

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Psychiatrische Erkrankungen und Wirtschaftskrisen

Berghofer G, Psota G

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2014; 15 (3), 147-151

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



die lebendige Kraft

spüren

erleben

bewegen

意拳

YIQUAN

Meditation & Gesundheitstraining
lebendige Kraft für Körper und Geist

YIQUAN 意拳

(“I Tschuan”) lehrt uns in die Stille zu gehen, um frische Energie zu tanken.

Yiquan stärkt unsere Aufmerksamkeit und Willenskraft.
Ganz in Kontakt mit uns Selbst lernen wir innere Kraft aufzubauen.
Das Training umfasst stilles und bewegtes Qi Gong.
Durch harmonische Bewegungen schulen wir unsere Wahrnehmung
und legen wichtige Grundlagen für einen klaren, kraftvollen Zustand.
Tauche jetzt ein in dieses belebende Training aus China.

Genieße die Ruhe und finde den Weg Deiner inneren Kraft.

www.einfach-stehen.at

YIQUAN 意拳 Training: Donnerstag 17:30 - 18:30

Ort: KWAN UM Zen-Schule, Kolingasse 11/4, 1090 Wien

Kosten: 1x € 13.- | 3er Block € 36.- | 10er Block € 110.-

Einzeltraining: € 42.- Ort & Zeit nach Vereinbarung

1x GRATIS PROBETRAINING
...mach Dir gleich jetzt einen Termin aus!

jetzt anmelden:

Mag^a Anna Teichgräber

| 0650 / 921 91 92

| info@einfach-stehen.at

| www.einfach-stehen.at

Psychiatrische Erkrankungen und Wirtschaftskrisen

G. Berghofer, G. Psota

Kurzfassung: Es besteht ein enger Zusammenhang von wirtschaftlichen Krisen und erhöhten Raten an Arbeitslosigkeit mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen, Schlafstörungen und Alkoholismus sowie erhöhten Suizidraten. Gleichzeitig gibt es wirkungsvolle Maßnahmen, diesen schädlichen Gesundheitsauswirkungen von Wirtschaftskrisen effektiv entgegenzuwirken. Dazu gehören soziale und finanzielle Absicherungsprogramme, arbeitsmarktpolitische Förderangebote, Unterstützungsmaßnahmen für Familien und Entschuldungsprogramme. In Wirtschaftskrisen vorgenommene Kürzungen im Gesundheitswesen führen hingegen zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung und längerfristig zu erhöhten Gesundheitskosten. Um negativen gesundheitli-

chen Auswirkungen von Wirtschaftskrisen effektiv vorzubeugen, sollte daher präventiv in den Ausbau psychosozialer Angebote und medizinischer wie therapeutischer Versorgungseinrichtungen mit niederschwelligem Zugang investiert werden.

Schlüsselwörter: Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung, Suizid, Gesundheitspolitik

Abstract: Psychiatric Disorders and Economic Crises. A close association exists between economic crises and increased rates of unemployment, psychiatric disorders (eg, depression, anxiety disorders, sleep disorders, and alcoholism), and suicide. At the same time, effective measures to counteract harmful health

outcomes of economic crises exist. These measures include social and financial welfare services, labour market programmes, family support programmes, and debt relief programmes. By contrast, reductions of public health budgets in economic crises lead to a deterioration of health care services and to increased health costs in the long run. Thus, in order to effectively counteract the negative health outcomes of economic crises, preventive strategies should include the expansion of psychosocial offerings and of medical and therapeutic health care services with low access thresholds. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2014; 15 (3): 147–51.**

Key words: economic crisis, unemployment, mental disorder, suicide, health policy

