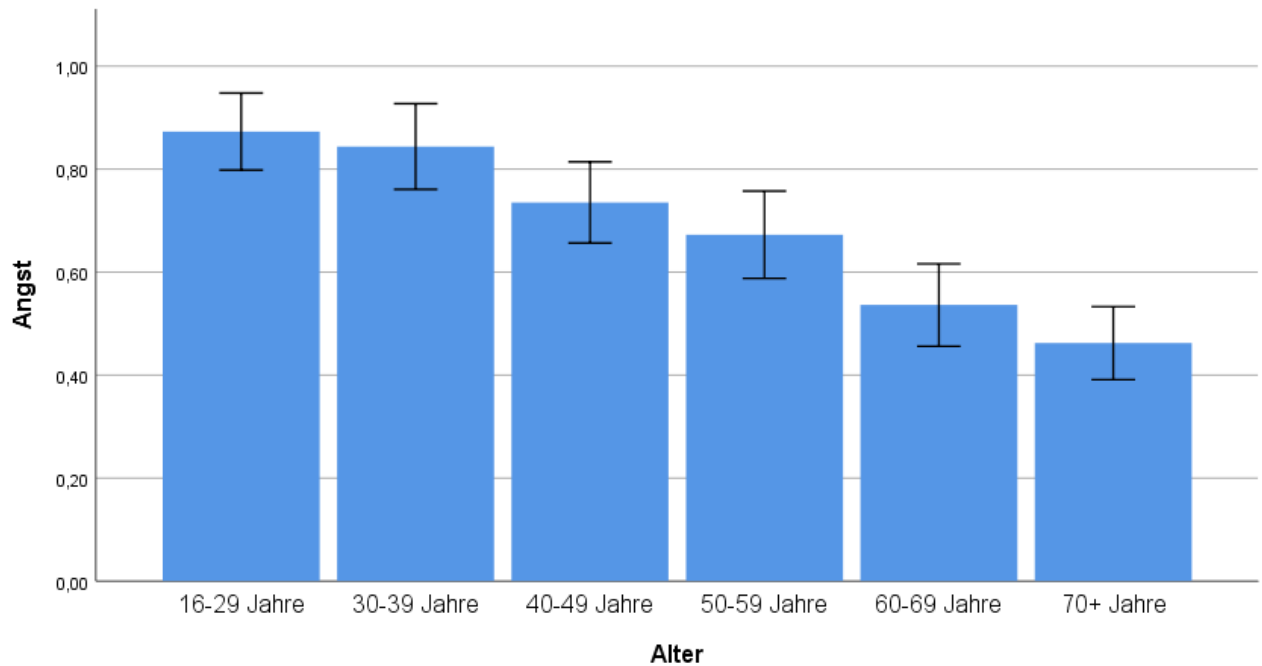
Von einer geminderten Angst im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie berichten 31,4% der Personen (Antwortoption 1 oder 2). 54,5% der Personen schätzen die derzeitige Angst genauso hoch wie vor der Covid-19 Pandemie ein (Antwortoption 3) und 14,0% der Personen geben an, dass die derzeitige Angst höher als vor der Covid-19 Pandemie ist (Antwortoption 4 oder 5).

Abbildung 5: derzeitige Angst im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie, Angaben in Prozent (n = 1.005)



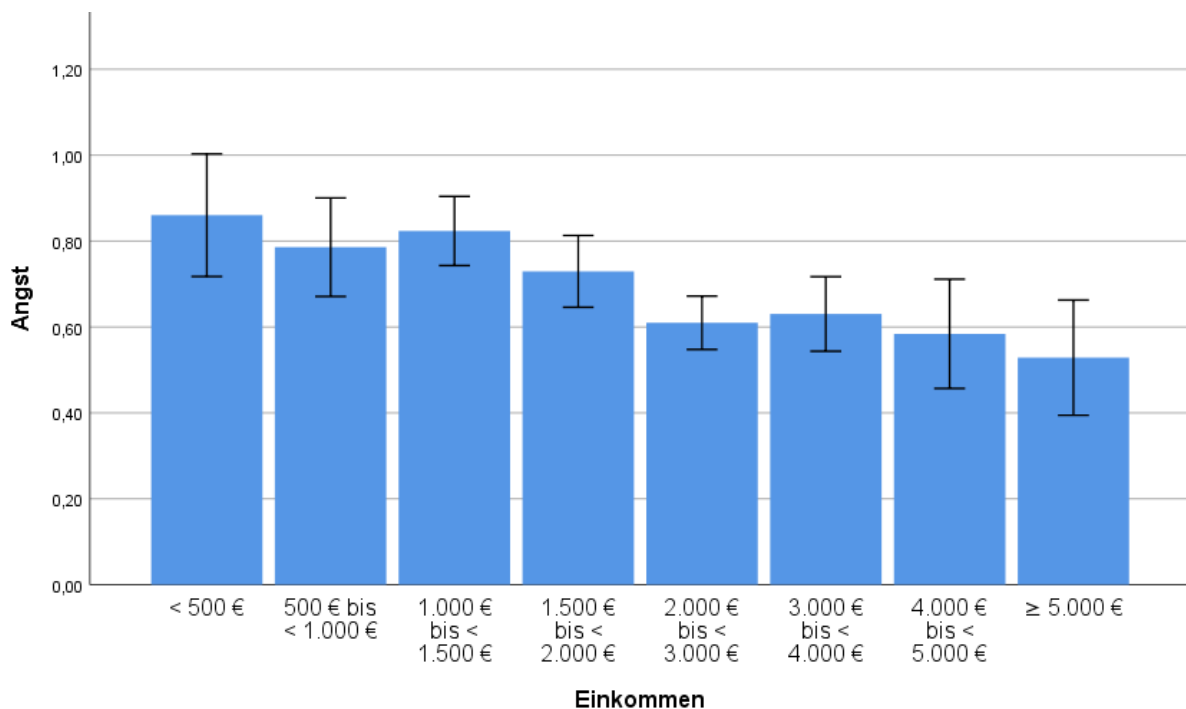
Im Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen bei der Ausprägung der empfundenen Angst zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Depressivität (siehe S. 4 Abbildung 1: Mittelwerte der Depressivität in verschiedenen Altersgruppen): mit steigendem Alter sinken die Angstwerte. Verglichen mit der jüngeren Bevölkerung (16 bis 29 Jahre, n = 199) ist die empfundene Angst bei der älteren Bevölkerung (70 Jahre und älter, n = 167) im Durchschnitt nur halb so hoch ausgeprägt.

