

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.313.880

Wien, 9.7.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1978 /J des Abgeordneten Angerer betreffend Zunahme der psychischen Erkrankungen während Corona-Lockdown** wie folgt:

Frage 1: *Wie hat sich die Zahl der psychisch Erkrankten in Österreich seit Mitte März 2020 verändert?*

Dem Sozialministerium stehen Daten zu stationären Aufnahmen zur Verfügung (erfasst sind somit nur Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in ein Krankenhaus aufgenommen wurde). Diese Daten zeigen seit März 2019 folgendes Bild (die Daten für Mai 2020 sind derzeit noch nicht verfügbar):

Mär.19	Apr.19	Mai.19	Jun.19	Jul.19	Aug.19	Sep.19	Okt.19	Nov.19	Dez.19	Jän.20	Feb.20	Mär.20	Apr.20
6.892	6.713	6.972	6.415	6.998	6.732	6.176	7.135	6.367	6.693	6.004	5.886	6.007	3.364

Der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) liegen aufgrund der Abrechnungsmodalitäten und Bewilligungsregelungen derzeit noch keine fundierten Daten zur Auswirkung des Corona-Lockdowns auf die psychische Gesundheit der Versicherten und Anspruchsberechtigten vor.

Die ÖGK rechnet erbrachte Leistungen mit ihren Vertragspartnern weitgehend quartalsweise

ab. Die Abrechnungsergebnisse für die Zeit, in welche die Wochen des Lockdowns gefallen sind, liegen erst im Juli 2020 vor. Auch über die Entwicklung im Bereich Kostenzuschuss bei Inanspruchnahme von Wahlpsychotherapeuten kann man – da die einschlägigen Anträge erst abgearbeitet werden und auch nicht sofort eingebracht werden müssen – noch nichts aussagen. Entsprechend den Regelungen der Krankenordnung der ÖGK ist für die ersten zehn psychotherapeutischen Behandlungseinheiten keine chefärztliche Bewilligung erforderlich. Die Anzahl der einlangenden Anträge ist derzeit gegenüber der Zeit vor dem Lockdown konstant.

Auch von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) können derzeit noch keine plausiblen Daten zur Verfügung gestellt werden.

Hinsichtlich Erkrankten in Österreich zeigen die Ergebnisse rezenter Studien aber folgendes Bild:

Depressionssymptomatik:

Pieh et al 2020 (DUK): Eine Online Befragung 4 Wochen nach dem Lock-Down (Studien-Start 10. April) ergab einen signifikanten Anstieg der Depressionssymptomatik gemäß Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): 8,4% der Befragten waren „severe“, 12,7% „moderate“ depressiv. Diese Zahl hat sich laut Autoren gegenüber der Zeit vor der Krise ca. vervierfacht.

Niederkrotenthaler et al 2020 (MUW): Die erste von 11 geplanten Befragungswellen (Studien-Start 23. April 2020), bei der ebenfalls der PHQ-9 verwendet wurde, ergab, dass 16-29-Jährige von allen Altersgruppen am stärksten betroffen sind. Nach Berufsgruppen sind es v.a. Schüler/-innen und Arbeitslose. Stark betroffen sind weiters Personen, die selbst an COVID-19 erkrankt waren / sind, und Personen mit schulpflichtigen Kindern.

Beide Studien sind wegen unterschiedlicher Testverfahren nicht mit der bislang einzigen für Österreich repräsentativen Erhebung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen (Wancata 2017) vergleichbar. Demnach liegt die Monatsprävalenz affektiver Störungen (F3) bei 9,4 %, für alle psychischen Erkrankungen (F0-F9) bei 18,7 %.

Angstsymptomatik:

Pieh et al 2020 (DUK): Gemessen mit der „Generalized Anxiety Disorder 7 scale (GAD-7)“ wiesen 6,0% „severe“, 13,1% „moderate“ Angst auf. Diese Zahl hat sich laut Autoren verdreifacht gegenüber der Zeit vor der Krise.

Niederkrotenthaler et al 2020 (MUW): Gemessen mit der erweiterten Version der Anxiety and Depression Scale (HADS) geben 14,5% der Personen an, dass die derzeitige Angst höher als vor der Covid-19 Pandemie ist. Ansonsten zeigt sich ein ähnliches Bild, was Alter, Beruf und Lebenssituation anlangt, wie bei der Depression. 17,4% der Personen berichten von einer erhöhten Suizidalität, gemessen mit einer erweiterten Version der Beck-Suizidgedanken-Skala.

