



ENDBERICHT

„PSYCHOSOZIALE KONSEQUENZEN VON CORONA BZW.
CORONA BEDINGTER ARBEITSLOSIGKEIT – SCHLUSSFOLGE-
RUNGEN FÜR DIE ARBEITSMARKTPOLITIK“
WIEN, 12.04.2022

FELIX KRANNER, MSC
MAG.A KARIN STEINER

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt durch

Mag.^a Karin Steiner
Geschäftsführung

Auftraggeber:
AMS Österreich
Rene Sturm
ABI

Kontakt abif:
Karin Steiner
steiner@abif.at

abif – analyse, beratung, interdisziplinäre forschung
Einwanggasse 12 / top 5, 1140 Wien
Tel: 43 - 1 - 522 48 73 11
www.abif.at

1. INHALT

2. Zusammenfassung	3
3. Methoden.....	4
4. Konsequenzen für die psychische und subjektive Gesundheit.....	5
4.1. <i>Prävalenz psychischer Störungen bzw. psychopathologischer Symptomatiken</i>	<i>5</i>
4.2. <i>Statistische Modellierung Subjektiver Gesundheit.....</i>	<i>9</i>
4.2.1. Einleitung und Schlussfolgerung.....	9
4.2.2. Technischer Ablauf	9
5. Sozio-ökonomische Konsequenzen und Wechselwirkungen	11
5.1. <i>Ökonomische Konsequenzen und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit</i>	<i>12</i>
5.2. <i>Statistische Modellierung der Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung.....</i>	<i>13</i>
5.2.1. Einleitung und Schlussfolgerung.....	13
5.2.2. Technischer Ablauf	13
5.3. <i>Statistische Modellierung des Jahresnettoeinkommens</i>	<i>15</i>
5.3.1. Einleitung und Schlussfolgerung.....	15
5.3.2. Technischer Ablauf	16
5.4. <i>Sozialgesellschaftliche Konsequenzen</i>	<i>17</i>
6. Integrative Erklärungsmodelle und erwartete Langzeitfolgen	18
7. Schlussfolgerungen für die Arbeitsmarktpolitik.....	20
7.1. <i>Lösungsansätze auf gesamtgesellschaftlicher Ebene</i>	<i>21</i>
7.2. <i>Lösungsansätze auf Individualebene</i>	<i>23</i>
8. Literaturverzeichnis	26
9. Appendix.....	31

2. ZUSAMMENFASSUNG

Die relative Häufigkeit (Prävalenz) psychopathologischer Symptomatiken in den Bereichen Angst, Depression, Stress, Belastung und Schlaf zeigte sich seit Beginn der Corona-Krise in der internationalen, wie österreichischen Bevölkerung deutlich erhöht, wobei die psychosozialen Auswirkungen der Corona-Krise in Österreich bisher etwas geringer ausfielen. Im Bereich Suizidalität und Substanzkonsumstörungen gestaltete sich die Lage weniger eindeutig. Besonders ausgeprägte Symptome berichteten vor allem jüngere Menschen, Alleinstehende, Frauen, sowie Personen, welche von Armut bzw. Arbeitslosigkeit betroffen waren. Als mögliche Gründe für die erhöhten Prävalenzen in Frage kamen krankheitsbezogene Angst, Einsamkeit, finanzielle Sorgen bzw. Existenzängste, wirtschaftliche Faktoren, Retraumatisierung Geflüchteter, Mehrfachbelastung von Frauen durch Care-Arbeit, häusliche bzw. sexuelle Gewalt, sowie Wechselwirkungseffekte. Integrative Erklärungsmodelle und erwartete Langzeitwirkungen der Krise werden in Kapitel 6 diskutiert.

Da die psychosoziale und die wirtschaftliche Lage nicht sinnvoll getrennt voneinander zu betrachten sind, wurde in diesem Bericht auch ein Fokus auf die Auswirkungen der Corona-Krise auf den sozioökonomischen Status gelegt. Um eine unabhängige und repräsentative Untersuchung des sozioökonomischen Status der Österreicher*innen zu ermöglichen, wurden (generalisiert) linear-gemischte Regressionsmodelle der zeitlichen Veränderungen seit Beginn der Corona-Krise bis Ende 2020 im Vergleich mit den Vorjahren bezüglich subjektiver Gesundheit, Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung, sowie Jahresnettoeinkommen berechnet. Die, auf den EU-SILC Daten der Statistik Austria beruhende Datenanalyse bestätigte, dass der Anteil armuts- oder ausgrenzungsgefährdeter Österreicher*innen im Vergleich zur Vorkrisenzeit *nicht* gestiegen war. Auch die Entwicklung der Jahresnettoeinkommen spricht für die erfolgreiche Abfederung sozio-ökonomischer Auswirkungen der Corona-Krise auf nationaler Ebene und stellt eine mögliche Erklärung für die, im internationalen Vergleich etwas geringeren, psychosozialen Auswirkungen dar.

Die Sozialpolitik ist gefordert, Maßnahmen zur Verringerung von Armut und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit beizubehalten, sowie eine Verbesserung des gesellschaftlichen Zusammenhalts bzw. zivilgesellschaftlichen Engagements zu fördern. Dies könnte mittelfristig unter anderem durch institutionalisierte Aufarbeitungsarbeit oder gezielte Informationskampagnen geschehen. Für eine nachhaltige Gestaltung der Arbeitsmarktpolitik im Hinblick auf die Prävention von marktwirtschaftlichen Nachwirkungen und Langzeitarbeitslosigkeit bieten sich folgende Ansatzpunkte an: Miteinbeziehen von Arbeitgeber*innen, finanzielle Eingliederungshilfe, (Transit-)Beschäftigung von Langzeitarbeitslosen in sozialen, ökologischen und kulturellen Projekten, Einstellungsquoten, sowie frühzeitiges Ansprechen psychosozialer Problematiken im Beratungskontext. Psychosoziale Hotlines stellen ein besonders wichtiges Angebot zur niederschweligen Beratung von Belasteten dar. Seit Beginn der Corona-Krise ist dies betreffend ein erhöhter Bedarf zu verzeichnen; das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) plant ein Projekt zur Optimierung des Angebots. Bei klinisch bedeutsamen Symptomatiken sollte eine fachgemäße Diagnostik und ggf. Therapie erfolgen. Insbesondere in der Nachsorge krisenhafter Belastungssituationen zeigten sich Therapieansätze mit spirituell-religiösen Elementen effektiver als Ansätze ohne diese. Bei Problematiken mit Einsamkeit gab es gute Evidenz für die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter, sowie kognitiv-behavioraler Verfahren. Allgemein kann während Lockdowns die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte via (Video-)Telefonie, sowie mindestens 150 Minuten moderater körperlicher Aktivität pro Woche empfohlen werden. Der Ausbau und die Förderung der psychosozialen Versorgungslandschaft, sowie psychiatrischen Epidemiologie bleibt hochgradig erstrebenswert.

3. METHODEN

Die Literaturanalyse basiert auf einer non-exhaustiven Suche der Datenbanken „Pubmed“, „Google Scholar“, und „PsycInfo“ im Zeitraum September bis November 2021. Wenn möglich wurden Meta-Analysen oder quantitative Studien mit hochqualitativen Stichproben zitiert. Neben mehreren Meta-Analysen sind die wichtigsten Quellen der „World Happiness Report“, das Austrian Corona Panel Project (ACPP), das Buch „Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer“, und die Publikation des Sozialministeriums „Die COVID-19-Pandemie in Österreich – Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“.

Um ausgewählte Ergebnisse der Literaturanalyse quantitativ zu untersuchen, wurden sekundärstatistische Analysen durchgeführt. Diese basierten auf den österreichischen SILC-Mikrodaten der Jahre 2017 bis 2020, welche abif von Statistik Austria zur Verfügung gestellt wurden. SILC steht für „Community Statistics on Income and Living Conditions“ und ist eine jährlich stattfindende Erhebung zum Einkommen und den Lebensbedingungen von Bürger*innen bzw. Haushalten verschiedener EU-Staaten und weiteren Ländern. In Österreich wird die SILC-Erhebung von Statistik Austria durchgeführt. Insgesamt nahmen pro Jahr etwa 6000 Haushalte bzw. rund 10.000 Personen an der Befragung teil. Aufgrund des Rotationsstichproben-Designs der SILC-Erhebung wurden dieselben Haushalte mehrere Jahre hintereinander befragt, wobei jedes Jahr ein Viertel der Stichprobe wechselte. Dieses Design dient insbesondere der Erhebung zeitlicher Veränderungen. Ziel der Datenanalyse war die Untersuchung demographischer Gruppen bezüglich subjektiver Gesundheit, Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung, und Jahresnettoeinkommen im Kontext der Corona-Krise und erfolgte mittels linear gemischter Regressionsmodelle („generalized linear mixed models“); die genannten Untersuchungsgegenstände wurden jeweils als abhängige Variablen verwendet. Um die Auswirkungen der Corona-Krise zu modellieren, wurden die Daten der Jahre 2017 bis 2019 mit den Daten aus 2020 verglichen. Die Auswahl der unabhängigen Variablen basierte auf der Literaturanalyse und umfasste Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Geburtsland, Bundesland bzw. Urbanisierungsgrad, chronische Krankheit und Personenstand, sowie die jeweils anderen abhängigen Variablen. Um zeitliche und haushaltsbezogene Abhängigkeiten in den Daten adäquat zu modellieren, wurden pro Haushalts-ID individuelle Achsenschnitte („random intercepts“) geschätzt.

Ergänzend zur Literatur- und Datenanalyse wurden zehn Interviews mit Expert*innen durchgeführt, welche sowohl zu vertiefenden Einsichten in die psychosoziale, arbeitsmarktpolitische und ökonomische Situation in Österreich als auch zur Entwicklung und Bewertung von Lösungsvorschlägen beitragen. Interviewt wurden

- ❖ Ein/e Arbeitsmarktexpert*in (Arbeiterkammer; anonymisiert) ^a
- ❖ Mag.a Isabel Koberwein (GPA), Mag.a Clara Fritsch (GPA) ^b
- ❖ Ein/e Expert*in für Psychosoziales (Psychologie Uni Wien; anonymisiert) ^c
- ❖ Ein/e Expert*in für Psychosoziales (COVID-19 Future Operations Plattform; anonymisiert) ^d
- ❖ Lukas Schlögl, PhD (Uni Wien, ACPP) ^e
- ❖ Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, MHBA (Leitung AKH Kinder- und Jugendpsychiatrie) ^f
- ❖ Ein/e klinische und Gesundheitspsycholog*in (BÖP; anonymisiert) ^g
- ❖ Dr.ⁱⁿ Judith Kohlenberger (WU, „COVID-19 und Arbeitsmarkt“) ^h
- ❖ Prim. Univ.-Prof. Dr. Alexandra Schosser, PhD. MBA (Ärztliche Leitung BBRZ Med) ⁱ

Im Folgenden werden Aussagen der Expert*innen mittels hochgestellter Kleinbuchstaben (^a), Literaturzitate mittels hochgestellter Ziffern (¹) gekennzeichnet.

4. KONSEQUENZEN FÜR DIE PSYCHISCHE UND SUBJEKTIVE GESUNDHEIT

4.1. PRÄVALENZ PSYCHISCHER STÖRUNGEN BZW. PSYCHOPATHOLOGISCHER SYMPTOMATIKEN

Die Schätzung der Prävalenz¹ psychischer Störungen kann beispielsweise mittels Krankenkassendaten erfolgen (administrative Prävalenz). Dies hat den Vorteil, dass nur diagnostizierte Störungen im Sinne der Klassifikationssysteme^{II} erfasst werden, allerdings kommt es typischerweise zu einer Unterschätzung der „wahren“ Prävalenz, weil nicht alle erkrankten Personen eine Diagnostik durchführen lassen (verdeckte Prävalenz). In epidemiologischen Untersuchungen wird daher versucht mittels Zufalls- oder Quotenstichproben die „wahre“ Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung zu ermitteln. Der Nachteil hiervon ist, dass die Ziehung echter Zufallsstichproben teuer und teilweise schwer umsetzbar sein kann^{III}; zusätzlich ist eine sachgemäße Diagnostik bei großen Stichproben meist nicht möglich, da diese unmittelbar und persönlich durch qualifiziertes Fachpersonal zu erfolgen hat, und mit relativ hohem Zeitaufwand verbunden ist. Viele Studien gehen daher den Kompromiss der ad-hoc Stichprobenziehung und der Verwendung von Selbstbericht-, bzw. Screeningverfahren mittels (Online-)Fragebögen ein, wodurch Prävalenzschätzungen verschiedener Studien große Abweichungen aufweisen können. Screeningverfahren, bzw. mittels Selbstbericht erfasste Symptome können Hinweise auf klinisch relevante Problematiken liefern, stellen jedoch *keine* klinische Störungs-Diagnose dar. Im Zuge des hohen Forschungsbedarfs bezüglich psychosozialer Auswirkungen der Corona-Krise wurden weltweit zahlreiche derartige Online-Untersuchungen durchgeführt. Mittels meta-analytischer Studien wird versucht die Ergebnisse vieler empirischer Befunde zu vereinen; Meta-Analysen erlauben unter anderem die Schätzung des Publikations-Bias, das Ausschließen auffälliger Ergebnisse sowie eine genauere Schätzung der „wahren“ Prävalenz, wobei auch Meta-Analysen die Nachteile einer ad-hoc Stichprobenziehung nicht vollständig ausgleichen können. Im Folgenden werden Schätzungen der Prävalenz psychischer Störungen im Kontext der Corona-Krise diskutiert, welche mehrheitlich auf ad-hoc Onlinescreenings beruhen.

Die Untersuchung vergangener Krisen zeigte, dass die Anzahl psychisch belasteter Personen die Anzahl direkt Betroffener deutlich übersteigen kann¹. Im internationalen Kontext ist die Prävalenz psychischer Störungen, bzw. Symptomatiken seit Beginn der Corona-Krise erhöht: Eine meta-analytische Untersuchung ergab, dass die globale Prävalenz von Angststörungen von 7,2% auf 25% gestiegen sein könnte². Klinisch relevante Symptomatiken im Bereich Angst, Depression, PTBS, und Stress zeigten sich in der Allgemeinbevölkerung von China, Dänemark, Iran, Italien, Nepal, Spanien, Türkei und USA erhöht³. Eine weitere, aktuelle Meta-Analyse fand ebenfalls erhöhte Prävalenzen für Angst-, Depression- und Stress-, bzw. Belastungssymptomatiken der Allgemeinbevölkerung von Australien, China, Frankreich, Indien, Iran, Italien und der Türkei⁴. Bei Kindern hat sich die internationale Prävalenz von Angst- und

¹ Anteil der Erkrankten Personen bezogen auf eine Grundgesamtheit (Population) in einem definierten Zeitraum. Die *Punktprävalenz* bezieht sich auf den Anteil erkrankter Personen zu einem Zeitpunkt, die *Lebenszeitprävalenz* meint die Wahrscheinlichkeit, jemals zu erkranken. Inzidenz ist der Anteil an *neu*-erkrankten Personen bezogen auf eine Grundgesamtheit in einem Zeitraum.