Abbildung 6: Mittelwerte der Angst in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.005)



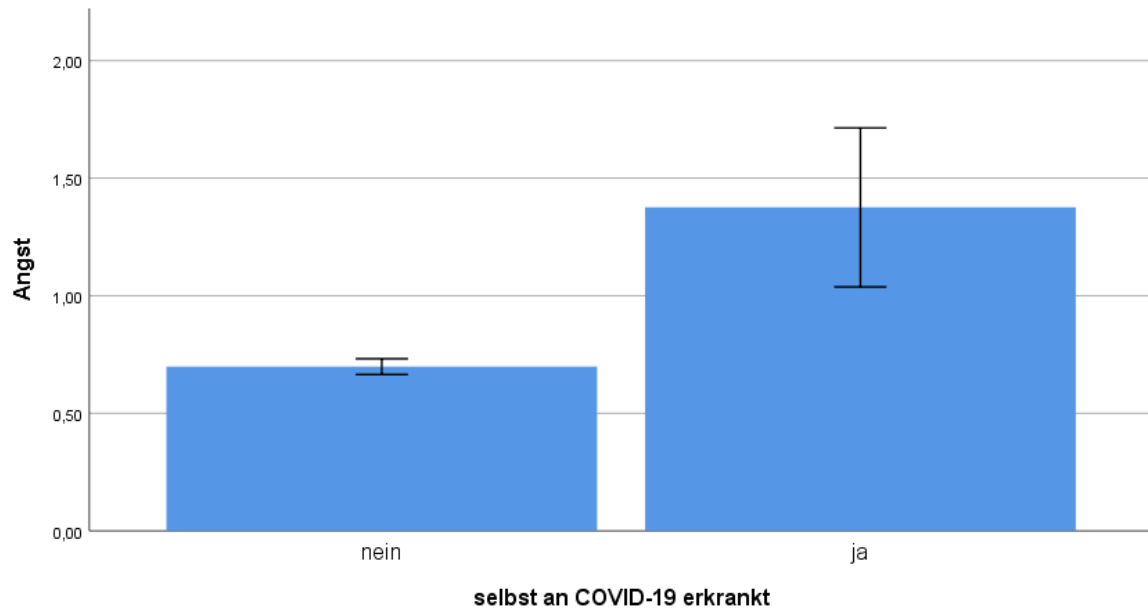
Mit steigendem Einkommen sinkt bei der österreichischen Bevölkerung die empfundene Angst, wobei die Ausprägung bei den Niedrigverdienern (Nettoeinkommen von weniger als 500 € pro Monat, n = 47) im Vergleich zu den Meistverdienern (Nettoeinkommen von 5.000 € und mehr pro Monat, n = 40) etwa um ein Drittel höher ist.

Abbildung 7: Mittelwerte der Angst in verschiedenen Einkommensklassen (n = 1.005)



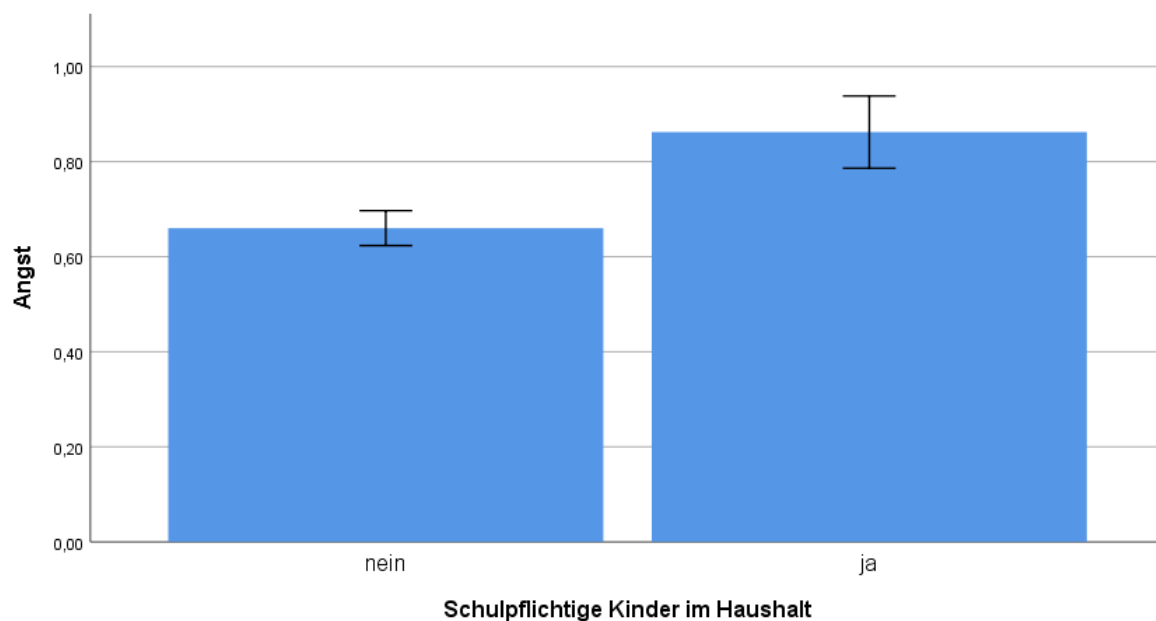
Im Vergleich zu Personen, die nicht selbst von Covid-19 betroffen sind (n = 997), berichten an Covid-19 erkrankte Personen (n = 8) von deutlich höherer Angst.

Abbildung 8: Mittelwerte der Angst bei Personen die nicht an Covid-19 erkrankt sind und selbst an Covid-19 erkrankten Personen (n = 1.005)



Ebenfalls erhöhte Werte hinsichtlich Angst zeigen sich bei Personen, die mit schulpflichtigen Kindern im gleichen Haushalt leben (n = 204).