Schlaflosigkeit:

Pieh et al 2020 (DUK): Gemessen mit der "Insomnia Severity Index (ISI)" berichten 2,2% über "Clinically severe", 13,6% über "Clinically moderate" Schlafprobleme. Die "normale" Prävalenz in Europa liegt laut Autoren bei etwa 7%.

Frage 2: *Wie hat sich die Zahl der psychisch Erkrankten in Österreich, die sich in therapeutischen Einrichtungen befinden, seit Mitte März 2020 verändert?*

Die Frage kann derzeit vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen nicht beantwortet werden.

Auch der GÖG liegen derzeit keine validen Daten vor, die validierten LKF-Daten für Krankenanstalten und Ambulanzen stehen erst in einiger Zeit zur Verfügung. Reha Einrichtungen (inkl. PSY-Reha) waren geschlossen.

Frage 3: *Wie sieht die Altersverteilung der psychisch Erkrankten in Österreich für den Zeitraum März 2019 bis März 2020 und von März 2020 bis jetzt aus?*

Altersverteilung der psychisch Erkrankten im stationären Bereich in Österreich für den Zeitraum März 2019 bis April 2020:

	Mär.19	Apr.19	Mai.19	Jun.19	Jul.19	Aug.19	Sep.19	Okt.19	Nov.19	Dez.19	Jän.20	Feb.20	Mär.20	Apr.20
0 Jahre	8	11	11	12	10	7	7	15	15	7	2	9	9	5
1 bis 4 Jahre	43	27	33	24	46	43	37	36	40	40	36	25	28	10
5 bis 9 Jahre	53	61	59	72	74	71	62	82	81	66	50	54	55	15
10 bis 14 Jahre	295	289	317	282	262	264	207	248	273	326	237	259	284	134
15 bis 19 Jahre	565	517	569	565	539	551	492	551	549	561	518	545	498	295
20 bis 24 Jahre	444	422	422	426	492	436	409	480	385	480	368	421	405	203
25 bis 29 Jahre	424	420	418	427	449	440	398	433	431	452	369	376	405	221
30 bis 34 Jahre	491	477	459	404	497	455	437	477	432	454	424	415	448	241
35 bis 39 Jahre	512	447	476	419	493	476	400	486	425	468	445	402	440	253
40 bis 44 Jahre	425	444	438	476	487	477	434	477	434	434	395	380	413	242
45 bis 49 Jahre	548	554	594	489	492	489	476	581	476	489	446	429	467	246
50 bis 54 Jahre	667	667	668	603	635	599	531	693	551	585	515	522	556	315

	Mär.19	Apr.19	Mai.19	Jun.19	Jul.19	Aug.19	Sep.19	Okt.19	Nov.19	Dez.19	Jän.20	Feb.20	Mär.20	Apr.20
55 bis 59 Jahre	541	552	590	511	598	570	518	594	558	568	464	446	517	280
60 bis 64 Jahre	365	382	377	358	318	384	343	378	323	363	303	309	329	199
65 bis 69 Jahre	273	271	294	261	286	281	258	291	254	253	250	216	238	156
70 bis 74 Jahre	261	239	240	255	286	240	238	275	238	221	252	211	215	122
75 bis 79 Jahre	363	350	385	313	353	332	338	345	301	345	324	308	252	151
80 bis 84 Jahre	242	247	264	228	295	287	270	323	258	257	254	258	207	116
85 bis 89 Jahre	224	206	218	187	251	219	219	228	218	190	216	185	155	102
90 bis 94 Jahre	122	108	123	88	115	97	88	127	102	110	110	88	71	51
95 Jahre und älter	29	27	21	19	26	19	21	19	25	28	29	32	21	10
Summe	6.892	6.713	6.972	6.415	6.998	6.732	6.176	7.135	6.367	6.693	6.004	5.886	6.007	3.364

Die Frage kann derzeit vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen nicht beantwortet werden.

Für den Bereich der Epidemiologie der psychischen Erkrankungen gibt es in Österreich kein laufendes Monitoring und somit auch keine Gesamtzahl der psychisch Erkrankten in Österreich nach Altersgruppen und Stichtag/-monat.

Frage 4: Welche psychischen Erkrankungen nahmen während des Corona-Lockdowns zu?