^{II} In Europa: ICD-10, bzw. ICD-11

^{III} Manche Personengruppen sind schwer erreichbar oder möchten nicht an einer Untersuchung teilnehmen; das kann zu einer Verzerrung der Stichprobe führen.

Depressions-Symptomatiken verdoppelt; insbesondere Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen wie Autismus oder ADHS wiesen eine hohe Aggravationstendenz auf⁵.

In Österreich zeigten sich im ersten Quartal 2020 depressive (21%) und angstbezogene Symptomatiken (19%) gegenüber prä-epidemiologischen Untersuchungen erhöht; 16% der Allgemeinbevölkerung berichteten klinisch relevante Schlafprobleme. Frauen, jüngere Personen (<35 J), Erwerbslose und Geringverdienende waren besonders stark betroffen^{6,7}. Eine Follow-Up-Studie im vierten Quartal 2020 zeigte die Trendstabilität der Symptomatiken über den Zeitraum der Lockdowns hinaus⁸. Beide Studien basierten auf ad-hoc Stichproben, die Ergebnisse sind daher vorsichtig zu interpretieren. Es bestanden zeitliche Zusammenhänge zwischen der allgemeinen psychischen Belastung der österreichischen Bevölkerung jeweils mit subjektiver gesundheitlicher Gefahrenwahrnehmung, Strenge der staatlichen Maßnahmen, und subjektiver Einschätzung der Inzidenz im Zeitraum von März 2020 bis Juni 2021^{9,10}.

Schlafstörungen, insbesondere Ein- und Durchschlafprobleme, verkürzte Schlafdauer und verringerte Schlafqualität wurden mit Stress, Angst und Depression während der Corona-Krise in Verbindung gebracht^{11,12}. In Österreich zeigte sich, dass insbesondere Schüler*innen, Student*innen, arbeitslose Personen, sowie einsame Menschen vermehrt eine verringerte Schlafqualität berichteten^{10,13}.

Vor der Pandemie wurde die Prävalenz von Anpassungsstörungen in der europäischen Bevölkerung auf 15,5% geschätzt¹⁴. Eine internationale Studie in Österreich, Kroatien, Georgien, Deutschland, Griechenland, Italien, Litauen, Niederlande, Polen, Portugal, und Schweden fand eine Prävalenz von 18,2% nach Beginn der Pandemie, wobei die österreichische Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz von 10,2% aufwies¹⁵. Generell gelte, dass die geringere Verfügbarkeit von Ressourcen mit schlechterem Coping bei Belastungen einhergehe^c. Tabelle 1 fasst aktuelle Schätzungen internationaler und nationaler Prävalenzraten klinisch relevanter Symptomatiken in der Allgemeinbevölkerung, sowie Evidenzen für Risikogruppen zusammen.

14 bis 90 Tage nach Erhalt einer COVID-19 Diagnose lag die Inzidenz psychischer Störungen bei 18,1%; auch die Ersterkrankungsrate an einer psychischen Störung zeigte sich in diesem Zeitraum erhöht¹⁶. Es gab Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko bei an COVID-19 erkrankten Personen, wobei suizidales Verhalten in der Allgemeinbevölkerung international *nicht* im zeitlichen Zusammenhang mit der Corona-Krise stand¹⁷. Im Jahr 2020 berichteten gemäß einer nicht repräsentativen Online-Befragung 37% der österreichischen Schüler*innen von Suizidgedanken in einem Zeitraum von zwei Wochen¹⁸. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AKH) wurde festgestellt, dass sich die Notaufnahmen nach Suizidversuchen bei Jugendlichen seit Pandemiebeginn verdoppelt hatten^f; dies stimme mit Krankenhausdaten und Anruhzahlen bei Suizidpräventionshotlines überein^d.

Substanzkonsumstörungen im Kontext der Corona-Krise waren weniger häufig Thema internationaler wie nationaler Publikationen. In einer Kurzabhandlung wurde ein erhöhtes Rückfallrisiko bei Alkohol- und Opioidkonsumstörungen^{iv} sowie allgemein erhöhter Alkoholkonsum in Zeiten von Lockdowns und Quarantäne berichtet¹⁹. Die Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen zeigte sich in der Vergangenheit nach Krisen erhöht, vor allem bei Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status²⁰. Eine US-amerikanische Studie fand einen Anstieg der Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen von 8% (2019) auf 18% (2020), wobei diese Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können²¹. Ein systematisches Review des Themenkreises Substanzkonsum(-Störungen) ist in Planung¹⁹. In Österreich ergaben Befragungsdaten, dass der Alkoholkonsum seit Beginn der Coronakrise im Schnitt etwas geringer geworden

^{iv} Anhängig von der Verfügbarkeit. Das Risiko einer Überdosis war nach Zeiten geringerer Verfügbarkeit erhöht.

ist, während sich der Tabakkonsum eher erhöht zeigte; einsame Personen berichteten gestiegenen Alkohol- und Tabakkonsum^{10,22}.

Tabelle 1. Prävalenzen und Risikogruppen klinisch relevanter, psychischer Symptomatiken im Kontext der Corona-Krise

	Symptomatik				
	Angst	Depression	Stress	Anpassungsstörung	Schlafstörung
Internationale Prävalenz	38,1% ⁴	34,3% ⁴	37,5% ⁴	18,2% ¹⁵	37% ¹²
95%-Konfidenzintervall	18,3% - 58,0% ⁴	18,4% - 50,2% ⁴	28,6% - 46,5% ⁴	17,6% - 18,9% ⁱ	35% - 40% ¹²
Prävalenz Österreich	23,2% ⁸	26,4% ⁸	?	10,2% ^{15 ii}	18,7% ⁸
95%-Konfidenzintervall	21,1% - 25,3% ⁱ	24,2% - 28,6% ⁱ		8,3% - 12,4% ⁱ	16,7% - 20,1% ⁱ

Risikogruppe (Ja /Nein)	J	N	J	N	J	N	J	N	J	N
Frauen	2 3 23 8		3 23 8		3 23 8		3 15	3	23 8	12
Jüngere Personen	2 3 23 8		3 23 8		3 23 8			3 8 15	23 8	12
Arbeitslosigkeit	2 23		3 23		23				23	
Geringes Einkommen	2 23 8		3 23 8		23 8		15	3 8	23 8	
Chronisch krank	2 3		3							
Vorher psychische Störung	2 3		3				15			
Geringe Bildung	2 3		3					3		
Medizinisches Personal		2							12	
Ledig / geschieden	2 3 8	2	3 8		3 8				8	12
Einsamkeit	2 3		3				3			
Geringe subj. Gesundheit	3		3				3 15			

Bemerkung. Wird in der jeweiligen Publikation eine Risikogruppe genannt, findet sich in der jeweiligen „J“-Spalte die entsprechende Fußnote; non-signifikante Ergebnisse finden sich in der jeweiligen „N“-Spalte. Bei Ambivalenten Ergebnissen in Reviews oder Meta-Analysen finden sich Fußnoten in beiden Spalten.

ⁱ Berechnung der Konfidenzintervalle erfolgte mittels Approximation der Normalverteilung $\pi \pm 1,96 \sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{N}}$.

Quellen:

² Internationale Meta-Analyse von 43 Studien, publiziert: Dez. 2020

³ Internationales systematisches Review von 19 Studien, publiziert: Aug. 2020

⁸ Österreichische Studie, ad-hoc Stichprobe (N = 1505), publiziert: Apr. 2021

¹² Internationale Meta-Analyse von 177 Studien, publiziert: Juni 2021

¹⁵ Internationale Studie, ad-hoc Stichprobe (N = 15563), publiziert Okt 2021, für Österreich lt. Erstautorin (n = 864 gültige)

²³ Österreichische Studie, ad-hoc Stichprobe (N = 1005), publiziert: Mai 2020

Im internationalen Vergleich scheinen die Auswirkungen der Corona-Krise auf die psychische Gesundheit in Österreich unter dem Durchschnitt zu liegen, wobei die Zahlen in Tabelle 1 aufgrund unterschiedlicher Grundgesamtheiten und Erhebungsmethoden nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Zwei Studien zogen einen direkten Vergleich von Österreich mit der Türkei bzw. Großbritannien: Die Prävalenz schwerer depressions-, angst- und schlafbezogener Symptomatiken war in Großbritannien etwa drei Mal so hoch wie in Österreich; als mögliche Gründe für diese Differenzen wurden Unterschiede auf nationaler Ebene in der Schwere des Verlaufs der Pandemie genannt²⁴. Junge Erwachsene aus der Türkei berichteten höhere Ängstlichkeit und geringere subjektive Gesundheit als junge

Österreicher*innen; die Autor*innen führten diese Unterschiede auf stringendere sozialpolitische Maßnahmen in der Türkei zurück²⁵.

Ältere Österreicher*innen schienen weniger stark von Einsamkeit und psychopathologischer Symptomatik im Kontext der Corona-Krise betroffen zu sein^{26,27}. Dies sei auf größere Lebenserfahrung bzw. Krisenkompetenz zurückzuführen^d. Schüler*innen wiesen hingegen seit Beginn der Corona-Krise schlechtere psychische Gesundheit auf: Klinisch relevante Symptomatiken wurden im Bereich Depression (55%), Angst (47%), Schlafstörungen (23%) und Essstörungen (60%) berichtet¹⁸. Auch die interviewten Expert*innen sehen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene als eine der Personengruppen, welche mit am stärksten von psychosozialen Auswirkungen der Corona-Krise betroffen war^{acdf}; in Expert*inneninterviews genannte, mögliche Wirkmechanismen waren fehlende Tagesstruktur, fehlende Kontakte und Außenreize, Familienkonflikte, Zukunftsängste, gedehnte Zeitwahrnehmung jüngerer Personen, sowie biologische Vulnerabilität^{cdg}. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei eine starke Zunahme an Depressionen, Angst- und Essstörungen zu verzeichnen^f. Auf lange Sicht erwarten Expert*innen ein hoher Bedarf an Unterstützung und Förderung^{cf}.

Personen mit Migrationshintergrund und Minderheiten wurden in einer longitudinalen Studie aus Großbritannien, neben Frauen und Kindern, als Risikogruppe bezüglich stressbezogener Symptomatiken in Zeiten von Lockdowns beschrieben²⁸. Auch Personen mit Fluchterfahrung wurden bereits früh in der Pandemie als vulnerable Gruppe psychosozialer Probleme vermutet; als mögliche Gründe wurden unter anderem Informationsmangel aufgrund von Sprachbarrieren bzw. Verfügbarkeit geeigneter Informationsquellen, sowie Retraumatisierung durch Vollquarantänemaßnahmen und Verlegungen in Flüchtlingsheimen genannt²⁹. Ein qualitatives Forschungsprojekt zum Thema „Covid-19 und Migrationshintergrund“ untersuchte die Situation von Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund in Österreich mit einem Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen; dieses zeigte, dass sich Personen aus der Türkei, Syrien und Afghanistan schlechter informiert fühlten als Personen ohne Migrationshintergrund und Personen aus der BKS-Community^v; insbesondere ältere Personen mit Migrationshintergrund wurden als intersektional vulnerable Gruppe identifiziert. Die Quellenkompetenz bezüglich Seriosität war bei den befragten Personen mit Flucht- oder Migrationshintergrund eher hoch. Sozialpolitische Maßnahmen zur Isolation könnten Neuangekommene besonders stark treffen, da diese meist kein stabiles soziales Netz haben. Einsamkeit wurde als Auslöser schwerer Depressionen wahrgenommen.³⁰ Der seit Pandemiebeginn gestiegene psychosoziale Versorgungsbedarf führe weiters zu einer Marginalisierung geflüchteter Personen, da deren Behandlung oft sprachliche Hürden und schwierige Themen mit sich bringe und manche Psychotherapeut*innen sich daher bei hoher Nachfrage eher für andere Klient*innen entscheiden würden^h.

Frauen leiden weltweit überdurchschnittlich stark unter den gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie, so auch in Bezug auf psychopathologische Symptomatiken³¹ (siehe Tabelle 1). Auch vor der Pandemie war die Prävalenz von Angst- und depressiven Störungen bei Frauen erhöht, Autor*innen einer österreichischen Studie kamen zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz depressiver Symptome seit Beginn der Corona-Krise bei Frauen überproportional gestiegen sei⁸. Die Lebenszufriedenheit österreichischer Frauen ist während dem ersten Lockdown, verglichen mit der Vorkrisenzeit stärker gesunken als bei Männern^{10,32}. Mehrere soziale Phänomene tragen vermutlich zu diesen Befunden bei: Weltweit sind die Meldungen häuslicher bzw. sexualisierter Gewalt in der Pandemie angestiegen; dies ist typisch für Krisensituationen und wurde auf den Wegfall sozialer Unterstützung, Isolation im Haushalt und eine angespanntere finanzielle Situation der Haushalte zurückgeführt³¹. Rund ein Viertel der

^v Bosnien-Herzegowina, Kroatien und Serbien

österreichischen Familien berichteten von einer gestiegenen Konflikthäufigkeit während des ersten Lockdowns^{10,33} (Diskussion der Implikationen siehe Kapitel 7). Dies könnte durch den „Dichtestress“ des beengten Zusammenlebens hervorgerufen worden sein⁸. Im Kontext von Lockdowns berichteten zu Beginn der Corona-Krise 18% der österreichischen Haushalte mit Kindern, dass es Probleme mit der Kinderbetreuung gäbe^{10,34}. Indes leisteten Frauen den größten Teil der Care-Arbeit in Familien^{2 10,35}; bei höherem Erwerbsausmaß des Vaters erledigte die Mutter meist den Großteil der Kinderbetreuung, bei höherem Erwerbsausmaß der Mutter hingegen wurde die Kinderbetreuung zwischen den Eltern aufgeteilt^{10,36}. Auch ökonomische Auswirkungen der Corona-Krise trafen in Österreich Frauen stärker als Männer³⁷; so war etwa die Reduktion bezahlter Arbeitsstunden bei Müttern zeitlich mit Schulschließungen korreliert, während dies bei Vätern nicht der Fall war³⁸. Insgesamt führte das zu einer Mehrfachbelastung der Mütter sowie fehlender Erholungszeit³⁹.

