



PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN PANDEMIEZEITEN – EINE STANDORTBESTIMMUNG

Dieter Feierabend | Stand: 22.12.2020

HERAUSFORDERUNG

→ Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann. **Psychische Gesundheit ist also mehr als nur die Abwesenheit von Erkrankungen und Symptomen und ein zentraler Bestandteil eines guten und gesunden Lebens.**

→ Psychische Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft häufig und können jeden treffen. Schätzungen zufolge erkranken jedes Jahr zwischen 17-25% der Erwachsenen an einer psychischen Erkrankung. Die Gesamtkosten für psychische Erkrankungen werden auf mehr als 4% des BIP geschätzt,

→ **Gleichzeitig wirkt sich COVID-19-Pandemie stark auf die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung aus:** ersten Erhebungen des

PSD in Wien hat sich bei 27% aller Wiener_innen eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit eingestellt. Bei Personen, deren psychische Gesundheit schon vor der Krise angeschlagen war, ist dieser Wert mehr als doppelt so hoch (56%).

→ **Österreich weist eine Unterversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit auf:** eine geringe Anzahl an Fachpersonal, mangelhafte Kassenergebnisse, lange Dauer zwischen Diagnose und Behandlung, eine schwache Zusammenarbeit von Bund und Ländern sowie fehlende Prävention zur Sicherstellung eines guten Wohlbefindens. Wenn nun, wie in einer Pandemie zu erwarten ist, mehr Personen Leistungen in Anspruch nehmen wollen, verschlechtert sich die Lage.

→ Langfristige Probleme im Bereich Psychische Gesundheit wie Stigmata, Vorurteile bzw. geringes Wissen über Psychische Gesundheit, sowie oftmals fehlende oder schlechte Daten, verschärfen die strukturellen Defizite.





Was zu tun ist

Sofortpaket Psychische Gesundheit schützen. Bestimmte Gruppen unserer Gesellschaft sind momentan einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt: das Gesundheits- und Pflegepersonal, Menschen, die in ökonomisch prekären Situationen leben. Für diese Gruppen muss es ein Maßnahmenpaket geben, um das psychische Wohlbefinden sicherzustellen, Symptome einer verschlechterten psychischen Gesundheit, wie Stress oder Angstzustände zu lindern und Erkrankungen zeitnah zu behandeln. Die Aufstockung der Kontingente für Psychotherapie und der „Pakt gegen Einsamkeit“ sind ein erster Schritt, jedoch müssen umfassendere Lösungen zeitnah entwickelt werden. Ebenso sind Generationenaspekte zu berücksichtigen: jene die gerade jetzt finanzielle Sorgen haben, da sie am Start ihrer Berufslaufbahn sind bzw. ältere Menschen, insbesondere wenn sie in Alten- und Pflegeheimen wohnen, sind besonderen Belastungen ausgesetzt.

Psychische Gesundheit bei Maßnahmen und Kommunikation verstärkt mitdenken. Starke Einschränkungen in allen Lebensbereichen "harter Lockdown" wechseln sich mit temporären Maßnahmen (z.B. Öffnungen im Handel, Besuchsmöglichkeiten in Spitälern etc.) ab. Vor jeder Verschärfung und nach deren Ende sehen wir einen Ansturm auf jene Bereiche, in denen Einschränkungen eingeführt werden. Ebenso wechselseitige Schuldzuweisungen (ineffektive Regierungsmaßnahmen vs. verantwortungslose Gesellschaft). Dieser Teufelskreis muss durchbrochen werden. Dies erreichen wir, indem Maßnahmen und Empfehlungen klarer voneinander getrennt und kommuniziert werden, sowie mit einer sachlichen Information über Maßnahmen, aktuelle Entwicklungen und Gefahren. Ebenso müssen verstärkt Empfehlungen erarbeitet werden, die es der Bevölkerung erlauben, ihre (psychosozialen) Bedürfnisse zu decken und gleichzeitig ihre Kontakte einzuschränken. So wäre beispielsweise die Empfehlung, sich in den kommenden Monaten nur 2-3 Personen, die nicht im selben Haushalt leben, zu treffen und alle anderen Kontakte digital zu pflegen viel sinnvoller als ständig abwechselnde Apelle bzw. Mahnungen an die Bevölkerung.

Ziele setzen, Indikatoren entwickeln, Datenlage verbessern. Als eines der zehn Gesundheitsziele hat

sich Österreich vorgenommen, die psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen zu fördern. Die bisherigen Wirkungsziele und Maßnahmen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Jedoch gibt es für die Wirkungsziele keine Zielvorgaben, Indikatoren für die Wirkungsziele sind oftmals nicht ausreichend, und die Datenqualität ist mangelhaft. Ebenso fehlt eine aktuelle Prävalenzerhebung für psychische Erkrankungen und eine darauf aufbauende Analyse des gedeckten Bedarfs. Weitere Indikatoren für das psychische Wohlbefinden sind zu ergänzen.

Gesundheitsinfrastruktur ausbauen. Auf Bundesebene ist eine Kassenregelung für Psychotherapie auf Krankenschein oberste Priorität. Ein Ausbau von niedergelassenen Angeboten muss forciert werden, insbesondere in ländlichen Regionen. Ebenso sind für eine gute Gesamtplanung von Leistungen und Angeboten Indikatoren für Wirkungsketten zu entwickeln. Darauf aufbauend sind Maßnahmen und Zielvorgaben zu setzen. Hierzu müssen der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) entsprechend angepasst werden. Durch die Pandemie wurde notgedrungen E-Health, also digitale Lösungen, verstärkt angewendet. Durch eine Evaluation der durchgeführten Maßnahmen, bessere gesetzliche Regelungen und Begleitforschung kann dieser Bereich dauerhaft gestärkt werden.

Maßnahmen im Lebensumfeld setzen. Gerade wenn es um Wissen über psychische Gesundheit, dem Abbau von Vorurteilen und Stigmata oder das Screening des Gesundheitszustandes geht, sind Maßnahmen im Lebensumfeld von zentraler Bedeutung. Daher müssen niederschwellige Angebote und Infrastruktur, insbesondere im Schulumfeld, an Arbeitsstätten und dem AMS ausgebaut werden. Ebenso ist die Vernetzung zu sozialen Dienstleistern zu verbessern. Grundsätzliches Ziel muss sein, das Wissen über psychische Gesundheit zu erhöhen, den Abbau von Vorurteilen & Stigmata voranzutreiben und möglichst früh auftretende Probleme und Herausforderungen zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten.



Faktenlage

Auch im Jahr 2020 reden wir, wenn wir über **Gesundheit** sprechen, **oft über die körperliche Verfassung**. Wie es unserer Psyche geht, wird oft nicht mitgedacht oder in manchen Fällen sogar losgelöst von der körperlichen Verfassung betrachtet. Dies ist jedoch höchst problematisch. Doch was ist psychische Gesundheit eigentlich? Die WHO (WHO 2019) definiert **psychische Gesundheit als einen Zustand des Wohlbefindens**, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann. Damit ist die psychische Gesundheit eine Voraussetzung für eine lebensfähige, sozial verantwortliche und produktive Gesellschaft, die den Zusammenhalt und das Sozialkapital verstärkt und die Sicherheit des Lebensumfelds verbessert. Ein gutes und selbstbestimmtes Leben ist ohne psychische Gesundheit nicht möglich, womit sie mehr ist als nur die Abwesenheit von Erkrankungen.

Rund um den Begriff psychische Gesundheit ranken sich viel Halbwissen und Vorurteile. Beispielsweise ist damit nicht gemeint, dass ein psychisch gesunder Mensch immer glücklich oder produktiv ist. Vielmehr ist damit gemeint, dass wir es schaffen mit negativen Gefühlen wie beispielsweise Trauer umzugehen. Es gibt verschiedene Faktoren, die dazu führen, dass uns gewisse Bewältigungsstrategien mit negativen Emotionen umzugehen nicht mehr helfen. Diese Risikofaktoren sind vielfältig und lassen sich in drei Gruppen einteilen: soziale, wirtschaftliche und umfeldbedingte Faktoren. Hierzu gehören beispielsweise Ausgrenzung, Isolation, Arbeitsstress, schlechte Wohnbedingungen, Gewalt, geringe soziale Kontakte, Arbeitslosigkeit oder Diskriminierung (vgl. Busch, M., Hapke, U., & Mensink, G. 2011). Dies führt dazu, dass wir erkranken. Niemand ist davor gefeit, psychisch zu erkranken. Die WHO (WHO 2019) definiert **psychische Störungen** wie folgt: sie stellen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind. Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen.

Wie bei einer sich verschlechternden körperlichen Verfassung, gilt auch bei der psychischen Gesundheit,

sich an entsprechendes Fachpersonal zu wenden. Dies ist in der Praxis oftmals der Hausarzt, im Alltag wird in diesem Fall jedoch oftmals an "den Psychiater" gedacht. Doch so einfach ist es nicht. In Österreich können wir zwischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie unterscheiden. Diese Berufsfelder haben eigenständige Tätigkeitsbereiche, die sich in der Praxis jedoch oftmals überschneiden (vereinfachte Darstellung, ein genauer Überblick findet sich hier: <https://www.psyonline.at/>):

- **"Psychotherapeut"** bzw. **"Psychotherapeutin"** werden in Österreich jene Menschen genannt, die eine entsprechend dem Psychotherapiegesetz festgelegte Ausbildung absolviert haben. Um eine Psychotherapieausbildung zu machen, muss man nicht Psychologie studiert haben.
- **"Fachärzt_innen für Psychiatrie (und Neurologie)"** bzw. **"Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin"** haben ein Medizinstudium mit entsprechender Fachausbildung studiert
- **"Psychologe"** bzw. **"Psychologin"** die an einer postsekundären Bildungseinrichtung das Studium Psychologie absolviert haben.

