

SARS CoV-2: Mental Health in Österreich
Ausgewählte Ergebnisse zur achten Befragungswelle,
18.09.-29.09.2020

AutorInnen (in alphabetischer Reihung):

Marlies Braun, Stefanie Kirchner, 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 wurde im September 2020 eine Befragung an einer repräsentativen Stichprobe von n = 1.000 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 achten Befragungswelle (Erhebungszeitraum: 18.09.-29.09.2020) zeigen, wie Depressivität, Angst, Symptome von PTSD 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 achten Befragungswelle dar, wobei in weiterer Folge 4 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; die *Beck-Suizidgedanken-Skala* (BSS)⁷ zur Erfassung von Suizidalität; sowie die *Kurze Screening-Skala für PTSD*⁸ zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. 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. In Welle 8 wurde außerdem die Beziehungszufriedenheit mittels der *Relationship Assessment Scale*⁹ erhoben.

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisse im Vergleich zu den vorigen Befragungswellen	4
Depressivität.....	6
Angst.....	8
Suizidalität	10
Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	14
Altersgruppen im Vergleich.....	16
Beziehungszufriedenheit.....	18
Literatur	19

Ergebnisse im Vergleich zu den vorigen Befragungswellen

Im Verlauf zeigt sich eine Reduktion der Konflikte im beruflichen Setting, der Verärgerung in der letzten Woche und der derzeitigen Angst im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie, welche aber beginnend mit Welle 6 (07.08.-22.08) wieder ansteigen. Bei den berichteten Konflikten mit einem Familienmitglied oder einem Partner sowie beim Alkoholkonsum zur Entspannung zeigt sich ein anfänglicher Anstieg bis Welle 3 (05.06.-17.06.) mit einer anschließenden Reduktion. Die berichtete physische Gewalt hat seit Welle 1 (23.04.-05.05.2020) leicht zugenommen.

Abbildung 1: Mittelwerte der Verärgerung in den verschiedenen Wellen (gesamte Stichprobenzahl n = 8.011)

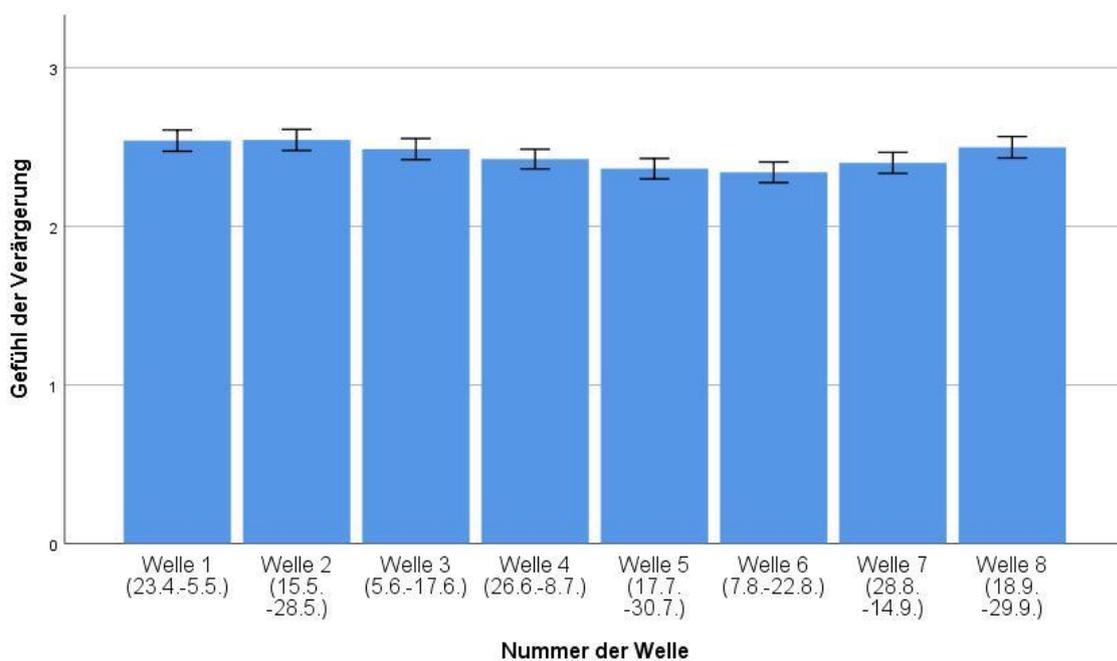
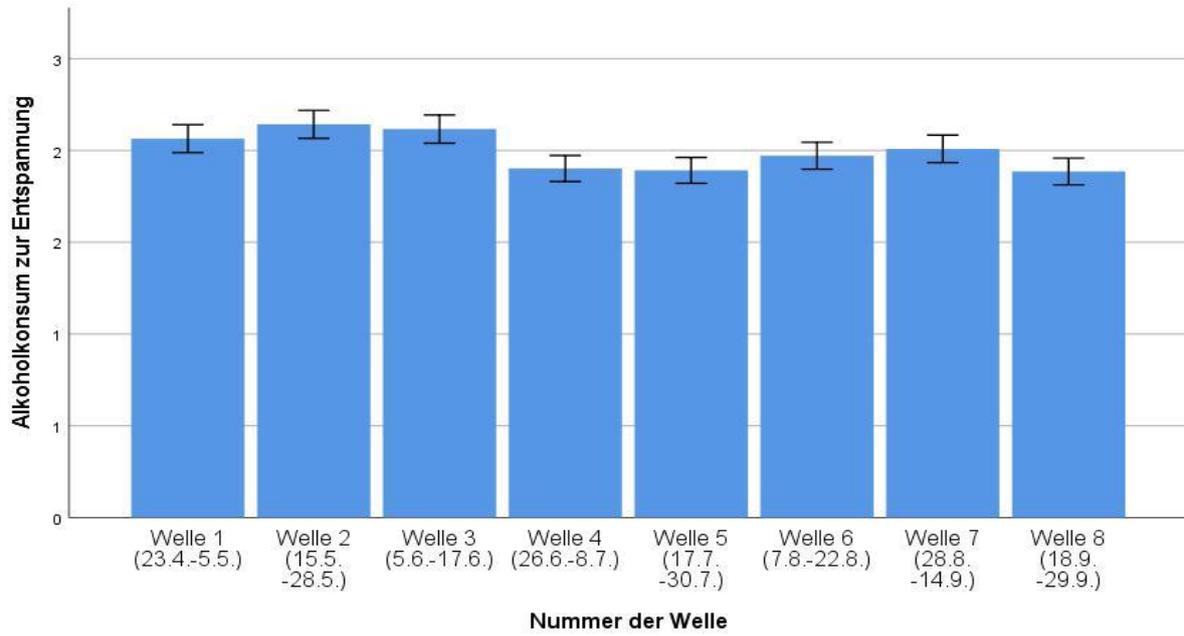


Abbildung 2: Mittelwerte des Einsatzes von Alkohol zur Entspannung in den verschiedenen Wellen (n = 8.011)