Abbildung 9: Mittelwerte der Angst bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt (n = 1.005)

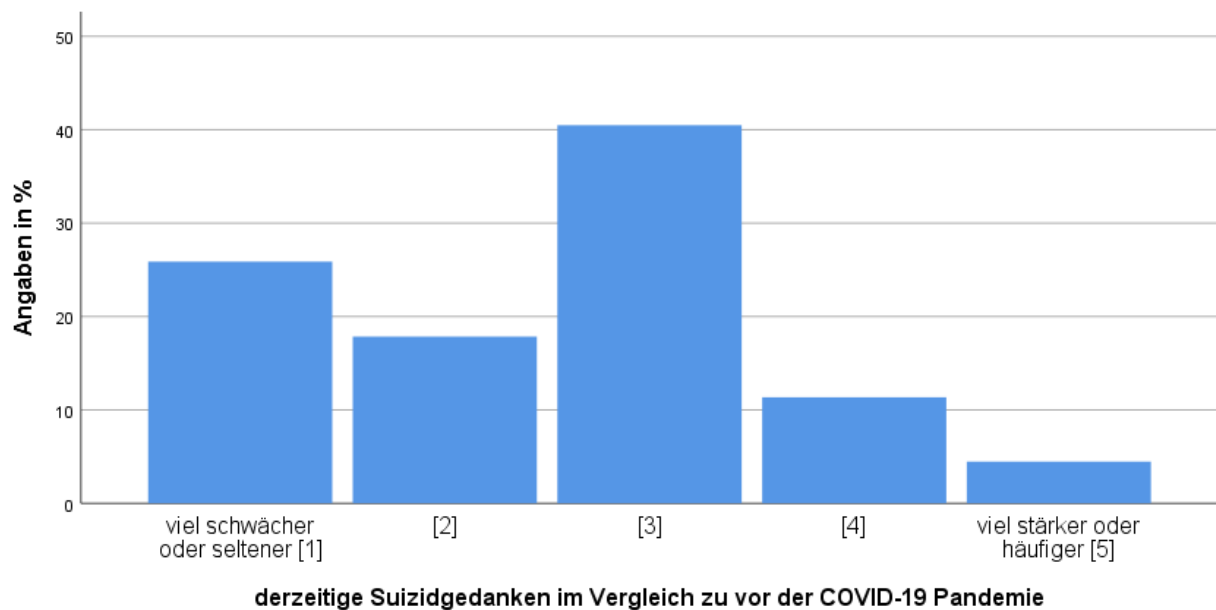


Suizidalität

Die Fünf-Items Kurzform der *Beck-Suizidgedanken-Skala* (BSS)⁷ diente zur Erfassung von Suizidalität. Aus einer Gruppe von Aussagen zum Befinden während der letzten Woche werden Personen gebeten, die für sie am ehesten zutreffende Antwort auszuwählen (Score: 0-2). Zusätzlich wurde eine weitere Frage formuliert, um das Ausmaß der Suizidgedanken im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie auf einer fünfstufigen Skala zu erfassen („1 = viel schwächer oder seltener“ bis „5 = viel stärker oder häufiger“).

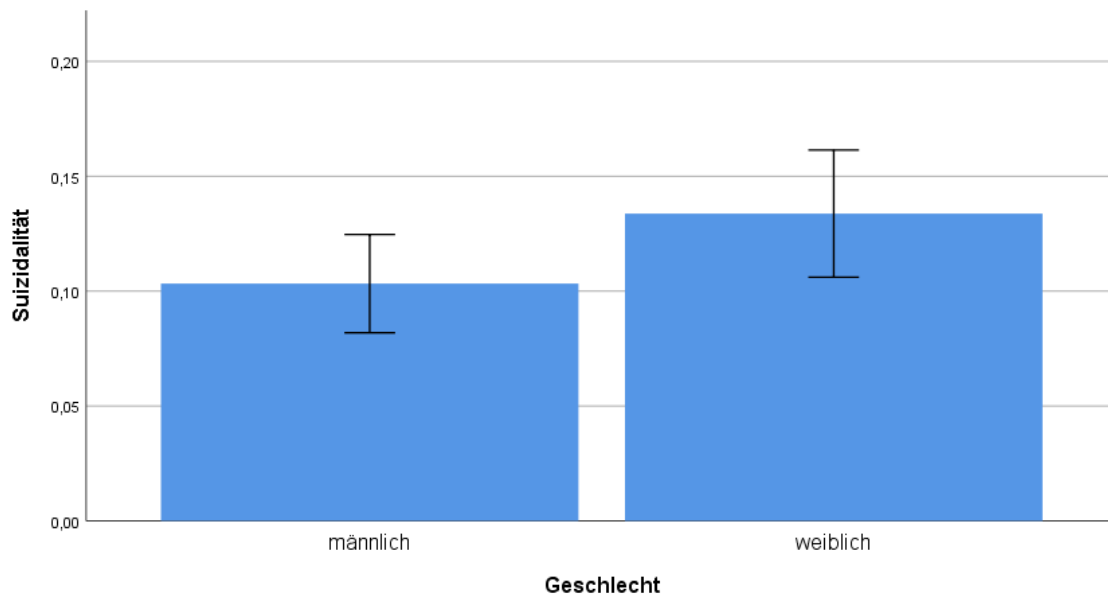
79,6% der Personen berichten, generell keine Suizidgedanken zu haben. Von den verbleibenden 20,4% geben 44,4% der Personen an, dass die Suizidgedanken schwächer oder seltener als vor der Covid-19 Pandemie sind (Antwortoption 1 oder 2). 15,6% der Personen berichten von einer erhöhten Suizidalität (Antwortoption 4 oder 5) während 40,0% der Personen die derzeitigen Suizidgedanken als genauso stark oder häufig wie vor der Covid-19 Pandemie einschätzen (Antwortoption 3).

Abbildung 10: derzeitige Suizidgedanken im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie, Angaben in Prozent (n = 1.005)