Es gibt viele Behandlungsformen von psychischen Erkrankungen. Neben einer medikamentösen Behandlung spielt die Psychotherapie eine wichtige, wenngleich umstrittene Rolle. Das österreichische Psychotherapiegesetz definiert Psychotherapie wie folgt (Psychotherapiegesetz, Fassung vom 08.12.2020):

"§ 1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlichpsychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern".

Wieso ist die Psychotherapie umstritten und welche Auswirkungen hat dies?



Im Bereich der Psychotherapie gibt es viele verschiedene Schulen und Methoden, jedoch werden nicht alle wissenschaftlich anerkannt. Manche Methoden, die als Psychotherapieverfahren angegeben werden, werden kritisiert, da seriöse Wirksamkeitsstudien fehlen beziehungsweise die entsprechenden Methoden als widerlegt gelten. Diese Debatte ist jedoch sehr umstritten und führt unter anderem dazu, dass bestimmte Berufsgruppen bzw. Behandlungsmethoden in europäischen Gesundheitssystemen sehr unterschiedlich geregelt werden (einen Überblick über evidenzbasierte Psychologie liefert Eiling, A. et. al., 2016):

→ In **Deutschland** ist die Psychotherapie streng reglementiert, nur drei Verfahren werden anerkannt und neben Ärzten dürfen nur Psychologen und Heilpraktiker psychotherapeutisch arbeiten

→ In der **Schweiz** gibt es keine grundsätzliche gesetzliche Reglementierung der Verfahren, die Zulassung erfolgt durch Zusammenarbeit mehrerer Fachinstitutionen. Hingegen legt die Schweiz ihren Fokus auf die Qualifikation des Personals: zugelassen sind psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte. Diese können ihrerseits psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen anstellen.

→ In **Österreich** gibt es 23 anerkannte Methoden, gleichzeitig besteht bei der Ausübung keine Beschränkung auf bestimmte Berufsgruppen wie Ärzte oder Psychologen. Ein umgangssprachlich "Genie-Paragraf" genannter Absatz des Psychotherapiegesetzes ermöglicht es dem Bundeskanzler auch andere Berufsgruppen zur Psychotherapie-Ausbildung zuzulassen.

Die OECD (Making Mental Health Count 2014) zeigt, dass es sehr große länderspezifische Unterschiede hinsichtlich des Personals gibt, und unklare Rollenabgrenzungen sowie mangelnde Standardisierung ein Problem für die psychische Gesundheitspersonalpolitik darstellt.

WIE STEHT ES UM PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH?

Die Statistik Austria erhebt hierzu jährlich zwei Indikatoren, die es erlauben einen gesamthaften Überblick zu geben: der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand sowie die Lebenszufriedenheit. Neben dieser jährlichen Erhebung wird, in unregelmäßigen

Abständen, eine repräsentative Umfrage durchgeführt, die österreichische Gesundheitsbefragung beziehungsweise Austrian Health Interview Survey (ATHIS). Derartige Erhebungen sind international Standard in der Gesundheitspolitik. Im Jahr 2019 war ein sehr großer Teil der österreichischen Bevölkerung mit ihrem **allgemeinen Gesundheitszustand** zufrieden. 74,5 % beurteilten ihren Gesundheitszustand mit „sehr gut“ oder „gut“, 6,4 % der Personen beurteilten ihre Gesundheit mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. Frauen gaben etwas seltener als Männer einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an: 73,3 % beziehungsweise 75,7 % (Statistik Austria 2020a).

Die **allgemeine Lebenszufriedenheit** wird durch die Statistik Austria auf einer Skala von 0-10 erhoben, wobei höhere Werte eine bessere Lebenszufriedenheit darstellen. Im Jahr 2019 war der Mittelwert dieses Indikators bei 8,0 - also sehen wir im Durchschnitt eine hohe Lebenszufriedenheit (Statistik Austria 2020b). Beide Indikatoren sind in den letzten Jahren sehr stabil, wobei jeweils ein leicht positiver Trend hin zu einer besser wahrgenommenen Lebenszufriedenheit bzw. Gesundheitszustand festzustellen ist.

So wichtig diese Indikatoren sind, da Wohlbefinden ein sehr umfassendes Konzept ist, müssen neben diesen Indikatoren auch spezifische Aspekte angesehen werden, nicht zuletzt da wir nicht wissen, ob die Befragten bei der Antwort sich auf die nur körperliche Verfassung bezogen haben oder auch die psychische Gesundheit miteinbeziehen. In der österreichischen Gesundheitsbefragung werden unter anderem auch Informationen zum sozialen Umfeld erhoben. Dies ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die subjektive Gesundheit. Eine gute **soziale Unterstützung** kann sich auf das psychische Wohlbefinden auswirken und helfen, psychosoziale Belastungen gut zu bewältigen. Etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung (55,3 %) gab an, starke soziale Unterstützung zu erfahren, wobei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar sind. 7,9 % der Männer und 7,3 % der Frauen gaben an, nur eine geringe soziale Unterstützung zu bekommen. Diese Werte sind im internationalen Vergleich sehr gut (Vgl. Eurostat 2018).

Gleichzeitig zeigt die österreichische Gesundheitsbefragung, dass die psychische Gesundheit nicht in allen Fällen so gut ist, wie man angesichts dieser Daten meinen könnte. Um **Informationen über Depressio-**



nen zu bekommen wurde einerseits erhoben, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten depressiv waren (bzw. eine Diagnose von einem Arzt gestellt wurde), andererseits wurden aktuell bestehende depressive Symptome anhand eines Screening-Instrumentes für Depressionen erfasst. 5,7 % der Männer und 9,2 % der Frauen gaben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter Depressionen gelitten hatten. Bei drei von vier betroffenen Personen (77,9 %) wurde dies anhand einer ärztlichen Diagnose festgestellt. Das im ATHIS verwendete Screening-Instrument unterscheidet zwischen **minimalen, milden und mittelgradigen bzw. schweren depressiven Symptomatiken**. In Summe zeigten sich bei **16,6% der Männer** (1,1% mittelgradig/schwer, 3,3% mild, 12,2% minimal) und **24,3% der Frauen** (1,9%/5,0%/17,4%) depressive Symptomatiken (Vgl. Statistik Austria 2020a). Wie dieses Beispiel zeigt, sind eindeutige Aussagen über den Gesundheitszustand bzw. die Krankheitslast im Bereich der psychosozialen Gesundheit gar nicht so einfach.

Dies führt zu einer einfachen Frage, die aber nur sehr schwer zu beantworten ist: wie viele Menschen haben eigentlich eine psychische Erkrankung? Die sogenannte Prävalenz kann nur geschätzt werden. Auch wenn es signifikante Informations- und Wissenslücken über psychische Gesundheitsprobleme gibt, zeigt die vorhandene Evidenz, dass jedes Jahr Millionen Menschen in der EU an eine psychische Erkrankung erkranken. Die WHO (WHO 2019) schätzt die **Prävalenz psychischer Störungen in Europa** (Kontinent, nicht EU) im Jahr 2015 auf 110 Millionen, also 12% der Gesamtbevölkerung. Werden durch Substanzmissbrauch bedingte Störungen inkludiert, erhöht sich diese Zahl um 27 Millionen (auf 15%). Bei einer breit gefassten Definition, die neurologische Störungen wie Demenz,

Epilepsie und Kopfschmerzsyndromen berücksichtigt, steigt die Gesamtzahl um mehr als 300 Millionen auf 50%. Die OECD (OECD 2018 - Health at a Glance) verwendet Schätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), einer internationalen Fachorganisation. Diesen Daten zufolge, hat mehr als jeder sechste Mensch in EU-Ländern ein psychisches Gesundheitsproblem.

Angststörungen und Depressionen sind die häufigsten Erkrankungen, knapp jeder zehnte EU-Bürger ist entweder an einer Angststörung oder Depression erkrankt. Diese Daten zeigen klar, dass psychische Erkrankungen häufig sind, und alle Menschen treffen können. Auch in Österreich gibt es Studien über die Prävalenz von psychischen Erkrankungen. Wancata (2017) geht von einer Ein-Jahres-Prävalenz für Männer 20,3% und für Frauen 25,1% aus. Wittchen und Jabobi (2005) berichteten in ihrer Studie eine Ein-Jahres-Prävalenz von 27,4% für die österreichische Gesamtbevölkerung. Wir können also davon ausgehen, dass pro Jahr in etwa jeder fünfte in Österreich psychisch erkrankt.