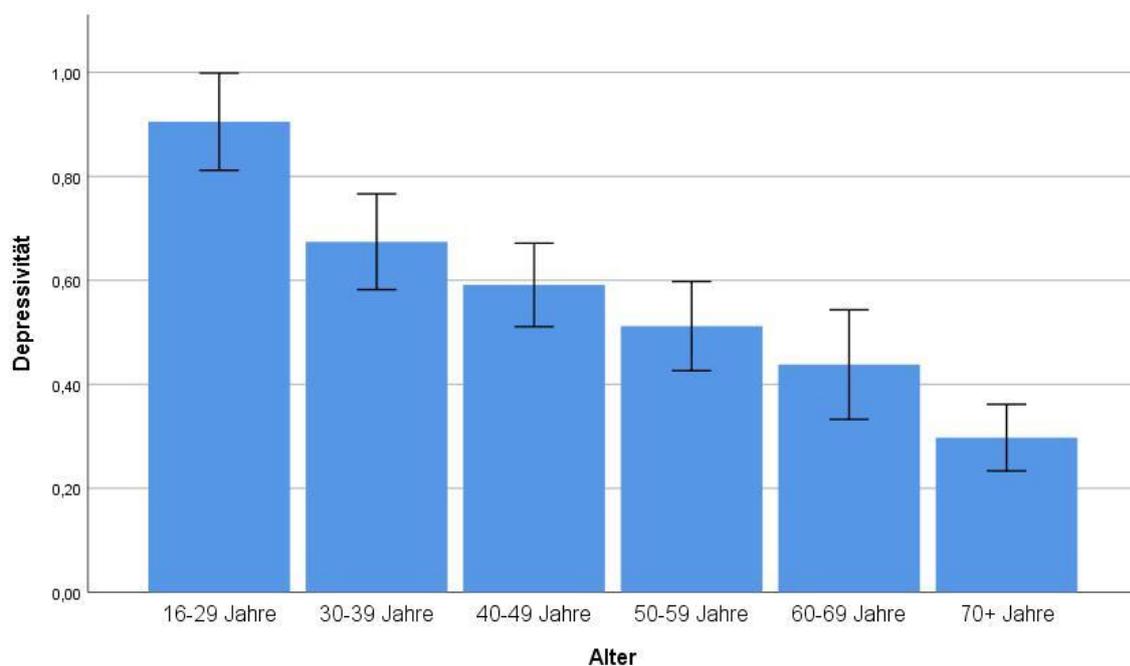


Depressivität

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).

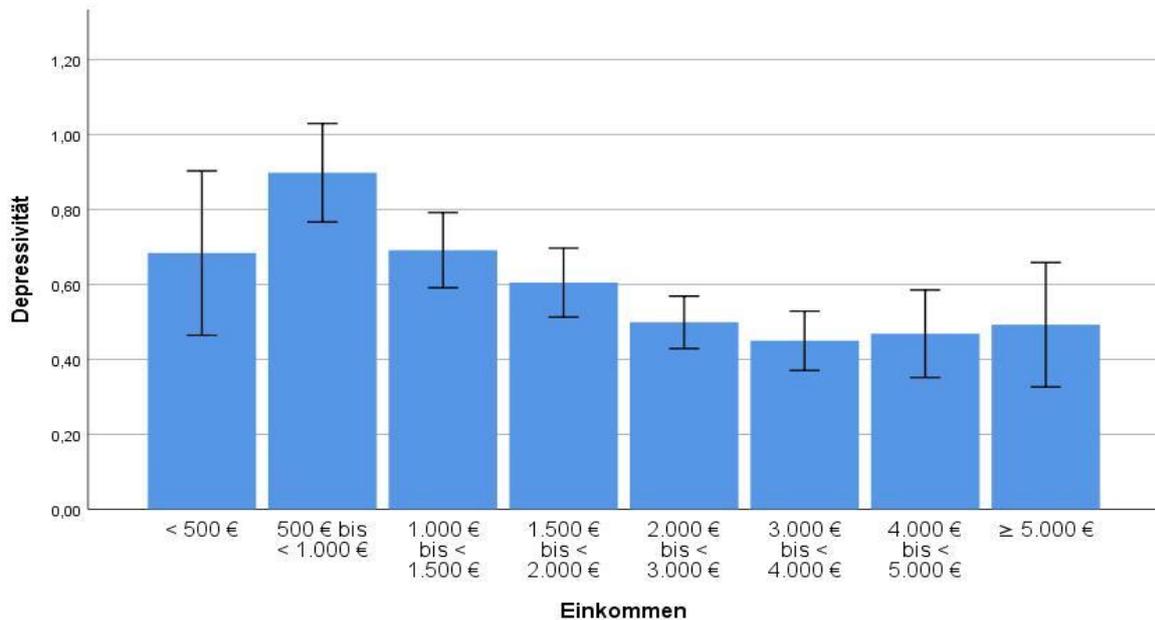
Im Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen zeigt sich, dass die jüngere Bevölkerung (16 bis 29 Jahre, n = 208) die höchsten Depressivitätswerte verzeichnet. Mit steigendem Alter sinkt die Depressivität, wobei die jüngere Bevölkerung (16 bis 29 Jahre) im Vergleich zur älteren Bevölkerungsgruppe (70+ Jahre, n = 154) von einer dreifach erhöhten Depressivität berichtet.

Abbildung 3: Mittelwerte der Depressivität in verschiedenen Altersgruppen (gesamte Stichprobenzahl n = 1.000)



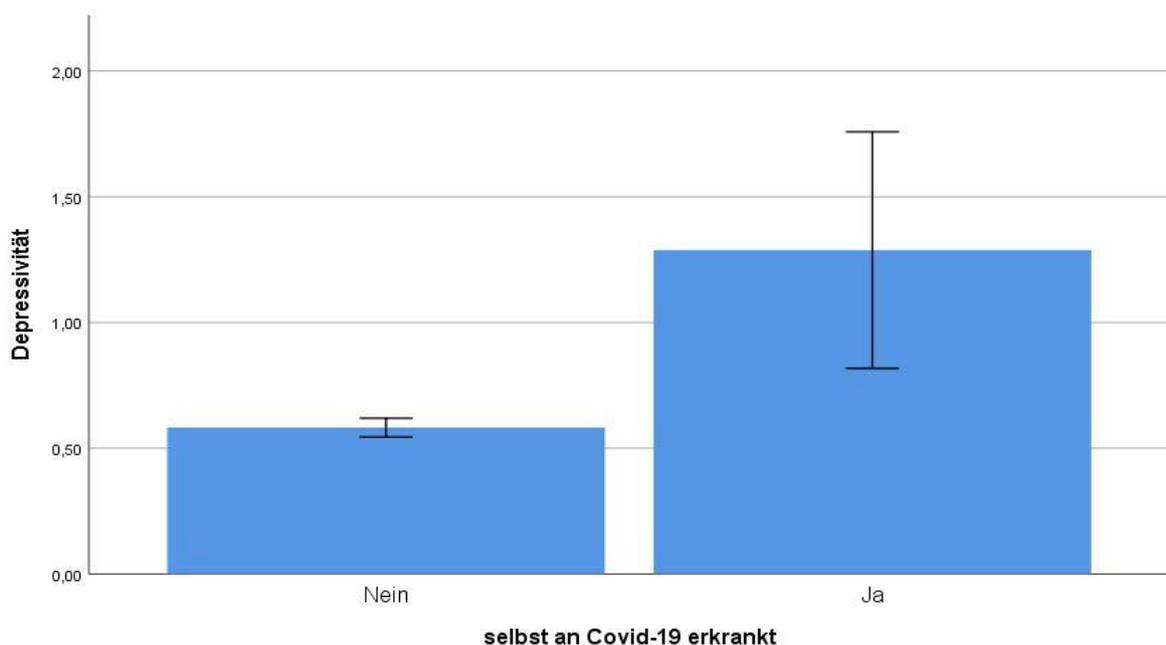
Im Vergleich der verschiedenen Einkommensklassen zeigt sich eine höhere Ausprägung der Depressivität bei Personen mit einem Nettoeinkommen von weniger als 1.500€ pro Monat (n=326) im Vergleich zu den Meistverdienern (Nettoeinkommen von 5.000€ und mehr pro Monat, n=43).

Abbildung 4: Mittelwerte der Depressivität in verschiedenen Einkommensklassen (n = 1.000)



Personen, die vermuten selbst an Covid-19 erkrankt (gewesen) zu sein (n = 14) berichten von deutlich höheren Werten hinsichtlich Depressivität im Vergleich zu Personen, die nicht selbst von Covid-19 betroffen sind/waren (n = 986). Bei jenen, die von einer Erkrankung berichten, ist allerdings durch die begrenzte Fallzahl die Schwankungsbreite der Werte relativ groß.