■ Einleitung

„Wenn die Krise tötet“, „Wirtschaftskrise: Selbstmordwelle erschüttert Italien“ oder „Suizid als letzter Schritt“. Dies sind nur einige der reißerischen Titel, mit denen Medien die aktuellen Ereignisse in Europas verschuldeten Staaten beschreiben. Einen Zusammenhang zwischen wirtschaftlichen Krisenzeiten und der Häufung von Selbstmorden hat erstmals der französische Soziologe Émile Durkheim (1858–1917) in seiner Studie „Le suicide“ belegt [1]. In einer empirischen Analyse von Selbstmordstatistiken in europäischen Ländern kam er zum Schluss, dass nur die Zugehörigkeit zu einem Berufsverband die Integration des Einzelnen in die Gesellschaft dauerhaft fördern könne.

Untermauert werden die Ergebnisse Durkheims durch die Weltwirtschaftskrise in den 1930er-Jahren, die mit dem Zusammenbruch der New Yorker Börse am 24. Oktober 1929 begann. Diese Krise führte weltweit zu schweren volkswirtschaftlichen Einbrüchen und zu massiver Arbeitslosigkeit. In den USA fielen zwischen 1929 und 1932 die industrielle Produktion um 46 %, die Großhandelspreise um 32 % und der Außenhandel um 70 %, während die Arbeitslosenrate um 607 % stieg. Auch in Europa kam es zu ähnlich negativen Entwicklungen. Zugleich mit hoher Arbeitslosigkeit und sozialer Not stiegen die Suizidraten. Während in den USA die durchschnittliche Suizidrate vor der „Großen Depression“ bei 12 pro 100.000 Einwohner lag, sprang diese im Jahr des Börsencrashes auf alarmierende 18 [2]. In Deutschland stieg die durchschnittliche Suizidrate mit der Wirtschaftskrise von 20 auf > 40 [3].

Eingelangt am 2. Oktober 2012; angenommen nach Revision am 23. November 2012; Pre-Publishing Online am 1. März 2013

Aus dem Kuratorium für Psychosoziale Dienste, Wien

Korrespondenzadresse: Prim. Dr. med. Georg Psota, Psychosoziale Dienste in Wien, A-1030 Wien, Modecenterstraße 14/B/4; E-Mail: chapost@psd-wien.at

Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angstzustände steigen in wirtschaftlich schlechten Zeiten [4]. Menschen mit einer psychischen Erkrankung gehören zu den von Wirtschaftskrisen am meisten betroffenen Personen und sind daher besonders suizidgefährdet. Sind diese Zusammenhänge von wirtschaftlichen Krisenzeiten und erhöhten Suizidraten weltweit einheitlich beobachtbar? Gibt es Unterschiede zwischen sozio-ökonomisch höher und weniger hoch entwickelten Ländern? Wie kann man dem Zusammenhang von Wirtschaftskrise und psychosozialem Leid effektiv entgegenwirken? Der vorliegende Artikel liefert einen Überblick wissenschaftlicher Ergebnisse zum Thema Finanzkrise und psychische Gesundheit und beantwortet diese Fragen.

■ Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung

Eine bedeutende empirische Studie über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit stellt die als „Die Arbeitslosen von Marienthal“ bekannt gewordene Arbeit von Marie Jahoda und Felix Lazarsfeld dar [5]. Kurz vor Beginn der Weltwirtschaftskrise der 1930er-Jahre war ein ganzes Dorf aufgrund der Schließung der einzigen ortsansässigen Fabrik arbeitslos geworden. Die Ergebnisse der 3-jährigen Begleitstudie werden als „müde Gemeinschaft“ beschrieben: Das gesamte Ortsleben in Marienthal war durch eine tief resignierte Haltung, Verelendung, sozialen Rückzug, Apathie und Depression geprägt.