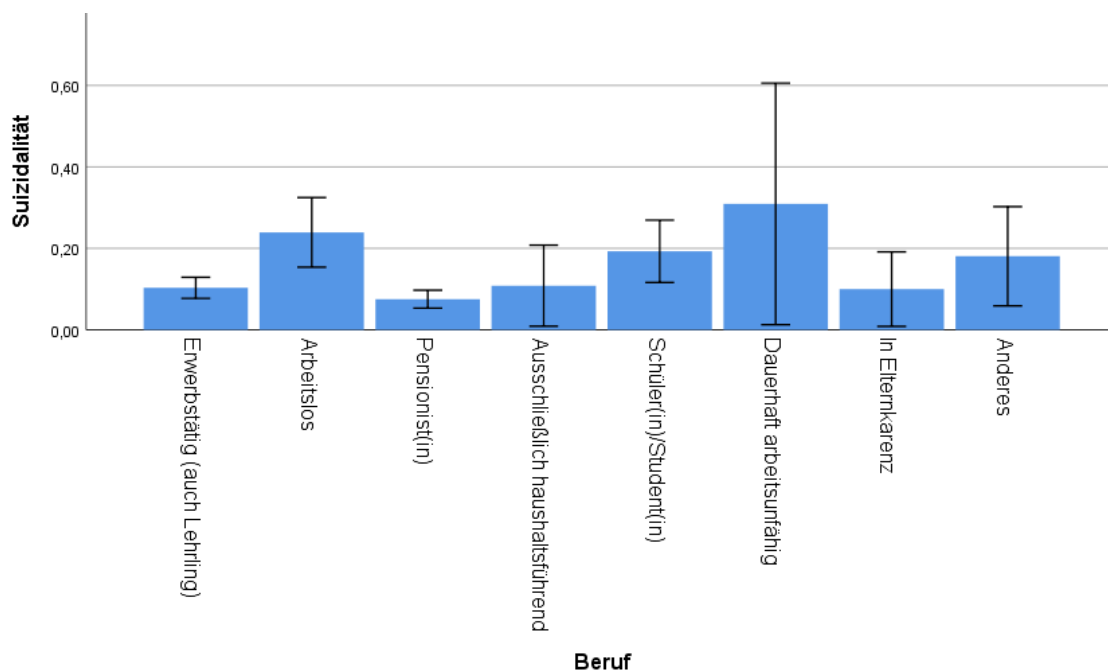
Im Durchschnitt berichten Männer (n = 490) von höherer Suizidalität als Frauen (n = 510).

Abbildung 11: Mittelwerte der Suizidalität und Geschlecht (n = 1.000)



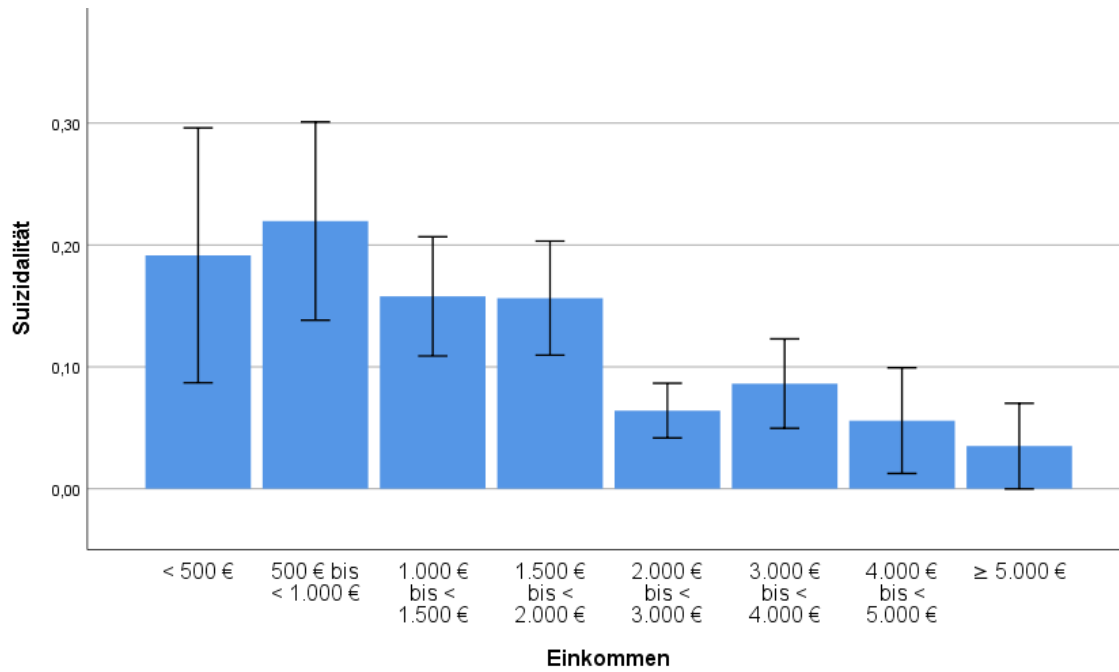
Im Vergleich der Berufsgruppen haben vor allem arbeitslose (n = 97) sowie dauerhaft arbeitsunfähige Personen (n = 12) höhere Werte bei Suizidalität. Die niedrigsten Werte hinsichtlich Suizidgedanken verzeichnen haushaltsführende Personen (n = 11) sowie Erwerbstätige (n = 425) und Pensionist(innen) (n = 303).

Abbildung 12: Mittelwerte der Suizidalität in verschiedenen Berufsgruppen (n = 1.003)



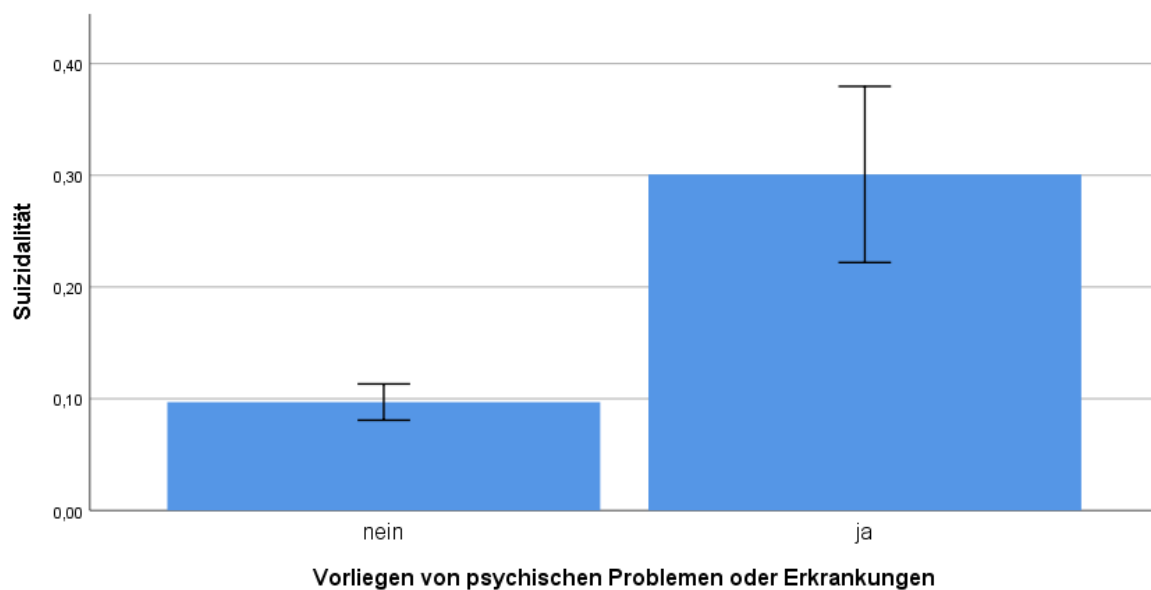
Mit steigendem Einkommen sinkt die empfundene Suizidalität, wobei Personen mit einem monatlichen Nettoeinkommen von 500 € und weniger (n = 47) im Vergleich zu den Meistverdienern (Nettoeinkommen von 5.000 € und mehr pro Monat, n = 40) durchschnittlich von etwa viermal so hoher Suizidalität berichten.