Abbildung 5: Mittelwerte der Depressivität bei Personen die nicht an Covid-19 erkrankt sind und selbst an Covid-19 erkrankten Personen (n = 1.000)

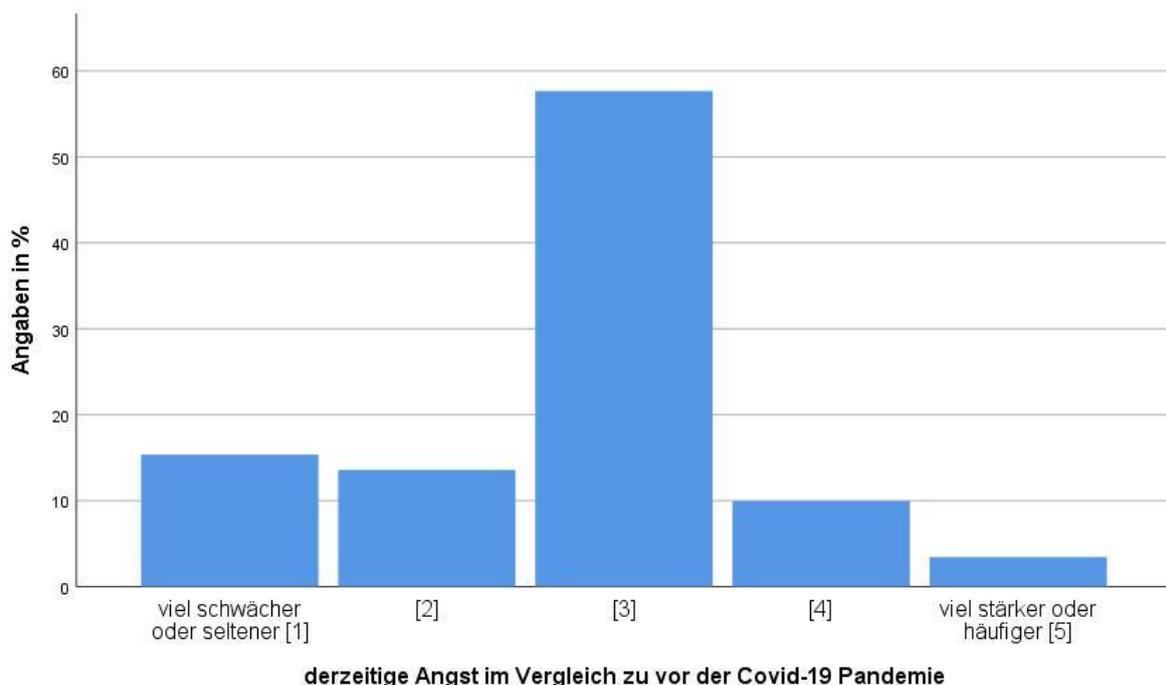


Angst

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“).

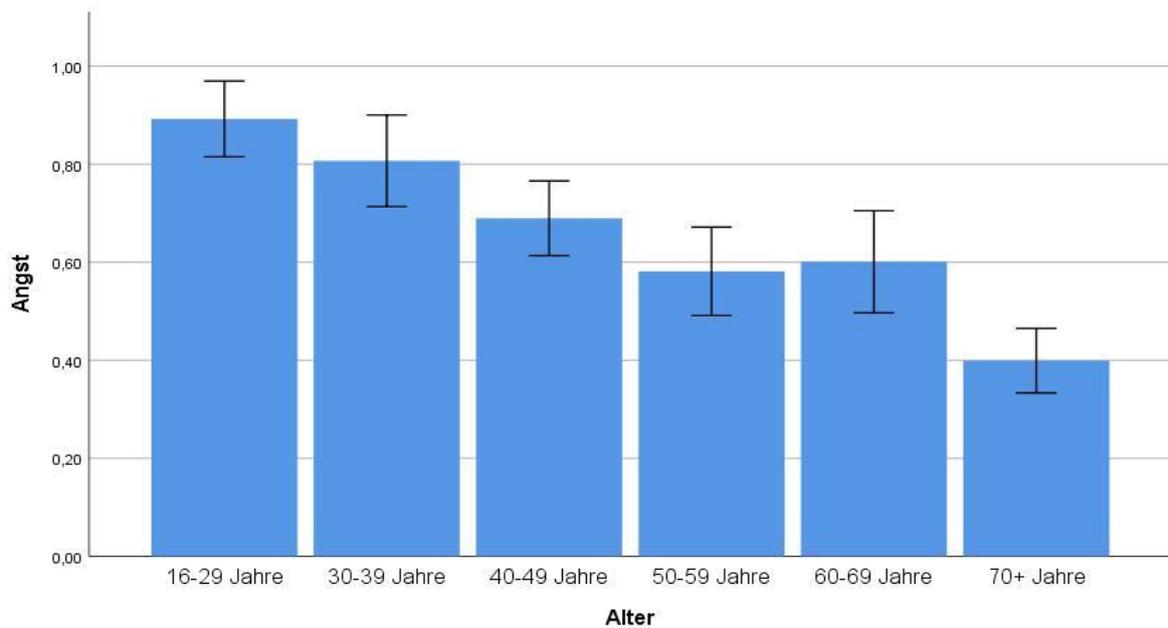
Von einer geminderten Angst im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie berichten 28,9% der Personen (Antwortoption 1 oder 2). 57,7% der Personen schätzen die derzeitige Angst genauso hoch wie vor der Covid-19 Pandemie ein (Antwortoption 3) und 13,4% der Personen geben an, dass die derzeitige Angst höher als vor der Covid-19 Pandemie ist (Antwortoption 4 oder 5).

Abbildung 6: Derzeitige Angst im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie, Angaben in Prozent (n = 1.000)



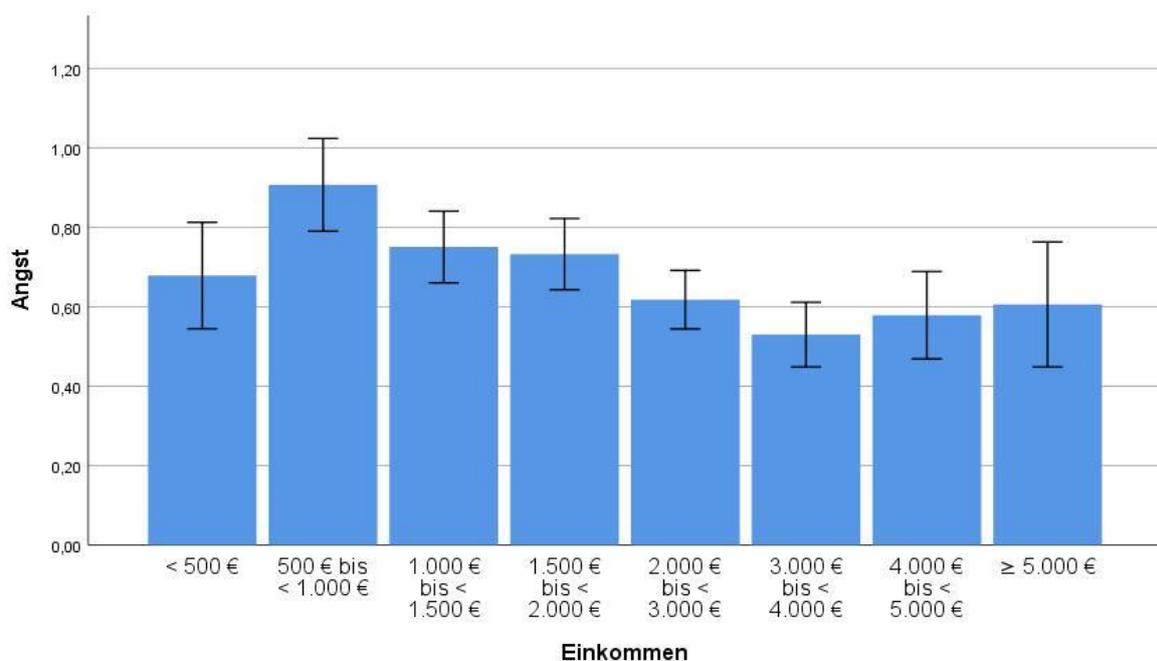
Im Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen bei der Ausprägung der empfundenen Angst zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Depressivität (siehe S. 6 Abb. 3): Mit steigendem Alter sinken die Angstwerte. Verglichen mit der jüngeren Bevölkerung (16 bis 29 Jahre, n=208) ist die empfundene Angst bei der älteren Bevölkerung (70 Jahre und älter, n = 154) im Durchschnitt nur halb so hoch ausgeprägt.