4.2. STATISTISCHE MODELLIERUNG SUBJEKTIVER GESUNDHEIT

4.2.1. EINLEITUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG

Die subjektive Gesundheit wurde in dieser Studie als Schätzer der tatsächlichen körperlichen und psychischen Gesundheit verwendet; dies ist in der Sozialforschung nicht unüblich⁴⁰. In der österreichischen Bevölkerung bestand während der Corona-Krise ein Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der psychischen Belastung^{10,41}. Im Rahmen der österreichischen EU-SILC Erhebung wurden Teilnehmende gebeten ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer Skala von 1 (= „sehr gut“) bis 5 (= „sehr schlecht“) einzuschätzen; diese Variable wird im folgenden Abschnitt als „subjektive Gesundheit“ bezeichnet. Die subjektive Gesundheit vor und nach der Corona-Krise wurde mittels linear-gemischter Regressionen („linear mixed models“) modelliert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass gemäß der statistischen Modellierung keine Veränderung der subjektiven Gesundheit seit Beginn der Corona-Krise vorlag. Dieser, mit der Literaturanalyse inkongruente Befund könnte auf einen unzureichend großen Zusammenhang von psychopathologischer Symptomatik und subjektiver Gesundheit zurückzuführen sein. Eine alternative Erklärung ist, dass nationale Studien zu Prävalenzraten meist auf Ad-hoc-Stichproben beruhen und daher die Durchschnittsbevölkerung nicht adäquat abbilden. Wie sich die subjektive Gesundheit in den Jahren 2021 und 2022 entwickelt haben wird, könnte potenziell Aufschluss über das Vorliegen eines verzögerten Effekts („lag“) geben.

4.2.2. TECHNISCHER ABLAUF

Die Voraussetzungen zeigten sich nur teilweise erfüllt: Die Verteilung der Residuen wich signifikant von, unter Normalverteilung erwarteten Werten ab (*Anderson-Darling-Statistik* = 157,77; $p < 0,001$). Der qq-Graph der Residuen war eher unauffällig, wobei es Abweichungen im oberen Bereich gab (siehe Appendix: Abbildung 5). Da sich die Parameterschätzer bei einer großen Stichprobe aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes der Normalverteilung annähern, sollte das linear gemischte Modell dennoch verlässliche Statistiken ergeben. Von einer Modellierung mittels logistisch-ordinalen Regression wurde abgesehen. Es lag kein Problem mit Multikollinearität vor (*GVIF* < 1,5 für alle Prädiktoren in Modell 2). In Schritt Null wurde ein reines „random-effects“-Modell geschätzt. In Schritt Eins wurde die Corona-Prä-Post-Variable ins Modell aufgenommen. Modell Eins erklärte die Daten signifikant besser als Modell Null ($\chi^2 = 10,86$; $p < 0,001$), bei einer marginalen Varianzerklärung, also Varianzerklärung durch

„fixed effects“ von 0,1% und einer konditionalen Varianzerklärung, also Varianzerklärung durch „fixed“ und „random effects“ von 49%.

In Schritt Zwei wurden Bundesland, Geburtsland, Urbanisierungsgrad, Geschlecht, Personenstatus, Alter, höchster Bildungsabschluss, Kinder (J/N), sowie Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung als Prädiktoren ins Modell aufgenommen. Modell Zwei erklärte die Daten signifikant besser als Modell Eins ($\chi^2 = 7721,30$; $p < 0,001$), bei einer marginalen Varianzerklärung von 24,0% und einer konditionalen Varianzerklärung von 52,7%. Tabelle 2 zeigt die Modellparameter von Modell Zwei.

In Schritt Drei wurden dem Modell Interaktionsterme aller Prädiktoren aus Modell 2 jeweils mit der Corona-Prä-Post-Variable hinzugefügt. Modell Drei erklärte die Daten *nicht* signifikant besser als Modell Eins ($\chi^2 = 17,39$; $p = 0,687$), bei einer marginalen Varianzerklärung von 24,0% und einer konditionalen Varianzerklärung von 52,7%. Keiner der individuellen Interaktionsterme war signifikant.

Aufgrund der hohen Stichprobengröße waren nahezu alle Prädiktoren in Modell 2 statistisch signifikant. Effektstärken unterhalb von $\beta < 0,1$ können bei kategorialen Prädiktoren als inhaltlich eher unbedeutsam interpretiert werden^{VI}.

Tabelle 2. Parameter von Modell 2 der subjektiven Gesundheit

„Fixed Effects“	β	SE	t	p
Achsenschnitt („Intercept“)	0,847	0,029	-29,289	<0,001
Universitär (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,504	0,017	-30,008	<0,001
Matura (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,372	0,016	-23,967	<0,001
Fach- oder Handelsschule (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,304	0,015	-19,792	<0,001
Armutsgefährdet (Referenzgruppe: Nicht Armutsgefährdet)	-0,268	0,014	19,008	<0,001
Lehre mit Berufsschule (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,208	0,013	-16,095	<0,001
Tirol (Referenzgruppe: Wien)	0,195	0,032	-6,028	<0,001
Salzburg (Referenzgruppe: Wien)	0,178	0,034	-5,254	<0,001
Geburtsland: Anderes	-0,137	0,014	9,554	<0,001
Vorarlberg (Referenzgruppe: Wien)	0,135	0,041	-3,313	0,001
Personenstatus: Partner (Referenzgruppe: Alleinlebend)	0,079	0,011	-7,102	<0,001
Oberösterreich (Referenzgruppe: Wien)	0,074	0,028	-2,611	0,009
Kärnten (Referenzgruppe: Wien)	0,071	0,033	-2,137	0,033
Burgenland (Referenzgruppe: Wien)	-0,042	0,043	0,981	0,327
Steiermark (Referenzgruppe: Wien)	0,031	0,027	-1,12	0,263
Haushalt mit Kindern (Referenzgruppe: Keine Kinder)	0,028	0,014	-1,973	0,049
Urbanisierung (linearer Trend gering<mittel<hoch)	-0,026	0,017	1,57	0,117
Alter	-0,024	<0,001	73,229	<0,001
Geschlecht: Weiblich (Referenzgruppe: Männlich)	0,021	0,008	-2,728	0,006
Niederösterreich (Referenzgruppe: Wien)	0,007	0,03	-0,253	0,801

Bemerkung. Tabelle 2 wurde nach dem Betrag der standardisierten Regressionskoeffizienten (β) sortiert. Ein negatives Vorzeichen entspricht einer geringeren subjektiven Gesundheit.

^{VI} Bemerkung. Bei intervallskalierten Prädiktoren (z.B. Alter) bezieht sich der Regressionskoeffizient auf die lineare Änderung pro Einheit (z.B. Lebensjahr). Während das Modell 2 beispielsweise für eine 18-jährige Person etwa eine subjektive Gesundheit von 0,41 vorhersagt, sind es für eine 50-jährige Person -0,35 und für eine 70-jährige Person -0,83 – also mittlere bis starke Effekte.

Unter Kontrolle der jeweils anderen Prädiktoren zeigten Personen mit sekundärem, bzw. tertiären Bildungsabschluss eine stark bis mittelstark^{VII} höhere subjektive Gesundheit, verglichen mit Personen mit Pflichtschulabschluss. Armutsgefährdete Personen berichteten eine mittelstark niedrigere subjektive Gesundheit; Personen aus Tirol, Salzburg und Vorarlberg berichteten schwach niedrigere subjektive Gesundheit als Personen aus den anderen Bundesländern. Personen mit anderem Geburtsland als Österreich wiesen ebenfalls eine schwach niedrigere subjektive Gesundheit auf. Eher unbedeutsam für die subjektive Gesundheit zeigten sich Personenstand, Urbanisierungsgrad, Geschlecht und Haushalt mit Kindern (J/N).

Die geringe Abnahme der subjektiven Gesundheit um 0,03 Standardabweichungen im Jahr 2020 im Vergleich zum Drei-Jahres-Durchschnitt war zwar statistisch signifikant, aber inhaltlich eher unbedeutsam. Es konnten keine Wechselwirkungen der anderen Variablen mit der Corona-Prä-Post-Variable entdeckt werden.

5. SOZIO-ÖKONOMISCHE KONSEQUENZEN UND WECHSELWIRKUNGEN

Der sozio-ökonomische Status (SES) ist eine Kombination des ökonomischen und sozialen Status einer Person und wird in der Sozialforschung als latentes Konstrukt definiert, welches typischerweise Bildung, Erwerbsstatus und Einkommen umfasst⁴². Der wechselseitige Zusammenhang von SES mit Gesundheit ist Gegenstand einer weitläufigen Forschungslandschaft; in der Literatur werden unter anderem Sozialisation, Gesundheitsverhalten, Gesundheitswissen und -skills, sowie Zugang zu Infrastruktur (medizinische Leistungen, Sport, gesunde Ernährung, sichere Wohnumgebung, etc.) als mechanistisch vermittelnde Faktoren diskutiert. Das Schwellenmodell postuliert, dass der Zusammenhang von SES und Gesundheit nur durch Personen, welche von Armut betroffen sind, erklärbar wäre; neuere Forschung zeigte allerdings, dass höherer SES auch oberhalb der Armutsschwelle mit besserer Gesundheit assoziiert war⁴². Eine Meta-Analyse von 42 Studien und über 20 mio. Personen zeigte den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesamtmortalität; als vermittelnder Faktor wurde unter anderem das Gesundheitsverhalten diskutiert⁴³. Auch allgemeine psychische Symptome (Stress, Depression, Angst, Somatisierung, subjektive Lebenszufriedenheit und Selbstwert), zeigten sich in einer Meta-Analyse bei arbeitslosen Personen (38%) gegenüber Erwerbspersonen (16%) erhöht, wobei die Autor*innen auf Basis längsschnittlicher Untersuchungen und natürlicher Experimente von einem kausalen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit auf Stress ausgingen⁴⁴. Die Autor*innen eines aktuellen systematischen Reviews über Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit bei jungen Personen kamen zu dem Schluss, dass die Kausalität des Zusammenhangs (bei jungen Personen) weniger klar sei und ein konfundierender Effekt des Baseline-Wertes psychischer Gesundheit vorliegen könnte⁴⁵. Das Suizidrisiko ist in den ersten fünf Jahren einer Langzeitarbeitslosigkeit überdurchschnittlich hoch⁴⁶. Langzeitarbeitslosigkeit ist zudem mit einem höheren Risiko für Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung, psychischen Belastungen und verminderter sozialer Teilhabechancen assoziiert⁴⁷. Makroökonomische Untersuchungen ergaben, dass die Stärke des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und (psychischer) Gesundheit durch sozialpolitische Maßnahmen bzw. Vorhandensein von Sozialleistungen moderiert wird^{43,44}. Die ökonomische und psychosoziale Situation sind folglich nicht losgelöst voneinander zu betrachten. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den ökonomischen Folgen der Corona-Krise.

^{VII} Entsprechend der Bezeichnung standardisierter Regressionskoeffizienten über .5 als stark, zwischen 0,3 und 0,5 als mittel und von 0,3 bis 0,1 als schwach.

5.1. ÖKONOMISCHE KONSEQUENZEN UND (LANGZEIT-)ARBEITSLOSIGKEIT

In einer Prognose des WIFO für die Jahre 2021 und 2022 wurde eine kräftige Erholung der heimischen Konjunktur vorhergesagt; so wird das BIP 2021 nach dem krisenbedingten Einbruch im Vorjahr (-6,3%) voraussichtlich um 4% und 2022 um 5% wachsen. Die österreichische Wirtschaftsleistung dürfte laut Prognose bereits im 3. Quartal 2021 wieder das Vorkrisenniveau erreichen. Aufgrund des hohen Wirtschaftswachstums gibt es auch eine zügige Erholung des Arbeitsmarkts. Trotz der deutlichen Rückläufigkeit der Nutzung von Kurzarbeit erholte sich die Beschäftigungsquote zuletzt rasch; dabei wird für unselbständig Beschäftigte im Jahr 2021 ein Anstieg um 2,1% und für 2022 ein Anstieg um 1,6% erwartet. Die Arbeitslosenquote wird 2021 voraussichtlich auf 8,5% und 2022 auf rund 8,0% sinken (2020: 9,9%). Erwartungsgemäß wird die Arbeitslosenquote trotz des Beschäftigungszuwachses auch nach Ende 2022 über dem Vorkrisenniveau liegen.⁴⁸

Der Hysterese Effekt beschreibt weiter bestehende Auswirkungen (z.B. Langzeitarbeitslosigkeit) bei bereits verschwundenem Auslöser (z.B. Corona-Krise). Der Zusammenbruch ganzer Wirtschaftssektoren (z.B. Gastronomie, Tourismus) kann zu branchenspezifischer Massenarbeitslosigkeit führen. In der Vergangenheit entstand Hysterese und Verfestigung von Langzeitarbeitslosigkeit insbesondere wenn Umschulungen schwer möglich waren; die Auswirkungen waren Hoffnungslosigkeit, Armut und schlechtere psychische Gesundheit bei Betroffenen⁴⁹.

In einem Artikel von „arbeit plus“ (Soziale Unternehmen Österreich) wird verfestigte Langzeitbeschäftigungslosigkeit als eine Langzeitfolge von Krisen diskutiert. Ein Drittel der erwerbslosen Personen in Österreich war zu Pandemiebeginn langzeitbeschäftigungslos^{viii}; aufgrund des krisenbedingten Anstiegs langzeitbeschäftigungsloser Personen im Jahr 2020 ist zu befürchten, dass diese Zahlen in Zukunft weiter steigen werden. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen, wobei der Rückgang im März/April 2020 auf den starken Anstieg der Erwerbsarbeitslosen insgesamt und nicht auf einen Rückgang der Langzeitbeschäftigungslosenquote zurückzuführen ist. Nach einem leichten Rückgang der Langzeitarbeitslosigkeit mit Tiefpunkt im Jahr 2018 lag der Anstieg im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr bei 18,4%. Im März 2021 galten 38,5% aller arbeitslosen Personen als langzeitbeschäftigungslos. Grundsätzlich ist die Langzeitbeschäftigungslosigkeit in der Mitte der Gesellschaft angekommen, jedoch sind Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder geringer formaler Bildung sowie ältere Personen am stärksten betroffen⁴⁷. Insbesondere ausländische Staatsbürger*innen wiesen, verglichen mit österreichischen Staatsbürger*innen, seit Beginn der Corona-Krise einen doppelt so hohen Rückgang der Erwerbstätigenquote auf³⁰. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger in Gastronomie, Beherbergungswesen, Bauwirtschaft, und Reinigungswesen beschäftigt waren, während Personen ohne Migrationshintergrund eher in krisensichereren Branchen, wie Gesundheits- und Sozialwesen, öffentlicher Verwaltung, Landesverteidigung und Erziehungs- und Unterrichtswesen arbeiteten⁵⁰. Gesundheitliche Probleme wie „Long-COVID“ könnten künftig zusätzlich zu einer erhöhten Langzeitarbeitslosigkeitsquote beitragen⁴⁶.

Um die Konsequenzen der Corona-Krise auf den sozioökonomischen Status der Österreicher*innen einer zusätzlichen, unabhängigen Untersuchung zu unterziehen, wurden Armuts- oder

^{viii} Langzeitarbeitslose Personen sind erwerbslose Personen, welche dem AMS seit zwölf Monaten oder länger gemeldet sind. Langzeiterwerbslose Personen sind dem AMS gemeldete langzeitarbeitslose Personen, wobei Arbeitsverhältnisse oder Schulungsteilnahmen von weniger als 62 Tagen nicht als Unterbrechung zählen. Die Zahl der Langzeiterwerbslosen liegt daher gleich hoch oder höher als die Zahl der Langzeitarbeitslosen.