Abbildung 13: Mittelwerte der Suizidalität in verschiedenen Einkommensklassen (n = 1.005)



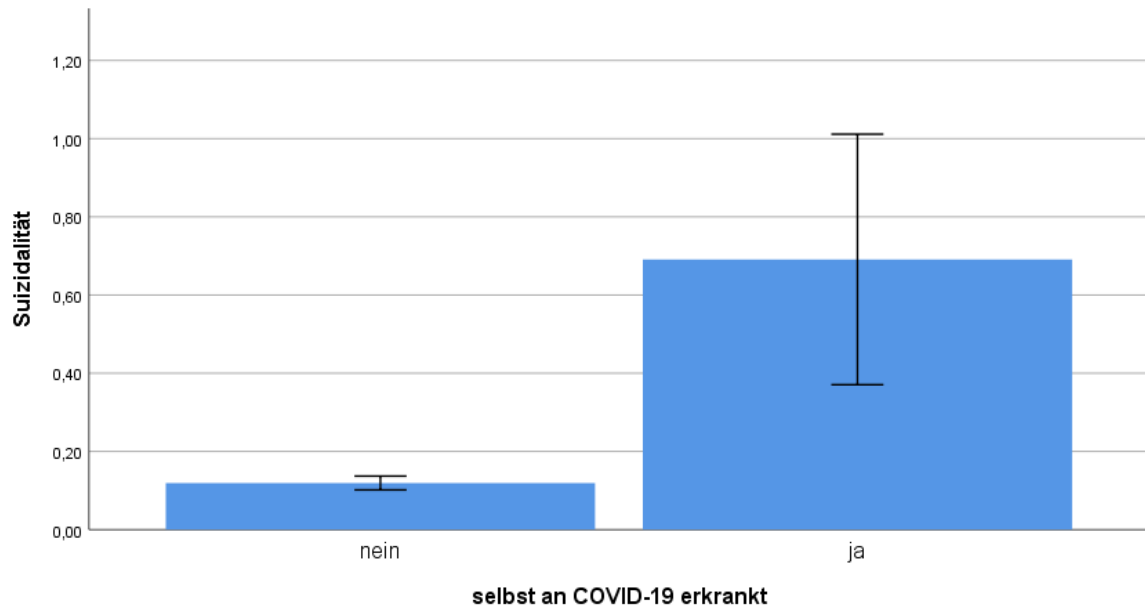
Im Vergleich zu Personen, die von keinerlei psychischen Problemen oder Erkrankungen betroffen sind (875), verzeichnen Personen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen (n = 130) eine etwa dreimal so hohe Suizidalität.

Abbildung 14: Mittelwerte der Suizidalität bei Personen mit und ohne psychischer Erkrankung (n = 1.005)



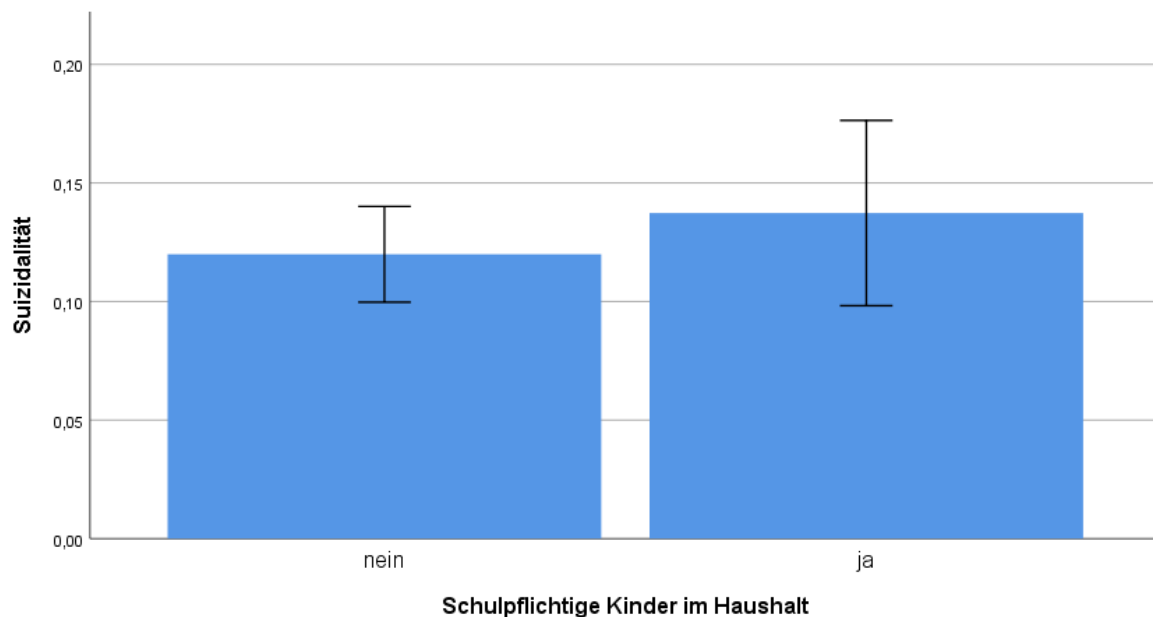
Eine deutlich erhöhte Suizidalität ist zudem bei selbst an Covid-19 erkrankten Personen (n = 8) zu erkennen.

Abbildung 15: Mittelwerte der Suizidalität bei Personen die nicht an Covid-19 erkrankt sind und selbst an Covid-19 erkrankten Personen (n = 1.005)



Auch bei Personen mit schulpflichtigen Kindern im selben Haushalt (n = 204) zeigt sich eine erhöhte Suizidalität.