Abbildung 7: Mittelwerte der Angst in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.000)



Mit steigendem Einkommen sinkt bei der österreichischen Bevölkerung die empfundene Angst, wobei die Ausprägung bei Personen mit einem Nettoeinkommen von weniger als 2.000 € pro Monat, n = 488) im Vergleich zu den Meistverdienern (Nettoeinkommen von 5.000 € und mehr pro Monat, n = 43) etwa um das Eineinhalbfache erhöht ist.

Abbildung 8: Mittelwerte der Angst in verschiedenen Einkommensklassen (n = 1.000)

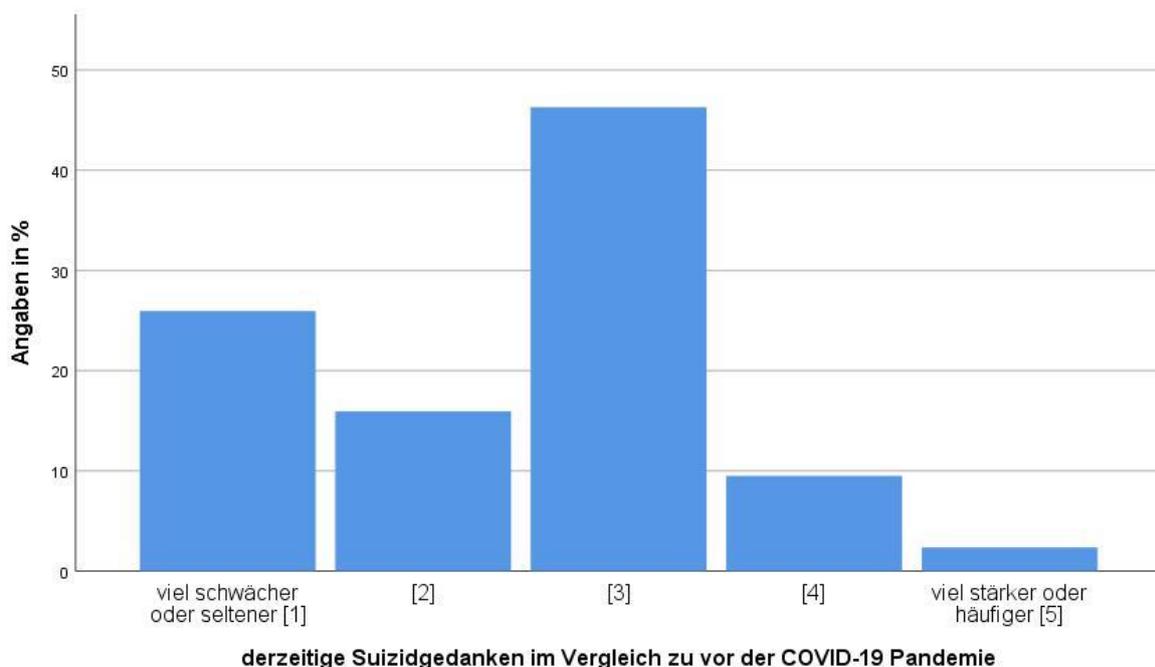


Suizidalität

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“).

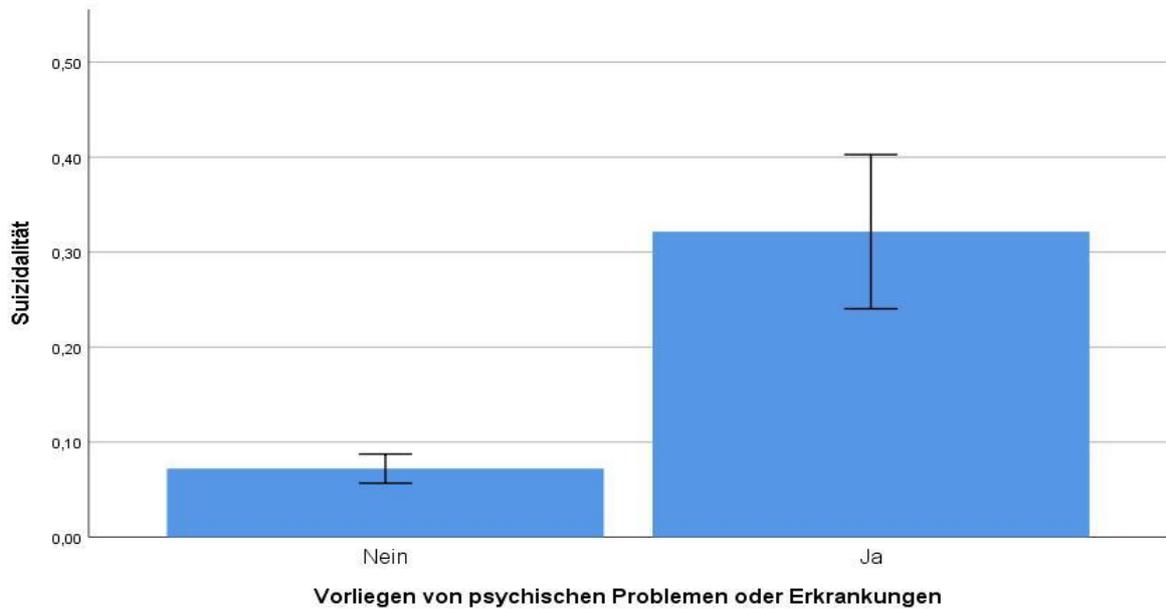
82,2% der Personen berichten, generell keine Suizidgedanken zu haben. Von den verbleibenden 178 Personen geben 41,9% der Personen an, dass die Suizidgedanken schwächer oder seltener als vor der Covid-19 Pandemie sind (Antwortoption 1 oder 2). 11,9% der Personen berichten von einer erhöhten Suizidalität (Antwortoption 4 oder 5), während 46,3% der Personen die derzeitigen Suizidgedanken als genauso stark oder häufig wie vor der Covid-19 Pandemie einschätzen (Antwortoption 3).

Abbildung 9: Derzeitige Suizidgedanken im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie, Angaben in Prozent (n = 1.000)



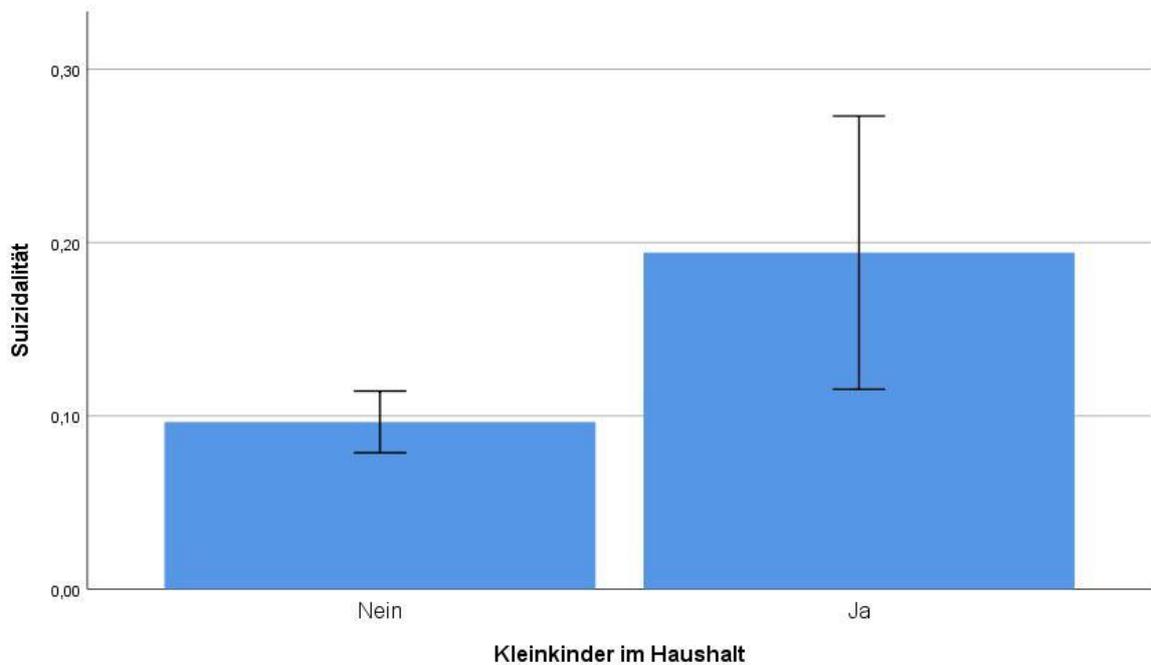
Im Vergleich zu Personen, die von keinerlei psychischen Problemen oder Erkrankungen betroffen sind (n = 856), verzeichnen Personen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen (n = 144) eine etwa viereinhalbfache Suizidalität.