Wancata zeigt, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Erkrankungen gibt. Frauen leiden häufiger unter affektiven Krankheiten, wie z.B. Depressionen, während Männer häufiger unter Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeit leiden. Psychischen Erkrankungen kommen unter anderem häufiger bei finanziellen Sorgen und bei der Versorgungspflichten für ein lang-dauernd erkranktes Familienmitglied vor. Ebenso zeigt sich, dass 86% der Personen mit einer psychischen Erkrankung auch eine körperliche Erkrankung, also eine sogenannte Komorbidität hatten. Diese Ergebnisse für Österreich zeigen ein Muster, dass

Jede sechste Person in der EU hat eine psychische Erkrankung

Anteil der Bevölkerung, die an psychischen Erkrankungen leidet

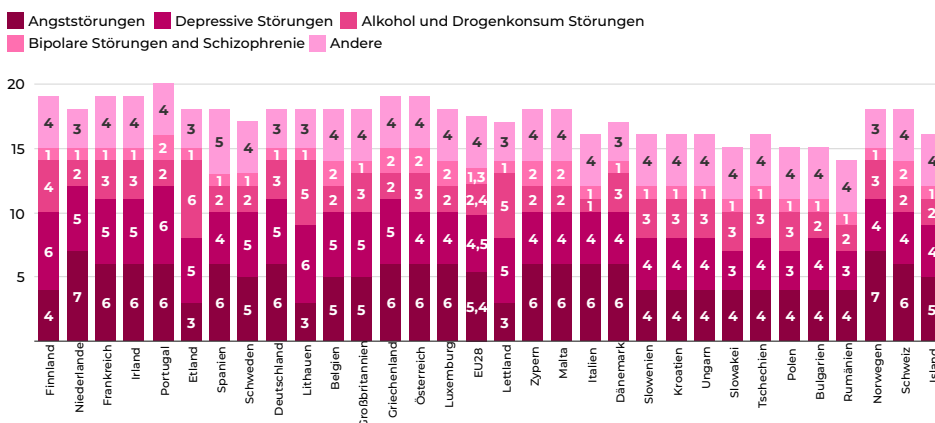


ABBILDUNG 1: PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IN DER EU

Schätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Daten der EU-Mitgliedsstaaten + UK, Island, Schweiz, Norwegen

Quelle: OECD - Health at a Glance 2018



sich auch international finden lässt. Ergänzend sei hier angefügt, dass Studien (Überblick siehe OECD 2018) zeigen, dass psychische Störungen mit zunehmendem Alter ansteigen.

Ohne zeitnahe Diagnose, eine wirksame Behandlung und Unterstützung der Betroffenen können psychische Gesundheitsprobleme verheerende Auswirkungen auf das Leben der Menschen haben. Hierzu gehört auch ein signifikant erhöhtes Risiko Suizid zu begehen. Für Österreich weist die Statistik Austria (Daten sind altersstandardisiert, berücksichtigen also das Bevölkerungswachstum) im Zeitraum von 2010 bis 2018 einen abnehmenden Trend: von 15,3 Todesfällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 13,5 Fälle (-12%). Gleichzeitig liegen diese Werte ist im europäischen Vergleich etwas über den Durchschnitt (Quelle: Statistik Austria 2020c - Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Österreich – SDG Indikatorenbericht). Die OECD-Daten zeigen, dass Männer häufiger als Frauen Suizid begehen, und insbesondere ab dem 45. Lebensjahr vermehrt Suizide zu verzeichnen sind.

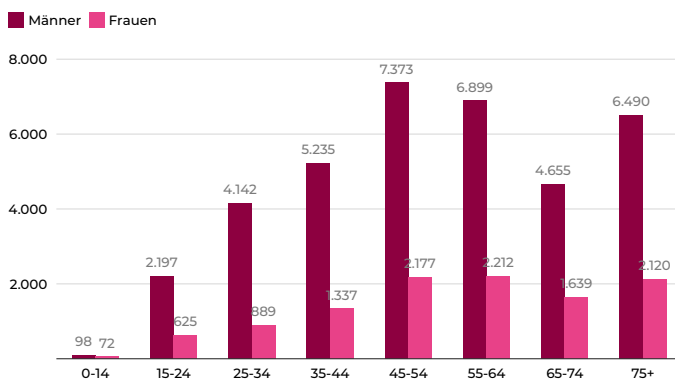
COVID 19 & PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Seit einigen Monaten leben wir global in einer Pandemiezeit, die sich auch auf die psychische Gesundheit auswirkt. Wenngleich viele Informationen erst im Laufe der Zeit erhoben und analysiert werden müssen, gibt es erste Evidenz, sowohl in Österreich als auch

ABBILDUNG 2: SUIZIDSTATISTIK

Suizidstatistik EU nach Alter und Geschlecht

Suizide in den EU Mitgliedsstaaten in Jahr 2017



Quelle: OECD - Health at a Glance 2020

neosLAB

weltweit. Angesichts der normalen Zeitabläufe für Erhebung und Analyse derartiger Fragen kann nicht stark genug betont werden, dass alle nun verwendeten Studien und Erhebungen, für wissenschaftliche Verhältnisse quasi in Lichtgeschwindigkeit erstellt wurden.

In den Monaten April und Mai hat SORA im Auftrag der Psychosozialen Dienste in Wien (PSD) und der MA 23 (Wirtschaft, Arbeit und Statistik), eine erste repräsentative Erhebung zu den psycho-sozialen Folgen der Corona-Pandemie in Wien erhoben. Anhand eines standardisierten Fragebogens wurden unter anderem folgende Themen abgefragt: die körperliche und psychische Gesundheit vor und während der Corona-Pandemie, psychosoziale Belastungen wie Depression oder Orientierungslosigkeit, aktuelle Sorgen oder Bedarf an Hilfsangeboten). Die Ergebnisse zeigen, dass sich bei **mehr als einem Viertel der Befragten, die psychische Gesundheit während der Corona-Pandemie verschlechtert hat**. 27% gaben eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit an, 66% erlebten keine Veränderung. Von jenen Befragten, deren **psychische Gesundheit schon vor der Krise angeschlagen war**, hat sich die Situation für mehr als die **Hälfte (56%)** nochmals verschlechtert. Besonders starke Verschlechterungen wurden für Personen, die direkt vom Corona-Virus betroffen waren, sowie Personen mit geringen sozio-ökonomischen Ressourcen festgestellt (Vgl. SORA/PSD 2020).

Im Rahmen der Befragung wurden auch mehrere Symptome einer sich verschlechternden psychischen Gesundheit abgefragt:

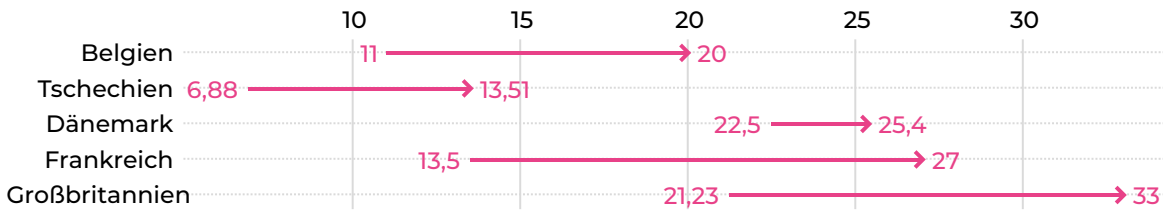
- Ca. 40 % der Befragten erlebten Ängstlichkeit/Anspannung oder weniger Freude an Tätigkeiten.
- Ca. 35 % erlebten Erschöpfung oder Niedergeschlagenheit/Hoffnungslosigkeit.
- Ca. 28 % erlebten Sorgen vor Kontrollverlust, Einsamkeit oder Orientierungslosigkeit.
- Ca. 13 % erlebten schwere Konflikte in der Familie oder betrieben Substanzmissbrauch.
- Ca. 7 % hatten an zumindest mehreren Tagen während der Pandemie Suizidgedanken.

Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass bei zwei Personengruppen häufig mehrere Symptome gleichzeitig auftraten: bei Personen, die schon vor der Pandemie keine gute psychische Gesundheit hatten, Personen mit Corona-Erkrankung bzw. Verdacht auf Corona (Vgl.



Anteil der Bevölkerung, die von März bis April 2020 unter Angstzuständen litt, im Vergleich zu vor COVID19

**ABB. 3:
WIE DIE
PANDEMIE
SICH AUF DIE
PSYCHE
SCHLÄGT**



Daten für Dänemark aus 2016, Tschechien und Frankreich 2017, Belgien 2018, Großbritannien 2019

Quelle: OECD - Health at a Glance: Europe 2020



SORA/PSD 2020).

Im gleichen zeitlichen Umfeld präsentierte die Sigmund-Freud-Universität eine österreichweite repräsentative Studie zu den psychischen Folgen der Pandemie. Wesentlichste Erkenntnis war, dass auch hier 40 % der Befragten Zukunftsängste äußerten und 27 % berichteten von generalisierter Ängstlichkeit. (Vgl. SFU 2020). Vor wenigen Wochen wurde über eine Studie der Fakultät für Psychologie der Universität Wien berichtet (u.a. ORF 2020, Der Standard 2020), die zeigten, dass die Bevölkerung angesichts der Lage psychisch relativ gut durch den ersten Lockdown gekommen sei, jedoch bestimmte Personengruppen häufiger von der Krise getroffen wurde. Hierbei erwähnen die Autor_innen insbesondere junge Erwachsene zwischen 20 und 30. Claus Lamm, einer der Studienautoren, erklärt dies u.a. damit, dass sich die Unsicherheiten in der Ausbildung, auf dem Arbeitsmarkt und die Isolation, insbesondere wenn Personen gerade von zu Hause weggezogen sind, sich stärker auf junge Erwachsene auswirken.