Ausgrenzungsgefährdung und Jahresnettoeinkommen als Indikatoren ausgewählt und mittels sekundärstatistischer Analyse der EU-SILC Daten modelliert. Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass die Ergebnisse der Literaturanalyse in Kontext gesetzt werden können und die Verwendung repräsentativer Daten verlässliche Schlussfolgerungen auf die österreichische Bevölkerung erlaubt.

5.2. STATISTISCHE MODELLIERUNG DER ARMUTS- ODER AUSGRENZUNGSGEFÄHRDUNG

5.2.1. EINLEITUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG

In der vorliegenden Studie wurden die Auswirkungen demographischer Faktoren vor und nach der Corona-Krise auf die Wahrscheinlichkeit, armuts- oder ausgrenzungsgefährdet zu sein, anhand generalisiert-linearer gemischter Modelle untersucht. In der EU-SILC Erhebung der Statistik Austria gelten Personen als armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, wenn diese in Haushalten leben, die mindestens eines von der folgenden Kriterien erfüllen:

1. Das Haushaltseinkommen liegt unter 60% des Medians des äquivalisierten Jahresnettoeinkommens^{IX}.
2. Der Haushalt gilt als erheblich materiell depriviert. Dies ist der Fall, wenn vier von neun der folgenden Merkmale zutreffen: Der Haushalt hat Zahlungsrückstände (bei Miete, Strom oder Kreditraten); der Haushalt kann keine unerwarteten Ausgaben tätigen; der Haushalt kann sich Heizen, ausgewogene Ernährung, Urlaub, PKW, Waschmaschine, TV, Festnetztelefon oder Handy nicht leisten.
3. Als Haushalte mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität werden jene bezeichnet, in denen die Erwerbsintensität der Haushaltsmitglieder im Erwerbsalter (18-59 Jahre, ausgenommen Studierende) weniger als 20% des gesamten Erwerbspotentials beträgt.

Trotzdem die Modellierung zeigte, dass subjektiv weniger gesunde Personen, Alleinlebende, Personen mit Migrationshintergrund, Frauen, sowie ältere Personen deutlich wahrscheinlicher von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung betroffen waren, ergaben sich diesbezüglich im Jahr 2020 keine bedeutsamen Veränderungen im Vergleich zur Vorkrisenzeit.

5.2.2. TECHNISCHER ABLAUF

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung wurde mittels logistisch-gemischter Regression modelliert^X. Trendmäßig lag Multikollinearität zwischen Bundesland und Urbanisierungsgrad vor – es wurde daher nur Urbanisierungsgrad in Schritt 2 ins Modell aufgenommen. Danach lag kein Problem mit Multikollinearität vor ($GVIF < 1,5$ für alle Prädiktoren in Modell 2); die Voraussetzungen für gemischt-logistische Regression zeigten sich erfüllt.

^{IX} Äquivalisiertes Jahresnettoeinkommen bezeichnet das summierte Haushaltsnettoeinkommen, dividiert durch die gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder, wobei der ersten erwachsenen Person ein Gewicht von 1, jeder weiteren erwachsenen Person ein Gewicht von 0,5, und jedem Kind ein Gewicht von 0,3 zugewiesen wird.

^X Da mit dem Standard-Optimierungsprozess Konvergenzprobleme auftraten, wurden alle „lme4“-Optimierungsprozesse durchgeführt und die resultierenden Modelle verglichen. „Nlminbwrap“ und „nloptwrap.NLOPT_LN_NELDERMEAD“ konvergierten ohne Fehlermeldungen bei gleichzeitig höchster Log-Likelihood und sehr ähnlichen Parameterschätzungen; „nloptwrap.NLOPT_LN_BOBYQA“ ergab die gleichen Ergebnisse trotz Konvergenz-Warnmeldung.

In Schritt Null wurde ein reines „Random-Effects“-Modell geschätzt. In Schritt Eins wurde die Corona-Prä-Post-Variable ins Modell aufgenommen. Modell Eins erklärte die Daten signifikant besser als Modell Null ($\chi^2 = 5,27$; $p = 0,022$), bei einer marginalen Varianzerklärung, also Varianzerklärung durch „fixed effects“ von weniger als 0,1% und einer konditionalen Varianzerklärung, also Varianzerklärung durch „fixed“ und „random effects“ von 98,7%. Der Anteil von Personen, welche von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung betroffen waren, lag 2020 etwas höher als 2019, allerdings etwas unter dem Drei-Jahres-Durchschnitt von 2017 bis 2019. Es ist daher, übereinstimmend mit der Interpretation von Statistik Austria, keine relevante Veränderung der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdungsquote im Jahr 2020 zu verzeichnen.

In Schritt Zwei wurden Geburtsland, Urbanisierungsgrad, Geschlecht, Personenstatus, Alter, höchster Bildungsabschluss, Kinder (J/N), chronische Krankheit, sowie subjektive Gesundheit als Prädiktoren ins Modell aufgenommen. Modell Zwei erklärte die Daten signifikant besser als Modell Eins ($\chi^2 = 378,23$; $p < 0,001$), bei einer marginalen Varianzerklärung von 0,4% und einer konditionalen Varianzerklärung von 98,6%.

In Schritt Drei wurden dem Modell Interaktionsterme aller Prädiktoren aus Modell Zwei jeweils mit Corona-Prä-Post hinzugefügt. Modell Drei erklärte die Daten signifikant besser als Modell Zwei ($\chi^2 = 40,45$; $p = 0,001$), bei einer marginalen Varianzerklärung von 0,5% und einer konditionalen Varianzerklärung von 98,6%. Tabelle 3 zeigt alle „fixed effects“ aus Modell Drei.

Die Chance, in einem von Armut oder Ausgrenzung gefährdeten Haushalt zu leben, war für Personen, welche ihre subjektive Gesundheit geringer einschätzten, 3,7-fach erhöht; für alleinlebende Personen 3,1-fach erhöht, für Personen aus einem anderen Geburtsland 2,1-fach erhöht, für Frauen 1,8-fach erhöht sowie für 68-jährige 1,6-fach erhöht (im Vergleich zu 50-jährigen), jeweils unter Konstanthaltung der anderen Variablen in Modell Drei.

Zwei Interaktionseffekte lagen über dem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$, wobei sowohl im Falle von Haushalten mit Kindern als auch bei chronisch kranken Personen sich die Koeffizienten größtenteils gegenseitig aufhoben^{XI}.

Tabelle 3. Parameter von Modell 3 der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

„Fixed Effects“	Exp ^b	b	SD	z	p
Achsenschnitt („Intercept“)	<0,001	-8,896	0,192	-46,22	<0,001
Subjektive Gesundheit (linearer Trend gering < ... < hoch)	3,706	1,310	0,217	6,049	<0,001
Personenstatus: Partner (Referenzgruppe: Alleinlebend)	0,325	-1,124	0,125	-8,957	<0,001
Geburtsland: Anderes (Referenzgruppe: Österreich)	2,130	0,756	0,148	5,108	<0,001
Geschlecht: Weiblich (Referenzgruppe: Männlich)	1,777	0,575	0,085	6,778	<0,001
Alter (standardisiert $M=50$ $SD=18$)	0,603	-0,506	0,067	-7,581	<0,001
Haushalt mit Kindern (Referenzgruppe: Keine Kinder)	0,611	-0,492	0,165	-2,982	0,003
Coronakrise: Post (Referenzgruppe: 2017 - 2019)	0,640	-0,447	0,253	-1,766	0,077
Urbanisierung (linearer Trend gering<mittel<hoch)	1,530	0,425	0,137	3,106	0,002
Universität (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,661	-0,414	0,186	-2,224	0,026

^{XI}Gegeben, dass Corona Poststatus und Kinder im Haushalt als Dummy 1 codiert sind, ist die Chance Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdet zu sein

$$\begin{aligned} \text{logit}(P(Y = 1)) &= \text{Intercept} + B_{\text{kinder}} + B_{\text{corona}} + B_{\text{kinder*corona}} \\ \text{logit}(P(Y = 1)) &= 0 - 0,492 - 0,447 + 0,483 \\ P(Y = 1) &= e^{-0,456} = 0,63 \end{aligned}$$

Matura (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,687	-0,376	0,165	-2,279	0,023
Lehre mit Berufsschule (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,902	-0,103	0,130	-0,794	0,427
Fach- oder Handelsschule (Referenzgruppe: Pflichtschule)	0,921	-0,082	0,161	-0,513	0,608
Chronisch krank: Nein	1,015	0,015	0,109	0,137	0,891

Bemerkung: Tabelle 3 wurde nach dem Betrag der unstandardisierten Regressionskoeffizienten (B) sortiert. Der exponenzierte Regressionskoeffizient $\exp(B)$ entspricht einem Odds-Ratio, wobei $\exp(B) > 0$ einer erhöhten Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung entspricht.

Die Fortsetzung von Tabelle 3 findet sich im Appendix und zeigt die Interaktionseffekte.

Keines der Modelle wies eine hohe Varianzerklärung auf. Es ist zu schlussfolgern, dass seit Beginn der Corona-Krise bis Ende 2020 keine relevanten Veränderungen in der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung stattgefunden haben, sowohl im insgesamten Vergleich mit den drei Vorjahren als auch unter Berücksichtigung von Geburtsland, Urbanisierungsgrad, Geschlecht, Personenstatus, Alter, höchstem Bildungsabschluss, Kinder (J/N), chronischer Krankheit, sowie subjektiver Gesundheit.

5.3. STATISTISCHE MODELLIERUNG DES JAHRESNETTOEINKOMMENS

5.3.1. EINLEITUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG

Ergänzend zur Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung wurde das Jahresnettoeinkommen auf Personenebene modelliert. Als intervallskalierte Variable weist das Jahresnettoeinkommen einen höheren Informationsgehalt als die binäre Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung auf; darüber hinaus zeigte die Literaturanalyse (siehe Einleitung, Kapitel 5), dass auch oberhalb der Armutsschwelle eine Assoziation von sozio-ökonomischem Status und Gesundheit zu erwarten ist. Daher wurde das Jahresnettoeinkommen als zusätzlicher Indikator des sozio-ökonomischen Status verwendet.

Trotzdem keine Änderungen im Vergleich zur Vorkriegszeit vorlagen, zeigte die Modellierung dennoch große Einkommensdefizite von Frauen, Personen mit geringer formaler Bildung, sowie von Personen, die nicht in Österreich geboren worden waren.

Insgesamt ist zu schlussfolgern, dass seit Beginn der Corona-Krise bis Ende 2020 das Jahresnettoeinkommen durchschnittlich annähernd linear weiter gestiegen ist und sich in diesem Zeitraum keine signifikanten Änderungen bezüglich Einkommensunterschieden zwischen demographischen Gruppen ergeben haben. Laut Austrian Corona Panel Project haben rund ein Drittel der Österreicher*innen im Zuge der Corona-Krise finanzielle Unterstützungsleistungen^{xii} erhalten^{10,51}; finanzielle Unterstützungsleistungen wurden etwa durch die WKO organisiert⁵². Ein wirtschaftspolitischer Vergleich von Österreich mit anderen europäischen Ländern ergab, dass das österreichische Steuersystem, sowie sozialpolitische Hilfeleistungen zu einer vergleichsweise hohen finanziellen Gerechtigkeit führen würden³⁷. Zusammengenommen sprechen diese Befunde und die Modellierung der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung, sowie die Modellierung des Jahresnettoeinkommens für eine erfolgreiche Abfederung sozio-ökonomischer Auswirkungen der Corona-Krise auf die Österreicher*innen.

^{xii} Kurzarbeitszuschuss, Sozialhilfe, AWS-Kredit, Arbeitslosenunterstützung oder Härtefonds

5.3.2. TECHNISCHER ABLAUF

Das Jahresnettoeinkommen vor und nach der Corona-Krise wurde mittels linear-gemischter Regressionen („linear mixed models“) modelliert. Die Residuen von Modell 2 waren nicht normalverteilt (*Anderson-Darling-Statistik* = 1527,2; $p < 0,001$). Der qq-Graph der standardisierten Residuen deutete auf eine „fat tail“-Verteilung hin und entspricht am ehesten einer Student-t-Verteilung (siehe Appendix: Abbildung 6). Da sich die Parameterschätzer bei einer großen Stichprobe aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes der Normalverteilung annähern, sollte das linear gemischte Modell dennoch verlässliche Statistiken liefern. Von einer Modellierung mittels Student-t-Regression wurde abgesehen.

Trendmäßig lag Multikollinearität zwischen Bundesland und Urbanisierungsgrad vor – es wurde daher nur der Urbanisierungsgrad in Schritt 2 ins Modell aufgenommen. Danach lag kein Problem mit Multikollinearität vor (*GVIF* < 1,5 für alle Prädiktoren in Modell 2).

In Schritt Null wurde ein reines „random-effects“-Modell geschätzt. In Schritt Eins wurde die Corona-Prä-Post-Variable ins Modell aufgenommen. Schritt Eins wurde der Einheitlichkeit halber durchgeführt; das arithmetische Mittel und der Median des Jahresnettoeinkommens stiegen 2020 weiterhin an, eine Auswirkung der Corona-Krise war auch deskriptivstatistisch nicht erkennbar.

In Schritt Zwei wurden Geburtsland, Urbanisierungsgrad, Geschlecht, Personenstatus, chronische Erkrankung (J/N), Alter, höchster Bildungsabschluss, Kinder (J/N), sowie subjektive Gesundheit als Prädiktoren ins Modell aufgenommen. Modell Zwei erklärte die Daten signifikant besser als Modell Eins ($\chi^2 = 11214$; $p < 0,001$), bei einer marginalen Varianzerklärung von 24,1% und einer konditionalen Varianzerklärung von 48,3%. Tabelle 4 fasst die Ergebnisse aus Modell 2 zusammen.

Tabelle 4. Parameter von Modell 2 des Jahresnettoeinkommens

„Fixed Effects“	b	SE	t	p
Achsenschnitt („Intercept“)	19445,6	317,8	61,2	<0,001
Universität (Referenzgruppe: Pflichtschule)	20042,7	349,5	57,3	<0,001
Geschlecht: Weiblich (Referenzgruppe: Männlich)	-11970,8	162,1	-73,8	<0,001
Matura (Referenzgruppe: Pflichtschule)	9792,9	325,0	30,1	<0,001
Fach- oder Handelsschule (Referenzgruppe: Pflichtschule)	7549,3	322,4	23,4	<0,001
Lehre mit Berufsschule (Referenzgruppe: Pflichtschule)	5550,1	270,7	20,5	<0,001
Alter (standardisiert $M=50$ $SD=18$)	5471,8	126,6	43,2	<0,001
Geburtsland: Anderes (Referenzgruppe: Österreich)	-4923,2	291,9	-16,9	<0,001
Subjektive Gesundheit (linearer Trend)	-4617,7	487,1	-9,5	<0,001
Personenstatus: Partner (Referenzgruppe: Alleinlebend)	1509,8	224,2	6,7	<0,001
Urbanisierung (linearer Trend gering<mittel<hoch)	1052,9	217,6	4,8	<0,001
Coronakrise: Post (Referenzgruppe: 2017 - 2019)	761,3	192,9	3,9	<0,001
Chronisch krank: Nein	622,7	211,7	2,9	0,003
Haushalt mit Kindern (Referenzgruppe: Keine Kinder)	510,5	287,6	1,8	0,076

Bemerkung. Tabelle 4 wurde nach dem Betrag der unstandardisierten Regressionskoeffizienten (B) sortiert. B entspricht für kategoriale Variablen dem Gruppenunterschied in Euro, unter Konstanthaltung aller anderen Faktoren.