Abbildung 10: Mittelwerte der Suizidalität bei Personen mit und ohne psychische Erkrankung (n = 1.000)



Personen, die mit Kleinkindern im gleichen Haushalt leben zeigen ebenfalls eine erhöhte Suizidalität auf (n = 119).

Abbildung 11: Mittelwerte der Suizidalität bei Personen mit und ohne Kleinkinder im Haushalt (n = 1.000)



Personen, die über Suizidgedanken berichten, verzeichnen nicht nur erhöhte Werte für Depressivität, Angst oder PTSD, sondern berichten auch vermehrt von Konflikten mit dem Partner oder einem Familienmitglied, psychischer Gewalt, physischer Gewalt und

beruflichen Konflikten. Auch der Einsatz von Alkohol zur Entspannung wird vermehrt angegeben.

Abbildung 12: Mittelwerte der Angst bei Personen mit und ohne Suizidgedanken (n = 1.000)

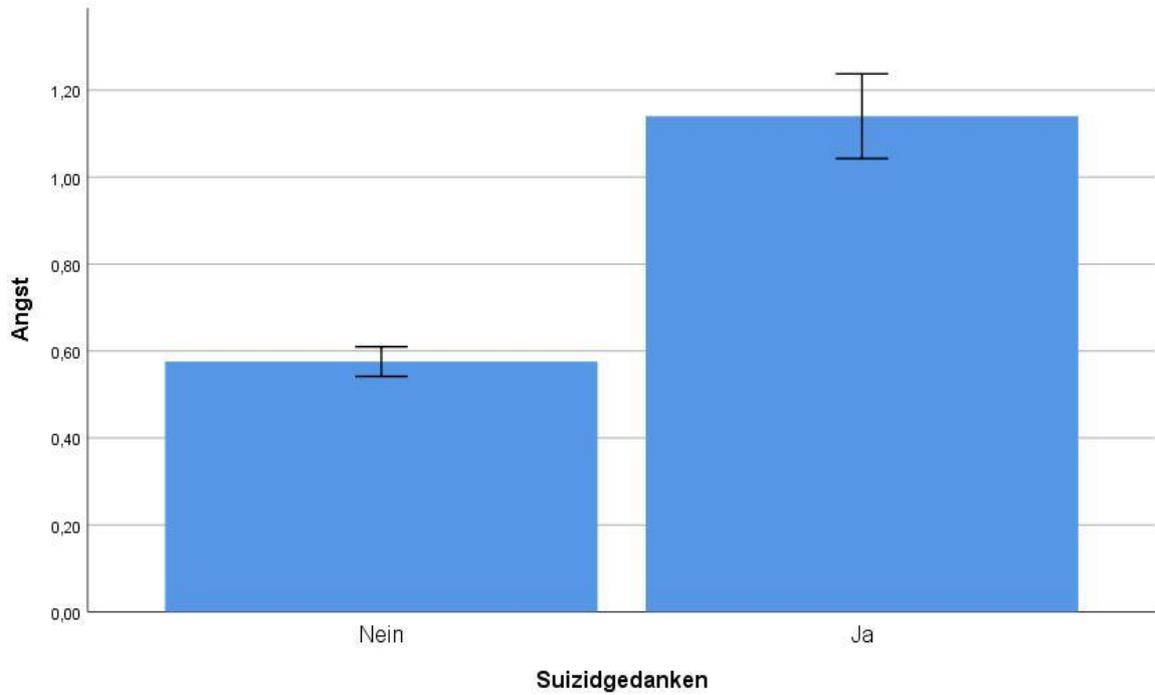


Abbildung 13: Mittelwerte der Konflikte bei Personen mit und ohne Suizidgedanken (n = 1.000)

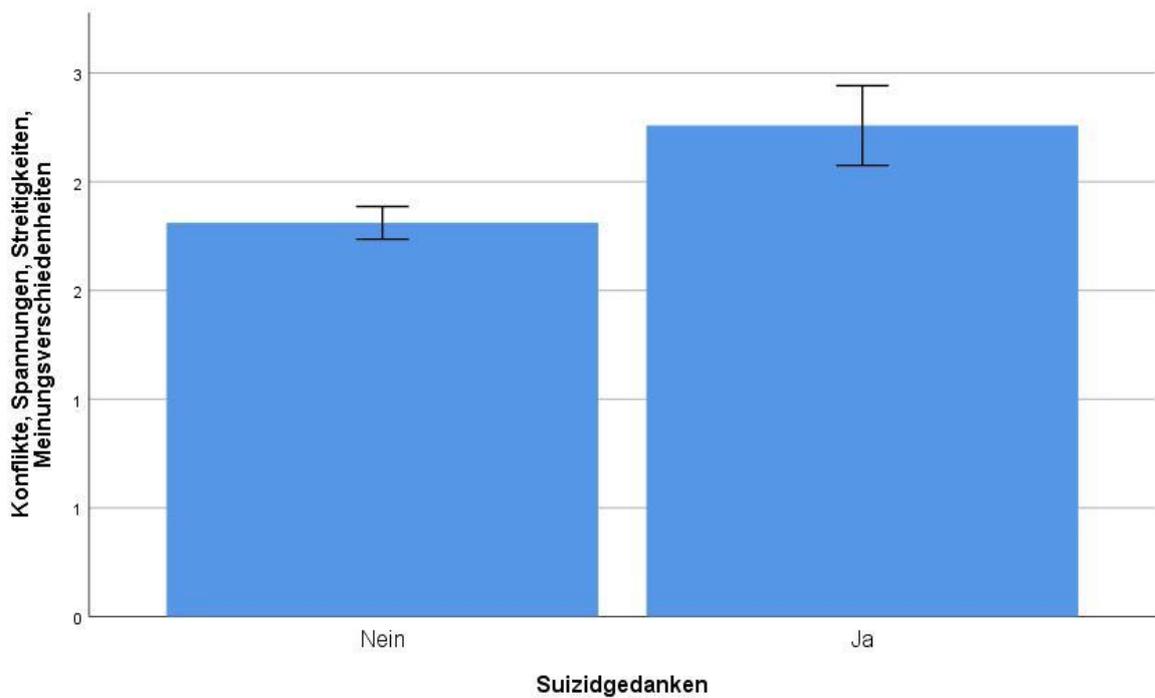
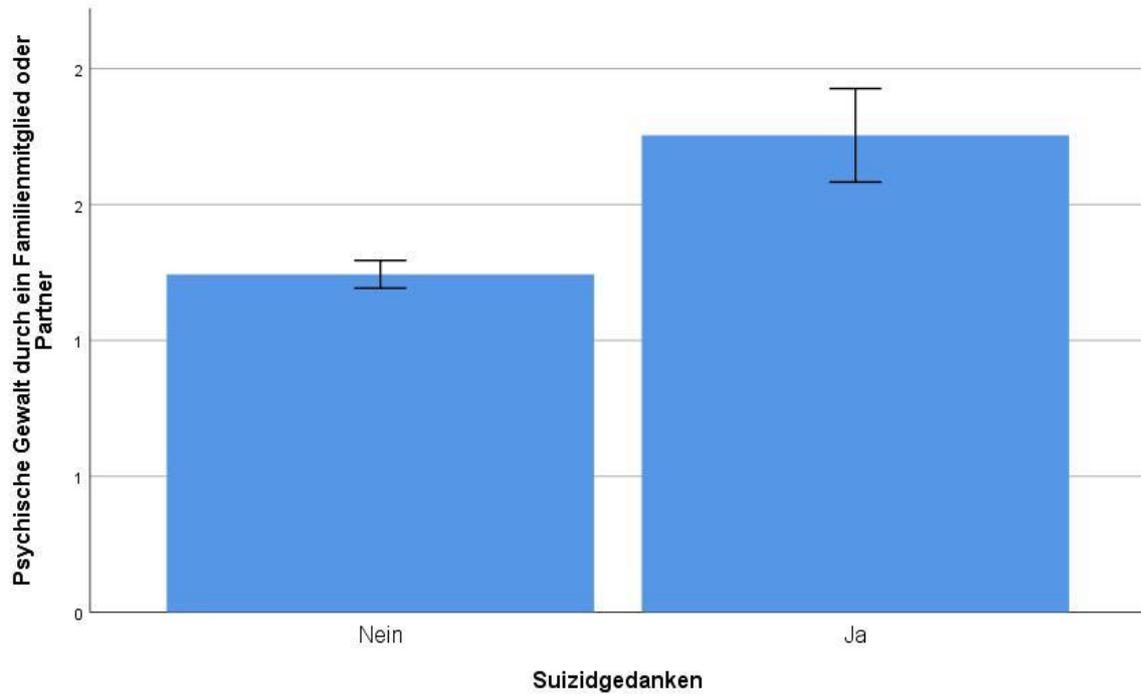