Abbildung 16: Mittelwerte der Suizidalität bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt (n = 1.005)



Altersgruppen im Vergleich

Es wurden sechs Altersgruppen gebildet, anhand derer die Ergebnisse dargestellt werden: 16-29 Jahre (n = 199), 30-39 Jahre (n = 162), 40-49 Jahre (n = 162), 50-59 Jahre (n = 181), 60-69 Jahre (n = 134) sowie 70 Jahre und älter (n = 167).

Im Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen zeigt sich, dass die jüngere Bevölkerung (16 bis 29 Jahre) nicht nur die höchsten Depressivitäts- und Angstwerte verzeichnet (siehe S. 4 Abbildung 1: Mittelwerte der Depressivität in verschiedenen Altersgruppen und S. 8 Abbildung 6: Mittelwerte der Angst in verschiedenen Altersgruppen), sondern im Vergleich zu älteren Personen zudem vermehrt von Spannungen und Konflikten mit dem Partner oder Familienmitgliedern, psychischer und physischer Gewalt im Haushalt sowie von Konflikten im Arbeitssetting berichtet.

Abbildung 17: Mittelwerte der Konflikte in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.005)

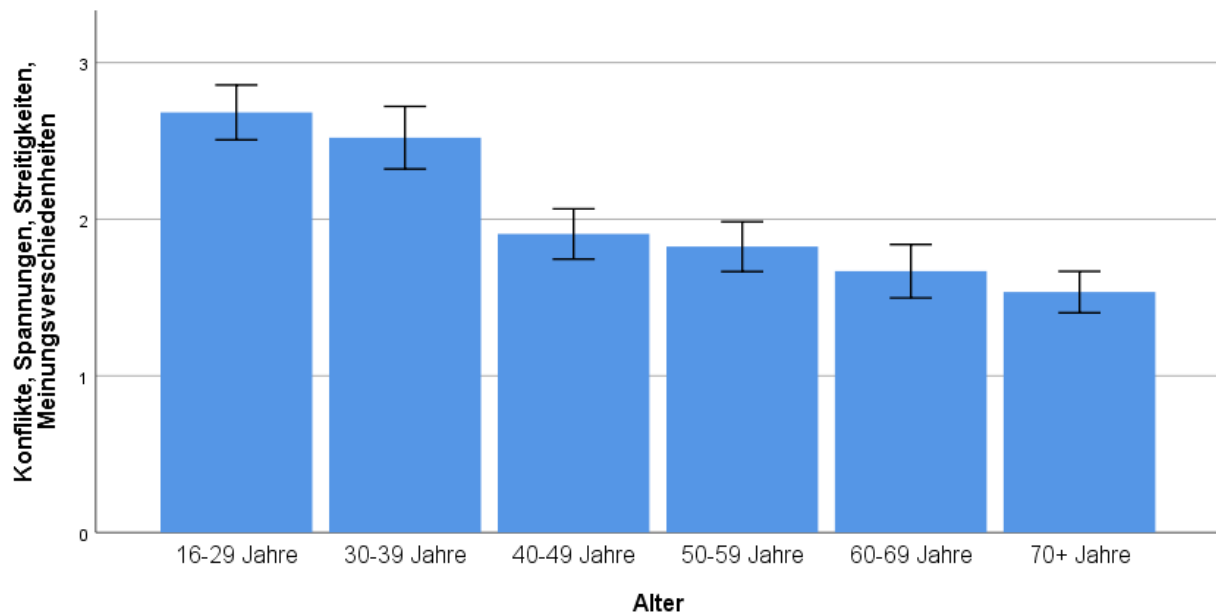


Abbildung 18: Mittelwerte der psychischen Gewalt in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.005)

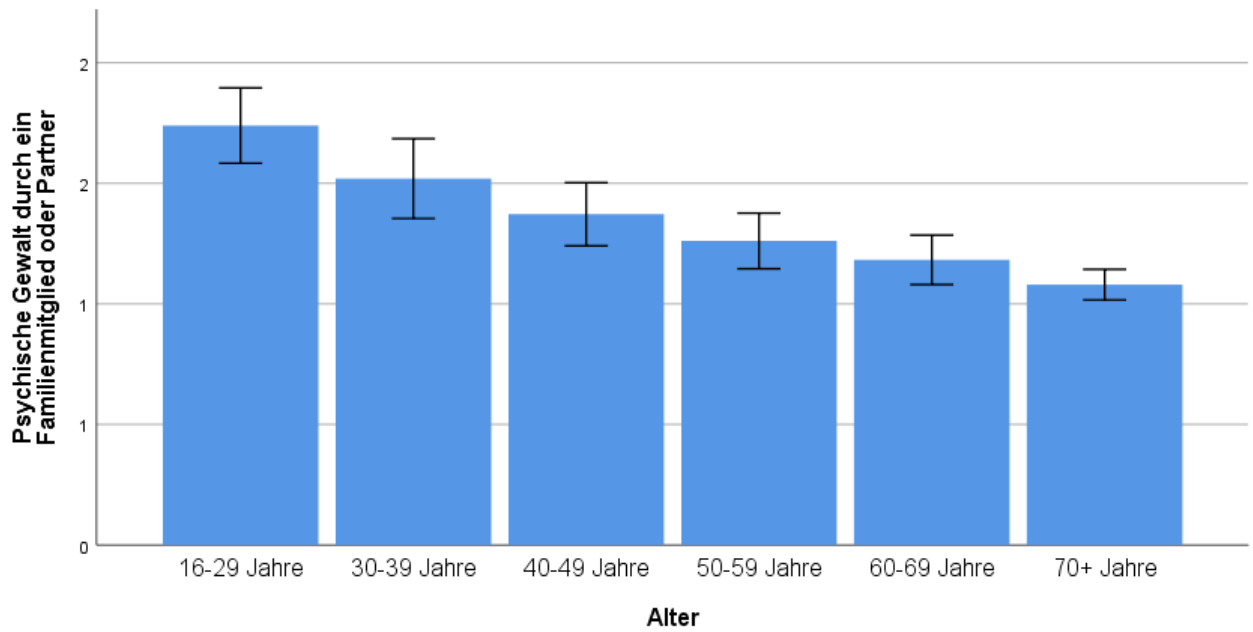


Abbildung 19: Mittelwerte der physischen Gewalt in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.005)