In Schritt Drei wurden dem Modell Interaktionsterme aller Prädiktoren aus Modell 2 jeweils mit Corona-Prä-Post hinzugefügt. Modell Drei erklärte die Daten *nicht* signifikant besser als Modell Eins ($\chi^2 = 18.64$; $p = 0,350$), bei einer marginalen Varianzerklärung von 24,1% und einer konditionalen Varianzerklärung von 48,3%. Keiner der Interaktionsterme war signifikant. Der Interaktionsterm zwischen Corona-Prä-Post und Geburtsland war nur knapp nicht signifikant ($p = 0,080$), wobei Personen mit

anderem Geburtsland nach der Corona-Krise rund 902€ Jahresnettoeinkommen weniger zur Verfügung standen als das additiv-lineare Modell 2 geschätzt hätte.

Frauen verdienten in den Jahren 2017 bis 2020 11.970€ pro Jahr weniger als Männer; Personen mit höherem Bildungsabschluss verdienten bis zu 20.042€ mehr als Pflichtschulabsolvent*innen; pro 18 Lebensjahren stieg das Jahresnettoeinkommen linear um 5471€; Personen mit anderem Geburtsland als Österreich verdienten 4923€ weniger; je geringer die subjektive Gesundheit, desto geringer war auch das Jahresnettoeinkommen, jeweils unter Konstanthaltung aller anderen Variablen in Modell Zwei.

5.4. SOZIALGESELLSCHAFTLICHE KONSEQUENZEN

Gemäß der IASC-Pyramide psychosozialer Interventionen kann in Krisensituationen die psychische Belastung eines mehrheitlichen Bevölkerungsanteils durch Aufrechterhaltung der finanziellen Sicherheit, sowie der Förderung familiärer und gemeinschaftlicher Unterstützung präventiv aufgefangen werden^{53,54}. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit gesellschaftlicher Solidarität und dem Vertrauen in den Staat der Österreicher*innen.

Ergebnisse des Austrian Corona Panel Projects (ACPP) zeigen, dass sich seit Beginn der Corona-Krise rund die Hälfte der Österreicher*innen nachbarschaftlich engagieren – 2019 war es rund ein Drittel^{10,55}. Die selbstberichtete Solidarität gegenüber verschiedenen Personengruppen war im Jahr 2021 ähnlich wie 2018, wobei die Solidarität der Österreicher*innen gegenüber Menschen auf der ganzen Welt etwas zugenommen, gegenüber Menschen mit Krankheiten und Behinderungen sowie älteren Personen etwas abgenommen hatte. Die Bereitschaft, die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie mitzutragen korrelierte positiv mit der generellen selbstberichteten Solidarität^{10,56}. Das Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in Wissenschaft, Gesundheitswesen, sowie Legislative und Exekutive ging zwischen April 2020 und April 2021 generell zurück, wobei das Vertrauen in Wissenschaft, Gesundheitswesen, Polizei und Bundesheer eher hoch geblieben war^{10,57} (Abbildung 1).

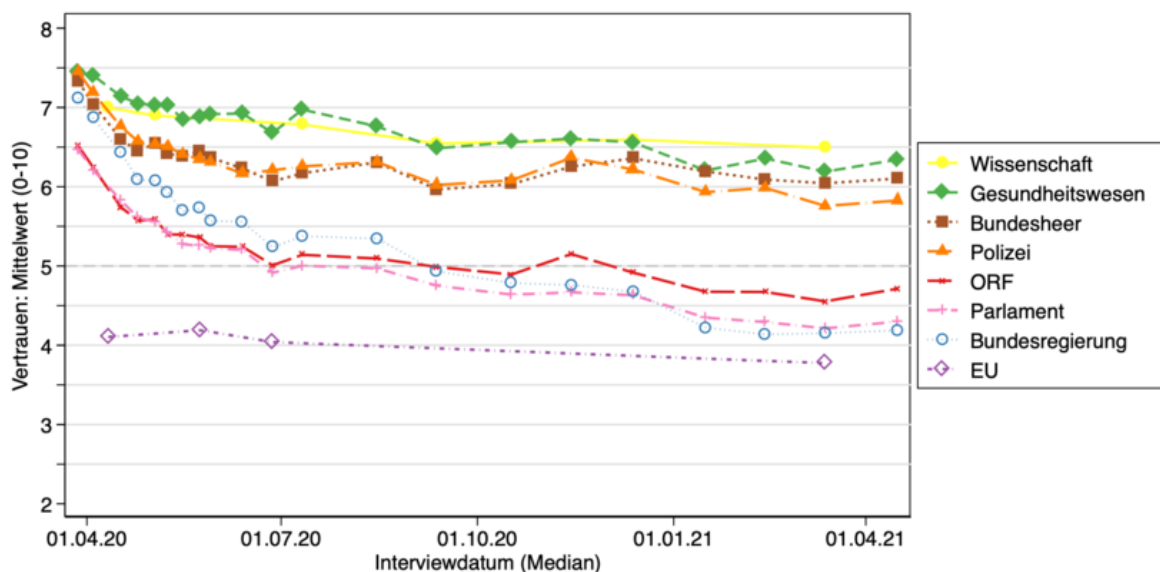


Abbildung 1. Vertrauen in öffentliche Institutionen in der Corona-Krise (Daten: ACPP, Welle 1-22, gewichtet). Mit freundlicher Genehmigung der Autor*innen kopiert aus „Corona-Dynamiken 29“, ACPP Blog.⁵⁷

Das Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in den Staat, im akuten Katastrophenfall die öffentliche Sicherheit und Grundversorgung mit Lebensmitteln und Medikamenten aufrechtzuerhalten ist

relativ hoch; rund ein Drittel der Menschen hatte 2021 selbst ausreichend Lebensmittel und Medikamente für mehrere Wochen vorrätig^{10,58}. Insgesamt zeige sich im ACPP durchgängig, dass arbeitslose Personen sich deutlich von der Restbevölkerung unterschieden, während sich Nicht-Erwerbspersonen, Personen in Kurzarbeit und Erwerbstätige ähnlicher waren. Besagte Unterschiede fanden sich beispielsweise in einer negativeren Emotionalität, geringeren Lebenszufriedenheit, und etwas geringerem Systemvertrauen arbeitsloser Personen. Die Daten des ACPP-Daten lassen sich in einem nutzerfreundlichen Webtool einfach aufbereiten und stellen somit eine einzigartige Informationsquelle dar (<https://woco.univie.ac.at/dashboard/>).^e

Bisher wurden psychische, ökonomische und soziale Auswirkungen der Corona-Krise näher beleuchtet. Im folgenden Abschnitt werden weitere Mess- und Erklärungsmodelle diskutiert und ein integratives Wirkmodell vorgestellt.

6. INTEGRATIVE ERKLÄRUNGSMODELLE UND ERWARTETE LANGZEITFOLGEN

Der „World Happiness Report“ ist eine einzigartige Untersuchung der globalen Lebenszufriedenheit und basiert vornehmlich auf den „Gallup“-Erhebungen. Im Jahr 2021 lag der Fokus auf der Corona-Krise, für deren psychosozialen Auswirkungen vier Wirkmechanismen diskutiert wurden. Die Autor*innen sagten künftig einen erneuten Anstieg psychosozialer Probleme mittels zeitverzögerter Wirkmechanismen vorher, diese umfassten unzureichende psychosoziale Unterstützungsangebote, sowie indirekte Auswirkungen wirtschaftlicher Rezession und daraus resultierende Armut (Abbildung 2)⁵⁹. Für Österreich erwarten Expert*innen mittelfristig eine weiterhin hohe bis steigende Prävalenz psychopathologischer Symptomaten^{fg}, insbesondere bei sozial Benachteiligten^{fg} und Personen mit gesundheitlich schwerwiegend betroffenen Freunden oder Angehörigen^{cd}.

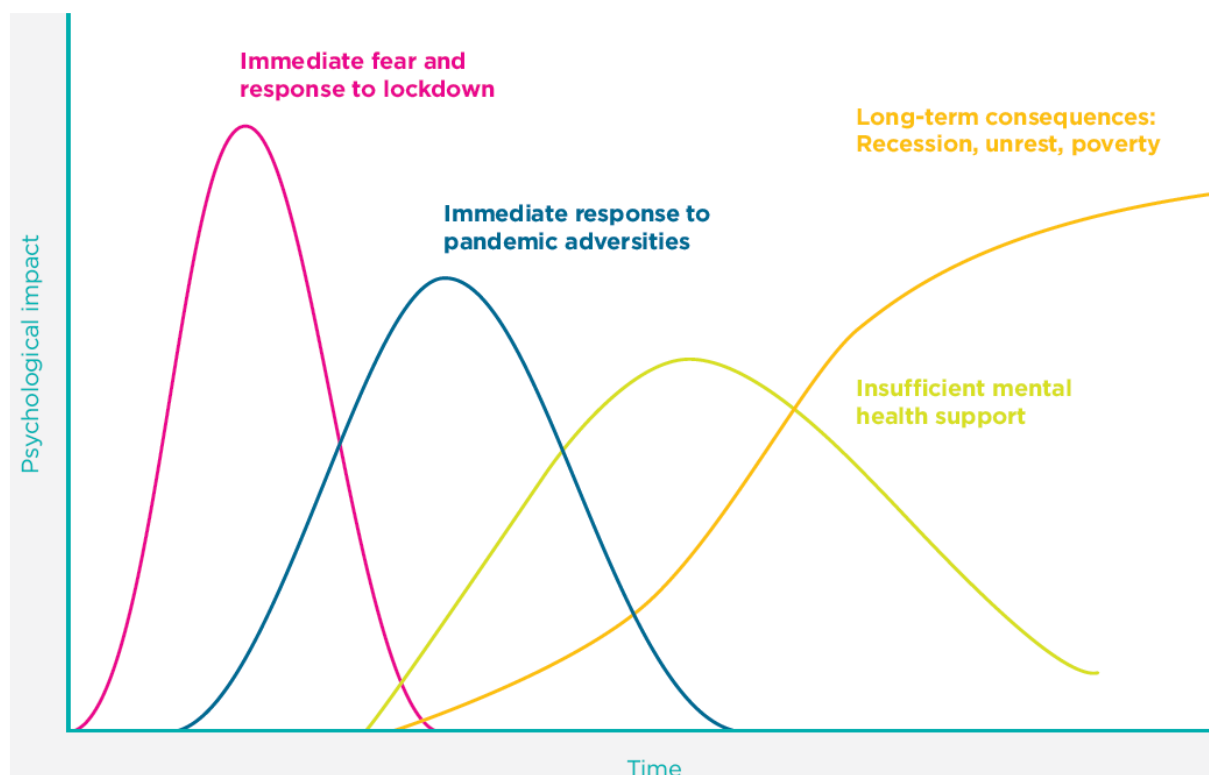


Abbildung 2. Zeithorizont der wichtigsten Effekte der Pandemie auf die psychische Gesundheit. Mit freundlicher Genehmigung der Autor*innen kopiert aus dem World Happiness Report 2021.⁵⁹

Mittlerweile existieren psychometrische Modelle, um psychische Auswirkungen der Corona-Krise besser messbar zu machen. Der „FACT-19“-Fragebogen operationalisiert die pandemische Stressbelastung als Kombination von „letaler Bedrohung“ (die Angst zu sterben), Existenzangst (die Angst zu verarmen), Isolation (Einsamkeit), und Befürchtungsdynamik (Sorgen). Die „Covid Stress Scale“ (CSS) erfasst ebenfalls die Angst zu erkranken und die Angst zu verarmen; zusätzlich werden Belastungs-Symptome (intrusive Gedanken, Alpträume), Zwänge, sowie xenophobe Tendenzen erhoben⁶⁰. Beide Fragebögen stützen sich auf das Bio-Psycho-Soziale Standardmodell der Gesundheit, welches die Wechselwirkung des Individuums mit seiner (sozialen) Umwelt betont. Allgemein ist von einer Wirkung gesellschaftlicher Krisen auf die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung mittels wirtschaftlicher Rezession und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit auszugehen. Mögliche psychosoziale Langzeitwirkungen der Corona-Krise sind Gegenstand eines regen Diskurses, wobei Expert*innen darauf hinwiesen, dass Vorkursprognosen der ferneren Zukunft immer ein hohes Maß an Unsicherheit mit sich bringen^{cdefghi}.

Das Risiko für psychische Störungen zeigt sich bei Menschen, die in Armut leben mittels Existenzbedrohung und Befürchtungsdynamiken erhöht. Gleichzeitig laufen Menschen mit psychischen Störungen Gefahr in Armut abzurutschen, da sie nicht adäquat auf ökonomische Schocks reagieren können⁴⁹. Zusätzlich verringern psychische Störungen die Chancen auf Anstellung mittels Stigmatisierung durch Arbeitgeber*innen⁶¹. Es ist daher von einem wechselseitigen Zusammenhang von Armut, bzw. Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit auszugehen⁶². Eine aktuelle Längsschnittstudie aus Deutschland kam zu dem Schluss, dass Arbeitslosigkeit und Einsamkeit mit schlechterer psychischer Gesundheit im Kontext der Corona-Krise einhergingen⁶³. Zusätzlich zu ökonomisch vermittelten Phänomenen schieben soziale Isolation und Einsamkeit im Zusammenhang mit Stress und psychischer Gesundheit zu stehen. Ein, vor der Pandemie veröffentlichtes systematisches Review zeigte ebenfalls, dass wahrgenommene soziale Unterstützung, aber auch Einsamkeit mit erhöhten depressiven, und möglicherweise angstbezogenen sowie schizophrenen Symptomatiken assoziiert war⁶⁴. Eine internationale Studie mit 13660 älteren Erwachsenen aus 62 Ländern ergab, dass soziale Isolation mit schlechterer psychischer Gesundheit, bzw. COVID-19-bezogenem Stress korrelierte, wobei der Zusammenhang in Ländern mit mehr COVID-19-bedingten Todesfällen stärker war⁶⁵. Auch bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich in einem großangelegten systematischen Review ein Zusammenhang von Einsamkeit mit depressiven und angstbezogenen Symptomatiken im Kontext der Corona-Krise; dabei wiesen längsschnittliche Untersuchungen auf einen kausalen Effekt von Einsamkeit auf psychische Gesundheit hin⁶. Berührungsdeprivation wird als Wirkfaktor diskutiert; belastet zeigten sich insbesondere Singles³⁹. In Österreich fühlten sich 2020 vor allem Frauen, Schüler*innen, Student*innen, sowie arbeitslose und alleinlebende Personen einsam^{10,66}. Es bestanden positive Korrelationen zwischen Einsamkeit und den Coping-Strategien „Ablenkung“ und „Verleugnung“, während hingegen mit geringerer Einsamkeit die Wahrscheinlichkeit stieg, die Situation zu akzeptieren, positiv umzudeuten oder mit Humor zu nehmen^{10,67}.