Einen ersten internationalen Maßstab über die psychosozialen Auswirkungen der COVID19 Pandemie veröffentlichte die OECD vor einigen Wochen (OECD 2020 Health at a Glance) eine Zusammenschau der bisherigen Evidenz. Für die allgemeine Bevölkerung sind in allen Ländern mit aktuellen Daten nachteilige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu erkennen. Daten aus Belgien, der Tschechischen Republik, Dänemark, Frankreich und dem Vereinigten Königreich weisen alle auf eine erhöhte allgemeine Angst in den Wochen seit Beginn der "ersten Welle" auf.

Besonders ausgeprägt waren die Auswirkungen bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status, jungen Menschen, und sogenannten "front-line" Arbeiter_innen. Eine besonders starke Verschlechterung weisen die Studien für Personen, die im Gesund-

heits- und Pflegebereich arbeiten, und bei Menschen mit bestehenden psychischen Erkrankungen auf. Das Gesundheits- und Pflegepersonal trifft die Pandemie besonders, da diese für die Behandlung der an COVID19 Erkrankten bzw. einer zentralen Risikogruppe zuständig ist. Erste Evidenz zur psychischen Belastung zeigen ein düsteres Bild. Benfante et al. (2020) zeigen, dass Trauma bedingter Stress mit einer Prävalenz zwischen 7,4 und 35% während der Pandemie nachgewiesen werden konnte. Insbesondere bei Frauen, Krankenschwestern, Personal mit körperlichen Erkrankungen wurden erhöhte Werte nachgewiesen. Kramer, Papazova, Thoma, et al. (2020) zeigen in einer Umfrage unter dem deutschen Gesundheitspersonal, dass sich sowohl die subjektive Gesundheit als auch die Zufriedenheit am Arbeitsplatz signifikant verschlechtert hat. Xiang, Y-T. et al. (2020) zeigt, dass insbesondere die Befürchtung, den Virus auf Familie und Bekannte zu übertragen, eine wesentliche psychosoziale Bürde für Krankenhausmitarbeiter_innen ist. Ebenso wird darauf verwiesen, dass bei früheren Pandemien wie SARS, chinesischem Personal das in klinischen Umgebungen mit hohem Risiko wie SARS-Einheiten gearbeitet hat, oder Personen, deren Familie oder Freunde mit SARS infiziert waren, wesentlich mehr posttraumatische Stresssymptome aufwiesen, als Personen ohne diese Erfahrungen.

In Österreich wurde auf Bundesebene während der Pandemie drei Maßnahmen in Bezug auf die psychische Gesundheit gesetzt:

- Im Sommer gab die österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) bekannt, dass die Kontingente für Psychotherapie um 20.000 Plätze aufgestockt werden
- Die Bundesregierung erleichterte die Telekonsultation in der Psychotherapie und ermöglichte den Krankenversicherungen derartige Angebote in ihren Leistungen abzudecken
- Im Herbst wurde seitens der Bundesregierung der



"Pakt gegen Einsamkeit" angekündigt, der Maßnahmen zur Bekämpfung der Alterseinsamkeit beinhalten soll. Diese sollen insbesondere in Coronavirus-Zeiten, ein sicheres Umfeld für Pflegeheime und Krankenhäuser schaffen.

Angesichts der gezeigten Evidenz ist jede der genannten Maßnahmen zu begrüßen, jedoch sind die psychischen Auswirkungen der Pandemie viel größer, neben älteren Personen gibt es auch andere besonders stark betroffene Gruppen und Einsamkeit ist nur eine von vielen Risikoindikatoren, die eine Auswirkung auf die psychische Gesundheit haben. Daher kann nur von einem ersten Schritt gesprochen werden, insbesondere da die langfristige Versorgungssicherheit derzeit schlichtweg noch nicht gesichert ist.

Doch auch in Bezug auf die COVID19 Maßnahmen gibt es schon erste Evidenz: Li, Yang et. al. (2020) zeigen für China, dass Quarantäne und "Lockdown" Regelungen zu einem generellen Anstieg an Einsamkeit und Depressionsgefühlen geführt hat. Brooks et. al. (2020) zeigen, dass Personen, die unter Quarantäne gestellt wurden, über negative psychologische Auswirkungen wie Symptome von posttraumatischem Stress, Verwirrung und Wut berichteten. In einigen Fällen konnten derartige Belastungen auch Monate nach Beendigung der Quarantäne nachgewiesen werden.

Angesichts der Evidenz sehen Brooks et. al. (2020) folgende Punkte als zentral an:

- Eine klare und schnelle Kommunikation, die den Menschen die aktuelle Situation bzw. die getroffenen Maßnahmen erklärt
- Eine, wenn notwendig, möglichst kurze Quarantänezeit
- Die meisten nachteiligen Auswirkungen sind auf die Auferlegung von Zwangsmaßnahmen bzw. einer Einschränkung der Freiheit zurückzuführen, weshalb freiwillige Maßnahmen bzw. Empfehlung an die Bevölkerung mit weniger Stress und weniger Langzeitkomplikationen verbunden ist.

Anfang November machte in den (sozialen) Medien das Wort Knuffelcontact die Runde. "Knuffeln" ist flämisch für Kuscheln und ist sowohl ein menschliches Grundbedürfnis nach Nähe als auch Teil einer belgischen Regelung, mit der nahe Kontakte außerhalb des eigenen Wohnumfelds eingeschränkt wurden. Auch

Österreich versuchte sich an einer derartigen Regelung, jedoch wurde diese mehrmals geändert und war für viele Menschen fernab der Lebensrealität (z.B. mehrmals die Woche physischer Kontakt notwendig, keine Internetbekanntschaften). Einfache Regelungen, und sei es nur als Empfehlung, sich beispielsweise in den kommenden Monaten nur mit 2-3 Personen, die nicht im selben Haushalt leben, zu treffen und alle anderen Kontakte digital zu pflegen, viel sinnvoller. So würden einerseits Kontakte reduziert, gleichzeitig würde der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben, selbst Handlungen zu setzen und somit, siehe oben, die psychischen Auswirkungen zu minimieren. Würden derartige Regelungen mit Tipps, beispielsweise wie man während einer Pandemie sicher gemeinsam spazieren gehen kann, dazu beitragen das die notwendige Reduktion der Kontakte langfristig gelingt.

HAUSGEMACHTE HÜRDEN

Die europäischen Gesundheitssysteme bieten, gemäß internationalen Indikatoren (OECD 2014, OECD 2018, OECD2020) ein breites und inklusives Spektrum an Gesundheitsleistungen an, die bis auf wenige Ausnahmen in EU-27 Mitgliedsstaaten eine Grundversorgung von elementaren Gesundheitsleistungen sicherstellt. Gleichzeitig sehen wir bei näherer Betrachtung, dass nicht alle Gesundheitsbereiche ein identes Level an Versorgungssicherheit oder Health Literacy in der Bevölkerung haben. Auch der **Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung weist mehrere Schwachstellen in Europas Gesundheitssysteme auf** (OECD 2014). Hierzu kommen auch hausgemachte Problemstellungen in Österreich, wie beispielsweise eine Kontingentierung von Leistungen.

Ein zentrales Thema ist der gesellschaftliche Umgang mit psychischer Gesundheit bzw. Erkrankungen. Auch wenn (OECD 2018) in den letzten Jahren ein Fortschritt zu verzeichnen ist, sind Wissenslücken und Stigmata immer noch eine große Herausforderung. Psychische Gesundheitsthemen können unsere Gesellschaft vor besondere Herausforderungen stellen, aufgrund der Art und Weise, wie sie gesellschaftlich wahrgenommen werden. Zum Beispiel bleiben psychische Krankheiten oft verborgen, sei es, denn



Stigma und Fehlinformationen sind weiterhin weit verbreitet

Anteil der Bevölkerung, die folgenden Aussagen zustimmen

	Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen stellen eine Gefahr für andere dar	Es ist schwierig mit Menschen zu sprechen, die ein signifikantes psychisches Gesundheitsproblem haben	Menschen mit psychischen Problemen erholen sich nie
Österreich	32,4	27,0	23,9
Belgien	30,9	23,8	19,1
Dänemark	44,5	21,3	16,8
Niederlande	25,4	17,0	13,3
Schweden	55,9	14,4	14,7
Großbritannien	41,7	20,8	15,8
Durchschnitt (EU-21)	38,5	20,7	17,3
Standardabweichung	(11.1)	(4.5)	(3.8)

Quelle: OECD 2012 auf Basis von Eurostat

neOSLAB

ABBILDUNG 4: EINSTELLUNGEN ZU PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Menschen selbst sind sich ihrer Krankheit nicht voll bewusst, die Krankheit nicht bekannt gegeben wird, oder weil die Umgebung nicht bereit oder in der Lage ist, das Problem zur Kenntnis zu nehmen. Viele, auch schwere psychische Erkrankungen, sind heilbar beziehungsweise führen psychische Erkrankungen nicht automatisch zu einer chronischen Erkrankung. Ebenso führen psychische Erkrankungen nicht dazu, dass Menschen gefährlicher für ihr soziales Umfeld sind. Leider sehen wir, beispielsweise im Rahmen von Terrorakten, immer wieder eine Verknüpfung von Gewalt und dem psychischen Gesundheitszustand, der so nicht zulässig ist. Derartige Stigmata, auch wenn wir eine Verbesserung beobachten können, sind leider immer noch weit verbreitet (Vgl. OECD 2012).