Abbildung 14: Mittelwerte der psychischen Gewalt bei Personen mit und ohne Suizidgedanken (n = 1.000)

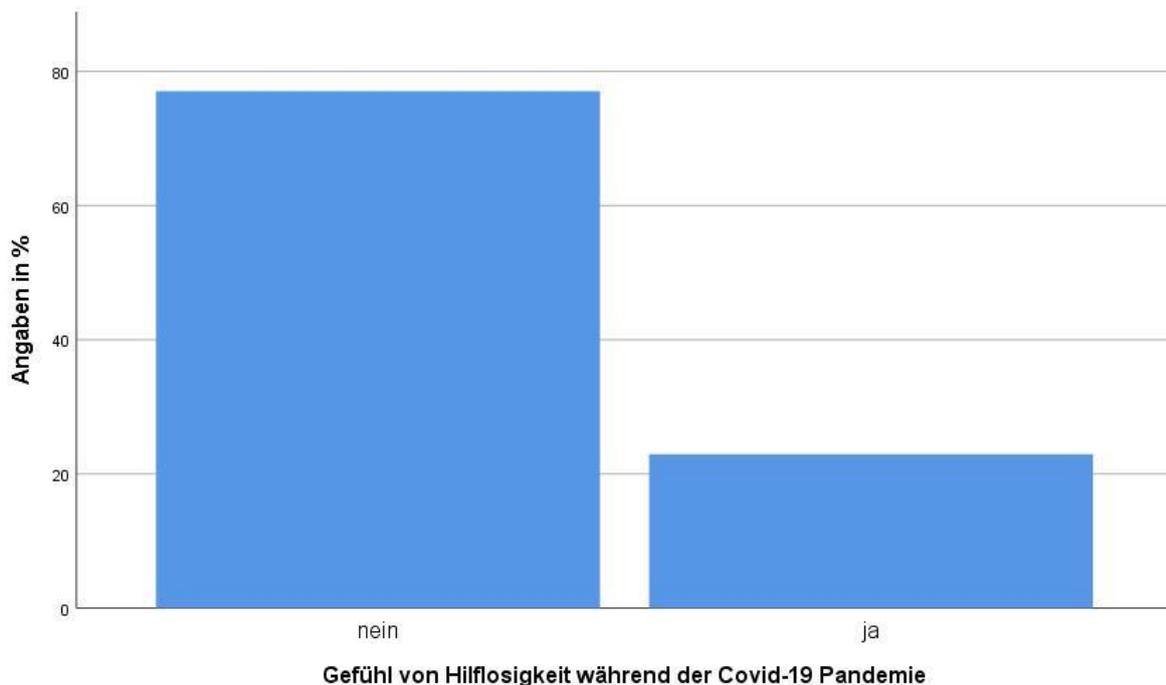


Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurde im Rahmen der Untersuchung mit der *Kurzen Screening-Skala für PTSD*⁸ erfasst. Dieser Fragebogen umfasst neun Items und erfasst auf einer vierstufigen Skala zur Selbstbeurteilung die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung im vergangenen Monat. Zwei der Items erfassen des Weiteren das Vorhandensein von Hilflosigkeit und starker Angst/Entsetzen während der Covid-19 Pandemie.

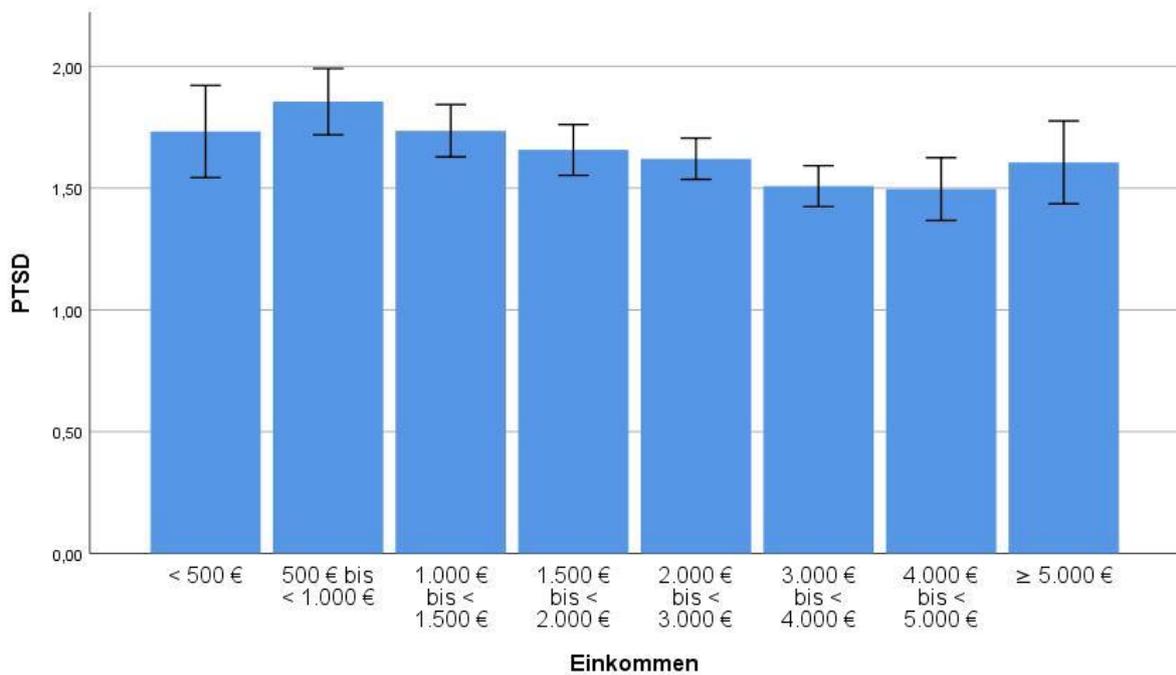
Von einem Gefühl während der Covid-19 Pandemie hilflos (gewesen) zu sein berichteten 22,9% der Personen. 15,6% der Personen gaben an starke Angst (gehabt) zu haben bzw. voller Entsetzen (gewesen) zu sein.