Die obig diskutierte Literatur liefert Hinweise auf kausale Zusammenhänge der Corona-Krise auf wirtschaftliche Rezession und Arbeitslosigkeit, sowie indirekt Wirkungen über (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, bzw. Armut auf die psychische Gesundheit; zudem vermitteln vermutlich Einsamkeit, Stress und krankheitsbezogene Sorgen den direkten Zusammenhang der Corona-Krise mit der psychischen Gesundheit. Abbildung 3 stellt das erarbeitete Wirkmodell grafisch dar.

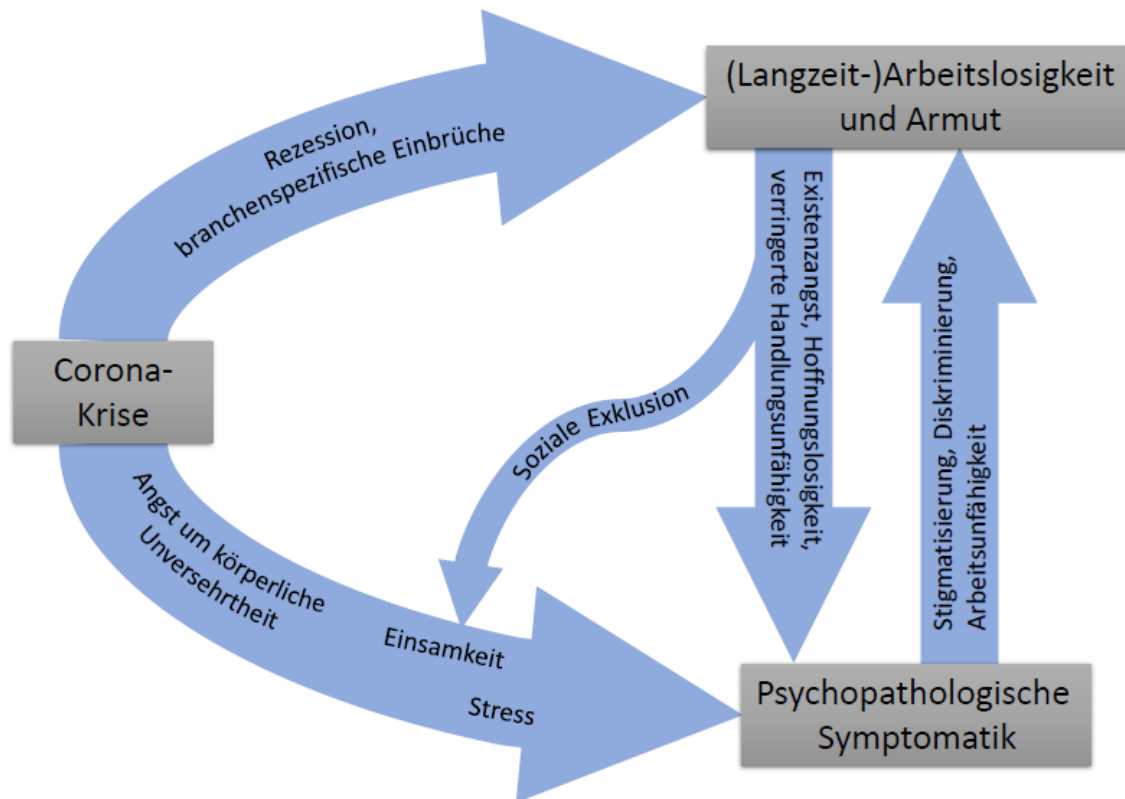


Abbildung 3. Wirkmodell psychosozialer Auswirkungen der Corona-Krise. Vermittelnde Faktoren sind als blaue Pfeile zwischen den grauen Boxen dargestellt.

7. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE ARBEITSMARKTPOLITIK

Psychosoziale Unterstützungsangebote können auf verschiedene Arten klassifiziert werden. Eine Möglichkeit bietet die Interventionspyramide, welche von IASC für Krisensituationen entwickelt, und von GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) für die Corona-Krise adaptiert wurde⁵⁴ (Abbildung 4). Die Grundidee ist, dass Krisen Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung haben und nicht nur an der Ebene individueller Therapie im Störfall angesetzt werden sollte – so bildet laut Modell die Aufrechterhaltung sozialer Sicherheit und Existenzsicherung die Grundlage für die Prävention psychosozialer Probleme. Darauf aufbauend soll Engagement der Zivilgesellschaft bzw. der gesellschaftliche Zusammenhalt gefördert werden, um mittels familiärer bzw. gemeinschaftlicher Unterstützung der Entstehung psychosozialer Probleme vorzubeugen. Im Sinne der Sekundärprävention helfen fokussierte, nicht spezialisierte Unterstützungsangebote bei vulnerablen Zielgruppen mittels Psychoedukation und Schulungen störungswertige Problematiken zu erkennen, sowie subklinische Leidenszustände abzumildern. Durch Maßnahmen auf den drei unteren Ebenen soll die Entstehung bzw. Aggravation psychischer Störungen verhindert werden – erst die oberste Ebene betrifft den Ausbau spezialisierter Hilfestellungen, wie etwa das psychotherapeutische oder psychiatrische Angebot. Zudem kann argumentiert werden, dass beispielsweise psychische Probleme aufgrund finanzieller Existenzängste potenziell besser durch die Wiederherstellung finanzieller Sicherheit als durch Psychotherapie behandelt werden können^d. Die untenstehenden Lösungsansätze sind in diesem Sinne als sich ergänzende Ebenen psychosozialer Interventionen zu verstehen.

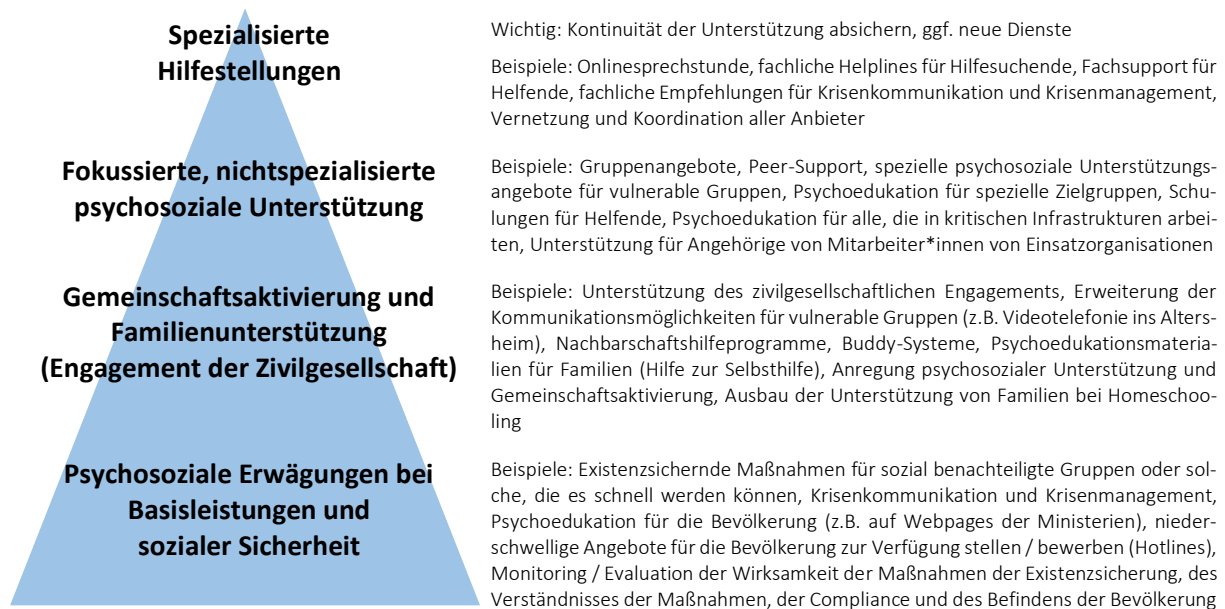


Abbildung 4. IASC-Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung⁵³, überarbeitet durch GÖG⁵⁴, Layout angepasst.

Grundlage jeder Intervention ist eine solide Datengrundlage. Da in Österreich keine regelmäßigen, systematischen psychiatrisch-epidemiologischen Untersuchungen durchgeführt werden existieren keine kontinuierlichen und verlässlichen Schätzungen der Prävalenzen psychischer Störungen. Existierende Publikationen weisen starke Differenzen in Methodik, Stichprobenziehung, und vielen weiteren Merkmalen auf, welche zu hohen Streuungen der Schätzungen und einer erschwerten Interpretierbarkeit führen. Auf lange Sicht wäre die Finanzierung psychiatrischer Epidemiologie auf (inter-)nationaler Ebene wünschenswert^c. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) plant im Rahmen des Projekts „Psychosoziale Gesundheit – COVID-19“ ein Monitoringsystem für den psychosozialen Gesundheitszustand der österreichischen Allgemeinbevölkerung, um eine Datengrundlage für die Bewertung subklinischer Problematiken zu schaffen⁵⁴. Zusätzlich wäre künftig die systematische Erhebung von Prävalenzen klinisch relevanter psychischer Störungen im Sinne einer psychiatrischen Epidemiologie wünschenswert.

7.1. LÖSUNGSANSÄTZE AUF GESAMTGESELLSCHAFTLICHER EBENE

Die Sicherstellung der sozialen und finanziellen Sicherheit der Bevölkerung bildet die Basis psychosozialer Interventionen im Krisenfall; dies wurde in Österreich beispielweise durch die WKO umgesetzt⁵². Frauen zeigten sich besonders von wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Krise betroffen, wobei das österreichische Steuersystem, sowie sozialpolitische Hilfeleistungen diesem Effekt entgegenwirkten und im internationalen Vergleich zu geringen Auswirkungen führten³⁷. Die Effekte von Homeoffice und flexibler Arbeitszeitgestaltung auf die (psychische) Gesundheit wurden in einer repräsentativen Studie untersucht – es zeigte sich, dass Homeoffice und flexible Arbeitszeitgestaltung generell mit positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit assoziiert waren⁶⁸. Bei Personen mit Kindern bzw. erhöhtem Aufwand an Care-Arbeit konnten Homeoffice und flexible Arbeitszeiten

allerdings auch zu einer Mehrfachbelastung führen und die positiven Effekte ins Gegenteil verkehren³⁹; das galt insbesondere für Frauen und Personen in beengten Wohnverhältnissen^{10,69}. Generell verspricht der derzeitige wirtschaftliche Aufschwung eine rasche Erholung des Arbeitsmarktes, trotz der rückläufigen Inanspruchnahme von Kurzarbeit. Insgesamt scheinen in Österreich finanzielle Auswirkungen der Krise vorerst relativ gut abgefangen worden zu sein (siehe Kapitel 5). Zur Prävention von Hysterese empfiehlt sich die gezielte wirtschaftliche Förderung von besonders betroffenen Sektoren⁴⁹. Um dem Weiterbestehen einer erhöhten Langzeitbeschäftigungslosenquote entgegenzuwirken, könnte das Miteinbeziehen der Arbeitgeber*innen in die Arbeitsmarktpolitik in Betracht gezogen werden⁴⁷. Um Langzeitarbeitslose zielführend zu unterstützen, empfahl ein/e interviewte Arbeitsmarktexpert*in folgende Maßnahmen:

- ❖ Besonderer Fokus und Schulung des Beratungspersonals im Hinblick auf Requalifizierung mit nachfolgender Vermittlung, bevor es zu Langzeitarbeitslosigkeit kommt
- ❖ Lohn-Subvention (Eingliederungshilfe)
- ❖ Beschäftigung von Langzeitarbeitslosen in sozialen, ökologischen und kulturellen Projekten
- ❖ Ordnungspolitische Maßnahmen für Arbeitgeber*innen (zum Beispiel Einstellungsquoten für ältere Personen)^a

Bezüglich Abfederung psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit empfehle sich Schulung des Beratungspersonals auf früheres, sensibles Ansprechen psychischer Problematiken und ggf. Vermittlung zu spezialisierten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen^a. Psychiatrische Rehabilitation zeige die größten Behandlungserfolge, wenn die Rehabilitand*innen zum Zeitpunkt der Überweisung noch erwerbstätig gewesen sein – daher sei das möglichst frühe Erkennen psychischer Problematiken auch hier essenziell für eine erfolgreiche und kostengünstige Präventionⁱ. Auch die Stigmatisierung Arbeitssuchender als „Sozialschmarotzer“ trage zur psychosozialen Belastung Betroffener bei; hier sei auf lange Sicht ein arbeitsmarktpolitischer Perspektivenwechsel wünschenswert^a. Die Autor*innen des vorliegenden Berichts sehen dies bezüglich die Einführung eines bedingungslosen Grundeinkommens als besonders erstrebenswerte Arbeitsmarktreform.

Die Förderung gesellschaftlichen Zusammenhalts, sowie Gemeinschaftsaktivierung und Unterstützung von Familien ist eine Basismaßnahme zur Vorbeugung psychosozialer Probleme in Krisensituationen. Wie in Kapitel 5.4 geschildert, kam es seit Beginn der Pandemie in Österreich zu einer Zunahme nachbarschaftlicher Hilfe, annähernd konstanter Solidarität gegenüber verschiedenen Bevölkerungsgruppen, und einer geringfügigen Abnahme des Vertrauens in das politische System. Die Impf-Thematik trage potenziell zur Spaltung der Gesellschaft bei^c.

In Krisensituationen kann Information Sicherheit schaffen und Angst reduzieren¹. In einer Meta-Analyse wurde unzureichendes Wissen über COVID-19 als Risikofaktor für Angst-Symptomatiken berichtet². Eine Querschnittsstudie wies auf einen negativen Zusammenhang subjektiver psychischer Gesundheit und der Fähigkeit pseudowissenschaftliche von wissenschaftlicher Information zu unterscheiden hin⁷⁰. Diese Befunde unterstreichen die Wichtigkeit flächendeckender Informationskampagnen und fundierter Aufklärungsarbeit in Krisensituationen; Verunsicherung durch unklare Kommunikation der gesellschaftlichen Hygienemaßnahmen stellte in Österreich zu Beginn der Corona-Krise eine Zusatzbelastung der Bevölkerung dar^{ah}. Eine Untersuchung des Informationstransfers der Hygienemaßnahmen zu Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund zeigte, dass von offizieller Seite zwar mehrsprachige Informationen online zur Verfügung gestellt werden, ein die Effektivität des Transfers jedoch von einer vermehrten Miteinbeziehung der Communities und aufsuchender Informationsvermittlung profitieren könnte³⁰. In Flüchtlingsheimen kann die Verfügbarkeit von WLAN maßgeblich zur

Informationsvermittlung und subjektiven Handlungsfreiheit beitragen²⁹. Die gezielte Information vulnerabler Gruppen und die Miteinbeziehung von Community-Vertreter*innen stellt insofern einen der wichtigsten Ansatzpunkte dar. Weitere vulnerable Gruppen bezüglich Informationstransfer, welche eine spezifische Strategie erfordern, sind Kinder und Jugendliche, ältere Personen, sowie Gesundheitspersonal („frontline workers“)⁵⁴.