Die Wahrnehmung wie wir über psychische Gesundheit sprechen bzw. Personen, die eine Erkrankung aufweisen hat eine große Auswirkung, nicht nur auf die Sichtbarkeit von Erkrankten. Viele Studien (einen Überblick liefert u.a. OECD 2012) zeigen, dass psychische Gesundheitsprobleme unter anderem auf Grund von Stigmata oftmals jahrelang diagnostiziert bleiben, das Ansprechen von psychischen Gesundheitssystemen gegenüber Ärzt_innen für viele Menschen oftmals eine große Hürde ist und auch die der Weg von einer Diagnose zu einer Behandlung sehr lang sein kann. Letztgenanntes wird "treatment gap" genannt, und gemäß OECD Berechnungen ist eine Differenz zwischen der Prävalenz, also der Häufigkeit einer Erkrankung, und den Behandlungsraten zu beobachten. Hierbei zeigen sich altersspezifische Unterschiede, je älter die betroffenen Personen, desto geringer ist die Unterversorgung (Vgl. OECD 2012). Dies entspricht einem Mus-

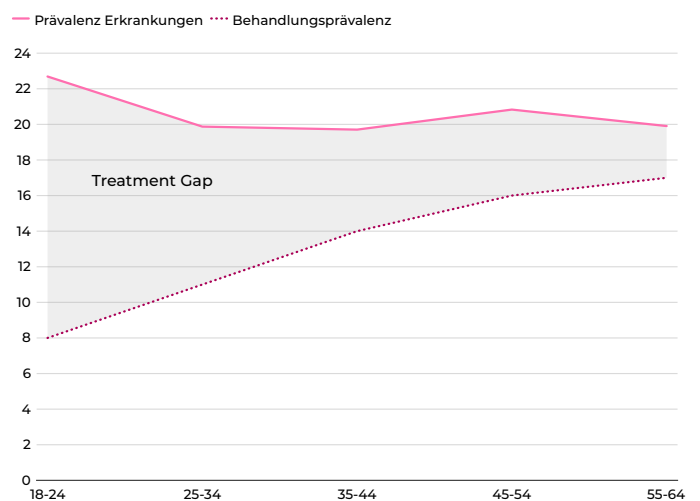
ter, dass in mehreren Länderstudien repliziert werden konnte (u.a. Lecrubier, 2007; Alonso et al., 2004).

Jedoch lässt sich diese Unterversorgung nicht nur auf Stigmata zurückführen. Die Evidenz zeigt, dass Engpässe in der psychiatrischen Versorgung dazu führen, dass einige Personen trotz Diagnose entweder keine Behandlung oder nur eine unzureichende Behandlung erhalten. Damit ist die medizinischen Versorgungskette unterbrochen. Studien zeigen (u.a. OECD 2012), dass Behandlungslücken unterschiedlichem

ABBILDUNG 5: BEHANDLUNGSRATEN BEI JUNGEN MENSCHEN

Die Behandlungsraten bei jungen Erwachsenen sind niedrig

Anteil der Prävalenz an Erkrankungen und Behandlungen nach Altersgruppe



Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in %

Quelle: OECD 2011

neOSLAB



Ausmaß in allen OECD-Ländern vorhanden sind. Unter der Berücksichtigung, dass psychische Erkrankungen oftmals lange undiagnostiziert bleiben, geht die OECD davon aus, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte der Menschen mit psychischen Störungen keine adäquate Behandlung erhalten. Hierbei sehen wir sehr unterschiedliche Schätzungen zur „Behandlungslücke“. Diese reichen von 32,2% für Schizophrenie bis 57,5% für Angststörungen (Vgl. OECD 2014).

Auch in Österreich können wir eine Unterversorgung feststellen: (Wancata 2017, S. 165): *"Durchwegs ist der Bedarf häufiger ungedeckt als gedeckt. Von Personen mit einer psychischen Erkrankung im letzten Jahr wurde am häufigsten Medikation (57,2%), gefolgt von Psychotherapie (36,7%), stützenden Gesprächen bzw. Beratung (35,8%), diagnostischer Abklärung (18,3%), Case Management, (14,4%) und Information bzw. Aufklärung (12,2%) benötigt. Bei all diesen Interventionen ist auch bei psychisch Kranken der ungedeckte Bedarf deutlich höher als der gedeckte Bedarf. Besonders deutlich ist die Diskrepanz bei zwei Interventionen: Case Management (11,8% Bedarf ungedeckt und 2,6% Bedarf gedeckt) und Information bzw. Aufklärung (10,5% Bedarf ungedeckt und 1,7% Bedarf gedeckt)."*

Informationen über die Qualität und die Ergebnisse der psychiatrischen Versorgung in ganz Europa sind unzureichend. Angesichts der Unterversorgung ist der erste wichtige Schritt eine **Verbesserung der Datenlage**. Auch wenn Gesundheitssurveys wie ATHIS einen wertvollen Beitrag liefern, unregelmäßige Erhebungen oder vereinzelte Schätzungen zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen, oftmals rudimentäre Daten über das Wohlbefinden der Bevölkerung oder eine kontinuierliche Erhebung des Versorgungsgrades sind unerlässlich. Um eine gute und qualitätsvolle Behandlung sicherzustellen, müssen jedoch auch die Daten über die Leistungen des Gesundheitssystems selbst verbessert werden. Auch wenn in einigen Ländern Indikatoren für die Qualität und Ergebnisse von psychischen Gesundheitsleistungen verwendet werden, beschränken sich die Indikatoren in vielen Staaten auf die Krankenhausversorgung (Anzahl an Spitalsbetten) oder einem einfachen "Headcount". Letzteres ist insbesondere angesichts der oben beschriebenen Unterschiede in den Tätigkeitsfeldern dringend notwendig. Elementare Parameter, um die gesamte Versorgungskette analysieren zu können, also beispielsweise Wartezeiten für Behandlungen, Therapieabbruchquoten, Rehospitalisierungsraten oder Suizidraten von

Personen innerhalb des ersten Diagnosejahres werden nur vereinzelt erhoben (Vgl. OECD 2012, OECD Health Statistics).

Die Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit sind vielfältig. Dementsprechend müssen, zur Sicherstellung des Wohlbefindens, frühzeitiger Erkennung von psychischen Belastungen bzw. einer zeitnahen Versorgung von Erkrankungen auch außerhalb des Gesundheitssystems Interventionen gesetzt werden. Viele Länder haben Richtlinien und Programme zur Bekämpfung von psychischen Erkrankungen in verschiedenen Altersstufen erlassen. Die OECD (OECD 2012) zeigt, dass trotz mehr als 100 Präventions- und Förderungsmaßnahmen in den 27 EU-Ländern sehr unterschiedliche Verteilungen dieser Programme über den gesamten Lebensverlauf gibt. So haben beispielsweise wenige Länder Programme, die auf die psychische Gesundheit von Arbeitslosen abzielen, obwohl in der Literatur mehrfach gezeigt wurde, dass psychische Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden, erhöhen. Ebenso ist mehrfach bewiesen, dass Arbeitslosigkeit das Risiko einer schlechten psychischen Gesundheit signifikant erhöht. (Vgl. OECD Mental Health Factsheet, Dockery 2004, Scarpetta et al. 2010).

Im Bereich psychischer Gesundheit sind Zustände normal, die ansonsten für große Diskussionen sorgen würden. *Es tut uns leid, aber wir haben dieses Jahr schon 5.000 Appendektomien („Blinddarmentfernungen“) durchgeführt, wir setzen Sie auf die Warteliste und melden uns bei Ihnen.* Diese Aussage scheint im Gesundheitssystem unvorstellbar. Tauschen Sie aber Appendektomien durch Psychotherapie, und wir sind im österreichischen Alltag angelangt. Psychotherapieplätze sind in Österreich kontingentiert. Hierzu kommt, dass die Versorgungsleistungen durch eine jahrelange Lücke verschärft wird: Im Gegensatz zu Ärzt_innen gibt es keinen Gesamtvertrag der Sozialversicherungsträger mit Psychotherapeut_innen. Dies bedeutet, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie eine private Leistung ist, die **grundsätzlich nicht von der österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) bzw. anderen Kassen übernommen wird**. Eine 50-minütige Einzelsitzung kostet durchschnittlich zwischen 70 und 150 Euro (Stadt Wien 2020). Die Krankenkassen bieten eine Teilrefundierung der Kosten an, der Zuschuss schwankt zwischen 28€ (ÖGK) und 65€ (KFG OÖ), womit ein nicht unerheblicher Teil der Kosten privat getragen werden müssen.