Zur Abklärung, welche psychischen Erkrankungen im stationären Bereich während des Corona-Lockdowns zunahm, wurden die Daten von Februar 2020 mit jenen aus April 2020 verglichen. Dabei wurde betrachtet, wie hoch der Anteil an Patienten mit einer bestimmten Hauptdiagnose an allen Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose ist:

	Feb.20	Apr.20
F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)	2,50%	2,50%
F01 Vaskuläre Demenz	1,50%	1,93%
F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,49%	0,42%
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	3,24%	2,62%
F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,03%	0,03%
F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	3,14%	2,97%
F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	1,27%	1,37%
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	0,42%	0,77%
F09 Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	0,05%	0,06%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	18,67%	15,93%
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode	1,48%	1,43%
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	0,46%	0,71%

	Feb.20	Apr.20
F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	1,29%	1,37%
F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	0,17%	0,18%
F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	0,19%	0,21%
F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	0,08%	0,12%
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	0,00%	0,03%
F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	0,00%	0,00%
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	2,23%	3,15%
F20 Schizophrenie	5,84%	8,47%
F21 Schizotype Störung	0,05%	0,03%
F22 Anhaltende wahnhafte Störungen	0,76%	0,92%
F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	1,77%	3,42%
F24 Induzierte wahnhafte Störung	0,00%	0,00%
F25 Schizoaffective Störungen	2,87%	5,26%
F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	0,03%	0,06%
F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	0,07%	0,09%
F30 Manische Episode	0,14%	0,24%
F31 Bipolare affektive Störung	4,06%	5,62%
F32 Depressive Episode	8,92%	7,70%
F33 Rezidivierende depressive Störung	12,50%	8,86%
F34 Anhaltende affektive Störungen	0,03%	0,06%
F38 Andere affektive Störungen	0,07%	0,12%
F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung	0,00%	0,00%
F40 Phobische Störungen	0,12%	0,12%
F41 Andere Angststörungen	3,02%	2,65%
F42 Zwangsstörung	0,41%	0,33%
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8,49%	9,19%
F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	0,95%	0,77%
F45 Somatoforme Störungen	2,74%	1,58%
F48 Andere neurotische Störungen	0,31%	0,06%
F50 Essstörungen	1,38%	1,22%
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0,27%	0,15%
F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	0,02%	0,00%
F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	0,05%	0,09%
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,03%	0,00%
F55 Missbrauch von nichtabhängigkeits erzeugenden Substanzen	0,07%	0,06%
F59 Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	0,02%	0,03%
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	4,09%	4,49%
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	0,97%	0,89%
F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	0,19%	0,12%
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	0,22%	0,18%
F64 Störungen der Geschlechtsidentität	0,42%	0,03%
F65 Störungen der Sexualpräferenz	0,00%	0,00%

	Feb.20	Apr.20
F68 Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,03%	0,06%
F69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,02%	0,00%
F70 Leichte Intelligenzminderung	0,48%	0,51%
F71 Mittelgradige Intelligenzminderung	0,27%	0,09%
F72 Schwere Intelligenzminderung	0,03%	0,03%
F73 Schwerste Intelligenzminderung	0,00%	0,00%
F78 Andere Intelligenzminderung	0,02%	0,03%
F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	0,02%	0,12%
F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	0,10%	0,12%
F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	0,02%	0,00%
F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	0,02%	0,03%
F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	0,12%	0,12%
F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	0,54%	0,30%
F88 Andere Entwicklungsstörungen	0,00%	0,00%
F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	0,14%	0,06%
F90 Hyperkinetische Störungen	0,53%	0,71%
F91 Störungen des Sozialverhaltens	0,39%	0,48%
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	0,53%	0,42%
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	0,48%	0,51%
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,19%	0,06%
F95 Ticstörungen	0,25%	0,03%
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,20%	0,09%
F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe	0,07%	0,09%

Die Frage kann derzeit vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen nicht beantwortet werden.

Die Ergebnisse von Niederkrotenthaler et al 2020 und Juen et al. (noch unveröffentlicht; Daten aus Tirol) legen nahe, dass besonders die Altersgruppe der Unter-30-Jährigen betroffen/gefährdet ist.