Ökonomische Krisen stellen also hohe Risiken für die psychische Gesundheit nicht nur Einzelner dar. Bereits armutsgefährdete und manifest arme Menschen sind am stärksten von der materiellen Not und sozialen Benachteiligung durch Krisen betroffen. Arbeitslose und Jugendliche ohne Berufsperspektive sind ebenfalls stark gefährdet, psychische Probleme zu entwickeln, wie eine umfassende Metaanalyse belegt [6]. Verglichen mit Berufstätigen wiesen Arbeitslose wesentlich mehr psychische Symptome wie Depression, Angstzu-

Factbox: Definition Armut

Als armutsgefährdet gelten Personen, die in einem Haushalt mit niedrigem Einkommen leben. Wenn solche Haushalte ihre Grundbedürfnisse nicht mehr stillen können, spricht man von manifester Armut. Diese nimmt in Österreich langfristig zu und hat heute einen Höchststand erreicht: 6 % der Armutsgefährdeten sind manifest arm. Die Armutsgefährdungsquote ist in Österreich seit Jahren konstant und liegt bei rund 12 %; das sind zwischen 912.000 und 1.096.000 der österreichischen Bevölkerung [Quelle: Statistik Austria, 2010].

stände, psychosomatische Probleme und verringerten Selbstwert auf. Wie diese Metaanalyse zeigt, korreliert Arbeitslosigkeit mit psychischen Problemen und dürfte diese auch wesentlich verursachen. Personen, die bereits an einer psychischen Erkrankung leiden, tragen ein doppeltes Risiko: Sie haben im Vergleich zu Menschen ohne psychische Erkrankung ein größeres Risiko, arbeitslos und damit auch arm zu sein [7], und sie haben ein höheres Suizidrisiko [8].

Auch in Österreich haben vor allem Arbeitslose und vermehrt auch Jugendliche psychische Störungen wie Angstzustände, Schlafstörungen und Depressionen. So waren im Jahr 2011 etwa 900.000 Österreicher wegen psychischer Probleme in Behandlung. Die Hälfte davon befand sich im erwerbsfähigen Alter. Von 2009 auf 2011 stiegen die Zahl der Krankenstände aus psychischen Gründen um 22 % und der Verbrauch von Psychopharmaka um 17 %. Mittlerweile sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für eine Invaliditätspension; 44 % dieser Frühpensionen gehen auf psychische Probleme zurück [9].

■ **Arbeitslosigkeit und Suizidraten**

Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet daher nicht nur eine existenzielle Bedrohung, sondern führt auch zu gesundheitlichen Problemen. Die Folgen können depressive Entwicklungen und die Flucht in Suchtverhalten wie Alkoholkonsum sein [10], welches häufig suizidalen Krisen vorausgeht. Besonders bei Männern zeigt sich ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkoholkonsum und vermehrten Suiziden [11].

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidraten ist in der wissenschaftlichen Literatur wiederholt belegt. Hingegen geht ein höherer sozio-ökonomischer Standard mit niedrigeren Suizidraten einher [12, 13]. Studien zu Finanzkrisen, insbesondere in den in Europa gegenwärtig am meisten betroffenen Ländern wie Griechenland und Italien, bestätigen diesen Zusammenhang.

So hat die Finanzkrise Griechenland mehr getroffen als jedes andere europäische Land. Von Mai 2008 bis Mai 2011 stieg die Arbeitslosigkeit bei Erwachsenen von 6,6 % auf 16,6 %; die Jugendarbeitslosigkeit erreichte im gleichen Zeitraum sogar 40,1 %. Die Anzahl der Suizide stieg von 2007 auf 2009 um 17 % und von 2010 auf 2011 um 40 % [14].

Eine systematische Analyse der Daten des Statistikamtes in Italien zeigt, dass seit Beginn der Wirtschaftskrise 2008 ein

Anstieg der Selbstmorde zu verzeichnen ist und alleine 2008 die Selbstmorde um 53,9 % sprunghaft anstiegen [15].

Mit den Bankenkrisen in Spanien in den 1970er- und 1980er-Jahren erhöhte sich sowohl die Arbeitslosenrate als auch die Suizidrate. Letztere fiel, als auch die Arbeitslosenrate wieder sank [16].