Abbildung 15: Gefühl von Hilflosigkeit während der Covid-19 Pandemie, Angaben in Prozent (n = 1.000)



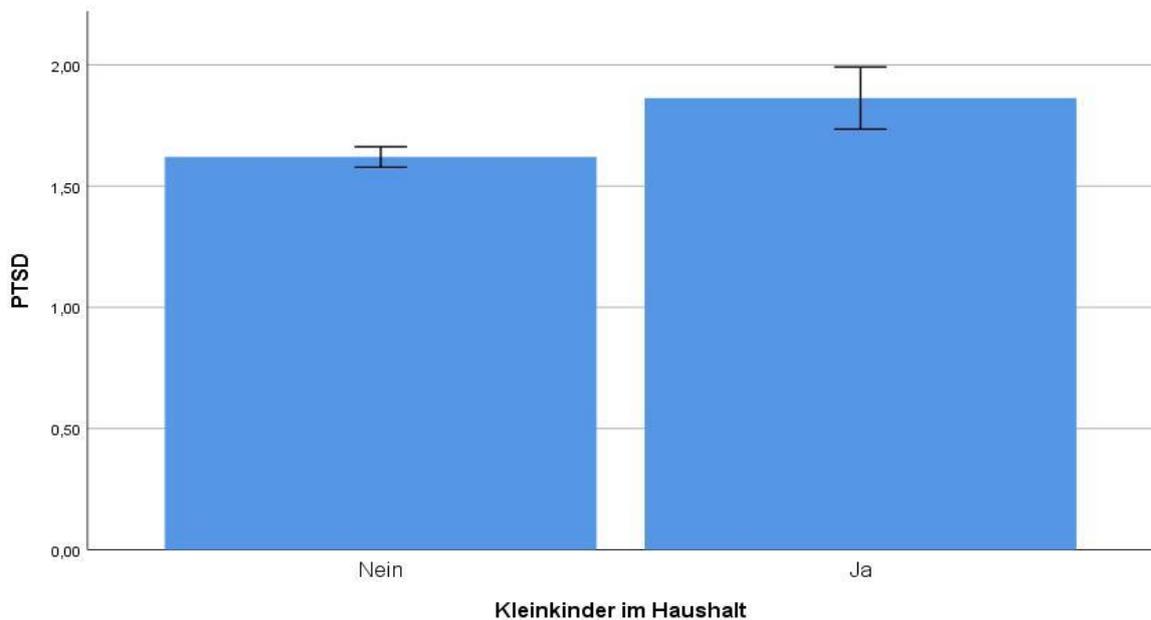
Im Vergleich der verschiedenen Einkommensklassen zeigen sich höhere Werte von PTSD bei Personen mit einem Nettoeinkommen von weniger als 1.500€ pro Monat (n=326) im Vergleich zu Personen mit einem Nettoeinkommen von 3.000€ und mehr pro Monat (n=286).

Abbildung 16: Mittelwerte von PTSD in verschiedenen Einkommensklassen (n = 1.000)



Ebenfalls erhöhte Werte von PTSD zeigen Personen, die mit Kleinkindern im gleichen Haushalt leben (n = 119).

Abbildung 17: Mittelwerte von PTSD bei Personen mit und ohne Kleinkinder im Haushalt (n = 1.000)



Altersgruppen im Vergleich

Es wurden sechs Altersgruppen gebildet, anhand derer die Ergebnisse dargestellt werden: 16-29 Jahre (n = 208), 30-39 Jahre (n = 156), 40-49 Jahre (n = 196), 50-59 Jahre (n = 162), 60-69 Jahre (n = 125) sowie 70 Jahre und älter (n = 154).

Im Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen zeigt sich, dass die jüngere Bevölkerung (16 bis 29 Jahre) nicht nur die höchsten Werte bei Depressivität und Angst verzeichnet (siehe S. 6 Abb. 3, und S. 9 Abb. 7), sondern im Vergleich zu älteren Personen zudem vermehrt von Spannungen und Konflikten mit dem Partner oder Familienmitgliedern, und psychischer Gewalt im Haushalt berichtet.

Abbildung 18: Mittelwerte der Konflikte in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.000)

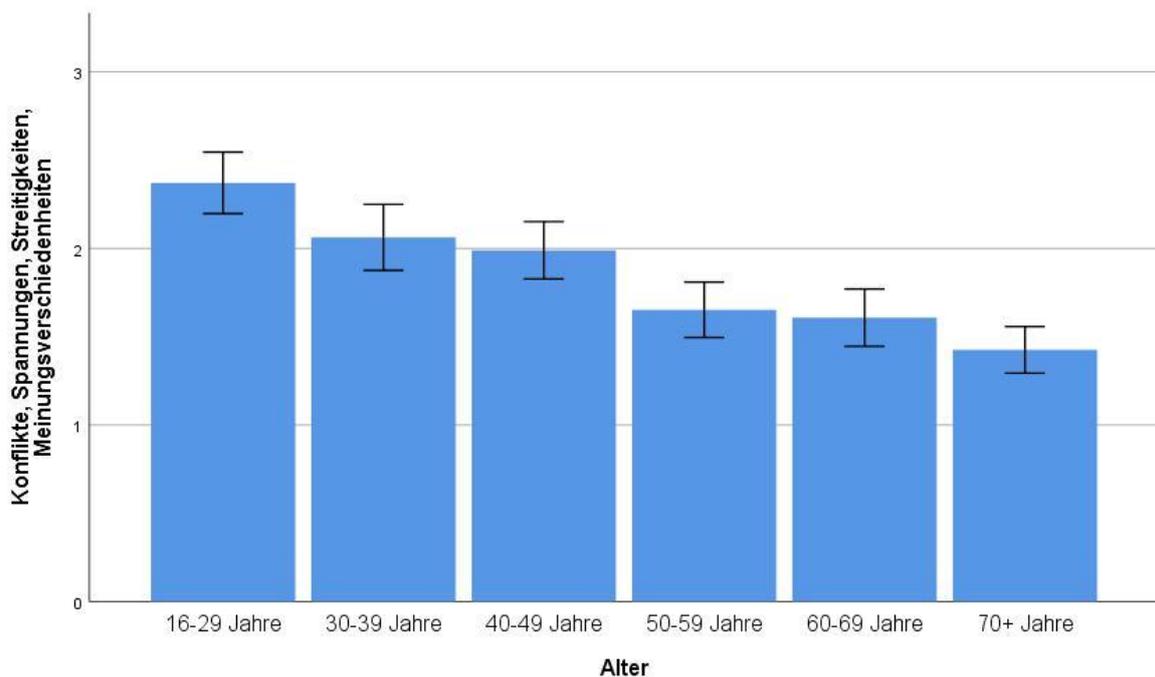
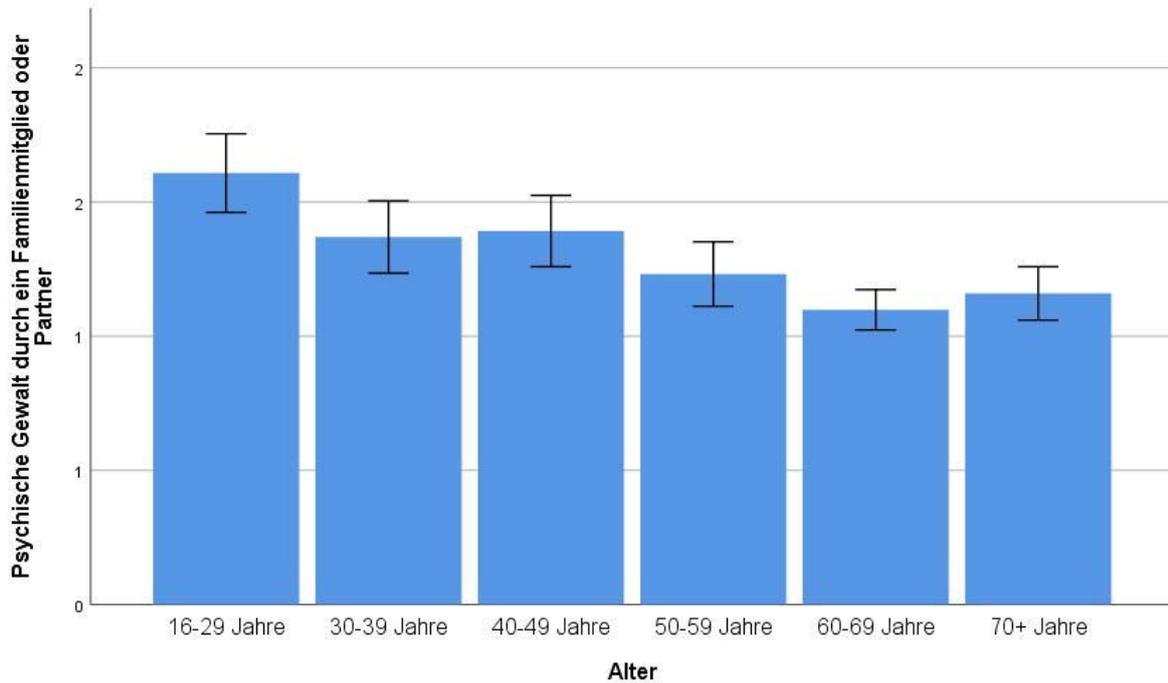
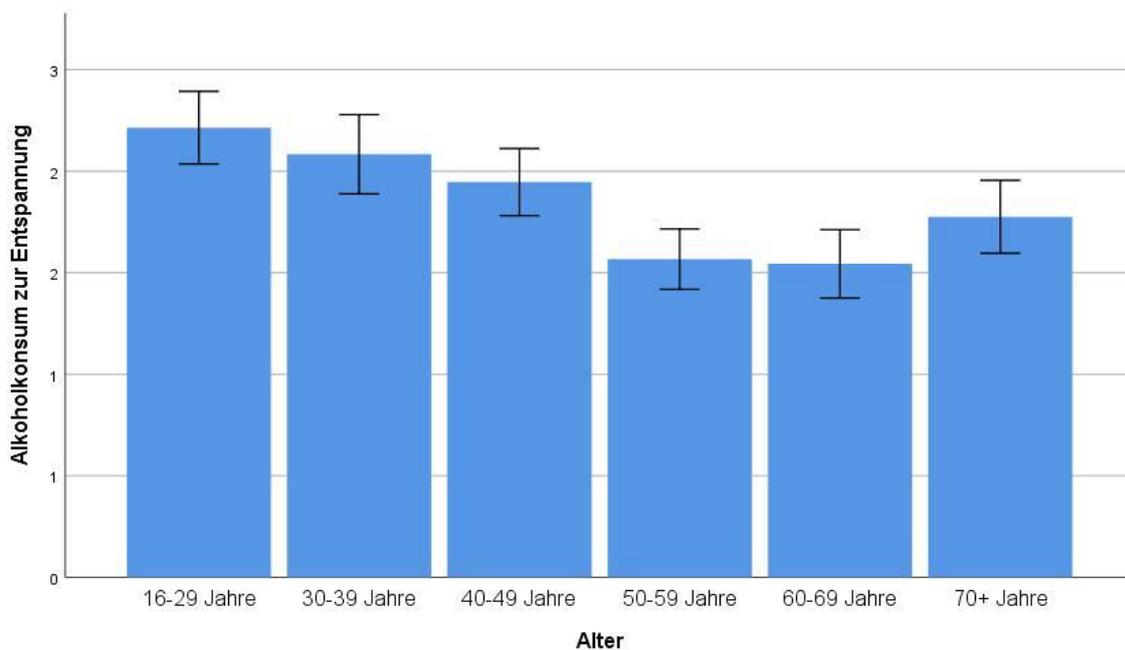