Für den Bereich der Epidemiologie der psychischen Erkrankungen gibt es in Österreich kein laufendes Monitoring und somit auch keine Gesamtzahl zur Gesamtbreite der einzelnen denkbaren Diagnosen. Aufgrund internationaler Studien ist davon auszugehen, dass die von Pieh et al. 2020 bzw. von Niederkrotenthaler et al. 2020 ausgewählten Diagnosen Depression, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit und allgemeines Wohlbefinden sicher zu den wichtigsten Indikatoren für diese Frage zählen (vgl. dazu auch Frage 1).

Frage 5: *Welche Berufs- bzw. Personengruppen sind im Zusammenhang mit der Corona-Krise besonders von psychischen Erkrankungen betroffen?*

Die Frage kann derzeit vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen nicht beantwortet werden.

Die Daten von Niederkrotenthaler et al. 2020 legen nahe, dass die Altersgruppe unter 30 Jahren (v.a. Schüler/-innen und Student/-innen), Arbeitslose, selbst an COVID-19 Erkrankte, Personen mit schulpflichtigen Kindern und Personen mit niedrigem Einkommen am stärksten betroffen sind.

Fragen 6 bis 8:

- *Gibt es spezielle Unterstützungsprogramme für psychisch Erkrankte in Folge der Coronakrise?*
- *Wenn ja welche, und mit welchen finanziellen Mitteln sind diese ausgestattet?*
- *Wenn nein, warum nicht?*

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat für die Zeit der Pandemie ermöglicht, neben den im Regelfall face-to-face durchzuführenden psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Behandlungen diese Behandlungen auch über digitale Hilfsmittel (via Internet oder Telefon) durchzuführen, sodass diese Leistungen auch während der Pandemie einer großen Anzahl an behandlungs-bedürftigen Personen zur Verfügung stehen. Die mit digitalen Hilfsmitteln durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen werden in derselben Form von den meisten Krankenkassen bis Ende Juni d.J. honoriert, als wenn diese Therapien in den Praxen durchgeführt worden wären.

Unter https://www.oesterreich.gv.at/public/Seelische_Gesundheit.html bzw. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html> wurden Handlungsempfehlungen sowie Informationen und Links zu Hilfsangeboten aufbereitet.

Die großen psychosozialen Helplines (Ö3 Kummernummer, Telefonseelsorge und Rat auf Draht) haben ihre Angebote ausgeweitet. In den Bundesländern und teilweise durch die psychosozialen Berufsverbände (z.B. BÖP, ÖBVP) wurden auch neue Hotlines geschaffen.

Um die laufende psychotherapeutische Behandlung von Patienten durch die Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen möglichst nicht zu unterbrechen, wurde die telemedizinische Krankenbehandlung auch für die psychotherapeutischen Vertragspartner ermöglicht.

Insbesondere bei der ÖGK konnten neue Patienten mittels Telemedizin psychotherapeutische Behandlungen beginnen. In diesem Zusammenhang wurden einige Erleichterungen für die Zeit der Pandemie eingeführt. So wird etwa auf die Unterschrift des Patienten beim Antrag auf Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung verzichtet, ebenso auf den Nachweis der ärztlichen Untersuchung vor der zweiten Therapiesitzung. Zudem wurde die Gültigkeit von Zuweisungen und Überweisungen auf sechs Monate verlängert.

Aufgrund des Corona-Lockdowns ist davon auszugehen, dass der Bedarf an psychologischer und psychotherapeutischer Hilfe gestiegen ist. Es wurde daher vorausschauend agiert. Um diesen Bedarf möglichst rasch und niederschwellig decken zu können, wurde neben der Telemedizin für Psychotherapeuten eine Kooperation mit dem BÖP (Berufsverbänden Österreichischer PsychologInnen) gestartet. Die Erreichbarkeit der BÖP-Helpline konnte damit weiter ausgebaut werden. Der von den Krankenversicherungsträgern (ÖGK, BVAEB und SVS) übernommene Kostenanteil für den Ausbau beträgt € 40.000,00.

Frage 9: *Ist davon auszugehen, dass sich der "Corona-Effekt" auf die psychische Belastbarkeit von Menschen nach Lockerung der Maßnahmen wieder normalisiert?*

Am 13. Mai 2020 wandte sich UNO-Generalsekretär Antonio Guterres in einer Video-Botschaft bezüglich der psychischen Probleme in der Folge der Covid-19-Krise an die Öffentlichkeit. Er warnte davor, dass selbst wenn das Virus unter Kontrolle sei, die psychischen Folgen Menschen und Gemeinschaften weiterhin beeinträchtigen werden.