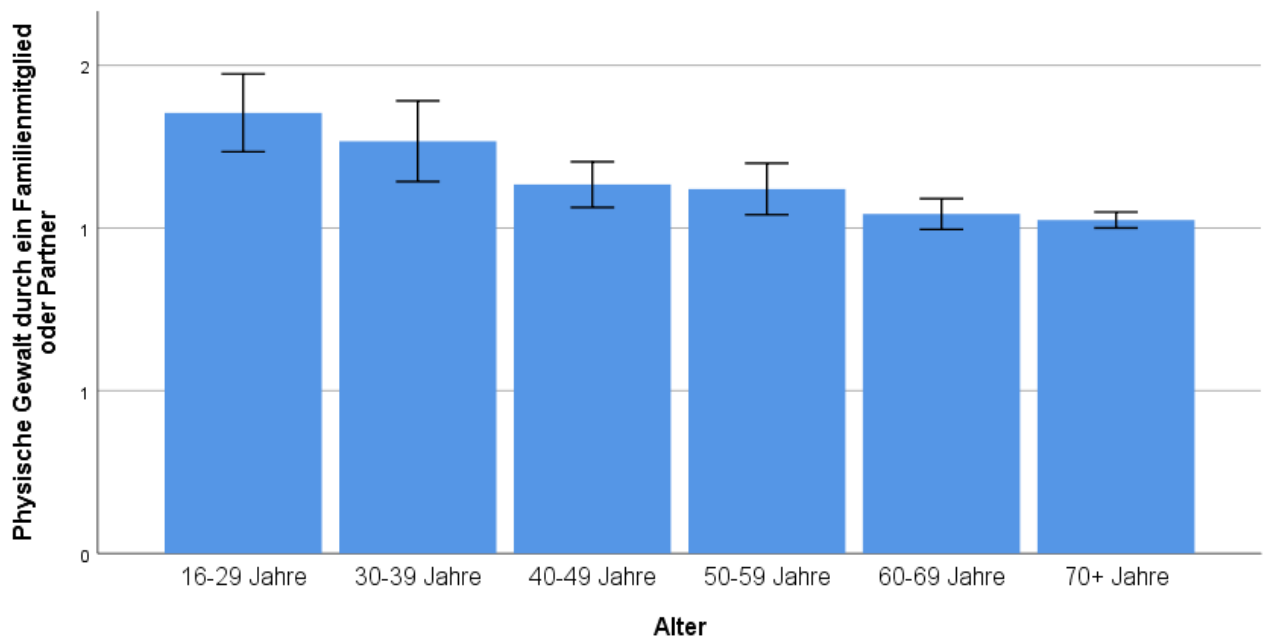
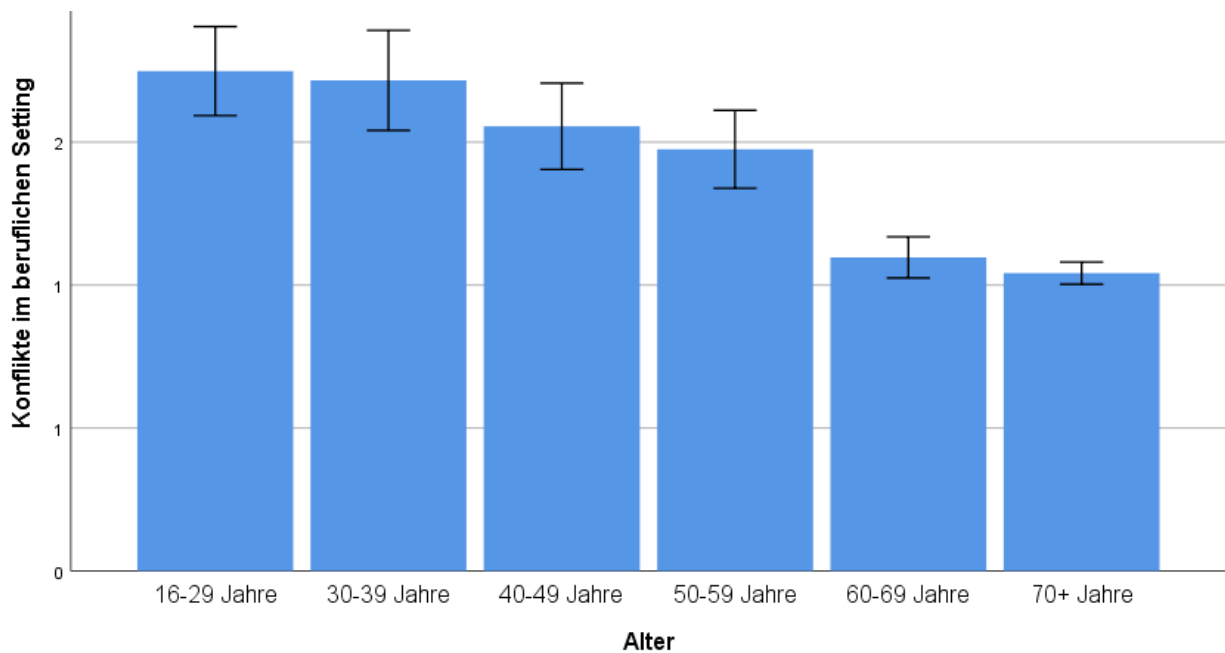
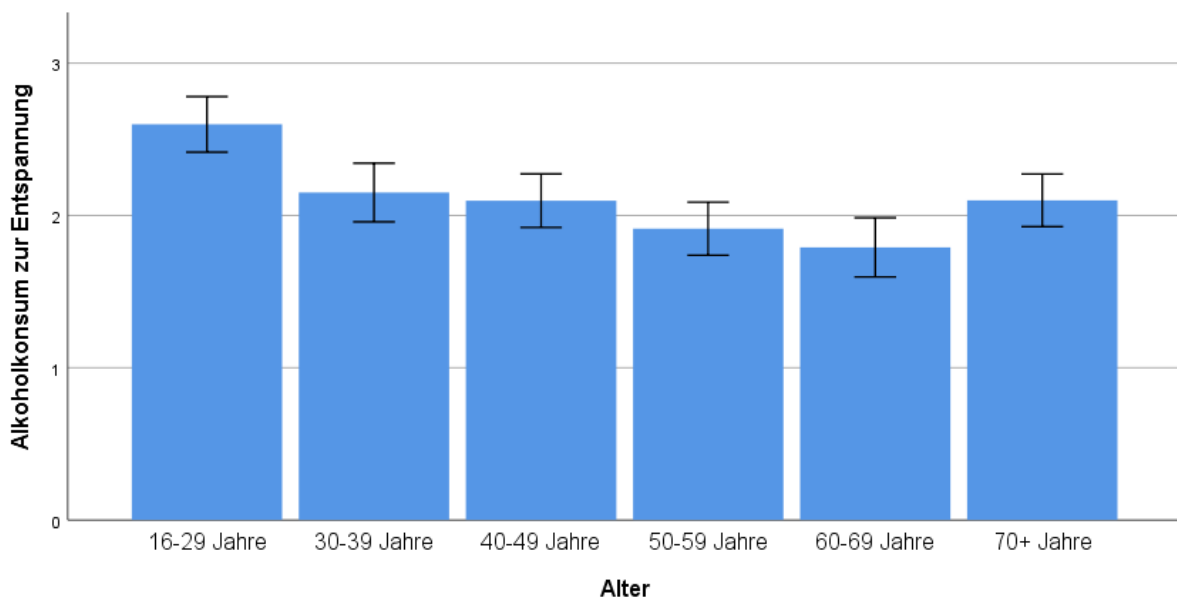