Bis 2008 war die Suizidrate in Großbritannien sowohl für Männer als auch für Frauen über 2 Jahrzehnte hin rückläufig. Zwischen 2008 und 2010 wurde eine stärkere Zunahme an Suizidfällen registriert, als aufgrund vergangener statistischer Trends zu erwarten gewesen wäre. Eine um 10 % gestiegene Arbeitslosigkeit ging bei Männern mit einer um 1,4 % erhöhten Selbstmordrate einher [17].

Nicht nur in Europa und in den USA war in Zeiten höherer Arbeitslosigkeit ein Anstieg der Suizidraten zu beobachten: Während der asiatischen Wirtschaftskrise (1997/1998) stieg die durchschnittliche jährliche Suizidrate in Japan um 39 %, in Hongkong um 44 % und in Korea um 45 % [18]. Mit dem Zusammenbruch des politischen Systems der Sowjetunion und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Niedergang kam es ebenso zu einem raschen Anstieg der Sterbefälle um bis zu 20 % [19].

Eine kürzlich publizierte Analyse der Zahlen von 10 WHO-Regionen über die vergangenen 30 Jahre untermauert den Zusammenhang zwischen kaufkraftadjustierten Wirtschaftsleistungen und Suizidraten [20]. Richtung und Stärke dieses Zusammenhangs zeigten sich jedoch abhängig vom jeweiligen Entwicklungsstand eines Landes. Aus den bedeutsamen Unterschieden zwischen Entwicklungs- und Industrieländern ergibt sich die Notwendigkeit jeweils verschiedener Maßnahmen zur Prävention von Suiziden. Während zur Senkung von Suizidraten in weniger entwickelten Ländern die Deckung von Grundbedürfnissen sowie die Reduktion sozio-ökonomischer Ungleichheiten im Vordergrund stehen sollten, sind in bereits entwickelten Ländern der Ausbau psychosozialer und medizinischer Modelle sinnvolle präventive Maßnahmen, schließen die Autoren.

All diese Studien belegen eindrucksvoll den engen Zusammenhang von steigender Arbeitslosigkeit und erhöhten Suizidraten. Einige Länder konnten diesen Kreislauf jedoch durch wirkungsvolle soziale Programme unterbrechen. So wirken sich zum Beispiel in Deutschland seit den 1980er-Jahren die Arbeitslosenzahlen nicht mehr auf die Suizidraten aus [3]. Auch in Schweden und Finnland führte die steigende Arbeitslosigkeit durch die Bankenkrise der 1990er-Jahre zu keinem erhöhten Suizidrisiko in der Bevölkerung. Dieser positive Effekt wird den Wohlfahrtssystemen dieser Staaten mit ihren sozialen und finanziellen Absicherungsprogrammen zugeschrieben [16].

Auch die Betrachtung europaweiter Daten zur jüngsten Finanzkrise (Finnland, Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, UK, Tschechien, Ungarn, Litauen und Rumänien) ergibt ein ähnliches Bild [21]: In allen inkludierten EU-Ländern stiegen mit Beginn der Finanzkrise 2007/2008 die Arbeitslosigkeit und die Suizidrate – mit Ausnahme von Öster-

reich. Das ist ein unerwartetes Ergebnis, wenn man annimmt, dass so wie Österreich auch Finnland über ein gut ausgebautes Wohlfahrtssystem verfügt. Es muss daher weitere protektive Faktoren geben, die vor Suiziden schützen. Eine jüngst durchgeführte Studie zeigt, dass der Grund für die seit 1987 kontinuierlich sinkenden Suizidraten in Österreich nicht nur in sozialen und finanziellen Absicherungsprogrammen begründet liegt. So hat zum Beispiel die Verschärfung des Waffengesetzes zur Reduzierung der Suizidraten beigetragen. Auch einer geregelten medialen Berichterstattung über Suizide in Bezug auf die Prävention von Nachahmungstaten kommt eine besondere Rolle zu [22, 23].