Psychische Gesundheit stärken ist auch eines der Ziele der Agenda 2030, der sich auch Österreich verpflichtet hat. Ein zentrales Element, um dieses Ziel zu erreichen, findet sich in den österreichischen Gesundheitszielen. 2011 beschloss die Österreichische Bundesregierung, Zielvorgaben zu definieren, um allen Menschen in Österreich ein langes und Gesundes Leben zu gewährleisten. 2012 wurden zehn Gesundheitsziele beschlossen, Ziel neun lautet "Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern". Politikfeldübergreifende Arbeitsgruppen haben in den Jahren 2016 und 2017 Strategie- und Maßnahmenkonzepte für dieses Gesundheitsziel ausgearbeitet. Demzufolge werden drei Handlungsfelder als prioritär angesehen (siehe Gesundheit Österreich 2017):

- Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
- Versorgung, Rehabilitation und Ausbildung
- Gesellschaft und Entstigmatisierung

Folgende Wirkungsziele wurden definiert:

- WZ 1: Um die psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen zu fördern und zu erhalten, **werden ihre Lebenswelten und ihre Lebenskompetenzen durch systematische und strukturierte Maßnahmen gestaltet bzw. gestärkt.**
- WZ 2: Die Lebenswelten sowie das Gesundheits- und Sozialsystem stellen sicher, dass für psychosozial belastete Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige niederschwellige, **bedarfsgerechte Unterstützungs-, Versorgungs- bzw. Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen. Planung, Finanzierung und Realisierung** eines solchen Angebots werden von den Grundsätzen der Inklusion und der integrierten Versorgung geleitet.
- WZ 3: In allen Lebenswelten der Gesellschaft herrscht ein **Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit.**

Um diese Ziele zu erreichen bzw. eine Fortschrittsmessung zu ermöglichen, wurde auch ein Set an Indikatoren entwickelt (ebd.). Jedoch gibt es zwei Probleme: der Bericht weist darauf hin, dass nicht für alle Indikatoren Daten zur Verfügung stehen bzw. die Indikatoren nicht in allen Fällen die Wirkungsziele abdecken. So heißt es beispielsweise für den Indikator zu Wirkungsziel 3 (S.13): "Der vorgeschlagene Indikator bildet nur einen Teilbereich des dritten Wirkungsziels ab. Es wäre

demnach sinnvoll, noch weitere Indikatoren zu entwickeln". Mindestens genauso schwerwiegend ist, dass **für alle Indikatoren geeignete Zielvorgaben fehlen.** Wozu dies in der Praxis führt, zeigt der letzte Aspekt der österreichischen Probleme.

Doc24.ch ist eine Schweizer Onlineplattform, die laut Selbstbeschreibung "zeigt welche Ärzte und Therapeuten noch freie Plätze anbieten." (Doc24.ch). Wer in der Stadt Basel, 200.000 Einwohner, medizinisches Fachpersonal sucht, findet (Stand 09.12.2020) 211 niedergelassene Psychiater und 93 Psychologen die, je nachdem welchen Kassenvertrag man gewählt hat, ein entsprechendes Leistungsportfolio anbieten. Niederösterreich hat 1.684.287 Einwohner und hatte, laut regionalem Strukturplan Gesundheit 2016 22,3 Planstellen für niedergelassene Fachärzt_innen mit Kassenvertrag. Bis 2025 sollen diese auf 27,9 Planstellen angehoben werden. So sieht in Österreich psychische Gesundheitsversorgung in der Praxis aus. Da es in Österreich trotz entsprechender Gesundheitskompetenzen keine Landeszielsteuerung für psychische Gesundheit gibt, findet sich im gesamten Dokument exakt ein Ziel zu diesem Themenfeld (RSG NÖ, S. 12): "Stärkung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung". Konkrete Zielvorgaben bzw. Indikatoren wie diese erreicht werden sollen, Sie haben es an dieser Stelle wahrscheinlich erahnt, sind nicht vorhanden. Nicht zuletzt deshalb weist die OECD (2015) darauf hin, dass die ambulante Behandlung von psychischen Erkrankungen in Österreich rar und unkoordiniert ist.



Lösungen und Optionen

Psychische Erkrankungen haben zwar an Relevanz für die öffentliche Gesundheit gewonnen, dennoch bleibt in Österreich und Europa viel zu tun. Neben gesundheitspolitischen Aspekten ist dies auch volkswirtschaftlich bedeutsam. Die OECD (OECD 2018) geht davon aus, dass die Gesamtkosten für psychische Erkrankungen auf mehr als 4% des BIP - oder über 600 Mrd. Euro - in den EU-Staaten geschätzt werden kann.

Diese Kosten umfassen:

- 190 Mrd. EUR (1,3% des BIP) für direkte Gesundheitsausgaben;
- 170 Mrd. EUR (1,2% des BIP) für Sozialversicherungsprogramme, einschließlich Krankengeld, Invaliditätsleistungen und Arbeitslosigkeit
- 240 Mrd. EUR (1,6% des BIP) indirekte Kosten aufgrund niedrigerer Beschäftigung und Produktivitätsverlusten

Gleichzeitig sind Maßnahmen wie Umsatzsteuersenkungen oder Gutscheine dann kritisch zu sehen, wenn gleichzeitig das pandemische Geschehen noch für Unsicherheit sorgt. Die Nachfrage mit Steuergeld zu stimulieren ist in Zeiten eines globalen Angebotsschocks jedenfalls nicht der Weisheit letzter Schluss. Die Wirtschaft aber braucht nicht nur Planungssicherheit in der Steuerpolitik, sondern auch in anderen Politikbereichen.

Gleichzeitig zeigen mehrere Studien, dass eine Investition in psychische Gesundheitsversorgung aus volkswirtschaftlicher Perspektive zu einer nachhaltigen Senkung der Gesundheitsausgaben führen. Chisholm et al. (2016) zeigen, dass in den Bereichen Depressionen und Angststörung in den Jahren 2016-2030 weltweit 147 Milliarden Dollar in das Gesundheitssystem investiert werden müssten, um die benötigten Versorgungskapazitäten herzustellen. Dies würde zu einem Anstieg an gesunden Lebensjahren führen der einem Nettogegenwartswert von 310 Milliarden US-Dollar entspricht. Insbesondere für hochentwickelte Volkswirtschaften ergibt sich ein Return-Of-Investment zwischen 2,5 und 5,7. Ein nachhaltiges Investment in die psychische Gesundheit ist auch aus ökonomischen Aspekten mehr als angezeigt.

Ein gutes System, das Wohlbefinden sicherstellt und schnell und früh bei Problemlagen eingreift, muss

neben Verbesserungen im Gesundheitssystem auch umfeldbedingte Faktoren berücksichtigen. Deshalb sind Maßnahmen im Lebensumfeld von bestimmten Gruppen von besonderer Bedeutung. Grundsätzliches Ziel derartiger Maßnahmen muss sein, das Wissen über psychische Gesundheit zu erhöhen, den Abbau von Vorurteilen & Stigmata voranzutreiben und möglichst früh auftretende Probleme und Herausforderungen zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten.

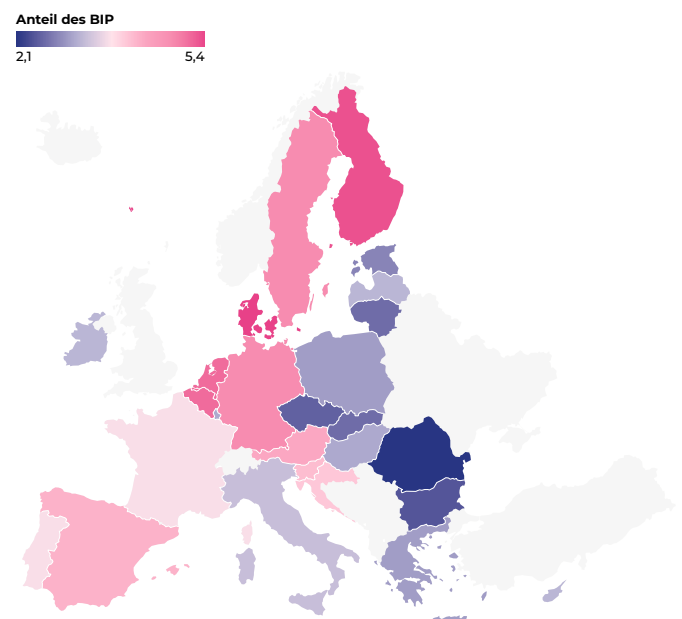
COVID 19 SOFORTMASSNAHMEN & GESUNDHEITSSYSTEM

Da die COVID19 Pandemie auf absehbare Zeit weiterhin wesentlich unser Leben beeinflussen wird, sind Sofortmaßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit unabdingbar. Darüber hinaus muss es nachhaltige Interventionen im österreichischen Gesundheitssystem geben, um eine nachhaltige und gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

- Die Evidenz zeigt, dass bestimmte Gruppen unserer Gesellschaft momentan einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt sind, beispielsweise das

ABBILDUNG 6: VOLKSWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN

Geschätzte Kosten für psychische Erkrankungen in Europa



Direkte und indirekte Kosten auf Grund von psychischen Erkrankungen
Quelle: OECD



Gesundheits- und Pflegepersonal, oder Menschen, die in ökonomisch prekären Situationen leben. Für diese Gruppen muss es ein Maßnahmenpaket geben, die das psychische Wohlbefinden sicherstellen, Symptome einer verschlechterten psychischen Gesundheit, wie Stress oder Angstzustände lindert und Erkrankungen zeitnah behandelt.