Abbildung 20: Mittelwerte der Konflikte im beruflichen Setting in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.005)



Auch das Gefühl, dass Alkohol dabei hilft zu entspannen und eine gute Zeit zu haben, ist im jungen Alter höher ausgeprägt.

Abbildung 21: Mittelwerte des Einsatzes von Alkohol zum Zwecke der Entspannung in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.005)



Ausgewählte Gruppe: Personen, die mit schulpflichtigen Kindern zusammenleben

Das Zusammenleben mit schulpflichtigen Kindern im selben Haushalt scheint im Rahmen der Covid-19 Pandemie mit einer Reihe von Belastungen verbunden zu sein. So berichten diese Personen (n = 204) nicht nur von erhöhten Depressionswerten, höheren Angstwerten sowie einer erhöhten Suizidalität (siehe S. 6: Abbildung 6: Mittelwerte der Depressivität bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt; S. 9: Abbildung 9: Mittelwerte der Angst bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt; und S. 13: Abbildung 16: Mittelwerte der Suizidalität bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt), sondern geben zudem an, vermehrt psychische und physische Gewalt durch den Partner oder ein Familienmitglied zu erfahren.

Abbildung 22: Mittelwerte der psychischen Gewalt bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt (n = 1.005)

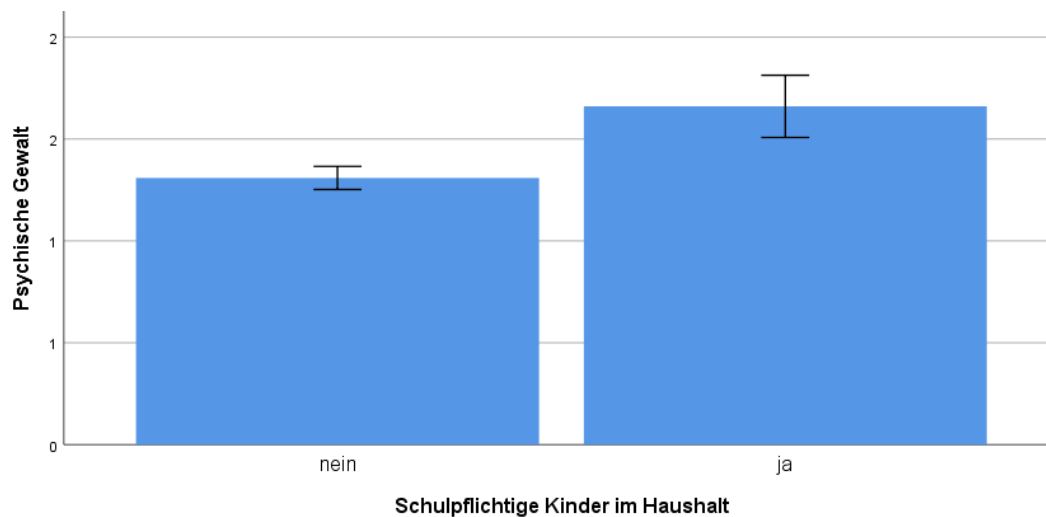
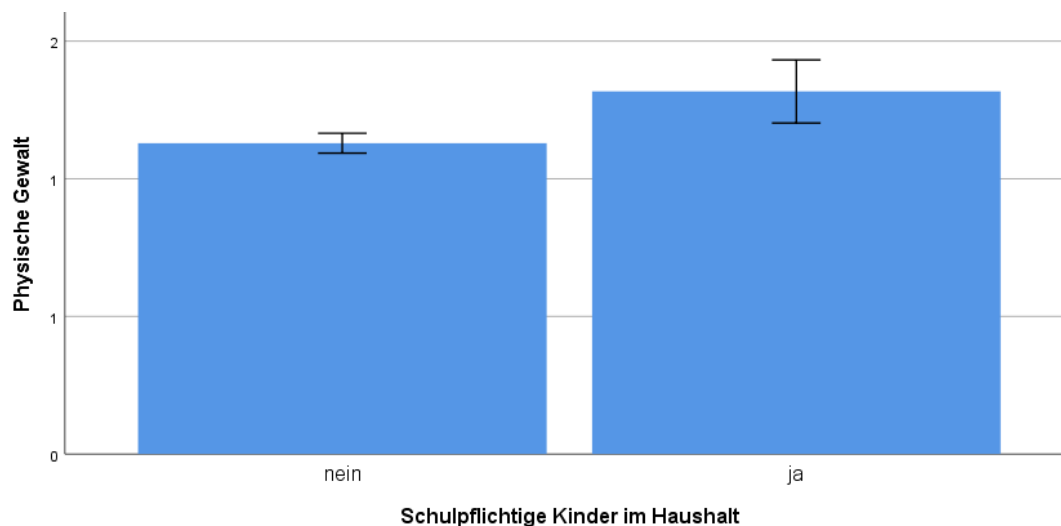


Abbildung 23: Mittelwerte der physischen Gewalt bei Personen mit und ohne schulpflichtigen Kindern im Haushalt (n = 1.005)



Literatur

1. Morganstein JC, Fullerton CS, Ursano RJ, Donato D, Holloway HC. Pandemics: Health Care Emergencies. In: Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, Raphael, B, editors. *Textbook of Disaster Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p. 270-284.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Feb;395(10227):912-920.
3. Centers for Disease Control and Prevention. CERC: Psychology of a Crisis. Atlanta: CDC; 2019. 16p.
4. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, Khan MM, O'Connor RC, Pirkis J, COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020 Apr, Epub ahead of print.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-613.
6. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-370.
7. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979 Apr;47(2):343-352.