Insbesondere jedoch scheint die steigende Verfügbarkeit psychosozialer und therapeutischer Versorgungsstrukturen das Sinken der Suizidraten in Österreich positiv zu beeinflussen [22]. Seit 1987 sanken die Suizidzahlen am stärksten in Wien, das über ein gut ausgebautes psychosoziales Netzwerk verfügt. So wurden zum Beispiel in den 8 regionalen Ambulatorien der Psychosozialen Dienste Wien (PSD) im Jahr 2011 fast 7000 Patienten mit mehr als 142.000 Einzelleistungen versorgt. Zusätzlich betreute die 24-stündige Soforthilfe des PSD im Jahr 2011 allein etwa 4500 Patienten (mit rund 16.000 Einzelleistungen) in Krisen und Notfällen. Der Zugang zu den regionalen ambulanten Einrichtungen des PSD ist niederschwellig, die Behandlung ist kostenfrei [24] und somit sozial Benachteiligten und psychisch stark beeinträchtigten Menschen leicht zugänglich (Tab. 1).

Tabelle 1: Lebensumstände der PSD-Patienten (2011)

Patienten (n = 6819; 142.216 Einzelleistungen)	%
Zivilstand	
Ledig	53
Verheiratet	22
Geschieden	23
Wohnsituation	
Alleine	44
Mit Familie	44
Erwerbssituation	
Berufstätig	15
Arbeitslos/Notstandsbezieher	30
Pensionist	29
Einkommenshöhe	
Kein Einkommen	14
Unter ASVG-Einzelrichtsatz (€ 793,-)	55
1–2-facher Richtsatz	26

PSD: Psychosoziale Dienste Wien; ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

■ Auswirkungen der Finanzkrise auf den Gesundheitssektor

Die Qualität der Gesundheitsversorgung hat sich in den europäischen Staaten, die von der Finanzkrise besonders betroffen sind (Italien, Griechenland, Spanien), sowie in den ehemaligen Ostblockstaaten verschlechtert. Nationale Gesundheitsbudgets wurden gekürzt, Einrichtungen geschlossen und Un-

gleichheiten im Zugang zur gesundheitlichen Vorsorge verstärkt. Löhne im Gesundheitswesen wurden eingefroren oder gekürzt und öffentliche Gelder für Gesundheitseinrichtungen gesenkt. Regionale Unterschiede bezüglich der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und der Ernährung wurden größer und Menschen mit geringerer Kaufkraft verloren den Zugang zum Gesundheitswesen [15, 25].

In Griechenland etwa stiegen im Vergleich 2011 zu 2012 die HIV-Neuinfektionen um 52 %. 2009 stieg der Heroinkonsum um 20 %. Von 2007–2009 verdoppelten sich Gewalt- und Totschlagsdelikte sowie Diebstähle. Gleichzeitig wurde $\frac{1}{3}$ der Streetworkprogramme geschlossen. Kürzungen im griechischen Gesundheitswesen um bis zu 40 % führten zum Abbau von Gesundheitspersonal, langen Wartezeiten und medikamentöser Unterversorgung. Immer mehr Menschen meiden daher den Besuch niedergelassener Arztpraxen und ambulanter Gesundheitseinrichtungen. Die Aufnahmen in öffentlichen Spitälern steigen hingegen stark an [14].

Kürzungen der Gesundheitsbudgets führen also zu negativen Konsequenzen in der gesundheitlichen Versorgung, welche psychisch kranke Menschen in besonderem Ausmaß treffen. Zu den Folgen dieser Entwicklung zählen eine Unterversorgung psychisch kranker Menschen und damit eine steigende Zahl Unbehandelter, deren Erkrankungen zu chronifizieren drohen oder im Suizid enden.