Im Verlauf der Covid-19-Pandemie, und auch in ihrer Folge, ist von vielfältigen psychosozialen Belastungen der gesamten Bevölkerung auszugehen: Diese entstehen einerseits durch die Pandemie selbst (Angst vor Ansteckung; Angst zu sterben; Sorge um Angehörige; Versterben naher Angehöriger), aber auch durch Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung (Bedrohung/Verlust der Existenzgrundlage; Einsamkeit und soziale Isolation; fehlende Tagesstruktur; Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung; erhöhter Stress durch beengte Wohnverhältnisse, durch Home Office bei gleichzeitiger Kinderbetreuung – und damit zusammenhängend Risiko vermehrter Konflikte und häuslicher Gewalt). Neben der Allgemeinbevölkerung sind Personen mit psychischen (Vor-)Erkrankungen als besonders vulnerable Gruppe zu betrachten. Personen mit psychischen Erkrankungen haben zudem, wie aktuelle Studien aus China zeigen, ein höheres Risiko für Infektionen, auch in Bezug auf COVID-19, und müssen außerdem wegen der damit verbundenen Stigmatisierung höhere Zugangsbarrieren überwinden, um eine rasche und adäquate Krankenbehandlung zu erhalten (Yao et al. 2020).

Sofern sich die wirtschaftliche Lage bzw. Situation am Arbeitsmarkt nicht deutlich verbessert sowie bedingt durch den Schulbeginn rechnet insbesondere die ÖGK mit einer merklich

steigenden Nachfrage an Psychotherapie im Herbst 2020. Je nach individueller wirtschaftlicher und sozialer Betroffenheit werden unter Umständen neue Belastungsfaktoren auftreten und andere wegfallen. Entsprechend des professionellen Umgangs mit Traumata sollte bei Personen, bei welchen Langzeitauswirkungen identifiziert werden, entsprechende therapeutische Angebote gesetzt werden. Dies wird sich aber erst aus der Langzeitbeobachtung ableiten lassen.

Frage 10: *Wenn ja, wie wird dies überprüft?*

Seitens des BMSGPK wird derzeit an einem geeigneten Datenmonitoring gearbeitet, das eine entsprechende Datengrundlage für rasch einzuleitende Gegenmaßnahmen ermöglichen soll (einer der wichtigsten Parameter für ein Monitoring der psychosozialen Folgen, das suizidales Verhalten bzw. erfolgte Suizide, steht in Form der Suizidstatistik der Statistik Austria immer erst im jeweiligen Folgejahr zur Verfügung und ist daher nicht geeignet, eine entsprechende Datengrundlage für derartige Maßnahmen zu liefern).

Frage 11: *Wenn nein, welche Gegenmaßnahmen werden Sie setzen?*

Das BMSGPK nimmt in Aussicht, die GÖG demnächst mit der Erarbeitung eines Monitorings zur Verbesserung der Datenlage im Bereich der psychosozialen Gesundheit, Indikatoren und Datengrundlagen für eine regelmäßige Auswertung im Sinne eines „Frühwarnsystems“ zu beauftragen. Ziel ist es, ein geeignetes Indikatorenset zu erstellen, das regelmäßig monitiert werden kann, und eine entsprechende Compliance für das Bereitstellen der Daten zu erreichen.

Fragen 12 bis 14:

- *Ist angesichts einer Zunahme von psychischen Erkrankungen bei jungen Menschen im Falle einer zweiten Corona-Welle angedacht, diese Erkenntnisse zu berücksichtigen und für Risikogruppen und bspw. jungen, physisch gesunden Menschen andere Maßnahmen zu setzen?*
- *Wenn ja, inwiefern?*
- *Wenn nein, warum nicht?*

Derzeit wird mit Hochdruck an einem Maßnahmenpaket gearbeitet, welches zielgruppenspezifisch sicherstellen soll, dass den psychischen Folgen der Corona-Krise entsprechend begegnet wird und darüber hinaus ein langfristiger Nutzen für alle Zielgruppen erreicht wird. Neben dem bereits erwähnten Datenmonitoring ist die Psychotherapie als Kassenleistung ein wesentlicher Baustein dieses Pakets.