- Die Aufstockung der Kontingente für Psychotherapie und der „Pakt gegen Einsamkeit“ sind ein erster Schritt, jedoch müssen umfassendere Lösungen für die Gesamtbevölkerung zeitnah entwickelt werden. Generationenaspekte sind hierbei zu berücksichtigen, beispielsweise jene Gruppen, die gerade jetzt finanzielle Sorgen haben, da sie am Start ihrer Berufslaufbahn sind bzw. ältere Menschen, insbesondere wenn sie in Alten- und Pflegeheimen wohnen.
- Ebenso müssen verstärkt Empfehlungen erarbeitet werden, die es der Bevölkerung erlauben, ihre (psychosozialen) Bedürfnisse zu decken und gleichzeitig ihre Kontakte einzuschränken. So wäre beispielsweise die Empfehlung, sich in den kommenden Monaten nur 2-3 Personen, die nicht im selben Haushalt leben, zu treffen und alle anderen Kontakte digital zu pflegen viel sinnvoller als ständig abwechselnde Apelle bzw. Mahnungen an die Bevölkerung.
- Die bisherigen Wirkungsziele und Maßnahmen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Jedoch gibt es für die Wirkungsziele keine Zielvorgaben, Indikatoren für die Wirkungsziele sind oftmals nicht ausreichend, und die Datenqualität ist mangelhaft. Daher muss es zu einem Ausbau der Indikatoren auf allen Ebenen kommen. Ebenso fehlt eine aktuelle Prävalenzerhebung für psychische Erkrankungen und eine darauf aufbauende Analyse des gedeckten Bedarfs. Weitere Indikatoren für das psychische Wohlbefinden sind zu ergänzen. In Appendix 1 beinhaltet ein von der OECD empfohlenes Indikatorenset für psychische Gesundheit
- Für eine gute Gesamtplanung von Leistungen und Angeboten sind Indikatoren für Wirkungsketten zu entwickeln. Darauf aufbauend sind Maßnahmen und Zielvorgaben zu setzen. Hierzu müssen der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) entsprechend angepasst werden. Eine Landeszielsteuerung für psychische Gesundheit ist einzuführen.
- Da die Primärversorgung elementar für die Gesundheitsversorgung ist, sind hier entsprechende Indikatoren zu entwickeln. Ebenso ist bei einer Weiterentwicklung von Primärversorgungseinheiten, wie beispielweise Primary HealthCare Center (PHC) darauf zu achten, dass die psychische Gesundheitsversorgung

mitgedacht und entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden.

- Die Vernetzung und das gegenseitige Verständnis zwischen Ärzten und Therapeuten sollte ausgebaut werden, zum Beispiel durch die Etablierung interdisziplinärer psychosozialer Kompetenzzentren und multiprofessioneller Ausbildungsstätten.
- Die erfolgreiche Behandlung psychischer Erkrankungen scheitert zu oft am Unwissen über Behandlungsmöglichkeiten bzw. an fehlenden kostengünstigen Therapieplätzen und langen Wartezeiten. Mit der Ausweitung des Angebots an Therapieplätzen, sowie deren Finanzierung durch die Krankenkassen könnte diesem Problem begegnet werden. Zudem sollte eine flächendeckende Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten angestrebt werden.
- Zwei zentrale Probleme sind die Angst der Betroffenen vor dem Eingestehen der Krankheit und die Sorge vor der Rückkehr in den Alltag nach der Behandlung. Grund dafür sind Angst, Unverständnis und Fehleinschätzungen in Bezug auf psychische Erkrankungen seitens des Umfelds. Mit Aufklärungsmaßnahmen - z. B. in allgemeinbildenden Schulen - und breiten Entstigmatisierungskampagnen kann diesen Problemen begegnet werden.
- Während COVID-19 ist es zu einer verstärkten Nutzung von e-Health Leistungen gekommen. Dies sollte zum Anlass genommen werden, um zu überprüfen, welche Maßnahmen notwendig sind, damit längerfristig eine verstärkte Nutzung derartiger Angebote möglich ist. Hierbei können wir uns an internationale Vorreiter wie die Niederlande orientieren, die seit der Jahrtausendwende eine große Reihe von online Behandlungsmodulen für Erkrankungen (u.a. Depressionen, Angstzustände, oder Stress bei der Arbeit) entwickelt haben. Da bei der Entwicklung Effektivität und Kostenwirksamkeit zentrale Parameter waren, konnte ein flächendeckendes Angebot schnell entwickelt werden (Vgl. OECD Making Mental Health Count).

Maßnahmen in den Bereichen Bildung, Kinder, Jugend
Die Schule ist ein großartiger Ort für Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit. Nicht nur, dass im Unterricht mit entsprechenden Materialien die Gesundheitskompetenzen von Kindern- und Jugendlichen gestärkt werden können, sie eignet sich auch sehr gut, um gesundheitliche Probleme früh zu erkennen. Dies ist wichtig, da (OECD Sick on the Job) umfangreiche Literatur zeigt, dass sowohl biologische als auch nachteilige Erfahrungen während der Kindheit die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen



langfristig beeinflussen und viele psychische Störungen sich sehr früh entwickeln.

Ebenso ist die Altersspanne von 15 bis 24 Jahren der Lebensabschnitt, in dem die meisten Menschen ihre schulische bzw. akademische Laufbahn abschließen und sich auf dem Arbeitsmarkt etablieren. Psychische Gesundheitsprobleme verringern die Wahrscheinlichkeit, dass diese entscheidenden Übergänge gelingen.

→ Österreich gehört zu den Ländern, mit der höchsten Ärztedichte in Europa (Vgl. OECD 2018, OECD 2020). Gleichzeitig zeigte NEOS Wien, dass es im Jahr 2019 in Wien 84 Kassenstellen für Kinder und Jugendliche gab. 2010 seien es noch 91 gewesen. Im Durchschnitt kommen in Wien mehr als 4.100 Kinder auf eine Kassenstelle. Wenn angesichts der hohen Ärztedichte schon hier eine Unterversorgung für Kinder- und Jugendliche besteht, so können wir, auch wenn keine Daten vorhanden sind, davon ausgehen, dass es um die psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht besser bestellt ist. Daher ist eine flächendeckende Bestandsaufnahme der aktuellen Situation unabdingbar.

→ Die psychische Entwicklung von Schüler_Innen sollte stärker in den Blick genommen und deren Heranführung an das Thema psychische Gesundheit intensiviert werden. Mögliche Maßnahmen wären ein erhöhter Einsatz therapeutisch geschulten Personals an Schulen und eine flächendeckende Bereitstellung

niederschwelliger Beratungsangebote.

→ Ebenso muss das Unterstützungspersonal an Schulen, auch im psychosozialen Bereich ausgebaut und Lehrmaterialien für Lehrer_innen zum Thema psychische Gesundheit flächendeckend bereitgestellt werden.

→ Angesichts der frühen Entwicklung von psychischen Störungen, ist ein flächendeckendes Screening Angebot für die psychosoziale Gesundheit im Schulumfeld zu entwickeln.

MASSNAHMEN IM BEREICH ARBEIT, SOZIALES

Die Evidenz, dass es Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit, Arbeitslosigkeit und Armut gibt ist lang und vielfältig (siehe OECD 2012, OECD 2015 für einen Überblick). Inaktive bzw. Arbeitslose Personen weisen eine höhere Prävalenz an psychischen Störungen auf, ebenso sehen wir, beispielsweise bei Depressionen, eine höhere Prävalenz je geringer das Einkommen ist (OECD 2012).

In Österreich zeigt der Rechnungshof, dass die Ausgaben der Sozialversicherung für Rehabilitationsgeld und für die Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen stark gestiegen sind. Im Zeitraum 2007 bis 2016 konnte ein Anstieg um 62 Prozent beobachtet werden. Dazu stiegen im selben Zeitraum die Kran-

ABBILDUNG 7: WANN PSYCHISCHE STÖRUNGEN AUFTRETEN

Viele psychische Störungen entwickeln sich in der Jugend und jungen Erwachsenenalter

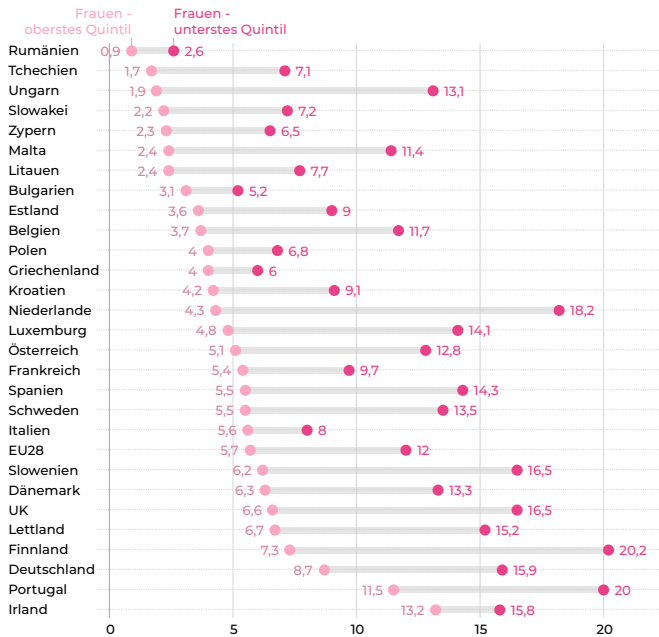
	Prävalenz(%) 18-29	Prävalenz(%) 30-44	Prävalenz(%) 45-59	Medianalter bei Erkrankungsbeginn	Altersverteilung bei Erkrankungsbeginn (25-75 Perzentil)
Anxiety disorder	30	35	31	11	6 - 21
Mood disorder	21	25	23	30	18 - 43
Impulse-control disorder	27	23		11	7 - 15
Substance use disorder	17	18	15	20	18 - 27
Any mental disorder	22	23	16	14	7 - 24