■ Schlussfolgerungen

Studien aus Ländern wie Schweden, Österreich und Deutschland zeigen, dass politische, psychosoziale und arbeitsbezogene Maßnahmen die negativen Auswirkungen von Wirtschaftskrisen wirksam abfedern können. Arbeitsmarktpolitische Programme, die Arbeitnehmer in Beschäftigungsverhältnissen halten, diese wiederingliedern oder umschulen, können psychische Symptome signifikant reduzieren [6] und Suizidraten senken [16].

Unterstützende Maßnahmen für betroffene Familien (zum Beispiel finanzielle Unterstützung bezüglich Miete, Nahrungsmittel, Hilfsmaßnahmen in der Kinderbetreuung, gesetzlich vorgeschriebene Mindestlöhne, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten und Entschuldungsprogramme) können die negativen Auswirkungen einer Rezession ebenfalls verringern helfen.

Der erhöhte Bedarf an finanziellen Mitteln für medizinische Ausgaben und psychosoziale Einrichtungen in Wirtschaftskrisen steht entgegengesetzt zu den Sparprogrammen und Finanzierungsbeschränkungen vieler Länder aufgrund der Verschuldung. Werden Sozialleistungen in Zeiten großen Bedarfs gekürzt, so wirkt sich das kontraproduktiv auf die Gesundheitsversorgung aus: Psychische Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung verschärfen sich und langfristig entstehen Mehrkosten im Gesundheitswesen.

Um die mit Wirtschaftskrisen einhergehenden gesundheitlichen Probleme in der Bevölkerung zu vermeiden, müssen Gesundheitsausgaben für Betroffene leistbar bleiben und eine niederschwellige medizinische Grundversorgung gewährleistet

sein. Wirtschaftskrisen können psychische Krisen auslösen, zu vermehrten psychischen Erkrankungen führen und bestehende psychische Erkrankungen verstärken. Deshalb sind alle im Gesundheitswesen Tätigen gefordert. Einerseits müssen psychische Störungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Eine frühe Diagnostik und rechtzeitige Zuweisung zu Experten ist notwendig. Andererseits müssen bei bereits bestehender psychischer Erkrankung der Einfluss wirtschaftlicher Krisen auf die subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität der Patienten bedacht und entsprechende medikamentöse und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen getroffen werden. Wie internationale Studien zeigen, kann auf institutioneller Ebene eine flächendeckend gut ausgebaute psychosoziale Versorgung mit niederschweligen Behandlungseinrichtungen die negativen Auswirkungen von Wirtschaftskrisen verhindern helfen.

■ Relevanz für die Praxis

Wirtschaftskrisen sind mit Arbeitslosigkeit verbunden. In der Bevölkerung führen sie zu einer Zunahme an psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Depressionen, Angst- und Schlafstörungen, psychosomatische Probleme), vermehrtem Alkoholkonsum und höheren Suizidraten. Bereits bestehende psychische Erkrankungen werden durch Wirtschaftskrisen weiter verstärkt.

Um den negativen Kreislauf zwischen wirtschaftlicher und persönlicher Krise zu durchbrechen, sind neben arbeitsmarktpolitischen Programmen und unterstützenden sozialen Maßnahmen für Familien gesundheitspolitische Maßnahmen zu treffen, die einen niederschweligen Zugang zu medizinischen und psychosozialen Einrichtungen gewährleisten. Rechtzeitiges Erkennen von psychischen Erkrankungen und deren fachgerechte Behandlung helfen, psychische Leidenszustände zu verringern, mögliche Chronifizierungen psychischer Erkrankungen abzuwenden und Suizidraten zu senken. Flächendeckende psychosoziale Versorgungsstrukturen und Hilfsangebote, die leicht zugänglich, bedarfsgerecht und leistbar sind, können den negativen Folgen von Wirtschaftskrisen effizient entgegenwirken.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Durkheim É. Le suicide: Étude de sociologie. Alcan, Paris, 1897.
2. Blum J, Cameron RE, Barnes TG. The European world: a history. 2nd ed. Little, Brown, Boston, 1970.
3. Felber W, Winiński P. Suizid-Statistik – aktuelle ausgewählte statistisch-epidemiologische Daten zu Deutschland und Osteuropa mit Kommentaren. 2008. www.suizidprophylaxe.de/Suizidstatistik.pdf
4. Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disorders* 2013; 145: 308–14.
5. Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langdauernder Arbeitslosigkeit. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1975.
6. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009; 74: 264–82.
7. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington T, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008; 38: 1485–93.
8. Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *J Psychiat Res* 2011; 45: 1445–52.
9. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungs-träger. Analyse der Versor-