Zusammenfassend ist die Sozialpolitik gefordert, Maßnahmen zur Verringerung von Armut oder Langzeitarbeitslosigkeit beizubehalten, sowie eine Verbesserung des gesellschaftlichen Zusammenhalts bzw. zivilgesellschaftlichen Engagements anzustreben. Dies könnte mittelfristig etwa durch institutionalisierte Aufarbeitungsarbeit und durch gezielte Informationskampagnen geschehen. Für eine nachhaltige Gestaltung der Arbeitsmarktpolitik im Hinblick auf die Prävention von Hysterese und Langzeitarbeitslosigkeit bieten sich folgende Ansatzpunkte an: Miteinbeziehen von Arbeitgeber*innen, finanzielle Eingliederungshilfe, (Transit-)Beschäftigung von Langzeitarbeitslosen in sozialen, ökologischen und kulturellen Projekten, Einstellungsquoten, sowie frühzeitiges Ansprechen psychosozialer Problematiken im Beratungskontext. Das Erkennen von psychosozialen Problemen ist der erste Schritt, Betroffenen den Zugang zu spezialisierten Unterstützungsangeboten zu ermöglichen. Auf lange Sicht ist die Durchführung systematischer Studien zur Prävalenz psychischer Störungen wünschenswert, um eine solide Datengrundlage zu schaffen.

7.2. LÖSUNGSANSÄTZE AUF INDIVIDUALEBENE

Die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zum psychosozialen Versorgungssystem gehört zu den wichtigsten Herausforderungen auf Ebene der spezifischen und unspezifischen psychosozialen Unterstützungsangeboten. Zu den unspezifischen Angeboten zählen insbesondere Onlineangebote und -beratung, sowie psychosoziale Telefondienste („Hotlines“). Psychosoziale Onlineangebote gäbe es generell noch zu wenige^f. Bezüglich Hotlines scheint die Angebotslandschaft insgesamt weniger von der Schaffung neuer Angebote, und hauptsächlich vom Ausbau und der Unterstützung bestehender Angebote zu profitieren, wobei Mehrsprachigkeit essenziell zur Niederschwelligkeit beitrage^d. Im Rahmen des Projekts „Psychosoziale Gesundheit – COVID-19“ des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) soll das Angebot psychosozialer Hotlines optimiert werden⁵⁴. Zudem sollten in Schulen und Betrieben systematisch Suizidpräventionsangebote zur Verfügung gestellt werden^f. Neben einem niederschweligen Unterstützungsangebot für besonders betroffene Personengruppen könnten institutionalisierte Aufarbeitungsarbeit bzw. öffentliche Gedenken der durch COVID-19 verstorbenen Personen zur Reduktion psychosozialer Belastungen beitragen^c.

Aufgrund der, in Kapitel 4.1 beschriebenen Häufung häuslicher, bzw. sexueller Gewalt gegen Frauen während der Corona-Krise empfiehlt sich die Sensibilisierung von Personal, welches in regelmäßigem Kundenkontakt steht. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz stellte im Verlauf der Corona-Krise eine aktuelle Liste mit einschlägigen Angeboten für betroffene Frauen online zur Verfügung ([Link](#)). Das Erkennen der Zeichen von Gewalt an Frauen ist hier der erste Schritt; im Beratungskontext sind das

- ❖ Symptome von Depression, Angst, Posttraumatischer Belastungsstörung, Schlafstörungen
- ❖ Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten
- ❖ Konsum von Alkohol und anderen Rauschmitteln
- ❖ Traumatische Verletzungen, insbesondere bei wiederholtem Auftreten und mit vagen oder nicht plausiblen Erklärungen
- ❖ Mehrzeitige Verletzungen und Abwehrverletzungen

- ❖ Probleme mit dem zentralen Nervensystem wie Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust
- ❖ Kontrollverhalten der Begleitperson (angepasst übernommen aus ⁷¹, S. 288)

Frauen, welche von häuslicher bzw. sexueller Gewalt betroffen sind, sollte sofortige Unterstützung angeboten werden. Gemäß WHO umfasst diese unter anderem

- ❖ Wahrung der Privatsphäre beim Gespräch
- ❖ Vertraulichkeit, wobei Frauen über die Grenzen der Vertraulichkeit informiert werden müssen (z. B. wenn Meldepflicht besteht)
- ❖ Eine wertfreie, unterstützende und bestätigende Haltung zu dem, was die Frau berichtet
- ❖ Praktische Versorgung und Unterstützung, die auf ihre Sorgen eingeht, ohne aufdringlich zu sein
- ❖ Erkundigen nach ihrer Gewaltgeschichte und aufmerksames Zuhören, ohne sie zum Sprechen zu drängen (in Anwesenheit von Dolmetscher/innen ist bei sensiblen Themen besondere Achtsamkeit geboten)
- ❖ Ihr helfen beim Zugang zu Informationen, einschließlich rechtlicher und anderer Angebote, die sie als hilfreich erachten könnte
- ❖ Ihr, soweit erforderlich, bei der Erhöhung ihrer Sicherheit und der ihrer Kinder helfen
- ❖ Bereitstellung oder Vermittlung sozialer Unterstützung (übernommen aus ⁷², S.27)

Auf Ebene der spezialisierten Unterstützungsangebote, wie etwa psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung sollte generell auf evidenzbasierte Verfahren gesetzt werden. Im Folgenden werden empirische Wirksamkeitsbefunde diskutiert. Interventionen gegen Einsamkeit im Kontext der Corona-Krise wurden in einem aktuellen systematischen Review analysiert. Die Autor*innen kamen zu dem Schluss, dass sich vor allem psychotherapeutische Ansätze effektiv zeigten, welche achtsamkeitsbasiert waren oder psychoedukativ Techniken zum Schließen von Freundschaften bzw. Überwinden sozialer Barrieren vermittelten. Bei älteren Personen im Pflegekontext führten auch angeleitete Gartenarbeit, (Roboter-)Haustiere, sowie Wii-Spielen zu einer signifikanten Reduktion von Einsamkeit. Generell zeigten sich Maßnahmen zur Verbesserung vorhandener sozialer Kontakte („social facilitation“) effektiver als Maßnahmen zum Knüpfen neuer sozialer Kontakte („befriending“).⁶ In der Erforschung posttraumatischen Wachstums und Resilienz wird unter anderem spirituelle Stärke („spiritual fortitude“) als hilfreiche Charakterstärke zum Überwinden von Krisen diskutiert. Die Autor*innen eines aktuellen systematischen Reviews berichten, dass Spiritualität mit einer besseren psychischen Gesundheit assoziiert war, insbesondere nach potenziell traumatischen Erlebnissen, Lebenskrisen, aber auch allgemein. Im Kontext von Katastrophen käme es zum einem Vertrauensverlust in sich selbst und in die Umwelt, welcher weiters zu weniger erfolgreichem Coping führen könne.⁷³ Spirituelle Seelsorge kann Betroffene in deren Glauben stärken und so zum verstärkten Erleben von Sinnhaftigkeit und verbesserter psychischer Gesundheit führen. Interventionen, welche Spiritualität, bzw. Religiosität mit psychotherapeutischen Verfahren kombinierten zeigten sich effektiver als konventionelle psychotherapeutische Verfahren in Bezug auf psychologische, sowie spirituelle Outcomes⁷⁴.

Während Lockdowns und auch allgemein empfiehlt die WHO mindestens 150 Minuten pro Woche moderater körperlicher Aktivität, welche Krafttraining beinhalten sollte, für Personen ab 18 Jahren zur Stärkung der körperlichen und seelischen Gesundheit⁷⁵. Bewegung bzw. Sport in der Freizeit und zu Mobilitätszwecken zeigten sich mit einer besseren psychischen Gesundheit assoziiert; körperliche Arbeit korrelierte hingegen mit schlechterer psychischer Gesundheit (Bewegung im Haushalts-Kontext

stand nicht in Relation zu psychischer Gesundheit)⁷⁶. Moderate körperliche Anstrengung kann zudem zu verbesserter Schlafqualität führen⁷⁷, was wiederum der psychischen Gesundheit zuträglich ist.

Bei den interviewten Expert*innen herrschte große Einigkeit, dass die spezialisierte psychosoziale Versorgungslandschaft in Österreich dringend eines Ausbaus bedürfe^{cd f g i}. Dies betrifft im speziellen die Kinder- und Jugendpsychiatrie^f, klinisch-psychologische Behandlung^g, Psychotherapie^c, und psychiatrische Rehabilitationⁱ. Auf lange Sicht wäre auch die gezielte Anwerbung von Personen mit Migrationshintergrund für Berufe im psychosozialen Feld, sowie die unbürokratische Qualifikationsanerkennung förderlich für eine adäquate psychosoziale Versorgung der Migrationsbevölkerung^h. Schon vor der Pandemie gab es einen hohen Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei gleichzeitigem Angebotsmangel und unzureichender Kassenfinanzierung – diese Problematik wurde nun weiter exazerbiert^{f g}.

Zusammenfassend kann auf Individualebene die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte via (Video-)Telefonie, sowie regelmäßige körperliche Aktivität empfohlen werden, welche mindestens 150 Minuten moderate Anstrengung umfassen sollte. Bei klinisch relevanten Symptomatiken (posttraumatischer) Belastung, Angst, Depression oder Schlafstörungen wird eine klinisch-psychologische Abklärung und ggf. Therapie empfohlen. Bei Lebenskrisen zeigten sich spirituell-religiöse Psychotherapieansätze besonders effektiv. Bei Einsamkeit bzw. sozialer Isolation gibt es gute Evidenz für die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter, sowie kognitiv-behavioraler Verfahren. Die psychosoziale Versorgung sollte in Österreich in allen Bereichen, und insbesondere im Hinblick auf soziale Fairness ausgebaut werden.

8. LITERATURVERZEICHNIS

1. Schedlich, C. Psychosoziale Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie. in *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise Herausforderungen und Lösungs-ansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer* (eds. Bering, R. & Eichenberg, C.) 15–26 (Bering, Robert Eichenberg, Christiane, 2021).
2. Santabárbara, J. *et al.* Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry* **109**, 110207 (2021).
3. Xiong, J. *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J. Affect. Disord.* **277**, 55–64 (2020).
4. Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G. & Tadesse, E. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Soc. Psychiatry* 002076402110031 (2021) doi:10.1177/00207640211003121.
5. Panda, P. K. *et al.* Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Trop. Pediatr.* **67**, 1–13 (2021).
6. Loades, M. E. *et al.* Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **59**, 1218–1239 (2020).
7. Pieh, C., Budimir, S. & Probst, T. Corrigendum to “The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria” [Journal of Psychosomatic Research 136 (2020) 110186]. *J. Psychosom. Res.* **139**, 110278 (2020).
8. Dale, R., Budimir, S., Probst, T., Stipl, P. & Pieh, C. Mental Health during the COVID-19 Lockdown over the Christmas Period in Austria and the Effects of Sociodemographic and Lifestyle Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **18**, 3679 (2021).
9. Resch, T. Psychische Belastung während der Corona-Krise. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 130 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog130/> (2021).
10. Kittel, B. *et al.* The Austrian Corona Panel Project: monitoring individual and societal dynamics amidst the COVID-19 crisis. *Eur. Polit. Sci.* **20**, 318–344 (2021).
11. Solehati, T., Kosasih, C. E., Hermayanti, Y. & Mediani, H. S. The Psychological and Sleep- Related Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review. **16**, 65–74 (2021).
12. Alimoradi, Z. *et al.* Sleep problems during COVID-19 pandemic and its’ association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* **36**, 100916 (2021).
13. Schiestl, D., Kalleitner, F. & Kittel, B. Wen die Krise bis in den Schlaf verfolgt: Ein Einblick in die Schlafqualität in Österreich. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog44/> (2020).
14. Perkonigg, A., Lorenz, L. & Maercker, A. Prevalence and correlates of ICD-11 adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study. *Int. J. Clin. Heal. Psychol.* **18**, 209–217 (2018).
15. Lotzin, A. *et al.* Risk and protective factors, stressors, and symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic – First results of the ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST study. *Eur. J. Psychotraumatol.* **12**, (2021).
16. Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. & Harrison, P. J. Bidirectional associations between COVID-

- 19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry* **8**, 130–140 (2021).
17. John, A. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: A living systematic review. *F1000Research* **9**, 1–44 (2020).
 18. Pieh, C., Plener, P. L., Probst, T., Dale, R. & Humer, E. Assessment of Mental Health of High School Students During Social Distancing and Remote Schooling During the COVID-19 Pandemic in Austria. *JAMA Network Open* vol. 4 e2114866 (2021).
 19. Kumar, N. *et al.* Substance use and substance use disorder, in relation to COVID-19: protocol for a scoping review. *Syst. Rev.* **10**, 48 (2021).
 20. Mallet, J., Dubertret, C. & Le Strat, Y. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry* **106**, 110070 (2021).
 21. McKnight-Eily, L. R. *et al.* Racial and Ethnic Disparities in the Prevalence of Stress and Worry, Mental Health Conditions, and Increased Substance Use Among Adults During the COVID-19 Pandemic — United States, April and May 2020. *MMWR. Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **70**, 162–166 (2021).
 22. Schiestl, D. W. Alkohol und Tabak in der Krise – ein Update zum Genussmittelkonsum Anfang Mai. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 36 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog36/> (2020).
 23. Pieh, C., Budimir, S. & Probst, T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *J. Psychosom. Res.* **136**, 110186 (2020).
 24. Budimir, S., Pieh, C., Dale, R. & Probst, T. Severe mental health symptoms during covid-19: A comparison of the United Kingdom and Austria. *Healthc.* **9**, 1–12 (2021).
 25. Akkaya-Kalayci, T. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on mental health and psychological well-being of young people living in Austria and Turkey: A multicenter study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **17**, 1–12 (2020).
 26. Stolz, E., Mayerl, H. & Freidl, W. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *Eur. J. Public Health* **31**, 44–49 (2021).
 27. Welzel, F. D., Schladitz, K., Förster, F., Löbner, M. & Riedel-Heller, S. G. Health-related consequences of social isolation: a qualitative study on psychosocial stress and resources among older adults in the COVID-19 pandemic. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch. - Gesundheitsschutz* **64**, 334–341 (2021).
 28. Anaya, L., Howley, P., Waqas, M. & Yalonetzky, G. Locked down in Distress: a Causal Estimation of the Mental-Health Fallout from the COVID-19 Pandemic in the UK. *SSRN Electron. J.* (2021) doi:10.2139/ssrn.3873973.
 29. Schedlich, C. Flüchtlinge und die COVID-19-Pandemie. in *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer* (eds. Bering, R. & Eichenberg, C.) (Bering, Robert Eichenberg, Christiane, 2021).
 30. Kohlenberger, J., Weigl, M., Gaiswinkler, S., Rengs, I. & Buber-Ennsner, B. *COVID-19 und Migrationshintergrund - Erreichbarkeit, Umgang mit Maßnahmen und sozioökonomische Herausforderungen von Migrant/inn/en und Geflüchteten.* https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/i/sozialpolitik/Bilder_Abteilungen/Endbericht_MigCOV_Kohlenberger_et_al_2021.pdf (2021).
 31. Connor, J. *et al.* Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Soc. Sci. Med.* **266**, 113364 (2020).
 32. Haindorfer, R. Corona macht unzufrieden! Frauen aktuell mit ihrem Leben unzufriedener als