Abbildung 19: Mittelwerte der psychischen Gewalt in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.000)



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

Abbildung 20: Mittelwerte des Einsatzes von Alkohol zur Entspannung in verschiedenen Altersgruppen (n = 1.000)



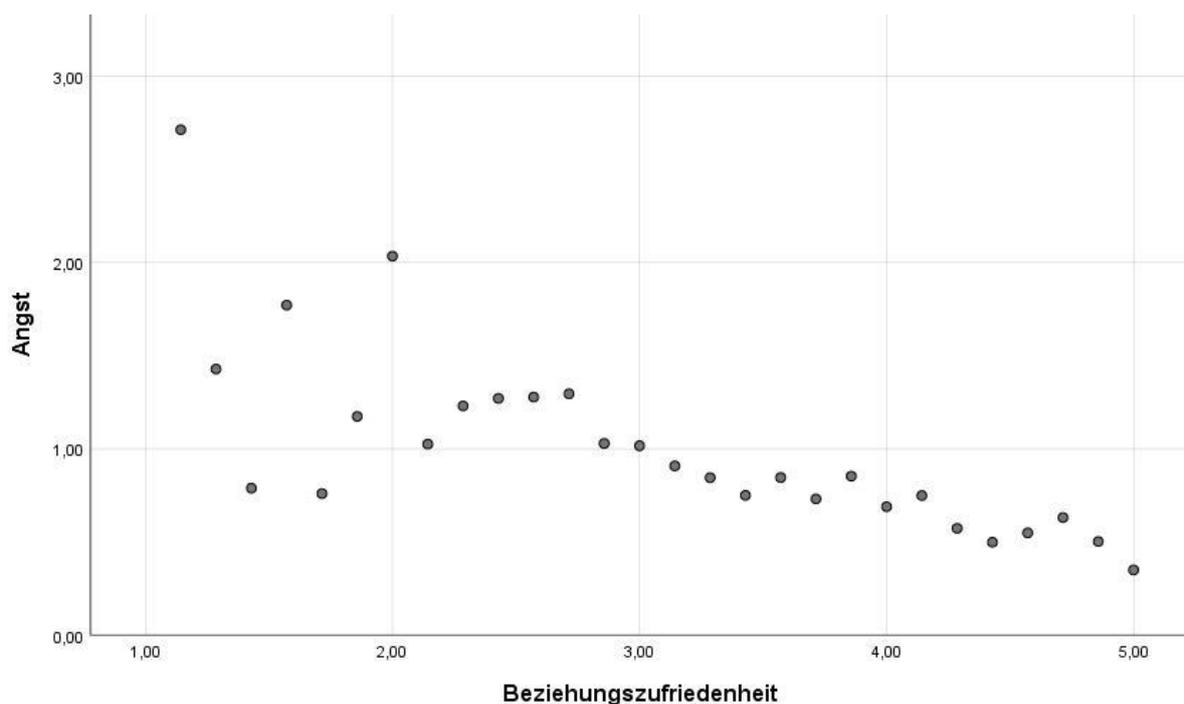
Beziehungszufriedenheit

In Welle 8 (18.09.-29.09.2020) wurde neben den Ergebnisvariablen die Beziehungszufriedenheit mittels der *Relationship Assessment Scale* (RAS)⁹ erhoben. Dieses Instrument umfasst sieben Fragen auf einer fünfstufigen Skala und erfasst die Zufriedenheit in einer Partnerschaft.

Im Vergleich mit den anderen Ergebnisvariablen zeigt die Untersuchung, dass Beziehungszufriedenheit eine wichtige Rolle in der Verärgerung, Depressivität, Angst, und Suizidalität, Konflikten mit einem Familienmitglied oder dem Partner sowie psychischer Gewalt, physischer Gewalt und beruflicher Konflikte spielt.

Während Personen in einer festen Partnerschaft (n= 599) vermehrt über Angst, Konflikte mit dem Partner und Verärgerung berichten, zeigt sich, dass eine höhere Beziehungszufriedenheit mit besseren Werten in den Ergebnisvariablen einhergeht.

Abbildung 21: Assoziation zwischen den Mittelwerten von Angst und Beziehungszufriedenheit (n = 599)



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.
8. Breslau N, Peterson EL, Kessler, RC, Schultz LR. Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*. 1999 Jun;156(6):908-911.
9. Hendrick SS. A generic measure of relationship satisfaction. *J Marriage Fam*. 1988;50(1):93-98.