Quelle: OECD 2011



Depressionen bei Frauen nach Einkommensgruppen

Anteil in %

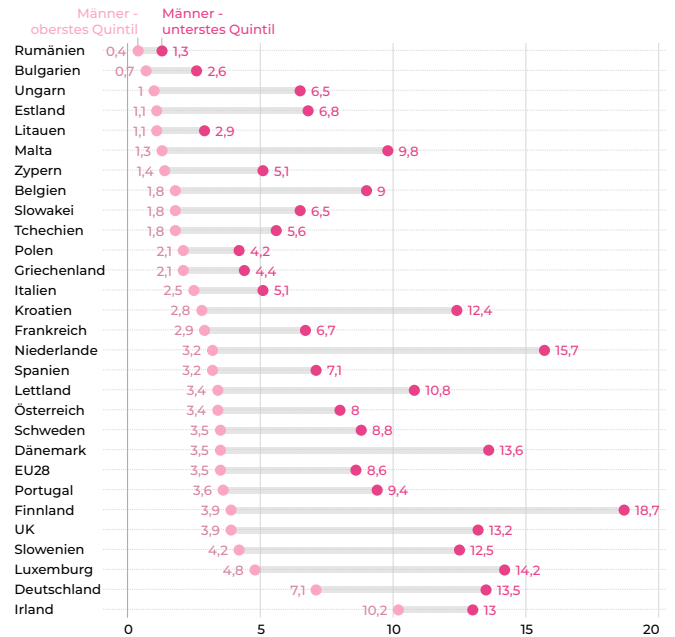


Ein Quintil entspricht 20% der Daten - das oberste Quintil sind das oberste Fünftel der Einkommen
Quelle: OECD 2015 basierend auf EHS 2014



Depressionen bei Männern nach Einkommensgruppen

Anteil in %



Ein Quintil entspricht 20% der Daten - das oberste Quintil sind das oberste Fünftel der Einkommen
Quelle: OECD 2015 basierend auf EHS 2014



ABBILDUNGEN 8 UND 9: DEPRESSIONEN NACH EINKOMMEN UND GESCHLECHT

kenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen um rund 94 Prozent. Der im Dezember 2019 präsentierte Fehlzeitenreport 2020 (Leoni 2020) zeigt, dass allein im Jahr 2019 der Anteil der psychischen Erkrankungen 2019 um rund 10 % gestiegen ist.

→ Durch Einführung eines Teilzeitkrankenstands könnte psychisch Erkrankten der Arbeitsalltag erleichtert werden. Konkrete Maßnahmen wie eine Ausgliederungsbegleitung würden auch den Wiedereinstieg ins Berufsleben nach längerer Therapie erleichtern. Weiterhin sollte jeglicher Diskriminierung von psychisch Erkrankten auf dem Arbeitsmarkt entgegengewirkt werden.

→ Die Rückkehr in den Alltag nach stationärer Therapie ist eine große Hürde für Betroffene. Ein Ausbau des Rehabilitationsangebots, unter anderem durch Reha-Zentren für psychisch Erkrankte würde diesen Übergang erleichtern.

→ Stratton et al (2017) zeigen, dass telemedizinische Angebote im Arbeitskontext sehr gut für Präventionsmaßnahmen bzw. zur Verringerung diverser Risikofaktoren wie Stress geeignet sind. Da insbesondere kleine und mittlere Unternehmen in Österreich Versorgungslücken in der Prävention aufweisen (OECD 2015), kann

hier eine wichtige Lücke geschlossen werden.

→ Die OECD zeigt (OECD 2015), dass in Österreich sehr stark auf die Vermeidung von Arbeitsunfällen ausgerichtet ist. Gleichzeitig ist Österreich Schlusslicht im Einsatz externer Berater zur Bewältigung psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz, dem wahrgenommenen Bedürfnis nach mehr Informationen über psychosoziale Risiken. Ebenso ist in keinem Land die Wahrnehmung so, dass die Reduzierung psychosozialer Risiken schwieriger als der Umgang mit anderen Risikofaktoren am Arbeitsplatz ist. Hier sind entsprechende Evaluationen des Arbeitsrechts sowie Informationskampagnen notwendig

→ Da Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankungen in einer starken Wechselwirkung stehen, empfiehlt die OECD (2015), das AMS dahingehend besser auszustatten, damit psychosoziale Komponenten stärker berücksichtigt werden. Ebenso ist eine empirische Bestandsaufnahme der psychischen Gesundheit von (Langzeit-)Arbeitslosen in Österreich durchzuführen.



LEITPLANKEN DAMIT WIR NACHHALTIG EIN GUTES WOHLBEFINDEN SICHERSTELLEN

Dieser Report zeigt, dass eine grundsätzliche Kurskorrektur in Österreich im Bereich psychischer Gesundheit notwendig ist. Wichtig ist, dass die Sicherstellung des Wohlbefindens im Fokus gestellt wird, nicht Erkrankungen oder gar erkrankte Personen. Langfristig sollten wir neben individuellen Angeboten auch für Angehörige niederschwellige Beratungsangebote verfügbar gemacht werden, um ihnen das Verständnis und den Umgang mit der Krankheit der Betroffenen zu erleichtern. Grundsätzlich ist eine Ausweitung der Förderung von Forschung zum Thema psychische Gesundheit notwendig. Dies könnte zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten sowie zu einer größeren Differenzierung bei der Diagnostik führen. Für einen Ausbau der Angebote müssen in Zukunft auch verstärkt Peer-Ansätze angewendet werden. Die Stadt Zürich hat mit Programmen "Wie geht es dir?", "Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen" oder "Prävention und Gesundheitsförderung im Alter" gut gezeigt, wie Betroffene miteinbeziehen in die Maßnahmenentwicklung einbezogen werden können und gleichzeitig Wissen auf Augenhöhe weitergegeben werden kann (Stadt Zürich 2020). Langfristig muss unser Ziel sein, dass wir uns regelmäßig fragen, was uns wichtig ist für unsere Gesundheit, was uns guttut. Dass es normal ist, traurig zu sein oder Angst zu haben und psychische Krankheiten genauso normal wie eine Augenentzündung oder eine Grippe sind. Die Politik steht vor großen Herausforderungen, das Gesundheitssystem so weiterzuentwickeln, und gesellschaftliche Diskurse und Bildung so zu unterstützen, dass uns diese Ziele gelingen.



Literatur

Alonso, J., M.C. Angermeyer, S. Bernert et al. (2004): Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project”, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 420, pp. 21-54.

Benfante A, Di Tella M, Romeo A and Castelli L (2020): Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact. Front. Psychol. 11.

Brooks et. al. (2020): The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet; 395: 912–20.

Busch, M., Hapke, U., & Mensink, G. (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise.

Chisholm, D. et al (2016): Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, Lancet Psychiatry 2016; 3: 415–24

Dockery, A.M. (2004): “Looking Inside the Unemployment Spell”, Australian Journal of Labour Economics, Special Issue, Vol. 7, No. 2, pp. 175-198.

Eiling, A. et. al. (2016): Über die Zukunft der Evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung. Psychotherapeutenjournal. Vol. 2.

Eurostat (2018): Mental well-being and social support statistics https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_well-being_and_social_support_statistics&oldid=412722

Gesundheit Österreich 2017: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 9 Psychosoziale Gesundheit fördern. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2019/08/gz9-_machbarkeitspruefung_end.pdf

Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A. et al. (2020): Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci

Li, Yang et. al. (2020): Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. Int. J. Biol. Sci. 2020, 1732–1738

Lecrubier, Y. (2007): “Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders: Results from 3 European Studies”, Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 68, Suppl. 2, pp. 36-41.

Leoni, T. (2020): Fehlzeitenreport 2020 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846173&portal=svportal>

OECD (2018): Health at a Glance 2018.

OECD (2020): Health at a Glance 2020. <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance-europe-23056088.htmPsychotherapiegesetz, Fassung vom 08.12.2020>.

Scarpetta, S., A. Sonnet and T. Manfredi (2010): Rising Youth Unemployment During the Crisis, How to Prevent Negative Long-term Consequences on a Generation? OECD Social, Employment and Migration Working Paper, No. 106, OECD Publishing, Paris.

Statistik Austria (2020a): Die österreichische Gesundheitsbefragung. http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.

Statistik Austria (2020b): Monitoring der UN Agenda 2030; Ziel 3 - Gesundheit und Wohlergehen http://www.statistik.at/web_de/statistiken/internationales/agenda2030_sustainable_development_goals/un-agenda2030_monitoring/index.html

Statistik Austria (2020c): Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Österreich – SDG Indikatorenbericht http://statistik.at/web_de/services/publikationen/1/index.

Stratton, A et al. (2017): Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 12(12);

SFU (2020): Presseaussendung SFU: Erste Ergebnisse der großen Corona-Studie präsentiert <https://www.sfu.ac.at/>



Abbildungen

wp-content/uploads/SFU_Presseaussendung_2020_06_ErlebenVerhalten-Corona.pdf

SORA/PSD (2020): Zur psycho-sozialen Situation der WienerInnen während der Corona-Pandemie. https://www.psd-wien.at/fileadmin/documents/200930_Presseunterlage_SORA_Studie.pdf

Wancata, J. (2017): Abschlussbericht Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich

Wittchen HU, Jacobi F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 15: 357-376

WHO (2019): WHO Faktenblatt Psychische Gesundheit LINK EINFÜGEN, zuletzt abgerufen am 08.12.2020

Xiang, Y-T. et al. (2020): Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet. Vol 7.

Abbildung 1: Psychische Erkrankungen in der EU

Abbildung 2: Suizidstatistik

Abbildung 3: Wie die Pandemie sich auf die Psyche schlägt

Abbildung 4: Einstellungen zu psychischen Erkrankungen

Abbildung 5: Behandlungsraten bei jungen Menschen

Abbildung 6: Volkswirtschaftliche Kosten

Abbildung 7: Wann psychische Störungen auftreten

Abbildungen 8 und 9: Depressionen nach Einkommen und Geschlecht