- Männer. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 16 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog16/> (2020).
33. Berghammer, C. Familienkonflikte in der Corona-Krise. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 6 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog06/> (2020).
34. Kittel, B., Pollak, M. & Partheymüller, J. Kinderbetreuung in Zeiten von Corona: Kein Problem? *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 67 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog67/> (2020).
35. Kalleitner, F. Pflege in Österreich in Zeiten von Corona: Veränderungen, Probleme und ihre Auswirkungen. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 65 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog65/> (2020).
36. Berghammer, C. & Beham-Rabanser, M. Wo bleibt die Zeit? Bezahlte und unbezahlte Arbeit von Frauen und Männern in der Corona-Krise. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 57 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog57/> (2020).
37. Christl, M., De Poli, S., Kucsera, D. & Lorenz, H. *COVID-19 and (gender) inequality in income: The impact of discretionary policy measures in Austria*. [http://hdl.handle.net/10419/234903%0AStandard-Nutzungsbedingungen:](http://hdl.handle.net/10419/234903%0AStandard-Nutzungsbedingungen) (2021) doi:<http://hdl.handle.net/10419/234903>.
38. Hanzl, L. & Rehm, M. *Less work, more labor: School closures and work hours during the COVID-19 pandemic in Austria*. (2021).
39. Rothmüller, B. & Wiesböck, L. *Intimität, Sexualität und Solidarität in der COVID-19-Pandemie*. (2021).
40. Pinquart, M. Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychol. Aging* **16**, 414–426 (2001).
41. Resch, T. Die Psyche in der Krise? *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 105 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog105/> (2021).
42. Baker, E. H. Socioeconomic Status, Definition. in *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* 2210–2214 (John Wiley & Sons, Ltd, 2014). doi:10.1002/9781118410868.wbehibs395.
43. Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W. & Schwartz, J. E. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc. Sci. Med.* **72**, 840–854 (2011).
44. Paul, K. I. & Moser, K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J. Vocat. Behav.* **74**, 264–282 (2009).
45. Bartelink, V. H. M., Zay Ya, K., Guldbbrandsson, K. & Bremberg, S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scand. J. Public Health* **48**, 544–558 (2020).
46. Milner, A., Page, A. & LaMontagne, A. D. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* **8**, e51333 (2013).
47. arbeit plus. *Langzeitbeschäftigungslosigkeit*. (2021).
48. WIFO. *WIFO-Monatsberichte 7/2021*. (2021).
49. Müller, H. Wechselwirkung: Volkswirtschaftliche und gesundheitliche Folgen der COVID-19-Pandemie. in *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer* (eds. Bering, R. & Eichenberg, C.) (Bering, Robert Eichenberg, Christiane, 2021).
50. Statistik Austria. *Statistisches Jahrbuch Migration & Integration*. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/service/publikationen-aus-dem-bundeskanzleramt/publikationen-zu-integration/integrationsberichte.html> (2021).

51. Ennser-Jedenastik, L. & Windisch, F. Kurzarbeit, Härtefonds und Co: Verändert der Erhalt von Unterstützungsleistungen die Zufriedenheit mit den Maßnahmen? *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 84 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog84/> (2021).
52. WKO. Härtefall-Fonds Phase 3 - Sicherheitsnetz für Unternehmer. <https://www.wko.at/service/haertefall-fonds.html> (2021).
53. IASC. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Who.Int* 1–103 (2007).
54. Benka, B. *et al.* Die COVID-19-Pandemie in Österreich Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen. Version 1.0 <https://www.sozialministerium.at/Services/News-und-Events/Archiv-2021/April-2021/COVID-19-Pandemie.-Bestandsaufnahme,-Handlungsrahmen.html> (2021).
55. Pfabigan, J., Wosko, P. & Pleschberger, S. Aus der Krise erwachsen soziales Kapital – eine Ressource für die Zukunft? *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 117 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog117/> (2021).
56. Aichholzer, J. & Rohs, P. Wie weit reicht die Solidarität in der Corona-Krise? *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 101 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog101/> (2021).
57. Krejca, F., Partheymüller, J. & Kritzinger, S. Wem die Bürger*innen in der Corona-Krise (noch) vertrauen. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken29/> (2021).
58. Ausserladscheider, V. & Partheymüller, J. Krisenvorsorge: Die österreichische Bevölkerung setzt auf den Staat, weniger auf Eigenvorsorge. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 114 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog114/> (2021).
59. Banks, J., Fancourt, D. & Xu, X. Chapter 5 Mental Health and the COVID-19 Pandemic. *World Happiness Report* <https://worldhappiness.report/ed/2021/mental-health-and-the-covid-19-pandemic/> (2021).
60. Taylor, S. *et al.* Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *J. Anxiety Disord.* **72**, 102232 (2020).
61. Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S. & Thornicroft, G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **19**, 223–232 (2010).
62. Lund, C. *et al.* Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* **378**, 1502–1514 (2011).
63. Liu, S., Heinzl, S., Haucke, M. N. & Heinz, A. Increased Psychological Distress, Loneliness, and Unemployment in the Spread of COVID-19 over 6 Months in Germany. *Medicina (B. Aires)*. **57**, 53 (2021).
64. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. & Johnson, S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry* **18**, 1–16 (2018).
65. Kim, H. H. & Jung, J. H. Social Isolation and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: A Cross-National Analysis. *Gerontologist* **61**, 103–113 (2021).
66. Schiestl, D. W. Die vielen Gesichter der Einsamkeit in der Corona-Krise. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 98 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog98/> (2021).
67. Schiestl, D. W. & Pinkert, F. Einsamkeit in der Corona-Krise. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP)* Blog 58 <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog58/> (2021).

- beitraege/blog58/ (2020).
68. Weitzer, J. *et al.* Working from home, quality of life, and perceived productivity during the first 50-day COVID-19 mitigation measures in Austria: a cross-sectional study. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* (2021) doi:10.1007/s00420-021-01692-0.
 69. Berghammer, C. Work-Family-Konflikt in der Corona-Krise. *Corona-Blog des Austrian Corona Panel Projects (ACPP) Blog 25* <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog25/> (2020).
 70. Escolà-Gascón, Á., Marín, F. X., Rusiñol, J. & Gallifa, J. Evidence of the psychological effects of pseudoscientific information about COVID-19 on rural and urban populations. *Psychiatry Res.* **295**, (2021).
 71. Schellong, J. Häusliche Gewalt und Opferschutz in Zeiten der Corona-Pandemie. in *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise: Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer* (eds. Bering, R. & Eichenberg, C.) (Bering, Robert Eichenberg, Christiane, 2021).
 72. WHO. Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. (2013).
 73. Zhang, H. *et al.* Spiritual fortitude: A systematic review of the literature and implications for COVID-19 coping. *Spiritual. Clin. Pract.* (2021) doi:10.1037/scp0000267.
 74. Captari, L. E. *et al.* Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *J. Clin. Psychol.* **74**, 1938–1951 (2018).
 75. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Staying active. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/be-active-during-covid-19> (2020).
 76. White, R. L. *et al.* Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *Am. J. Prev. Med.* **52**, 653–666 (2017).
 77. Wang, F. & Boros, S. The effect of physical activity on sleep quality: a systematic review. *Eur. J. Physiother.* **23**, 11–18 (2021).

9. APPENDIX

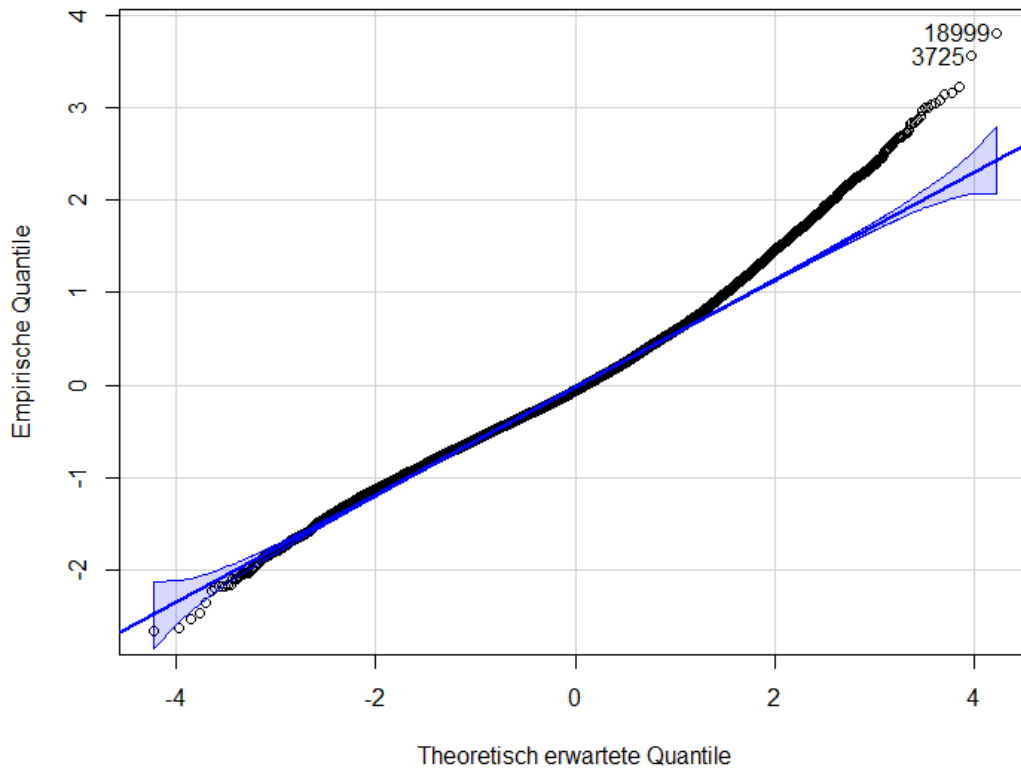


Abbildung 5. QQ-Plot der Residuen von Modell Zwei der subjektiven Gesundheit

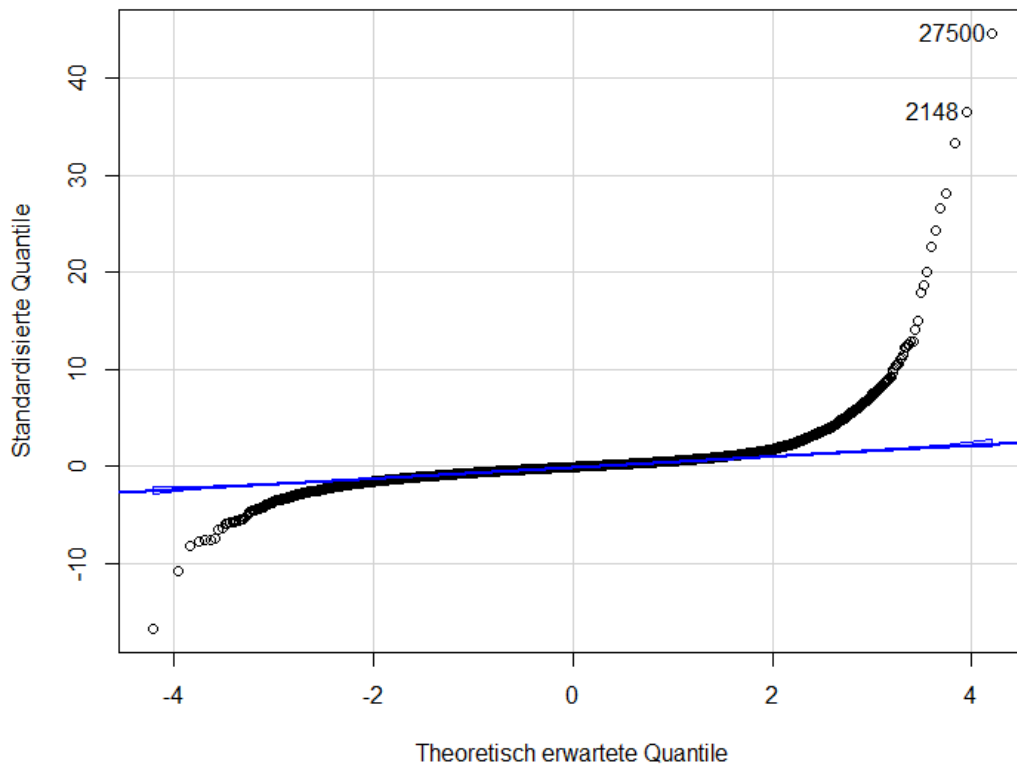


Abbildung 6. QQ-Plot der Residuen von Modell 2 des Jahresnettoeinkommens

Fortsetzung Tabelle 3. Interaktionsterme von Modell 3 der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

„Fixed Effects“	exp ^B	B	SD	z	p
Corona * Subjektive Gesundheit	0,538	-0,619	0,407	-1,520	0,129
Corona * Haushalt mit Kindern	1,621	0,483	0,214	2,256	0,024
Corona * nicht chronisch krank	0,655	-0,423	0,214	-1,972	0,049
Corona * Fach- oder Handelsschule	0,671	-0,399	0,296	-1,347	0,178
Corona * Partner	1,320	0,278	0,181	1,539	0,124
Corona * Matura	1,317	0,275	0,281	0,976	0,329
Corona * Universitär	0,795	-0,230	0,297	-0,774	0,439
Corona * anderes Geburtsland	0,827	-0,190	0,211	-0,899	0,369
Corona * Lehre mit Berufsschule	1,177	0,163	0,229	0,714	0,475
Corona * Weiblich	1,170	0,157	0,162	0,971	0,331
Corona * Alter	0,997	-0,003	0,106	-0,025	0,980
Corona * Urbanisierung	1,001	0,001	0,153	0,008	0,994

Bemerkung. Tabelle 3 wurde nach dem Betrag der unstandardisierten Regressionskoeffizienten (B) sortiert. Der exponenzierte Regressionskoeffizient (expB) entspricht einem Odds-Ratio, wobei $\text{expB} > 0$ als eine erhöhte Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung zu interpretieren ist.