gung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“, Abschlussbericht. Wien/Salzburg, Juni 2011.

10. Goldman-Mellor SJ, Saxton KB, Catalano RC. Economic contraction and mental health. *Int J Ment Health* 2010; 39: 6–31.

11. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24: 537–47.

12. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, et al. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 14.

13. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med* 2007; 36: 145–57.

14. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457–8.

15. De Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, et al. The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy* 2012; 106: 10–6.

16. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315–23.

17. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, et al. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012; 345: e5142.

18. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, et al. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009; 68: 1322–31.

19. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J* 2009; 78: 142–5.

20. Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, Garcia-Nieto R, et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open* 2012; 2: e000785.

21. Stuckler D, Suhrcke M, Coutts A, et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124–5.

22. Kapusta N. Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011. Bericht: Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, 2012.

23. Etzersdorfer E, Sonneck G. Suizidprävention durch Beeinflussung von Medienberichten. *Psychotherapie* 1999; 4: 199–205.

24. Schmid F, Psota G. Ambulante sozialpsychiatrische Versorgung. *Spektrum Psychiatrie* 2011; 4: 20–3.

25. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Health policy in the financial crisis. *Eurohealth* 2012; 18: 3–6.

Mag. Dr. Gerlinde Berghofer

1990–1993 Klinische und Gesundheitspsychologin im Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Leopoldstadt der Psychosozialen Dienste (PSD) in Wien. Seit 1993 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Qualitätssicherung des PSD Wien und klinisch-psychologische Mitarbeiterin im Soforthilfe-Verbund des PSD Wien. Seit 1995 Personenzentrierte Psychotherapeutin. 2001–2002 Fulbright Visiting Scholar an der Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, mit Teilnahme am Columbia University Psychiatric Epidemiology Training Program (PET Program). Seit 2004 Mitglied des Psychologenbeirats des Bundesministeriums für Gesundheit. Seit 2007 Mitglied des Psychotherapiebeirats des Bundesministeriums für Gesundheit. Seit 2007 Adjunct Professor an der Privatuniversität Webster University Vienna. 2009 Forschungsaufenthalt an der Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.



Prim. Dr. Georg Psota

Seit 1985 Tätigkeit im Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien. 1985–1988 Verbindungsdienst im Psychiatrischen Krankenhaus (ehemals Baumgartner Höhe). Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie u. a. an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien. 1994 Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. 1995 Oberarzt beim PSD Wien. 1996–2001 Aufbau einer neuen Einrichtung des PSD Wien im 22. Bezirk (heute Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Donaustadt). 2001 Leitender Oberarzt im Gerontopsychiatrischen Zentrum des PSD Wien. 2007 Ärztlicher Leiter des Sozialpsychiatrischen Ambulatoriums Josefstadt. 2010 Chefarzt des PSD Wien und Ordentliches Mitglied im Landessanitätsrat Wien. 2010 Obmann pro mente Wien und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und biologische Psychiatrie, 2011 Vorstandsmitglied der Österreichischen Alzheimergesellschaft, 2012 Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Psychotherapie und President elect der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)