Zugriffe auf die elektronische Gesundheitsakte ELGA sind den Krankenversicherungsträgern ausdrücklich verboten (§ 14 Abs. 3 Z 7 GTelG) bzw. wären auch für die vorliegenden Themen überhaupt nicht aussagekräftig (vgl. § 16 Abs. 2 Z 2 lit. b GTelG), sodass in solchen Zusammenhängen keine weiteren inhaltlichen Aussagen möglich sind.

Frage 15: *Welche Maßnahmen wurden Ihrerseits gesetzt, um psychisch Erkrankte während der Corona-Krise zu begleiten bzw. zu unterstützen?*

Das BMSGPK hat für die Zeit der Pandemie ermöglicht, neben den im Regelfall face to face durchzuführenden psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Behandlungen, diese Behandlungen auch über digitale Hilfsmittel (via Internet oder Telefon) durchzuführen, sodass diese Leistungen auch während der Pandemie einer großen Anzahl an behandlungs-bedürftigen Personen zur Verfügung stehen. Die mit digitalen Hilfsmitteln durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen werden in derselben Form von den meisten Krankenkassen bis Ende Juni d.J. honoriert, als wenn diese Therapien in den Praxen durchgeführt worden wären.

Für diese Behandlungen stehen mit Stand vom 29.05.2020 laut den Berufslisten 10.321 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und 9.927 Klinische und Gesundheitspsychologinnen/Klinische und Gesundheitspsychologen zur Verfügung. Rund ein Viertel der Klinischen Psychologinnen/Psychologen ist gleichzeitig auch in Psychotherapie ausgebildet.

Unter https://www.oesterreich.gv.at/public/Seelische_Gesundheit.html bzw. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html> wurden Handlungsempfehlungen sowie Informationen und Links zu Hilfsangeboten aufbereitet.

Fragen 16 bis 18: *Wurden Krisenhäuser und andere stationäre Einrichtungen für Menschen mit psychischen Belastungserscheinungen im Normalbetrieb auch während des Corona-Lockdowns geführt?*

- *Wenn ja, welche Vorschriften mussten in solchen Einrichtungen eingehalten werden?*
- *Wenn nein, warum nicht und an wen konnten sich die Betroffenen alternativ wenden?*

Auch in der Hochphase der Epidemie war das oberste Ziel, Patientinnen und Patienten mit anderen Grundleiden als COVID adäquat zu versorgen. Die zeitlich limitierte Reduktion der Leistungserbringung im stationären und im niedergelassenen Bereich betraf primär elektive Operationen oder verschiebbare diagnostische oder therapeutische Interventionen. In den

Gesundheitseinrichtungen selbst wurden Maßnahmen getroffen, um den COVID-Eintrag zu verringern (z.B.: zusätzliche Hygienemaßnahmen, Triage, Besuchseinschränkungen), aber auch Möglichkeiten geschaffen, an COVID-19 erkrankte Personen mit zusätzlichem Behandlungsbedarf in spezialisierten Abteilungen zu behandeln. Wie unter Frage 6 ausgeführt, wurde im niedergelassenen Bereich das telemedizinische Angebot verstärkt. Wie ebenfalls unter Frage 6 ausgeführt, wurden verschiedene Krisentelefone - einerseits von fachspezifischen Gruppen z.B. Psychologen, andererseits z.B. von der Caritas ausgeweitet oder neu geschaffen.

Frage 19: *Wie viele Selbstmord(versuche) wurden im Zeitraum März bis Mai 2019 und März bis Mai 2020 in Österreich und in den einzelnen Bundesländern verübt?*

Zu Suizidversuchen liegen generell keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen (siehe jährlicher österreichischer Suizidbericht). Internationale Erfahrungen mit Krisen (Naturkatastrophen, Epidemien, Terroranschläge wie 9/11) zeigen, dass in der akuten Krise Suizide und Suizidversuche eher zurückgehen. Dafür steigen die Suizidraten in den Monaten und Jahren danach zumeist an. Derzeit wird in einer interministeriellen „Plattform psychosoziale Gesundheit angesichts COVID-19“ daran gearbeitet über unterschiedliche Datenquellen Rückschlüsse auf die aktuelle Suizidalität zu ziehen. In der laufenden Studie von Niederkrotenthaler et al 2020 mit insgesamt 11 Befragungswellen wird die Suizidalität regelmäßig untersucht. Siehe <https://www.wwtf.at/covid/index.php?ID=9795#O9795>.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober