

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz

**Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf depressive  
Erkrankungen -  
eine prospektive Untersuchung psychiatrischer Patient\*innen der  
LVR-Klinik Langenfeld.**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Dennis Theophil

2025

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. med. Birgit Janssen

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Stefanie Ritz

# I. Zusammenfassung

Im Frühjahr 2020 begann die SARS-CoV-2-Pandemie, die weltweit rund 7 Millionen Todesopfer forderte. Nachdem zunächst insbesondere die Vielzahl akuter somatischer Komplikationen und deren Spätfolgen durch eine COVID-19-Infektion im Fokus des wissenschaftlichen Interesses gestanden hatten, fanden im weiteren Verlauf auch die psychischen Folgen der Pandemie intensive wissenschaftliche Beachtung. Nachdem sich das initiale Forschungsinteresse zunächst auf die Belastungen der Mitarbeiter\*innen in der medizinischen Versorgung fokussierte, befassten sich weitere Arbeiten auch mit der Frage nach psychischen Veränderungen durch die Pandemie in der Allgemeinbevölkerung.

In Deutschland zeigten sich viele Menschen durch die mit den Maßnahmen der Pandemiebekämpfung in Zusammenhang stehenden Einschränkungen belastet. Insbesondere die sogenannten „Lockdowns“ führten global zu einem gesteigerten kollektiven „Stress-Erleben“ der Bevölkerung mit konsekutiven psychischen Folgen. Insgesamt stieg die Anzahl an depressiv erkrankten Menschen an.

Die Depression als eine affektive Störung zählt weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. Etwa jede fünfte Person erleidet in ihrem Leben mindestens einmal eine depressive Episode. Depressionen sind laut WHO weltweit für die zweitmeisten *years of healthy life lost due to disability* verantwortlich.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war, die Folgen der COVID-19-Pandemie für depressiv erkrankte Patient\*innen in stationärer Behandlung eines nordrhein-westfälischen psychiatrischen Fachkrankenhauses zu untersuchen. Besonders analysiert wurden Unterschiede zwischen den Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Krankenhausaufnahme sahen und denen, die zwischen Pandemie und Krankenhausaufnahme keinen Zusammenhang herstellen konnten.

N=95 Personen wurden in die Untersuchung eingeschlossen, die aus einer Längsschnittuntersuchung, mit Erhebung qualitativer und quantitativer Daten im Sinne eines *Mixed-Methods-Ansatz* bestand. Die Patient\*innen wurden mittels eines selbst konzipierten Fragebogens und psychometrischen Testverfahren untersucht.

Rund zwei Drittel der untersuchten Personen gaben an, subjektiv einen Zusammenhang zwischen der Pandemie und ihrer Aufnahme in der Klinik zu sehen. Als Gründe hierfür wurden häufig der Verlust der Tagesstruktur, Ängste vor einer Infektion und finanzielle Sorgen genannt. Insgesamt gaben diese Patient\*innen signifikant häufiger Ängste vor einer COVID-19-Infektion, finanzielle Folgen durch die Pandemie zu fürchten, eine reduzierte Inanspruchnahme medizinischer Hilfen während der Pandemie, sowie selbst wahrgenommene Aggressivität an.

Es zeigte sich insgesamt eine subjektive Belastung aller untersuchten Patient\*innen durch die Pandemie. Neben Infektionsängsten scheinen finanzielle Sorgen einen erheblichen Belastungsfaktor darzustellen. Insbesondere die nicht selten benannte geringere Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Hilfen während der Pandemie bedarf einer kritischen Diskussion.

Insgesamt ist eine niedrige Resilienz in der untersuchten Stichprobe zu konstatieren, so dass mit Blick in die Zukunft und unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Belastungsfaktoren adäquate Strategien entwickelt werden müssen, wie derart belastete Personen bei zukünftigen Bedrohungen, z.B. durch Pandemien oder anderen globalen Krisen, unmittelbarer und rascher aufgefangen werden können.

## II. Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic, which began in spring 2020, has resulted in approximately 7 million fatalities on a global scale. While the acute somatic complications and their long-term consequences caused by a SARS-CoV-2 infection were the focus of early research, as the pandemic progressed the psychological consequences also began to receive intensive scientific attention. Initial research concentrated on the stress experienced by healthcare workers, with subsequent studies exploring the psychological impact of the pandemic on the general population.

In Germany, the restrictions imposed as part of the government's strategy to combat the pandemic had a significant impact on the population. The lockdowns, in particular, resulted in an elevated collective 'stress experience' among the general public around the world, leading to subsequent psychological consequences. This has been evidenced by a general increase in the number of individuals diagnosed with depression.

Depression, an affective disorder, is one of the most prevalent illnesses on a global scale. It has been estimated that approximately one in five individuals will experience a depressive episode at some point in their lifetime. According to the World Health Organization (WHO), depression is the second leading cause of years of life lost due to disability on a global scale.

The objective of this study was to examine the repercussions of the pandemic caused by the severe acute respiratory syndrome (SARS-CoV-2) virus, also known as the novel coronavirus, for individuals diagnosed with depression who were undergoing inpatient treatment at a specialist psychiatric hospital in North Rhine-Westphalia. The study specifically focused on analysing the differences between two groups of patients: those who perceived a correlation between the pandemic and their hospital admission, and those who did not perceive a connection between the pandemic and their hospital admission.

The present study comprised a longitudinal study with the collection of qualitative and quantitative data in a mixed methods approach. The study population (N=95) was analysed using a self-designed questionnaire and psychometric test procedures.

Approximately two-thirds of the subjects surveyed reported a subjective connection between the pandemic and their admission to the clinic. The reasons given for this connection included the loss of daily structure, fear of infection and financial concerns. These patients were significantly more likely to cite fears of a SARS-CoV-2 infection, fear of financial consequences due to the pandemic, reduced utilisation of medical help during the pandemic and self-perceived aggressiveness.

The patients who participated in the survey reported being subjectively affected by the pandemic. In addition to a perceived risk of infection, financial concerns were identified as a significant source of stress. Notably, the frequently cited decline in the utilisation of essential medical services during the pandemic merits critical examination.

The analysis of the sample indicates an overall absence of adequate resilience. In consideration of future threats, including potential pandemics or other global crises, the development of effective strategies to provide immediate and rapid support to individuals experiencing such stress is imperative.

### III. Abkürzungsverzeichnis

<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>COPSY</b>	Corona und Psyche
<b>COVID-19</b>	<i>Coronavirus disease 2019</i>
<b>DEGS1</b>	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
<b>DSM-5</b>	Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, 5. Edition
<b>GAF</b>	<i>Global Assessment of Functioning</i>
<b>HAMD-21</b>	<i>Hamilton rating scale for depression</i> mit 21 Fragen
<b>ICD-10-GM</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer 10. Revision als <i>German Modification</i>
<b>KIS</b>	Krankenhausinformationssystem
<b>KW</b>	Kalenderwoche
<b>LVR</b>	Landschaftsverband Rheinland
<b>M</b>	Mittelwert
<b>n</b>	Stichprobe
<b>NAKO</b>	Nationale Kohorte
<b>p / p-Wert</b>	Signifikanz / Signifikanz-Wert
<b>PsychKG NRW</b>	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
<b>r</b>	Reliabilität
<b>RS-13</b>	Resilienzskala mit 13 Fragen
<b>SARS</b>	<i>Severe acute respiratory syndrome</i> bzw. Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom
<b>SARS-CoV-1</b>	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 1</i>
<b>SARS-CoV-2</b>	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
<b>SD</b>	Standardabweichung
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>t</b>	t-Differenzentest
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i> bzw. Weltgesundheitsorganisation
<b>χ<sup>2</sup>-Test</b>	Chi-Quadrat-Test für Unabhängigkeit
<b>YLDs</b>	<i>Years of healthy life lost due to disability</i>
<b>φ</b>	Phi-Koeffizient

## IV. Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	SARS-CoV-2-Pandemie.....	1
1.1.1	Verlauf der Pandemie.....	3
1.1.2	Psychosoziale Auswirkungen.....	7
1.1.3	Besondere Auswirkungen für psychisch erkrankte Menschen.....	12
1.1.4	Gewalt in der Pandemie.....	16
1.2	Depressive Störungen.....	18
1.2.1	Klassifikation und Diagnostik.....	18
1.2.2	Epidemiologie.....	22
1.2.3	Ätiologie und Risikofaktoren.....	23
1.3	Ziele der Arbeit.....	28
2	Material und Methoden.....	30
2.1	Ethikvotum.....	30
2.2	Untersuchungsdesign und Stichprobe.....	30
2.2.1	Probandenrekrutierung.....	31
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien.....	32
2.3	Datenschutz.....	33
2.4	Untersuchungsablauf und Aufbau der Interviewbögen.....	34
2.4.1	Ablauf der Befragung.....	34
2.4.2	Aufbau der Interviewbögen.....	34
2.4.3	Soziodemographische Fragen.....	36
2.4.4	Fragen zur psychischen Gesundheit.....	36
2.4.5	Fragen in Bezug auf die SARS-CoV-2-Pandemie.....	36
2.5	Psychometrische Testverfahren.....	38
2.5.1	Hamilton-Depressions-Skala (HAMD-21).....	38
2.5.2	<i>Global Assessment of Functioning</i> (GAF).....	39
2.5.3	Resilienzskala nach Leppert (RS-13).....	40
2.6	Statistische Analyse.....	40
3	Ergebnisse.....	42
3.1	Soziodemographische Daten.....	42
3.2	Behandlungsmodalitäten.....	45
3.2.1	Aufnahmeumstände.....	45
3.2.2	Aufnahmegründe.....	46
3.2.3	Psychiatrische Vorgeschichte.....	46

3.2.4	Psychopathologischer Befund bei Aufnahme und Entlassung.....	47
3.3	Subjektiv wahrgenommene Zusammenhänge zwischen Aufnahme und der COVID-19-Pandemie .....	49
3.4	Vergleich von Proband*innen mit und ohne angegebenen Zusammenhang zwischen Aufnahme und COVID-19-Pandemie.....	50
3.4.1	Soziodemographische Ergebnisse.....	50
3.4.2	Psychiatrische Familienanamnese.....	52
3.4.3	Ambulante Vorbehandlung und stationäre Erstaufnahme .....	52
3.4.4	Suizidalität .....	53
3.4.5	Psychometrische Testungen .....	54
3.4.6	Inanspruchnahme medizinischer Hilfen .....	55
3.4.7	Sorgen und Ängste in Bezug auf die Pandemie .....	57
3.4.8	Aggressives Verhalten und Gewalterfahrungen.....	59
3.4.9	Urlaubsbeschränkungen durch die Pandemie .....	60
4	Diskussion.....	62
4.1	Pandemie und medizinische Versorgung.....	63
4.2	Depressivität, Globales Funktionsniveau und Resilienz im Kontext der Pandemie.....	66
4.3	Belastungsfaktoren während der Pandemie .....	70
4.3.1	Familienanamnese und Belastung in der Pandemie.....	70
4.3.2	Suizidalität und Pandemie.....	72
4.3.3	Veränderungen der Arbeitsplatzsituation und Verlust von Tagesstruktur.....	73
4.3.4	Veränderungen der sozialen Integration .....	75
4.4	Pandemie und Aggressivität.....	76
4.5	Methodendiskussion.....	78
4.6	Schlussfolgerungen und Ausblick .....	80
5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	82
6	Anhang.....	91

# 1 Einleitung

Diese Arbeit untersucht den Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf Patient\*innen mit depressiven Erkrankungen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus in Nordrhein-Westfalen. In diesem Kapitel wird zunächst der Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie und deren Einfluss auf die psychische Gesundheit dargestellt. Sodann werden Hintergründe zur Erkrankung der Depression erläutert und die Fragestellungen der Untersuchung hergeleitet.

## 1.1 SARS-CoV-2-Pandemie

Der Erreger SARS-CoV-2 ist ein Beta-Coronavirus. Unter Säugetieren und Vögeln sind Infektionen durch Coronaviren weit verbreitet und führen meist zu milden Erkältungssymptomen. Es kann aber auch zu schweren Lungenentzündungen kommen (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020; Fehr & Perlman, 2015).

Im Frühjahr 2020 wurde das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 als Auslöser der Erkrankung COVID-19 erstmalig identifiziert. Eine Metaanalyse zeigt eine mittlere Inkubationszeit von rund 5 Tagen für die Alpha-Variante, ca. 4 ½ Tagen für die Beta- und Delta-Varianten, sowie ca. 3 ½ Tagen für die Omikron-Variante von SARS-CoV-2 (Wu et al., 2022).

Symptome wie Husten, Schnupfen und Halsschmerzen zeigten sich bei Erkrankungen durch alle Virus-Varianten häufig. Hingegen wurde mit späteren Varianten die anfangs noch häufig beschriebene Störung der Anosmie und/oder Ageusie im Verlauf immer seltener, während die Rate an Erkrankten mit Fieber zunahm (Lehfeld et al., 2023).

Der Manifestationsindex, und somit der Anteil an Infizierten mit Erkrankungssymptomen, von COVID-19 wird auf ca. 55 bis 85% geschätzt (Oran & Topol, 2020; Buitrago-Garcia et al., 2020). Auch das Robert Koch-Institut gibt mit Stand November 2021 in seinem „Steckbrief zu SARS-CoV-2“ oben genannte Werte an (Robert Koch-Institut, 2021).

Vor allem ältere und vorerkrankte Personen zählen zu den Risikogruppen für einen schweren Erkrankungsverlauf, der bisweilen auch tödlich enden kann. Grundsätzlich sind jedoch schwere Verläufe, die mit einer Hospitalisierung einhergehen, in jeder Altersgruppe und auch ohne Vorerkrankungen möglich (Cummings et al., 2020).

Auch über Langzeitfolgen einer COVID-19-Infektion wird diskutiert (Nalbandian et al., 2021; Sudre et al., 2021; Nasserie et al., 2021). Grundsätzlich sind medizinische Langzeitfolgen nach intensivmedizinischen Behandlungen nicht ungewöhnlich (Fletcher et al., 2003), jedoch häuften sich bereits seit Mitte 2020 die Hinweise auf längerfristige Gesundheitsfolgen nach SARS-CoV-2-Infektionen auch bei einem milden und asymptomatischen Verlauf. Regelmäßig beobachtete Beschwerden, die diesbezüglich solitär oder auch in Kombination vorhanden sein können, sind unter anderem eine reduzierte Belastbarkeit, Müdigkeit, Dyspnoe und Schmerzen und/oder Schwäche der Muskulatur (Carfi et al., 2020; Sudre et al., 2021; Nasserie et al., 2021). Ferner wurden auch eine reduzierte Lungenfunktion, die Entwicklung eines Diabetes Mellitus sowie kardiale, nephrologische und hepatische Komplikationen beschrieben (Nalbandian et al., 2021). Ein *Case Report* des Universitätsklinikums Düsseldorf berichtete das Auftreten einer sekundär sklerosierenden Cholangitis als mögliche Komplikation einer schweren COVID-19-Infektion (Klindt et al., 2021). Auch psychische Symptome wie kognitive Einbußen durch Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Gedächtnisleistung, Schlafstörungen, aber auch affektive Symptome wie Ängste und depressive Zustandsbilder wurden als Langzeitfolgen beschrieben (Nalbandian et al., 2021; Nasserie et al., 2021).

Unterschieden wird das „*Acute COVID-19*“, welches den akuten Infektionszeitraum vier Wochen nach Erkrankungsbeginn beschreibt, die durch das britische *National Institute for Health and Care Excellence* (2021) benannte „*Ongoing symptomatic COVID-19*“, die 5 bis 12 Wochen nach Beginn der Erkrankung besteht, sowie das „*Post-COVID-19 syndrome*“, bei welchem die Symptome länger als 12 Wochen nach Erkrankungsbeginn anhalten. Im klinischen Alltag wird zudem oft der Begriff „*long COVID*“ verwendet, der die beiden letztgenannte Phasen nach der akuten Erkrankung einschließt (National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Die Behandlung von COVID-19 basiert vor allem auf einer symptomatischen Therapie relevanter Infektionssymptome und bestehender Grunderkrankungen, zum Beispiel mittels Sauerstoff-, intravenöser Flüssigkeitsgabe oder der antibiotischen Behandlungen von bakteriellen Sekundärinfektionen. Bislang gibt es nur wenige Wirkstoffe die zu der Behandlung einer COVID-19 Infektion durch die Europäische Arzneimittel-Agentur zugelassen worden sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um antivirale und immunmodulatorische Medikamente, wie zum Beispiel Dexamethason (Kluge et al., 2021).

### 1.1.1 Verlauf der Pandemie

Initial nachgewiesen wurde SARS-CoV-2 im Dezember 2019 in der Stadt Wuhan in China (Huang et al., 2020; Wang et al., 2020).

Die erste offizielle Meldung durch chinesische Behörden an die „*World Health Organisation*“ (WHO) bezüglich einer Pneumonie unbekanntes Auslösers bei 44 Patient\*innen in der Stadt Wuhan erfolgte am 31.12.2019 (WHO, 2020). Binnen weniger Wochen kam es zu einer globalen Verbreitung des Erregers (WHO, 2021).

Der erste nachgewiesene Fall einer SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland konnte am 27.01.2020 im Landkreis Starnberg bestätigt werden (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit & Robert Koch-Institut, 2020).

Bereits am 09.02.2020 überstieg die Anzahl der an COVID-19 verstorbenen Personen die Gesamtzahl der Toten der SARS-Pandemie der Jahre 2002/03, an deren Folgen weltweit insgesamt 774 Menschen verstorben waren (BBC, 2020).

Am 11.03.2020 erklärte der Generaldirektor der *WHO*, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, den Ausbruch von SARS-CoV-2 zu einer globalen Pandemie. Bis zu diesem Tag wurden durch insgesamt 114 Länder bereits eine Gesamtzahl von über 118.000 Infektionen und 4291 Todesfällen registriert und gemeldet (WHO, 2021).

Im Rahmen des Infektionsgeschehens wurden durch die Regierung der Bundesrepublik Deutschland ab dem 17.03.2020 Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie erlassen. Hierzu zählten unter anderem die Schließung zahlreicher

Geschäfte. Bestimmte Geschäfte (z.B. Apotheken, Lebensmittelgeschäfte und Baumärkte) durften nur unter strengen Hygieneauflagen und „Auflagen zur Steuerung des Zutritts“ geöffnet bleiben. Des Weiteren kam es zu der Schließung vieler Freizeiteinrichtungen für den Publikumsverkehr (unter anderem Spielplätze, Theater, Einrichtungen für sexuelle Dienstleistungen, Sportanlagen und -einrichtungen). Auch kam es zu Einschränkung von Zusammenkünften (zum Beispiel in Vereinen, Einrichtungen von Glaubensgemeinschaften, Musik- und Volkshochschulen), Beschränkungen der Reisefreiheit durch ein Verbot touristischer Reisen innerhalb Deutschlands und auch zu strengen Besuchsregelungen für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und weiterer öffentlicher Einrichtungen (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020).

Am 22.03.2020 wurden bei einem weiteren Treffen der damaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel und der Ministerpräsident\*innen der Bundesländer Erweiterungen der oben genannten Maßnahmen beschlossen. Die Bürger\*innen wurden unter anderem dazu angehalten den Kontakt zu Personen aus anderen Haushalten „auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren“ und in der Öffentlichkeit einen Mindestabstand von anderthalb Meter zu „nicht-haushaltsangehörigen Personen“ einzuhalten. Treffen im öffentlichen Raum waren nur noch mit einer einzigen haushaltsfremden Person erlaubt. Auch seien „Gruppen feiernder Menschen auf öffentlichen Plätzen, in Wohnungen sowie privaten Einrichtungen“ „angesichts der ernsten Lage in unserem Land inakzeptabel“, weshalb durch die Ordnungsbehörden Verstöße gegen die Kontaktbeschränkungen „überwacht und bei Zuwiderhandlungen sanktioniert werden“ sollten. (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020).

Ab dem 04.05.2020 kam es dann zu ersten Lockerungen dieser Maßnahmen, die umgangssprachlich als „erster *Lockdown*“ beschrieben wurden. Viele der Beschränkungen blieben aber bestehen. Unter anderem waren Großveranstaltungen weiterhin nicht erlaubt, es bestand eine Pflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln eine „Mund-Nasen-Bedeckung“ zu tragen und auch zuvor initiierte „Quarantänemaßnahmen“ für Infizierte und „Reiserückkehrer aus Risikogebieten“ für bis zu 14 Tagen behielten ihre Gültigkeit. Auch die Einschränkungen im

Schulbetrieb durch Schulschließungen, Maskenpflicht und Unterricht-Ersatz durch „*Homeschooling*“ hatten weiterhin Bestand (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020).

Im weiteren Verlauf kam es dann ab November 2020 zunächst erneut zu Einschränkungen sozialer Kontakte und des öffentlichen Lebens („*Lockdown light*“), Ab Mitte Dezember 2020 kam es jedoch zu deutschlandweiten Beschränkungen, die in den Medien als „*harter Lockdown*“ beschrieben wurden. So waren zum Beispiel private Treffen auf maximal fünf Personen (Kinder unter 14 Jahren waren hiervon ausgenommen) aus zwei unterschiedlichen Haushalten begrenzt, für die Weihnachtstage galt die Regelung in leicht angepasster Form. An Silvester und Neujahr 2020 wurde ein bundesweites Versammlungsverbot durchgesetzt und der Verkauf sowie die Verwendung von Pyrotechnik verboten. Der Einzelhandel wurde ab dem 16.12.2020 geschlossen, nur noch wenige Geschäftszweige und Dienstleister (zum Beispiel Lebensmittelgeschäfte, Apotheken, Werkstätten für Kraftfahrzeuge) durften geöffnet bleiben. Auch Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften durften nur unter strengen Hygieneauflagen stattfinden. (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020).

Diese Beschränkungen wurden ab Mitte März 2021 wieder zurückgenommen. Im Verlaufe der Jahre 2021 und 2022 kam es jedoch immer wieder situationsangepasst zu verschiedenen weiteren Maßnahmen zur Bekämpfung des Pandemiegeschehens. Als besonderes relevante Entwicklung zu benennen sind die Impfungen, die seit Ende Dezember 2020 in Deutschland zur Verfügung stehen (Imöhl & Ivanov, 2021).

Laut einer Erhebung des statistischen Bundesamts stieg während der COVID-19-Pandemie der Anteil an Erwerbstätigen im sogenannten *Homeoffice* deutlich an. Befanden sich 2019 noch 13% aller Erwerbstätigen im *Homeoffice*, stieg dieser Anteil im Jahr 2020 auf 21% und im Jahr 2021 auf 25% an (Statistisches Bundesamt, 2022).

Der infektiologische Verlauf der Pandemie in Deutschland wurde retrospektiv im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts beschrieben. Hierbei wurde

das bisherige Infektionsgeschehen in bislang 6 Phasen eingeteilt. Das Auftreten sporadischer COVID-19-Fälle zwischen Kalenderwoche 5 bis 9 im Jahre 2020 wurde als Phase 0 beschrieben. Die Phasen 1 (KW 10/2020 bis KW 20/2020), 3 (KW 40/2020 bis KW 08/2021) und 4 (KW 09/2021 bis KW 23/2021) beschrieben die bisherigen drei COVID-19-Wellen. Mit den Phasen 2 und 5 wurden die Sommerplateaus der Jahre 2020 und 2021 beschrieben, in denen geringe Inzidenzen von COVID-19-Infektionen zu verzeichnen waren (Schilling et al., 2021; Tolksdorf et al., 2021).

Insbesondere für die ersten beiden dieser drei infektiologischen Hochphasen ergeben sich folgende Daten:

1. Es zeigte sich eine erhebliche Zunahme des Infektionsgeschehens von der ersten „COVID-19-Welle“, in welcher insgesamt 175.013 Fälle einer Erkrankung gemeldet worden waren bei einer Inzidenz von 210, im Vergleich zur zweiten Welle, in deren Rahmen es zu 2.158.013 gemeldeten Fällen und einer Inzidenz von 2595 kam.
2. Die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigte sich nahezu unverändert.
3. Die Anzahl der Verstorbenen nahm von 5,1% in der ersten Welle auf 3,1% in der zweiten Welle ab. Ebenfalls halbierte sich die Anzahl der Hospitalisierungen nahezu von 18% in der ersten auf 9,7% in der zweiten COVID-19-Welle (Schilling et al., 2021).

In Italien führte die COVID-19-Pandemie im März 2020 zu so einer erheblichen Belastung des Gesundheitssystems, dass die Behandlungsplätze auf Intensivstationen nicht mehr für die Versorgung der Erkrankten ausreichten und zeitweise eine Triage auf Intensivstationen durchgeführt werden musste (Rheinische Post, 2020).

In Deutschland hingegen zeigte sich zwar insbesondere gegen Ende 2020 eine deutliche Zunahme belegter Intensivbetten, zwischen März 2020 und Dezember 2020 waren jedoch die bundesweiten Kapazitäten an intensivmedizinischen Behandlungsplätzen zu keinem Zeitpunkt erschöpft. Die Belegung der Intensivstationen erreichte im Dezember 2020 mit rund 3700 freien Behandlungsplätzen einen Höchststand (Robert Koch-Institut & Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, 2024).

Die Belegung der bundesweiten Intensivstationen nahm zwischen April und Dezember 2020 von rund 18.000 auf zirka 20.000 zu. Ein saisonaler Zusammenhang wird deutlich. Der Anteil an COVID-19-Patient\*innen auf Intensivstationen machte im Dezember 2020 rund 25% aller behandelten Patient\*innen aus, wohingegen er im Sommer 2020 bei rund 1% lag, bei jeweils insgesamt rund 20.000 belegten Intensivbetten (Robert Koch-Institut & Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, 2024).

Mit Stand vom 29.05.2024 gab es weltweit kumulativ 775.481.326 bei der WHO gemeldete COVID-19-Fälle. Insgesamt waren bis zu diesem Zeitpunkt weltweit 7.049.376 Todesfälle gemeldet worden, was einer weltweiten Sterblichkeitsrate von rund 0,9% entspricht (WHO, 2024). Die fünf Länder mit den meisten Todesfällen waren bis zu diesem Zeitpunkt die Vereinigten Staaten von Amerika, Brasilien, Indien, Russland und Mexico, in denen zusammen insgesamt rund 3,2 Millionen Tote zu beklagen sind. Lediglich Turkmenistan und Nord-Korea hatten keine COVID-19-Fälle an die WHO gemeldet (WHO, 2024).

In Deutschland waren bis zum 14.01.2024 insgesamt 38.437.756 COVID-19-Infektionen und 174.979 Todesfälle gemeldet worden (WHO, 2024), was einer Letalitätsrate von rund 0,45% entspricht.

Waren im Jahr 2019 in Deutschland noch insgesamt 939.520 Menschen gestorben (Statistisches Bundesamt, 2020), kam es im Jahr 2020 zu einem Anstieg von rund 4,9% im Vergleich zum Vorjahr, mit insgesamt 985.572 Todesfällen. Wobei laut statistischem Bundesamt 39.758 dieser Todesfälle auf eine COVID-19-Infektion zurückzuführen waren (Statistisches Bundesamt, 2021).

### 1.1.2 Psychosoziale Auswirkungen

Eine Vielzahl an Untersuchungen beschäftigte sich mit der Frage nach psychosozialen Auswirkungen auf die Gesellschaft und ihre einzelnen Individuen durch die Pandemie. Wurden zu Beginn der Pandemie noch besonders häufig Untersuchungen zu Fachkräften im Gesundheitssektor veröffentlicht, nahm im Verlauf der Pandemie auch die Anzahl an Studien in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung zu.

Schon zu Beginn der COVID-19-Pandemie rieten psychiatrische Fachgesellschaften, rechtzeitig auf die von diesen erwarteten und bevorstehenden psychosozialen Belastungen zu reagieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um betroffene Personen adäquat zu unterstützen und zu behandeln (Xiang et al., 2020; Duan & Zhu, 2020; Liu et al., 2020).

Zielasek und Gouzoulis-Mayfrank warnten im Mai 2020 vor einer pandemiebedingten Erhöhung der Inanspruchnahme des psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitssystems aufgrund eines antizipierten Anstiegs psychischer Störung im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020).

Eine retrospektive Untersuchung von Notfallkontakten in der zentralen Notaufnahme des Kreisklinikums Siegen zeigte hingegen einen Rückgang psychiatrischer Patient\*innen von 2404 im Jahr 2019 auf 2194 im Jahr 2020, was einem Rückgang von 8,7% entspricht. Im selben Zeitraum habe aber auch die Anzahl somatischer Notfallpatienten um 9,7% abgenommen (Ullrich et al., 2022).

In einer Studie in Hamburg mit 2047 Teilnehmer\*innen, die zwischen April 2020 und November 2021 befragt worden waren, wurde die „Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der COVID-19-Pandemie bei Personen mit chronischen Erkrankungen“ untersucht. Hierbei zeigte sich, dass bei den 47,9% der Teilnehmer\*innen mit somatischen Vorerkrankungen insgesamt 10% die Absage eines medizinischen Leistungserbringers für einen notwendigen Termin erhalten hatten, während dies bei 5,5% der nicht Vorerkrankten der Fall war (Schäfer et al., 2023). Hingegen hatten etwas über 15% beider Patient\*innengruppen eigenständig medizinische Termine abgesagt, obwohl Beschwerden bestanden hätten (Schäfer et al., 2023).

Hinsichtlich psychischer Erkrankungen sei es zu einer Verschiebung der zur Vorstellung führenden Diagnosen gekommen, die jedoch als nicht signifikant beschrieben wurde. So habe die Anzahl an Patient\*innen mit Suchterkrankungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zugenommen, affektive Störungen, zu denen auch Depressionen zählen, wären weniger häufig in der Notaufnahme anzutreffen gewesen als im Vorjahr (Ullrich et al., 2022).

Insbesondere depressive Patient\*innen berichteten zumindest subjektiv von Ihnen erlebte Einschränkungen in der psychiatrischen Versorgung (siehe Kapitel 1.1.3).

Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen wurden vor allem durch die erhöhte Belastung in der Patientenversorgung durch unzureichende persönliche Schutzausrüstung und ein erhöhtes Arbeitspensum im Rahmen der COVID-19-Pandemie vermutet (Rodríguez & Sánchez, 2020). Hierdurch sei das Risiko stressbedingte psychische Erkrankungen zu erleiden erhöht, was wiederum zu einem zunehmenden sozialen Rückzug führe, welcher durch bestehende Quarantänemaßnahmen zusätzlich verstärkt würde. Das Risiko durch Quarantänemaßnahmen an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken sei ebenfalls erhöht, so dass sich hieraus eine mögliche negative Feedbackschleife ergeben könne (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Ein systematisches *Review* von 13 Studien mit insgesamt 33.062 Teilnehmer\*innen unter medizinischem Fachpersonal in China und Singapur zeigte eine Prävalenz für Angststörungen von 23,2%. Depressionen seien hingegen bei 22,8% der Befragten aufgetreten und 34,3% hätten an Schlafstörungen gelitten (Pappaa et al., 2020).

Weitere Untersuchungen ergaben ein erhöhtes Stresserleben sowie vermehrte Ängste, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen bei medizinischem Fachpersonal, wobei für Stresserleben, Ängste und Depressionen die Prävalenzen zwischen 37% und 40% angegeben wurden. Posttraumatische Belastungsstörungen seien bei rund 49% der Befragten vorhanden gewesen. Es wurde postuliert, dass hieraus eine Reduktion der Patientensicherheit sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für medizinische Fehler resultieren könnten (Hummel et al., 2021; Saragih et al., 2021; Vanhaecht et al., 2020).

Eine Metaanalyse von 18 Studien aus China und Indien mit insgesamt 79.664 Teilnehmer\*innen zeigte ebenfalls eine Erhöhung von Ängsten, Depressionen und Posttraumatischen Belastungssymptomen in der Allgemeinbevölkerung sowie bei medizinischem Personal. Als Risikofaktoren hierfür wurden unter anderem der Kontakt zu COVID-19-Patienten, das weibliche Geschlecht, die Sorge um

nahestehende Personen, ein reduzierter Gesundheitsstatus und eine schlechte Schlafqualität beschrieben. Protektive Faktoren seien hingegen Informationen zu sinkenden Infektionszahlen, soziale Unterstützung und ein subjektiv als gering wahrgenommenes Infektionsrisiko gewesen (Gilan et al., 2020). Die 1.012 Teilnehmer\*innen der deutschen „COVID-19 *Snapshot Monitoring*“-Studie zeigten im Vergleich zu Werten der deutschen Allgemeinbevölkerung vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie erhöhte *Scores* in den Punkten Ängstlichkeit, Einsamkeit und Depression (Gilan et al., 2020).

Röhr und Kollegen (2020) kamen in einem *Review* zu dem Ergebnis, dass Quarantänemaßnahmen (insbesondere deren Dauer) und Einkommensverluste im Rahmen der Pandemie zu einer Zunahme negativer psychosozialer Folgen, wie zum Beispiel Depressivität, Stress, sozialer Isolation und Einsamkeit führten (Röhr et al., 2020).

An der NAKO-Gesundheitsstudie, der aktuell größten Kohortenstudie in Deutschland, nahmen von April bis Mai 2020 insgesamt 113.928 Personen teil, wobei ein bis fünf Jahre vor der Erhebung eine Basisuntersuchung stattgefunden hatte. Die Teilnehmer\*innen waren zwischen 20 und 74 Jahren alt und berichteten im Vergleich zur Basisuntersuchung von einer Zunahme des Stressempfindens während der Pandemie (Peters et al., 2020).

Laut den Ergebnissen der NAKO-Gesundheitsstudie nahmen moderat bis schwer ausgeprägte Symptome einer Depression von 6,4% auf 8,8% zu. Wobei angst- und depressionsassoziierte Symptome vor allem bei Teilnehmer\*innen unter 60 Jahren anstiegen. Hieraus wurde geschlossen, dass die Pandemie und auch die durchgeführten Schutzmaßnahmen zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit geführt haben könnten (Peters et al., 2020).

Eine weitere Analyse der Daten aus der NAKO-Studie durch Dragano und Reuter et al. (2022) zeigten einen Anstieg einer moderaten bzw. schweren depressiven Symptomatik von 7,1% auf 9,5%. Ferner zeigten sich Korrelationen unter anderem zwischen pandemiebedingtem Arbeitsplatzverlust, finanziellen Sorgen, Arbeitsplatzunsicherheit, erhöhter Wochenarbeitszeit sowie einem Wechsel ins *Homeoffice* und einer Zunahme von depressiven Symptomen. Statistisch sei die

Verschlechterung der psychischen Gesundheit in der COVID-19-Pandemie in dieser Untersuchung fast vollständig durch finanzielle oder berufliche Veränderungen zu erklären gewesen (Dragano et al., 2022).

Ein Bericht im Auftrag des Schweizer Bundesamts für Gesundheit beschrieb ebenfalls ein angestiegenes Stressempfinden, vor allem während des schweizerischen *Lockdowns* im Rahmen der Pandemiebekämpfung (Stocker et al., 2020).

Diese Ergebnisse spiegelten sich auch in weiteren Untersuchungen und Metaanalysen wieder, die zeigten, dass eine Zunahme von depressiven Symptomen, Ängsten, posttraumatischen Belastungsstörungen und insbesondere dysfunktionalem Stress in der Allgemeinbevölkerung verschiedener Länder zugenommen hatte (Xiong et al., 2020; Ren et al., 2020; Talevi et al., 2020; Cénat et al., 2021; Salari et al., 2020; Cooke et al., 2020; Bueno-Notivol et al., 2020; Bareeqa et al., 2020).

Befunde, dass ältere Menschen insgesamt weniger psychische Belastungen durch die Pandemie präsentierten, wurden in einer Untersuchung beschrieben. Als positive Ressourcen waren hier insbesondere die Bewältigung früherer Lebenskrisen, die Lebenserfahrung und eine Einsicht in die Notwendigkeit von Eindämmungsmaßnahmen im Rahmen der Pandemie beschrieben worden (Welzel et al., 2021).

In einer Studie aus Mannheim finden sich Daten zu weiteren Faktoren in Bezug auf die psychische Gesundheit während der Pandemie. So zeigte sich zum Beispiel eine Zunahme von Alkoholkonsum bei 20% und anderen psychotropen Substanzen und Medikamenten bei 9% ihrer Teilnehmer\*innen, sowie einer generellen Zunahme von Ängsten, insbesondere in Bezug auf mögliche Gesundheitsschäden für nahestehende Personen (Kuehner et al., 2020).

Eine Metaanalyse von Puyat und Kollegen (2020) zu möglichen, in der Häuslichkeit durchführbaren Aktivitäten zur Verbesserung des mentalen Wohlbefindens während der COVID-19-Pandemie, kam zu dem Ergebnis, dass Maßnahmen wie

Sport, Yoga, Entspannungstechniken, wie zum Beispiel die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (Jacobson, 1930), und das Hören von Musik die psychischen Auswirkungen durch die Pandemie abmildern könnten. Ebenfalls zeigten sie, dass unter bestimmten Umständen auch religiöse Aktivitäten hierbei helfen könnten. Es ergaben sich hierzu jedoch uneinheitliche Befunde, da religiöse Aktivitäten auch zu einer Erhöhung depressiver Symptome bis hin zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen können, insbesondere dann, wenn Religion außerhalb der etablierten Kirchen ausgeübt wurde oder es zu Sinnkrisen im Rahmen der Religiosität kam (Puyat et al., 2020).

Auch die WHO (2020) veröffentlichte einen Ratgeber, wie man mit der Belastung während der COVID-19-Pandemie besser umgehen könne und nannte hier Möglichkeiten, wie zum Beispiel den Kontakt zu Familie und Freunden zu halten, einen gesunden Lebenswandel, den Verzicht auf Rauschmittel, sich an Fakten zur Pandemie zu orientieren um das eigene Risiko besser einschätzen zu können und die Zeit mit Medien und Nachrichten zu reduzieren die beunruhigend seien (WHO, 2020).

Laut DAK-Urlaubreport gaben in den Jahren 2020 und 2021 insgesamt 19% der 1000 befragten Deutschen an, sich in ihrem Urlaub „weniger gut“ oder „überhaupt nicht“ erholt zu haben, während das Ergebnis im Jahr vor der Pandemie noch bei 13% lag (Forsa-Institut & DAK-Gesundheit, 2021).

### 1.1.3 Besondere Auswirkungen für psychisch erkrankte Menschen

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe veröffentlichte 2020 das 4. Deutschland-Barometer Depression mit dem Schwerpunktthema „COVID-19 und seine Folgen für die psychische Gesundheit“. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 5178 Personen zwischen 18 und 69 Jahren befragt, wobei 263 Personen zum Zeitpunkt der Befragung an einer depressiven Episode erkrankt waren. Sie empfanden die Situation im Rahmen der Pandemie als sehr bedrückend (74%) und die Mitmenschen als deutlich rücksichtloser (57%). Außerdem sei es zu einem vermehrten sozialen Rückzug ihrerseits gekommen (55%). Verglichen mit den nicht

depressiv erkrankten Personen zeigte sich eine deutlich höhere Belastung durch die Pandemie (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2020).

Einen weiteren Fokus legte die Untersuchung auf die medizinische Versorgung depressiver Patient\*innen. Insgesamt 58% der befragten Personen gaben an, dass es in mindestens einem Bereich der medizinischen Versorgung zu Beeinträchtigungen gekommen sei, vor allem sei es zu Ausfällen von fachärztlichen, psychotherapeutischen und hausärztlichen Behandlungsterminen gekommen. 17% der befragten Personen gaben an, dass sie keine Behandlungstermine hätten erhalten können, obwohl diese ihnen mutmaßlich zur Bewältigung der Depression geholfen hätten (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2020).

Die Nutzung von Telefon- und Videosprechstunden habe durch die Pandemie bereits leicht zugenommen, 15% der insgesamt 2008 hierzu befragten Personen hätten solche Formate genutzt. Die Erfahrungen mit telemedizinischen Angeboten wurden von rund 80% der Befragten als positiv bewertet (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2020).

Die Wartezeiten für ein ambulantes psychotherapeutisches Erstgespräch lagen 2021 in 49,6% und 2022 in 51% der Fälle bei über einem Monat. Hingegen nahm der Anteil an Wartezeiten von mehr als sechs Monaten bis zum eigentlichen Behandlungsbeginn von 38,3% im Jahr 2021 auf 47,4% im Jahr 2022 zu (Rabe-Menssen, 2023).

Adorjan und Kollegen (2021) erörtern die negativen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie insbesondere auf psychisch erkrankte Personen mit einer Schizophrenie, Demenz und Abhängigkeitserkrankungen. So seien Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nicht nur aufgrund von Kontaktbeschränkungen belastet, auch führe das limitierte psychiatrische Behandlungsangebot während der Pandemie zu weiteren Beeinträchtigungen. Unter anderem zu benennen seien in diesem Kontext z.B. notwendigen Laborkontrollen bei Clozapin-Medikation (antipsychotische Medikation), bei welcher in den ersten 18 Wochen der Einstellung wöchentliche und dann monatliche Kontrollen des Differential-Blutbildes erforderlich sind. Eine für die COVID-19-Infektion typische Neutropenie könne zudem dazu führen, als Nebenwirkung der Clozapin-Medikation missverstanden zu werden, mit dem Resultat, dass unnötig

eine, für an einer Schizophrenie erkrankte Personen, wichtige Medikation mit Clozapin fälschlicherweise abgesetzt werden könne (Adorjan et al., 2021).

Insgesamt scheint naheliegend, dass in einer Pandemie psychisch vorerkrankte Menschen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe sind (Winkler et al., 2021). Eine retrospektive Untersuchung 682 psychisch erkrankter Patient\*innen ergab, dass sich bei knapp zwei Dritteln eine erhöhte psychische Belastung durch die Pandemie zeigte. Vor allem an Angststörungen erkrankte Personen seien signifikant stärker, an einer Psychose erkrankte Personen hingegen signifikant weniger belastet gewesen (Winkler et al., 2021). Auch rund 50% der insgesamt 307 depressiv erkrankten Teilnehmer\*innen gaben eine erhöhte Belastung durch die COVID-19-Pandemie an, weshalb der Förderung der Resilienz psychisch erkrankter Personen eine hohe Bedeutung zugemessen wird (Winkler et al., 2021).

Diese Daten wurden durch eine weitere Untersuchung bestätigt, in der sich zeigte, dass es bei über 50% der psychisch erkrankten Untersuchten durch die Belastung der Pandemie zu einer Verschlechterung der psychischen Symptomatik gekommen war (Frank et al., 2020), was die Betroffenen unter anderem auf Veränderungen der Tagesstruktur zurückführten. 89% der Befragten gaben an, dass die Möglichkeiten im Rahmen einer stationären Behandlung durch die Pandemie verändert sei, was vor allem auf reduzierte Therapieangebote und Kontaktbeschränkungen für Besucher\*innen zurückgeführt wurde (Frank et al., 2020).

Zhou und Kollegen (2020) zeigten bei 21% von 1434 befragten ambulanten psychiatrischen Patient\*innen, eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Zudem sei es bei rund 22% der Patient\*innen während der Pandemie zu ausgefallenen psychiatrischen Behandlungskontakten gekommen (Zhou et al., 2020).

Eine Untersuchung zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf psychisch vorerkrankte im Vergleich zu psychisch nicht vorerkrankten Personen, ergab eine deutlich stärkere Ausprägung von Depressivität, Angst und Stress, wobei vor allem Depressivität bei knapp 34% der psychiatrisch vorerkrankten Personen festgestellt wurde. In der Kontrollgruppe war dies lediglich bei 1,8% der Teilnehmer\*innen der Fall (Hao et al., 2020).

In einer Metaanalyse aus Großbritannien zeigte sich ebenfalls eine Verschlechterung der psychischen Situation bei psychisch Vorerkrankten und insbesondere eine Verstärkung depressiver Symptome unter den Auswirkungen der Pandemie (Neelam et al., 2020).

Pirkis et al. (2021) zeigten in insgesamt 12 von 21 untersuchten Ländern, bzw. einzelnen dort untersuchten Regionen, statistisch signifikante Rückgänge der beobachteten Suizide im Vergleich zu den, aufgrund von Daten aus Vorjahren, erwarteten Suiziden. In Deutschland zeigte sich dies für die Regionen Leipzig und Frankfurt am Main. In Köln/Leverkusen kam es hingegen zu einer statistisch nicht signifikanten Zunahme von Suiziden.

Mögliche Erklärungen durch die Autor\*innen wurden unter anderem in der staatlichen finanzielle Unterstützungen, einer Reduktion alltäglicher Stressoren für besonders gefährdete Personen und einer Stärkung von sozialen Bindungen in Haushalten durch „*stay-at-home*“-Regelungen begründet (Pirkis et al., 2021).

Auch in einer Untersuchung zu Suiziden anhand der polizeilichen Kriminalstatistiken für Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein von 2017 bis 2021 zeigten sich keine signifikanten Änderungen der Gesamtsuizide über diesen Zeitraum, während sich jedoch teilweise die nach Geschlechtern getrennte Altersstruktur der Suizide änderte (Radeloff et al., 2022). Bei Frauen nahm vor allem die Suizidrate bei den unter 20-Jährigen und zwischen 51- und 60-Jährigen ab, eine Zunahme zeigte sich in den Altersgruppen von 61 bis 70 Jahren und 81 bis 90 Jahren. Bei den Männern nahm die Suizidrate in der Altersgruppe 41 bis 50 Jahren und zwischen dem 71. bis 90. Lebensjahr ab, stieg hingegen insbesondere bei den über 91-Jährigen aber an (Radeloff et al., 2022). Laut statistischem Bundesamt lag die Anzahl der Suizide in Deutschland im Jahr 2019 mit 9041 Fällen noch auf einem vieljährigen Tiefstwert und stieg in den darauffolgenden Jahren wieder an (2020: 9206 Fälle, 2021: 9215 Fälle, 2022: 10119 Fälle, 2023: 10300 Fälle), wobei die Verteilung die Geschlechterverteilung mit rund 70% Männern und rund 30% Frauen relativ konstant geblieben sei (Statistisches Bundesamt, 2024).

Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass eine psychiatrische Vorerkrankung das Risiko für eine COVID-19-Infektion zu erhöhen scheint (Wang et al., 2021).

Insbesondere Patient\*innen mit Depressionen und Schizophrenien erkrankten signifikant häufiger an COVID-19 als die Allgemeinbevölkerung. Auch das Risiko an einer COVID-19-Infektion zu versterben war für depressiv Vorerkrankte mit 8,2% signifikant höher als bei nicht-psychisch erkrankten Patient\*innen, die eine Mortalitätsrate von 4,7% zeigten (Wang et al., 2021).

#### 1.1.4 Gewalt in der Pandemie

Barchielli et al. (2021) diskutierten Veränderungen der sozialen Konstellationen in der Häuslichkeit durch z.B. *Home-Office* oder *Home-Schooling* als Auslöser vermehrter intrafamiliärer Aggressivität. Auch Medien berichteten, dass es im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu einer Zunahme von häuslicher Gewalt gekommen und auch die Inanspruchnahme von „Hilfs-Beratungen“ für Opfer häuslicher Gewalt gestiegen sei (Kuklik, 2022).

Im Jahresbericht des Bundeskriminalamts über Partnerschaftsgewalt von 2020 zeigte sich ein Anstieg von 4,9% bei Fällen „Gewalt in Partnerschaften“, wobei die Anzahl der Opfer um 4,4% zunahm (Bundeskriminalamt, 2021). Im Jahr 2021 hingegen nahm die Anzahl an Fällen von Partnerschaftsgewalt um 2,5% ab, wobei insgesamt aber nicht auszuschließen sei, dass durch die COVID-19-Pandemie die Dunkelziffer bei Straftaten höher geworden seien, beispielsweise durch ein verändertes Anzeigeverhalten oder eine geringere Entdeckungswahrscheinlichkeit (Bundeskriminalamt, 2022).

Laut des Jahresberichts des „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ sei es im Jahr 2020 zu einer Zunahme der Inanspruchnahmen um 15% im Vergleich zum Vorjahr gekommen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 2021).

Eine Dunkelfelduntersuchung des Landeskriminalamts in Niedersachsen im Jahr 2021, mit rund 17.500 Teilnehmer\*innen, kam zu dem Ergebnis, dass 5,7% aller befragten Personen Opfer von Partnerschaftsgewalt wurden und 76,7% der Betroffenen mehrfache Übergriffe erlebt hätten (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2022). In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland, welche die Jahre 2015/2016 und 2020/2021 in Bezug auf die 12-Monats-Prävalenz von Gewalt in der Partnerschaft, sowie psychische und physische Gewalt gegen Kinder

untersuchte, konnte keine signifikante Veränderung in Bezug auf die Zeit vor bzw. während der COVID-19-Pandemie festgestellt werden (Kliem et al., 2021). Diese Ergebnisse werden durch eine in der Schweiz durchgeführte Untersuchung zur 12-Monats-Prävalenz von partnerschaftlicher Gewalt in den Jahren 2018 und 2021 gestützt, die zu ähnlichen Ergebnissen kam. Es zeigte sich grundsätzlich keine signifikante Veränderung der psychischen oder physischen Gewalt in Partnerschaften, wobei hier die Ergebnisse nicht für alle demografischen Gruppen gleich waren, so zeigte sich bei jüngeren Befragten ein Anstieg von physischen Gewalterfahrungen (Baier et al., 2022).

In einem Vergleich polizeilich registrierter Fällen häuslicher Gewalt und Internet-Suchanfragen mittels *Google* zum Thema häusliche Gewalt für das Jahr 2020 in London, zeigte sich, dass rund 3-6 Wochen nach Beginn des „*Lockdowns*“ im März 2020 in London die Anzahl der Suchanfragen zum Thema häusliche Gewalt um phasenweise bis zu 35% angestiegen waren, während die polizeilich gemeldeten Fälle häuslicher Gewalt im gleichen Zeitraum um ca. 20% angestiegen waren (Anderberg et al., 2021).

Bei einer in den USA durchgeführten Untersuchung wurden zwischen April und September 2020 insgesamt 5.928 Personen mittels Selbsteinschätzung zum Thema Aggressivität befragt. Hierbei zeigte sich bei voranschreitender Länge der pandemiebedingten Einschränkungen für die Monate Juni bis September ein signifikant höheres Level an körperlicher und verbaler Aggressivität, Ärger und Feindseligkeit für Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem *Lockdown* befanden, verglichen mit Personen die sich nicht im *Lockdown* befanden (Killgore et al., 2021).

Eine Untersuchung, die 2018 an Mäusen durchgeführt wurde, zeigte, dass Stress, der durch eine zweiwöchige soziale Isolation ausgelöst wurde, eine durch neuropeptid-vermittelte cerebrale Reaktion hervorruft, die zu einer vermehrten Aggressivität führt (Zelikowsky et al., 2018). Anderson und Bushman beschrieben, dass durch verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel Anspannung, Schmerz, Unbehagen oder Frustration bei Menschen Aggressionen und aggressives Handeln gesteigert und ausgelöst werden können (Anderson & Bushman, 2002).

## 1.2 Depressive Störungen

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit (Wittchen H.-U. J., 2005). Rund ein Fünftel der Menschen erkranken in ihrem Leben an mindestens einer depressiven Episode (Berger & Hecht, 2015).

Psychische Erkrankungen machten laut DAK-Gesundheitsbericht im Jahr 2022 insgesamt 15,1% aller gemeldeten Krankentage in Deutschland aus. Dabei entfielen 118 Krankheitstage pro 100 Versicherten alleine auf Depressionen, die damit mit Abstand die meisten Krankheitstage in Deutschland verursachten (Hildebrandt et al., 2023).

Depressionen waren laut WHO im Jahr 2019 weltweit für die zweitmeisten *years of healthy life lost due to disability (YLD)* verantwortlich. Sie machten 601 YLDs pro 100.000 Einwohnern aus, was einem Anteil von 5,6% der weltweiten YLDs aller Erkrankungen entspricht (WHO, 2020).

### 1.2.1 Klassifikation und Diagnostik

In Deutschland wird zur Klassifikation von Krankheiten die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in ihrer 10. Revision als „*German Modification*“ (ICD-10-GM) verwendet und stellt die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland dar. Sie ist die deutsche Adaption der „*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*“ der WHO und wurde durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasst und übersetzt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2024).

Die depressiven Störungen gehören nach ICD-10-GM zu den Affektiven Störungen (ICD-10: F30-39). Diese umfassen neben den unipolaren depressiven Störungen (ICD-10: F32 und F33) auch die depressiven Episoden im Rahmen der bipolaren affektiven Störung (ICD-10: F31.3 bis F31.6), sowie anhaltende affektive Störungen

(ICD-10: F34), wobei hier vor allem die Dysthymie (eine chronifizierter subklinischer Zustand von Verstimmung) zu erwähnen ist (Dilling et al., 2015).

Auf syndromaler Ebene wird nach ICD-10-GM die unipolare depressive Störung von der bipolaren Störung (manische und depressive Symptome im Wechsel) und der Zykllothymie (subklinisch wechselhafte Stimmung geringerer Ausprägung, als bei der bipolaren Störung) abgegrenzt. Hierbei liegen bei monophasischen depressiven Störungen keine Phasen euphorischer oder gereizter Stimmungslage vor, wie sie bei manischen Phasen typisch sind (Dilling et al., 2015).

Die Diagnosekriterien einer depressiven Episode nach ICD-10-GM können explorativ erhoben werden. Wie in Abbildung 1 gezeigt, sind depressive Episoden vor allem gekennzeichnet durch das Auftreten einer deutlich gedrückten Stimmung, Antriebsminderung sowie Freud- bzw. Interessenlosigkeit über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen (Dilling et al., 2015)

Ferner existieren nach ICD-10-GM folgenden sieben Nebenkriterien:

- Beeinträchtigung der Konzentration und Aufmerksamkeit
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Minderung des Appetits
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und/oder das Gefühl von Wertlosigkeit
- Suizidgedanken oder -handlungen
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven (Dilling et al., 2015).

Viele Erkrankte leiden zudem an einer Grübelneigung, starken Selbstzweifeln und kognitiven Beeinträchtigungen. Hieraus resultiert ein erheblicher Leidensdruck, da Depressionen das Wohlbefinden und Selbstwertgefühl der betroffenen Personen negativ beeinträchtigen (Wittchen et al., 2010).

Bei einigen betroffenen Personen bestehen zusätzlich auch vegetative Symptome, wie zum Beispiel Kopf- und/oder Rückenschmerzen, Muskelkrämpfe, Ohrgeräusche oder Übelkeit. Wenngleich diese Symptome von klinischer Relevanz

sind, haben sie keinen Einzug in entsprechende Klassifikationssysteme gehalten (Berger & Hecht, 2015). Durch ihre Erkrankung sind betroffene Menschen oftmals in ihrer Lebensführung erheblich beeinträchtigt, insbesondere die Bewältigung alltäglicher Aufgaben gelingt ihnen nur mit einem vermehrten Aufwand und nimmt deutlich mehr Zeit in Anspruch als bei nicht erkrankten Personen (Berger & Hecht, 2015).

### Symptome der Depression und Einteilung des Schweregrads von Episoden

<b>Hauptsymptome:</b>	<i>Anzahl der bestehenden Symptome:</i>		
1) Gedrückte Stimmung	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2) Interessensverlust, Freudlosigkeit			
3) Antriebsarmut			
	+	+	+
 <b>Nebensymptome:</b>			
1) Verminderte Konzentration			
2) Verminderter Selbstwert			
3) Gefühle von Schuld oder Wertlosigkeit			
4) Negative und pessimistische Zukunftsperspektive			
5) Suizidgedanken/-handlungen	<b>2</b>	<b>3 bis 4</b>	<b>mind. 4</b>
6) Schlafstörungen			
7) Appetitmangel			
 Schwere der depressiven Episode, bei Dauer der Symptomatik über 14 Tagen			
	<b>leicht</b>	<b>mittel</b>	<b>schwer</b>

Abb. 1: **Symptome der Depression und Einteilung des Schweregrads von Episoden**, angelehnt an ICD-10-GM (vgl. Dilling et al., 2015)

Die Klassifikation der depressiven Episoden nach Schweregrad, also die Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden, erfolgt nach ICD-10-GM anhand der Anzahl der bestehenden Haupt- und Nebensymptome (siehe Abbildung 1). Eine leichte Episode liegt vor, wenn zwei Nebenkriterien und zwei Hauptkriterien erfüllt sind. Zur Diagnosestellung einer mittelgradigen Episode müssen drei bis vier Nebensymptome und zwei der Hauptsymptome bestehen. Eine schwere depressive Episode liegt vor, wenn alle drei Hauptkriterien erfüllt sind und mindestens vier

Nebensymptome vorliegen (siehe Abbildung 1). Häufig bestehen im Rahmen einer schweren depressiven Episode Suizidgedanken oder stattgehabte Suizidhandlungen, ein Verlust des Selbstwertgefühls, Schuldgefühle und ein Gefühl von Wertlosigkeit (Dilling et al., 2015).

Als Besonderheit ist die schwere depressive Episode mit psychotischer Symptomatik zu benennen, bei der zusätzliche Symptome wie Wahnideen, Halluzinationen und eine psychomotorische Hemmung bis hin zum Stupor (Starrezustand des gesamten Körpers bei wachem Bewusstsein) bestehen können (Dilling et al., 2015).

Unter rezidivierenden depressiven Störungen, deren Episoden ebenfalls in die drei beschriebenen Schweregrade eingeteilt werden, werden depressive Störungen zusammengefasst, bei denen wiederholt depressive Episoden auftreten, die vorher vollständig remittiert sind. Daher ist mindestens eine zuvor stattgehabte depressive Episode notwendig zur Diagnosestellung (Dilling et al., 2015). In Abgrenzung zur bipolar affektiven Störung liegen bei rezidivierenden depressiven Störungen keine manischen Phasen vor (Dilling et al., 2015).

**Diagnosekriterien der *Major Depression* nach DSM-5**

1) Depressive Stimmung fast den ganzen Tag
2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten für die meiste Zeit des Tages
3) Signifikante (> 5%) Gewichtsveränderung oder verminderter oder gesteigerter Appetit
4) Insomnie (Durchschlafstörungen) oder Hypersomnie
5) Von anderen beobachtete psychomotorische Unruhe oder Retardierung (nicht selbst berichtet)
6) Müdigkeit oder Antriebslosigkeit
7) Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle
8) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Unentschlossenheit
9) Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord, Selbstmordversuch oder einen bestimmten Plan, um Selbstmord zu begehen

Abb. 2: **Diagnosekriterien der *Major Depression* nach DSM-5**, Auflistung der Diagnosekriterien nach DSM-5 (vgl. American Psychiatric Association, 2022)

Eine weiteres Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen ist das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM-5), welches in englischer Sprache durch die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft herausgegeben wird und aktuell in der fünften Edition seine gültige Fassung besitzt (American Psychiatric Association, 2022).

Im DSM-5 wird die depressive Episode als *Major Depression* beschrieben, deren Diagnose dann erfolgt, wenn über einen Zeitraum von zwei Wochen fast jeden Tag mindestens fünf der benannten Symptome (siehe Abbildung 2) vorliegen und eines der Symptome eine depressive Stimmung oder der Verlust von Interesse oder Freude ist (American Psychiatric Association, 2022).

### 1.2.2 Epidemiologie

Das Lebenszeitrisko, an einer unipolaren Depression zu erkranken, liegt zwischen 16 und 26%, wobei im Vergleich Frauen etwa doppelt so häufig erkranken wie Männer (Berger & Hecht, 2015).

In der Untersuchung zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zeigten sich bei 8,1% der Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren depressive Symptome, wobei sich die Prävalenz mit zunehmendem Alter geringer zeigte. Hingegen lag bei 6% der untersuchten Personen eine diagnostizierte Depression innerhalb der letzten 12 Monate zum Untersuchungszeitpunkt vor (Busch et al., 2013).

Ferner zeigte sich, dass das Risiko an einer Depression zu erkranken steigt, wenn ein niedriger sozioökonomischer Status besteht. Hierbei bestand insbesondere für Frauen ein erheblicher Einfluss auf die Lebenszeitprävalenz einer depressiven Erkrankung. Insgesamt wurde die Lebenszeitprävalenz im Rahmen dieser Erhebung mit 11,6% angegeben (Busch et al., 2013).

Laut Jacobi und Kollegen (2014) beträgt die 12-Monats-Prävalenz einer unipolaren Depression in der deutschen Allgemeinbevölkerung 7,7%. Es würden 6% der Bevölkerung unter einer *Major Depression* und 2% der Deutschen an einer Dysthymie leiden (Jacobi et al., 2014). Nach Ergebnissen des *European Health Interview Survey 2* aus dem Jahr 2019 liegt die Prävalenz von depressiven

Symptomen in Deutschland bei 9,2% und damit über dem europäischen Durchschnitt von 6,6%. Dabei sind in Deutschland 10,8% der Frauen und 7,6% der Männer von Depressionen betroffen (Hapke et al., 2019).

Erstmanifestationen von depressiven Erkrankungen haben ihren Häufigkeitsgipfel im dritten Lebensjahrzehnt, es treten jedoch bereits rund 50% der Ersterkrankungen vor Erreichen des 30. Lebensjahres auf. Mit steigendem Alter sinkt die Erkrankungswahrscheinlichkeit, so dass nur noch rund 10% der Ersterkrankungen nach dem 60. Lebensjahr auftreten (Berger & Hecht, 2015).

### 1.2.3 Ätiologie und Risikofaktoren

Entstehungshypothesen zu Depressionen lassen sich in biologische und psychologische Modelle unterscheiden, wobei letztlich keine Hypothese allein eine ausreichende monokausale Erklärung bietet (Aldenhoff, 1997; Hautzinger, 2003).

Da depressive Störungen in ihrer Symptomatik sehr heterogen sind, ist es wahrscheinlich, dass eine multideterminierte Entstehung zu Grunde liegt. Es wird daher davon ausgegangen, dass eine wechselseitige Wirkung von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren zur Entstehung depressiver Störungen führt. Diese Faktoren variieren interindividuell, wodurch die sehr unterschiedlich verlaufenden Erkrankungen erklärt werden könnten (Berger et al., 2019).

Wissenschaftlicher Konsens herrscht darüber, dass die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung affektiver Störungen beim Vorliegen einer genetischen Vulnerabilität erhöht ist (Matussek & Holsboer, 1987; Zerbin-Rüding, 1980). Durch die genetische Disposition kommt es zu einem familiär gehäuftem Auftreten von depressiven Störungen, was dazu führt, dass Angehörige von an Depressionen Erkrankten, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, ein in etwa drei- bis fünffach erhöhtes Risiko haben an einer unipolaren depressiven Störung zu erkranken. Bei eineiigen Zwillingen liegt die Konkordanzrate für unipolare depressive Verläufe zwischen 23% und 50%, bei zweieiigen Zwillingen um 14% bis 37% (Schulte-Körne & Allgaier, 2008).

Das Vorliegen einer depressiven Störung bei der Mutter scheint ebenfalls ein Risikofaktor für das Entstehen einer Depression zu sein, wobei unklar ist, welche Anteile biologische und psychologische Faktoren im Sinne einer Konditionierung hieran haben (Hammen, 1991).

Auch Veränderungen bestimmter Neurotransmittersysteme im Gehirn werden als Faktoren für die Entstehung von depressiven Erkrankungen diskutiert. So liegt der Monoaminmangel-Hypothese die Annahme zugrunde, dass durch eine reduzierte, respektive veränderte Neurotransmission von Noradrenalin, Serotonin und Dopamin eine Störung der Affektmodulation entstehen kann. Diese Annahme wird durch die Wirkmechanismen von Antidepressiva gestützt, die zu einer erhöhten Verfügbarkeit genannter Neurotransmitter im synaptischen Spalt führen. Kritisch diskutiert wird die Monoaminmangel-Hypothese aufgrund der fehlenden Erklärung für die Wirksamkeit nicht serotonerg bzw. noradrenerg wirksamer atypischer Antidepressiva und dem verzögerten Wirkeintritt von mindestens ein bis zwei Wochen bei Medikation mittels tri- bzw. tetrazyklischen Antidepressiva trotz nachgewiesenen pharmakologischen Effekten auf Neurotransmitterebene unmittelbar nach ihrer Applikation. Weitere Hypothesen befassen sich unter anderem mit Störungen in den Systemen der zentralnervösen  $\alpha_2$ - und  $\beta$ -Rezeptoren oder auch Störungen von Signaltransduktionssystemen auf intrazellulärer Ebene als mögliche Ursachen depressiver Symptome (vgl. Berger & Hecht, 2015).

Tierexperimentelle Arbeiten zeigten, dass Stressreaktionen einen starken Einfluss auf zerebrale Neurotransmittersysteme haben, welche an der Entstehung affektiver Störungen beteiligt sind. Durch eine unkontrollierte und anhaltende bzw. wiederholte Stressexposition trat schneller depressives Verhalten auf, als in Situationen in denen die Stressquelle durch Versuchstiere kontrolliert werden konnte (Hautzinger, 1997; Seligman, 1975).

Stresserleben scheint auch bei Menschen mit der Entwicklung von Depressionen assoziiert zu sein. Das sogenannte „*Burn-Out-Syndrom*“ ist zwar nicht als eigenständige Behandlungsdiagnose im ICD-10-GM und im Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM-5) aufgeführt, es gilt aber als gesichert, dass längerfristige Überforderungssituationen in Zusammenhang mit der

Berufstätigkeit zur Entwicklung psychischer Erkrankungen, wie Depressionen, beitragen können (Berger et al., 2012).

Chronischer Stress durch die Arbeit korreliert, insbesondere bei geringer autonomer Kontrolle der Arbeitsabläufe und gleichzeitig hohen Arbeitsanforderungen, mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer depressiven Störung, wenn gleichzeitig unzureichende Gratifikation sowie eine unverhältnismäßig hohe notwendige Anstrengungen bestehen (Siegrist, 2008).

Chronischer Stress durch Verlusterlebnisse in der Kindheit scheint ebenfalls die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen zu erhöhen. Depressiv erkrankte Personen haben verglichen mit nicht erkrankten Personen im Durchschnitt zwei bis dreimal so oft in ihrer Kindheit Trennungserlebnisse erfahren (Agid et al., 1999).

Insbesondere dem Verlust von wichtigen Bezugspersonen, sei es durch Tod, Trennung oder Konflikte, sei bei der Entstehung depressiver Erkrankungen eine entscheidende Rolle beizumessen (Hautzinger, 2003; Paykel & Cooper, 1992).

Gestützt werden diese Erkenntnisse durch Ergebnisse neuroendokriner Beobachtungen, die bei vielen depressiven Patient\*innen einen Hyperkortisolismus zeigen, der Ausdruck einer erhöhten Aktivierbarkeit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse ist. Diskutiert wird eine Bidirektionalität zwischen Hyperkortisolismus und Depressivität. Einerseits soll die Depression die Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse erhöhen und zum anderen diese erhöhte Aktivität selbst depressiogene Effekte verursachen, die zur Aufrechterhaltung der Depression beitragen können (Berger & Hecht, 2015).

In aktuellen Untersuchungen zeigen sich Hinweise auf Störungen in den *Feedback*-Mechanismen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, die zu dieser erhöhten Aktivität führen könnten. Es scheint, als sei vor allem eine reduzierte Ansprechbarkeit entsprechender Kortikoidrezeptoren im zentralen Nervensystem ursächlich für eine Reduktion der Regulationsfähigkeit auf Stressantworten, die durch die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse ausgelöst werden (Berger & Hecht, 2015).

Weitere Hypothesen bezüglich der Entstehung von depressiven Störungen finden sich in psychologischen Erklärungsmodellen. So beschreibt das psychodynamische

Modell eine ausgeprägte Abhängigkeit von Bezugspersonen bzw. ein Gefühl der Einsamkeit und Beziehungslosigkeit bei depressiv Erkrankten (Kristeva, 2007). Zudem wird angenommen, dass es zu einem Übertragen von elterlichen Affekten auf die nachfolgende Generation kommt, so dass auch eine eventuell vorbestehende Depressivität und Ängstlichkeit von der Bezugsperson auf das Kind übertragen werden können (Tronick & Weinberg, 1997).

Das verstärkungstheoretische interpersonelle Erklärungsmodell beschreibt hingegen den Wegfall verstärkender Ereignisse im Vorfeld einer Depression, durch Faktoren wie Arbeitslosigkeit oder soziale Isolation, die damit zu einem Verlust von Gratifikationen führen, welche wiederum zu einer weiteren Zunahme der depressiven Verstimmung und letztlich im Sinne eines „Teufelskreismodelles“ zu einer Resignation führen. Diese wiederum führt ihrerseits zum Rückgang von Verhalten, welches zum Erreichen alternativer Gratifikationen bzw. Verstärkerquellen notwendig wäre (Lewinsohn et al., 1979; Hautzinger, 2003).

Ein Faktor bei der Bewältigung von Belastungssituationen, und damit auch von Depressionen, ist die sogenannte Resilienz. Dieser Begriff impliziert „psychische Widerstandsfähigkeit“ und beschreibt den individuellen Umstand, dass eine Person auch beim Erleben von ausgeprägten Stressoren bzw. Belastungen nicht psychisch erkrankt bzw. sich schneller von entsprechenden Störungen erholen kann, wenn die Resilienz ausreichend hoch ist, wohingegen Menschen mit niedriger Resilienz und vergleichbaren Bedingungen anfälliger für Erkrankungsentwicklung sind (Rutter, 1995).

Ein hohes Maß an Resilienz stellt somit einen protektiven Faktor bei der Entstehung und Überwindung psychischer Belastungssituationen und Erkrankungen dar. Sie ist dabei aber nicht als absolute Widerstandsfähigkeit zu verstehen, sondern am ehesten als relative und variable Widerstandsfähigkeit, die situationsabhängig wirkt (Bender & Lösel, 1998).

Ein weiterer Erklärungsansatz zur Entstehung depressiver Erkrankungen wird durch kognitionspsychologische Hypothesen beschrieben, welche postulieren, dass der

Entstehung von Depressionen das Vorliegen kognitiver Störungen zugrunde liegt (Hautzinger, 2003).

Hiernach solle es zur Entwicklung depressiver Erkrankungen kommen, wenn betroffene Personen bestimmte Situationen, akuter oder chronischer Belastung, mit negativen und verzerrten Kognitionen verarbeiten, die zum einen gepaart sind mit Mechanismen wie erlernter Hilflosigkeit und wenn zum anderen unzureichende positive Verstärkerquellen vorliegen. Es besteht daher die Annahme, dass depressive Störungen auf dysfunktionales Verhalten und eine kognitive Triade, bestehend aus einer negativen Eigenwahrnehmung, einer negativen Wahrnehmung der Welt sowie Zukunft im Allgemeinen, zurückzuführen seien (Brakemeier et al., 2008).

Diese einzelnen Aspekte der Entstehung von Krankheiten werden in der modernen Medizin unter dem biopsychosozialen Modell vereint, da dieses die Beziehung zwischen Krankheit, Gesundheit sowie Körper und Geist aufgreift (Engel, 1977; Egger, 2005).

Hierzu schrieb Josef W. Egger (2005), „Das biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.“

Hieraus ergibt sich, dass Depressionen eine vielschichtige und komplexe Erkrankung sind, deren Bedeutung für die Gesellschaft von hohem Stellenwert ist.

### 1.3 Ziele der Arbeit

Aufgrund dieses hohen Stellenwertes depressiver Erkrankungen in unserem gesundheitlichen Versorgungssystem und einer antizipierten Beeinflussung der Gruppe depressiv Erkrankter durch die Pandemie, wurde in der vorliegenden Arbeit durch Befragung mittels Interviewbögen und psychometrischer Testungen bei stationärer Aufnahme und Entlassung untersucht, ob Zusammenhänge zwischen der COVID-19-Pandemie und der Behandlung von stationären, depressiv erkrankten Patient\*innen der LVR-Klinik Langenfeld festgestellt werden können.

Hierzu wurde zunächst untersucht, ob Patient\*innen einen Zusammenhang zwischen ihrer teil- bzw. vollstationären Behandlung und der COVID-19-Pandemie beschreiben und wenn ja, welche Gründe die Patient\*innen für einen Zusammenhang in Bezug auf die Pandemie und ihre Aufnahme sahen. Des Weiteren wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen klinischen Aspekten und der Pandemie gibt und ob möglicherweise auch Unterschiede in Bezug auf Suizidalität von Patient\*innen berichtet wurden.

Hinsichtlich bei Aufnahme und Entlassung durchgeführter psychometrischer Testverfahren wurde ebenfalls untersucht, ob sich deren Ergebnisse zwischen den Patient\*innen, die einen Zusammenhang zur Pandemie angaben und denen, die das nicht taten, unterscheiden. Im Einzelnen wurden folgende Untersuchungen angewendet (siehe auch Kapitel 2.5):

- Hamilton-Depressions-Skala (Hamilton, 1960)
- *Global Assessment of Functioning* (Saß et al., 1996)
- Resilienzskala (Leppert et al., 2008)

Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens während der Pandemie wurde ebenfalls untersucht. Insbesondere galt das Interesse der Feststellung, ob sich Zusammenhänge aufzeigen ließen bezüglich Ängsten wegen der COVID-19-Pandemie und einer Nicht-Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Maßnahmen. Zudem wurden die Proband\*innen generell im Hinblick auf Sorgen und Ängste in Bezug auf die Pandemie befragt und mögliche Unterschiede zwischen den Teilnehmer\*innen mit bzw. ohne Zusammenhang zwischen

Aufnahme und Pandemie aufgezeigt. Ferner wurde dokumentiert, ob sich im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine vermehrte Aggressivität bei den Teilnehmer\*innen zeigte, und ob eine Häufung von selbst ausgeübten Tötlichkeiten berichtet wurde. Abschließend wurde im Rahmen der Untersuchung exploriert, ob sich Unterschiede in Bezug auf zur Verfügung stehende Ressourcen beziehungsweise Einschränkungen im Bereich der Freizeitgestaltung zwischen den beiden Patient\*innensubgruppen zeigten.

Hieraus ergeben sich folgende konkrete Fragestellungen:

- 1) Welche antizipierten Zusammenhänge von Pandemie und aktueller Behandlung wurden von depressiv erkrankten Patient\*innen der LVR-Klinik Langenfeld berichtet?
- 2) Welche Unterschiede zeigten sich im Vergleich der Teilnehmer\*innen-Gruppen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie sahen, und jenen, die keinen Zusammenhang angaben?

In Bezug auf:

- a. Soziodemographische Daten
- b. Klinische Aspekte und Suizidalität
- c. Die Symptomausprägung in der Hamilton-Depressions-Skala bei Aufnahme und Entlassung
- d. Das globale Funktionsniveau im *Global Assessment of Functioning* bei Aufnahme und Entlassung
- e. Die Resilienz in der Resilienzskala nach Leppert bei Aufnahme und Entlassung
- f. Die Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Hilfen
- g. Sorgen und Ängste im Rahmen der Pandemie
- h. Aggressives Verhalten
- i. Belastungen durch Einschränkungen der Freizeitgestaltung

Zwar wurden bereits, zum Beispiel in der NAKO-Studie, die Auswirkungen der Pandemie untersucht, aber bisher gab es keine Studie zum subjektiven Erleben der Pandemie von stationär behandlungsbedürftigen depressiven Patient\*innen. Die vorliegende Untersuchung versucht diese wissenschaftliche Lücke bei stationär behandelten depressiven Patient\*innen zu schließen und die Frage nach Charakteristika dieser Patient\*innen zu beantworten, welche mit einer möglichen hohen subjektiven Belastung durch die Pandemie korrelieren.

## 2 Material und Methoden

Zur Beantwortung der zuvor genannten Fragestellungen wurde eine explorative Längsschnittuntersuchung mit zwei Messzeitpunkten durchgeführt, um den Zusammenhang der SARS-CoV-2-Pandemie auf depressive Erkrankungen zu untersuchen. Im Folgenden werden der Aufbau und Ablauf der Untersuchung, wie auch die verwendeten Interviewbögen und die psychometrischen Testverfahren erläutert.

### 2.1 Ethikvotum

Der am 25.05.2020 gestellte Ethikantrag wurde durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Thomas Hohlfeld, unter der Studien-Nummer 2020-946 genehmigt. Die ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen im Sinne der Deklaration von Helsinki (revidierte Fassung von 2013) wurden eingehalten.

### 2.2 Untersuchungsdesign und Stichprobe

Die Untersuchung erfolgte in der LVR-Klinik Langenfeld. Hierbei handelt es sich um ein psychiatrisches Fachkrankenhaus mit der Versorgungsverpflichtung für alle psychisch kranken Menschen in Leverkusen (Einwohner 163.838), Burscheid (Einwohner 18.172), Leichlingen (Einwohner 28.031), Langenfeld (Einwohner 58.927), Monheim (Einwohner 40.645), Hilden (Einwohner 55.764), Haan (Einwohner 30.484), Erkrath (Einwohner 44.384), Mettmann (Einwohner 38.829) und Solingen (Einwohner 159.360). Das Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld umfasste mit Stand vom 31.12.2019 eine Einwohnerzahl von 683.434 (Information und Technik Nordrhein-Westfalen -Pressestelle-, 2024). Im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie ist dieses Einzugsgebiet in drei allgemeinspsychiatrische Abteilungen aufgeteilt. Die Abteilung Allgemeine Psychiatrie 1 ist für den Sektor Leverkusen, Leichlingen und Burscheid zuständig, die Abteilung Allgemeine Psychiatrie 2 versorgt die Menschen im Bereich Langenfeld, Hilden, Monheim am Rhein, Erkrath und Mettmann, während die Abteilung Allgemeine Psychiatrie 3 für die Stadt Solingen verantwortlich ist. Diese drei Abteilungen verfügen zusammen über 235 Betten und 69 tagesklinische Behandlungsplätze. Daneben existiert für

dieses gesamte Einzugsgebiet eine Abteilung für Gerontopsychiatrie mit 78 Betten und 20 tagesklinischen Behandlungsplätzen, in welcher Patient\*innen ab dem 65. Lebensjahr aufgenommen werden. Eine der Stationen der Abteilung für Gerontopsychiatrie wurde zu Beginn der Pandemie Mitte März 2020 zu einer Quarantänestation mit 21 Betten umgewandelt. Ergänzend können Aufnahmen auf der Wahlleistungsstation mit 15 Betten erfolgen.

Insgesamt wurden während des Untersuchungszeitraums der Erstinterviews vom 10.06.2020 bis 11.11.2020 in der LVR-Klinik Langenfeld 980 Patient\*innen aufgenommen, deren Aufnahmediagnosen dem Spektrum der in die Untersuchung eingeschlossenen Patient\*innen entspricht (vgl. 2.2.2). Die Teilnehmer\*innen wurden nach ihrer Aufnahme in der Klinik zu einer möglichen Teilnahme befragt und wurden bei Einverständnis in die Untersuchung eingeschlossen und erstmalig interviewt (siehe 2.2.1). Die Zweitinterviews fanden zwischen dem 14.07.2020 und 23.12.2020 statt, der Zeitpunkt des Zweitinterviews lag kurz vor der geplanten Entlassung der Patient\*innen.

### 2.2.1 Probandenrekrutierung

Patient\*innen mit affektiven Störungen (Diagnosen nach ICD-10: F31.X, F32.X, F33.X,) wurden zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Untersuchung rekrutiert. Die Teilnehmer\*innen wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung sowohl auf geschützten wie auch offen geführten Stationen und auch in tagesklinischen Einrichtungen der LVR-Klinik Langenfeld behandelt.

Teilnehmer\*innen, die nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Erhebung in Frage kamen, wurden aus den stationären Bereichen der Klinik rekrutiert. Die Teilnehmer\*innen erhielten ein Informationsschreiben über den Ablauf der Untersuchung (siehe Anhang 1 – „Patient\*inneninformation“) und mussten eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang 2 – „Einwilligungserklärung“) für die Teilnahme an der Untersuchung unterschreiben. Bei Teilnehmer\*innen bei denen eine gesetzliche Betreuung bestand, wurden die gesetzlichen Betreuer\*innen über die geplante Untersuchung informiert und mussten ergänzend

ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme der von ihnen betreuten an der Untersuchung erteilen (siehe Anhang 3 und 4).

### 2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für den Einschluss in die Untersuchung mussten die Teilnehmer\*innen über 18 Jahre alt sein und in den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie oder Gerontopsychiatrie behandelt werden, wobei in der LVR-Klinik Langenfeld grundsätzlich erst Patient\*innen ab 18 Jahren behandelt werden. In der Analyse wurden schlussendlich ausschließlich Patient\*innen mit dem klinischen Bild einer Depression und einer entsprechenden Hauptdiagnose nach ICD-10, also aus den Bereichen F31 sowie F32 und F33, berücksichtigt.

Ausschlusskriterium für die Erhebung war zum einen die gegen den Willen von Patient\*innen bestehende Anordnung einer geschlossenen Unterbringung nach PsychKG NRW oder StGB. Bei nach Betreuungsgesetz untergebrachten Personen war die Zustimmung der Betreuer\*in für die Teilnahme erforderlich.

Die Diagnose einer im Vordergrund stehenden Suchterkrankung (ICD-10: F10-F19) war, aufgrund sehr kurzer Verweildauern und hohen Quoten von vorzeitigen Behandlungsabbrüchen, ebenfalls ein Ausschlusskriterium. Ferner wurden Patient\*innen mit dementiellen Erkrankungen und anderen organischen psychischen Störungen (ICD-10: F00-F09) nicht in die Untersuchung eingeschlossen, da diese krankheitsbedingt keine ausreichend validen eigenanamnestischen Angaben hätten tätigen können und wahrscheinlich keine Einwilligungsfähigkeit in die Untersuchung bestanden hätte. Auch Patient\*innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F29) wurden, ebenso wie Patient\*innen mit Intelligenz- (ICD-10: F70-F79) oder Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89), nicht in die Untersuchung eingeschlossen. Erkrankungen aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60-F69) waren hingegen per se kein Ausschlusskriterium, wenn eine entsprechende Diagnose einer depressiven Episode bei den Teilnehmer\*innen vorlag.

## 2.3 Datenschutz

Die Teilnehmer\*innen wurden im Patient\*innen-Informationsschreiben (siehe Anhang 1) darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken nach entsprechender Pseudonymisierung dokumentiert sowie in einem gesicherten Ordner auf einem Server des Landschaftsverbandes Rheinland elektronisch gespeichert werden. Die Aufklärung erfolgte neben der schriftlichen Form auch mündlich durch den Untersucher. Bei allen eingeschlossenen Teilnehmer\*innen lag vor Beginn der Untersuchung ein *written informed consent* vor.

Zum Zwecke der Pseudonymisierung wurde aus den Initialen der Mutter sowie den Initialen und dem Geburtsjahr der Proband\*innen ein sechstelliger Code erstellt (siehe Anhang 5 - Pseudonymisierung). Die so erstellte Pseudonyme wurden im weiteren Verlauf zur Markierung der Interviewbögen verwendet.

Die Pseudonymisierungsbögen wurden entsprechend der Datenschutzrichtlinien separat von anderen Untersuchungsunterlagen aufbewahrt.

Die Auswertung der erfassten Daten erfolgte ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken. Der Doktorand wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz der Daten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert, wurden ausschließlich zum Zwecke dieser Untersuchung verwendet und werden 10 Jahre nach Beendigung der Untersuchung gelöscht.

Die Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Landesdatenschutzgesetzes NRW ist in vollem Umfang sichergestellt.

## 2.4 Untersuchungsablauf und Aufbau der Interviewbögen

Im Folgenden erfolgt die Erörterung der Durchführung dieser Untersuchung. Es wird daher zunächst der Ablauf der Befragung dargestellt und der Aufbau der Interviewbögen erläutert.

### 2.4.1 Ablauf der Befragung

Die Untersuchung der Teilnehmer\*innen aus den drei Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen und der Abteilung für Gerontopsychiatrie erfolgte im Zeitraum vom 10.06.2020 bis 23.12.2020.

Zunächst wurden die Patient\*innen über den Zweck der Untersuchung, den Ablauf sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt, im Anschluss konnten durch die potentiellen Probanden\*innen Fragen in Bezug auf die Untersuchung gestellt werden.

Das erste halbstrukturierte Interview, wurde binnen der ersten sieben Tagen nach Aufnahme durchgeführt. Die Dauer der ersten Befragung war mit rund 90 bis 120 Minuten Gesamtzeit veranschlagt. Die Patient\*innen wurden erneut in der Woche vor der geplanten Entlassung befragt, hierbei waren im Mittel rund 30 bis 60 Minuten für das Zweitinterview vorgesehen.

Die in diese Längsschnittuntersuchung, mit Erhebung qualitativer und quantitativer Daten im Sinne eines *Mixed-Methods-Ansatz* (Roch, 2017), eingeschlossenen Patient\*innen wurden an zwei Messpunkten mittels Interviewbögen (siehe 2.4.2) und psychometrischen Testungen (siehe 2.5) untersucht. Auf einen ursprünglich geplanten dritten Erhebungszeitpunkt (vgl. Anhang 1 und 3) wurde aufgrund des hohen *Drop-Outs*, zwischen der ersten und zweiten Erhebung, verzichtet.

### 2.4.2 Aufbau der Interviewbögen

Die Fragebögen (vgl. Anhänge 6 und 7) wurden selbst entwickelt und sollten neben einer Erhebung der relevanten psychiatrischen Vorgeschichte (siehe 2.4.4) verschiedene Aspekte rund um eine mögliche Belastung durch die COVID-19-Pandemie (siehe 2.4.5) erfragen. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse wurden

ebenfalls verschiedene soziodemographische Fragen formuliert (siehe 2.4.3) und ergänzend drei psychometrische Testverfahren (siehe 2.5) verwendet, die eine Objektivierbarkeit in Bezug auf den klinischen Zustand und Verlauf erlauben.

Das Erstinterview (vgl. Anhang 6 – Erstinterview) bestand aus insgesamt drei Teilen. Der erste Teil bestand aus 38 Teilbereichen, die vereinzelt aus mehreren Folgefragen bestanden. Hier wurden unter anderem Fragen zum aktuellen Aufnahmeanlass gestellt. Es erfolgte eine quantitative und qualitative Erhebung zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie und möglichen negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Im zweiten Teil, der aus 20 Fragen bestand, wurden soziodemographische Daten erhoben.

Die Fragen waren zum Teil als Faktfragen formuliert, vor allem im Bereich der Erhebung soziodemographischer Daten.

Die Antworten der teils verwendeten offenen Fragen, zum Beispiel im Bereich „Aufnahmegründe“ oder „größte Sorgen“, wurden zur besseren Auswertbarkeit inhaltlich übergeordneten Kategorien zugeordnet.

Auch wurden halboffene Fragen verwendet, so zum Beispiel bei den Themen „finanzielle Auswirkung der Pandemie“ oder „vermehrte Aggressivität“, die eine Antwortoption „Sonstiges“ beinhaltete, um vom Untersucher nicht bedachte Antwortmöglichkeiten zu ermöglichen. Auf Kontrollfragen wurde in diesem Fragebogen, insbesondere aus zeitökonomischen Gründen, verzichtet.

Im letzten Teil wurden drei psychometrische Testverfahren, die Hamilton-Depressions-Skala (Hamilton, 1960), das *Global Assessment of Functioning* (Saß et al., 1996), sowie die Resilienzskala nach Leppert (Leppert et al., 2008) angewandt (vgl. 2.5 Psychometrische Testverfahren).

Das zweite Interview zum Zeitpunkt der Entlassung (vgl. Anhang 7 – Zweitinterview) gliederte sich in zwei Blöcke. Der erste Teil bestand aus insgesamt 15 Frageblöcken, die insbesondere der Verlaufskontrolle bei Abschluss der Behandlung dienten. Anschließend wurden im zweiten Teil erneut die oben genannten psychometrischen Testverfahren angewandt.

### 2.4.3 Soziodemographische Fragen

Dieser Teil diente dazu die soziodemographischen Daten der Patient\*innen zu erfassen. Hierbei wurden neben Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund auch Religiosität und Berufstätigkeit bzw. Bildungsstand erfragt. Zudem wurden Daten zur aktuellen Wohnsituation und der familiären Situation erhoben. Des Weiteren wurden Daten zur Freizeitgestaltung der teilnehmenden Personen erfragt.

### 2.4.4 Fragen zur psychischen Gesundheit

Neben der Familienanamnese in Bezug auf psychische Erkrankungen und erfolgten Suiziden wurden die Patient\*innen zu ihrer eigenen Anamnese in Bezug auf psychische Erkrankungen befragt. Zunächst wurde die aktuelle psychiatrische Symptomatik mit Suizidalität und Aggressivität als eigenständige Punkte erhoben. Vorherige stationäre Behandlungen, sowie ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen wurden ebenfalls exploriert.

Die Aufnahmediagnosen der Patient\*innen, die durch einen Facharzt gestellt wurden, wurden aus dem Krankenhausinformationssystem der LVR-Klinik Langenfeld übernommen.

### 2.4.5 Fragen in Bezug auf die SARS-CoV-2-Pandemie

Im Untersuchungsverlauf wurden die Teilnehmer\*innen gefragt, inwiefern aus ihrer Sicht ein Zusammenhang zwischen der stationären Aufnahme und der COVID-19-Pandemie bestehen würde. Die hier erfassten Freitextaussagen wurden durch ein halbstrukturiertes Interview mit kategorialer Zuordnung erfasst, zudem wurden 12 *Items* für diese Kategorienbildung im Interview vorgegeben und verwendet.

Die folgenden Fragen erfassten Ängste vor einer eigenen COVID-19-Infektion und einer subjektiven Einschätzung der Befragten ob sie sich selbst als Risikopatient\*innen für eine COVID-19-Infektion bewerten würden. Zudem wurde durch den Interviewer eine ärztliche Einschätzung vorgenommen, ob Teilnehmer\*innen als Risikopatient\*innen zu bewerten waren. Des Weiteren wurde erfasst, ob bei den Befragten bereits eine Infektion mit COVID-19 stattgefunden hatte und ob Quarantänemaßnahmen verhängt wurden. Ferner wurden

durchgeführten Schutzmaßnahmen vor Infektionen mit SARS-CoV-2, die Zufriedenheit mit den eingeführten Maßnahmen seitens der Regierung zur Eindämmung der Pandemie und den im Rahmen der Pandemie persönlich als am stärksten belastend erlebten Einschränkungen erfasst. Auch wurde erfragt, ob die Patient\*innen durch die Pandemie in finanzielle Not geraten waren, bzw. ob eine solche drohte.

Ein weiterer Fokus lag auf der Erhebung der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung während der Pandemie. Die Teilnehmer\*innen wurden aber auch gebeten zu eigenen und fremden Absagen von somatischen Routine-Eingriffen und Routine-Untersuchungen Auskunft zu geben.

Ferner wurde erfragt, ob während der Pandemie subjektiv mehr Sorgen bestanden hätten als vor dem Ausbruch der Pandemie und die daraus resultierenden größten Sorgen in Zusammenhang mit der Pandemie wurden exploriert. Hier wurde zudem nach erhöhtem Medien- bzw. Nachrichtenkonsum bezüglich SARS-CoV-2 gefragt. Des Weiteren wurden Beeinträchtigungen in der Freizeitgestaltung, wie Hobbies, Sport und Urlaubsreisen erhoben und die Patient\*innen gebeten nominal einzuschätzen, ob Einschränkungen für sie als belastend empfunden wurde. An dieser Stelle wurde auch erhoben, ob es durch die Pandemie Veränderungen in den sozialen Beziehungen der Teilnehmer\*innen gab.

Zuletzt wurden die Themen Aggressivität und Gewalt untersucht. Zunächst wurden die Befragten gebeten einzuschätzen, ob sie sich während der Pandemie selbst als aggressiver wahrgenommen hätten und falls dies der Fall war, ob sie Gründe hierfür benennen könnten. Im nächsten Schritt wurden die Untersuchten gebeten sich zu eigenen Gewalterfahrungen während der Pandemie zu äußern.

An dieser Stelle wurde die Möglichkeit zur Kontaktvermittlung mit der Gewaltopferambulanz des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf angeboten.

## 2.5 Psychometrische Testverfahren

Die in dieser Erhebung angewendeten diagnostischen Testverfahren werden in diesem Abschnitt vorgestellt. Hierbei wird zudem auf Gütekriterien der einzelnen Testverfahren eingegangen.

### 2.5.1 Hamilton-Depressions-Skala (HAMD-21)

Die Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) ist eine der am häufigsten benutzten Fremdbewertungsskalen zur Einschätzung des Schweregrades bei Depressionen. Sie wurde im Jahr 1960 von Max Hamilton entwickelt und beinhaltet ursprünglich 17 *Items* (Hamilton, 1960). Die HAMD wird im Rahmen eines ca. 15 Minuten langen Interviews abgefragt und zählt damit als klinisch praktikabel (Assion, 2006).

Es existieren verschiedene Versionen der Hamilton-Depressions-Skala (Stieglitz, 2008). In der vorliegenden Untersuchung wurde die Testversion mit 21 *Items* verwendet.

Die Stellung einer Depressions-Diagnose anhand von spezifischen *Cut-Off*-Werten wird jedoch nicht empfohlen. Aufgrund einer hohen Änderungssensitivität ist die HAMD jedoch insbesondere geeignet Therapieeffekte im Verlauf durch Fachpersonal zu bewerten (Assion, 2006).

Die in der vorliegenden Version verwendeten *Items* umfassen die folgenden Symptome: Depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Schlafstörungen am Morgen, Arbeit und sonstige Tätigkeiten, depressive Hemmung, Erregung, psychische Angst, somatische Angst, gastrointestinale Symptome, allgemeine körperliche Symptome, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation und Derealisation, paranoide Symptome und Zwangssymptome (Hamilton, 1976).

In einem *Review* zeigten Hedl und Vieweg (1979), dass die *Interrater*-Reliabilität der HAMD ausreichend hoch ist und zwischen  $r = 0.52$  und  $0.98$  liegt. Hinweise für eine Korrelation zu validitätsverwandten Verfahren, z.B. das Beck-Depressions-Inventar

(Beck et al., 1961) oder die *Zung Self-Rating Depression Scale* (Zung, 1965) zeigten sich zwar ebenfalls, dennoch ist die HAMD auch weiterhin nur für die Beurteilung des Schweregrads einer bereits diagnostizierten Depression geeignet (Hedlund & Vieweg, 1979).

Die Lizenz- bzw. Urheberrechte für die HAMD-21 liegen beim Hogrefe Verlag, eine entsprechende Nutzungslizenz liegt für die LVR-Klinik Langenfeld vor. Aus Lizenzgründen kann dieser Test nicht in den Anhang eingefügt werden.

### 2.5.2 *Global Assessment of Functioning (GAF)*

Die GAF-Skala ist ein verbreitetes und etabliertes Fremdbeurteilungstool zur globalen Einschätzung des Funktionsniveaus einer Patient\*in (Saß et al., 2003). Ursprünglich wurde die GAF-Skala im Jahr 1989 durch die *American Psychiatric Association* entwickelt und wurde im Rahmen des 1994 erschienenen DSM-IV zur Beurteilung der Achse V, der globalen Beurteilung des Funktionsniveaus, verwendet (Widiger, 1994). Im Jahr 1996 erfolgte die Veröffentlichung der deutschen Übersetzung durch Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig (Saß et al., 1996).

In der GAF-Skala wird das Ausmaß der Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus auf einer Absolutskala von 1-100 dargestellt. Hierbei geben Werte zwischen 100 und 91 Punkten ein hervorragendes Leistungsniveau an, Werte zwischen 10 und 1 Punkt beschreiben eine sehr stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit. Im Rahmen der GAF-Skala werden körperliche Beeinträchtigungen nicht zur Beurteilung des Leistungsniveaus herangezogen (vgl. Anhang 8 - *Global Assessment of Functioning*).

Die Reliabilität des GAF zeigt sich mit  $r=0.81$  ausreichend hoch, wobei Anwender mit regelmäßiger Nutzung der Skala genauere Ergebnisse zeigen (Söderberg et al., 2005). In der Literatur zeigen sich eine Vielzahl an Untersuchungen zur Validität des GAF, insgesamt zeigt sich eine ausreichende Kriteriumsvalidität (vgl. Heuft, 2016).

### 2.5.3 Resilienzskala nach Leppert (RS-13)

Im Jahr 1993 wurde die Resilienzskala RS-25 als Messinstrument für die mögliche quantitative Bestimmung der Resilienz veröffentlicht (Wagnild & Young, 1993). Im weiteren Verlauf wurde eine Kurzversion (RS-11) entwickelt und diese zusammen mit der ursprünglichen Version in einer repräsentativen Umfrage innerhalb der deutschen Bevölkerung validiert (Schumacher et al., 2005).

2008 wurde die revidierte Kurzversion (RS-13) veröffentlicht, die *Retest*-Reliabilität dieser Version wurde mit  $r=0.61$  bestimmt (Leppert et al., 2008).

Die in dieser Untersuchung verwendete Kurzversion beinhaltet 13 *Items*, mit denen sich die untersuchten Personen auf einer Skala von jeweils 1 bis 7 Punkten selber einschätzten. Hieraus ergibt sich ein maximaler *Score* von 91 und ein minimaler *Score* von 13 Punkten (vgl. Anhang 9 – Resilienzskala nach Leppert – RS-13).

Die Interpretation der Resilienz mit Hilfe des RS-13 erfolgte nach der folgenden Einteilung: 13 bis 66 Punkte gelten als niedrig, 67 bis 72 Punkte sind moderat und 73 bis 91 Punkte deuten auf eine hohe Resilienz hin (Leppert et al., 2008).

## 2.6 Statistische Analyse

Die Auswertung der Daten erfolgte im Rahmen des *Mixed-Methods*-Ansatz (Roch, 2017) sowohl auf qualitativer wie auch quantitativer Ebene. Nachfolgend wird zunächst die Analyse der quantitativen Daten dargestellt.

Die statistische Auswertung und deskriptive Statistik erfolgte nach Codierung der Antworten mittels IBM SPSS *Statistics for Windows* (Version 27).

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte zunächst mittels deskriptiver statistischer Methoden, welche der ausführlichen Beschreibung der Stichprobe dienen. Hierzu wurden absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet. Für die deskriptive Statistik werden Häufigkeiten (absolute und prozentualer Anteil) angegeben. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt größtenteils mittels graphischer Abbildungen oder in Tabellenform.

Es wurden Zusammenhangsanalysen mittels  $\chi^2$ -Test durchgeführt, um die Unterschiede in den Häufigkeiten verschiedener Antworten in Bezug auf die Subgruppen der Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie sahen, und jenen Teilnehmer\*innen, die keinen solchen Zusammenhang angaben, zu untersuchen. Die Effektstärke wurde mittels des Phi-Koeffizient ( $\varphi$ ) bestimmt, da die in der Auswertung verwendeten Matrizen eine Größe von  $2 \times 2$  nicht überschritten, weshalb die Verwendung von Cramér's V nicht notwendig war (vgl. Eid et al., 2011).

Zur Auswertung der Messwerte der psychometrischen Testverfahren erfolgte zunächst die Überprüfung auf Normalverteilung mittels Shapiro-Wilk-Test (Shapiro & Wilk, 1965). Anschließend wurde bei Normalverteilung ein gepaarter T-Test (T-Differenztest) zur Evaluation signifikanter Mittelwertsunterschiede herangezogen. Bei nicht annähernder Normalverteilung erfolgte ein Wilcoxon-Mann-Whitney-Test (U-Test) zur Beurteilung signifikanter Mittelwertsunterschiede (Eid et al., 2011).

Bei der Beurteilung der Signifikanz der ausgewerteten Ergebnisse wurde ein  $p$ -Wert  $< 0,05$  als signifikant gewertet (Eid et al., 2011).

Qualitativ ausgewertet wurde die Angaben der Freitextfelder, nach vorheriger induktiver Kategorienbildung. Im Sinne dieser induktiven Kategorienbildung wurden die in den Freitextfeldern gemachten Angaben systematisiert und anschließend verschiedenen thematisch übergeordneten Kategorien zugeschrieben.

### 3 Ergebnisse

In der Zeit vom 10.06.2020 bis zum 11.11.2020 wurden in den drei Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen und der Abteilung für Gerontopsychiatrie insgesamt 980 Patient\*innen aufgenommen, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Insgesamt bestand die Stichprobe des ersten Interviews aus 95 Untersuchten (n=95), was einer Teilnahmequote von 9,7% entspricht. Am Zweitinterview nahmen insgesamt 53,7% dieser Proband\*innen teil (n=51).

Die Diagnosen der in die Untersuchung eingeschlossenen Proband\*innen können Tabelle 1 entnommen werden.

#### Primäre Aufnahmediagnosen

	<i>n</i>	%
F32.1	2	2,2
F32.2	44	46,3
F32.3	4	4,2
F33.2	41	43,2
F33.3	1	1,1
F31.0	1	1,1
F31.2	1	1,1
F31.4	1	1,1

Tabelle 1: **Primäre Aufnahmediagnosen**, n=95

74,7% der Proband\*innen (n=71) befanden sich in vollstationärer Behandlung und 25,3% (n=24) in teilstationärer Behandlung.

#### 3.1 Soziodemographische Daten

Es wurden 32 männliche (33,7%) und 63 weibliche Patient\*innen (66,3%) in die Untersuchung eingeschlossen. Das Alter der Untersuchungsteilnehmer\*innen betrug im arithmetischen Mittel 46 Jahre ( $M=46.04$ ,  $SD=17.33$ ), der Median des Alters 46 Jahre. Die älteste Proband\*in war 87 Jahre alt, die Jüngste 18 Jahre alt.

Bei den Teilnehmer\*innen des zweiten Interviews handelte es sich um 20 männliche (39,2%) und 31 weibliche Teilnehmer\*innen (60,8%). Deren Altersmittelwert lag bei 43 Jahren ( $M=43.08$ ,  $SD=14.974$ ), der Altersmedian bei 44 Jahren. Die Altersspanne lag beim Zweitinterview zwischen 18 und 85 Jahren.

Im Rahmen des Erstinterviews wurden die folgenden soziodemographischen Daten erfasst:

71,6% der Untersuchten (n=68) wiesen keinen Migrationshintergrund auf und 88,4% (n=84) wuchsen in Deutschland auf.

Wie aus Tabelle 2 entnommen werden kann, gaben 53,7% der Proband\*innen (n=51) an, nicht religiös/gläubig zu sein, 44,2% (n=42) gaben an religiös/gläubig zu sein, 2,1% (n=2) machten hierzu keine Angaben. Bezüglich ihrer Religionszugehörigkeit gaben 28,4% der Teilnehmer\*innen (n=27) an katholisch zu sein, 40% (n=38) waren evangelisch, 5,3% (n=5) muslimisch und 24,2% (n=23) konfessionslos. Es gaben 2,1% der Untersuchten (n=2) „Sonstige“ an.

Bezüglich des Familienstandes gaben 32,7% der Teilnehmer\*innen (n=31) an verheiratet zu sein, 18,9% der Proband\*innen (n=18) in fester Partnerschaft zu leben und 28,4% der Untersuchten (n=27) seien alleinstehend. Weitere 12,6% der Proband\*innen (n=12) berichteten geschieden bzw. getrennt zu leben und 7,4% der Teilnehmer\*innen (n=7) seien verwitwet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 zu sehen.

Auf die Frage nach Angehörigen gaben 53,7% der Befragten (n=51) an Kinder zu haben, hingegen gaben 46,3% der Teilnehmer\*innen (n=44) an keine Kinder zu haben. 3,9% der Proband\*innen (n=2) mit Kindern gaben zudem an, dass kein Kontakt zu den Kindern bestehen würde.

Hinsichtlich des höchsten erreichten Ausbildungsstandes zeigte sich ein heterogenes Bild. Kein Schulabschluss wurde von 3,2% (n=3) angegeben, den der Abschluss der Hauptschule gaben 9,5% (n=9) und der Realschule 24,2% Teilnehmer\*innen (n=23) an. Das Abitur erreichten 9,5% (n=9) der Befragten, eine abgeschlossene Berufsausbildung 31,6% (n=30) Proband\*innen. Den Abschluss eines Studiums an einer Fachhochschule berichteten 10,5% (n=10) der Teilnehmer\*innen und einen Universitätsabschluss gaben 11,5% (n=11) Personen an. Siehe hierzu Tabelle 2.

**Soziodemographische Daten**

	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Religionszugehörigkeit</b>		
Römisch-katholisch	27	28,4
Evangelisch	38	40,0
Muslimisch	5	5,3
Konfessionslos	23	24,2
Sonstige	2	2,1
<b>Familienstand</b>		
Verheiratet	31	32,7
In fester Partnerschaft lebend	18	18,9
Alleinstehend	27	28,4
Geschieden/Getrennt	12	12,6
Verwitwet	7	7,4
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>		
Kein Schulabschluss	3	3,2
Hauptschule	9	9,5
Mittlere Reife	25	24,2
Abitur	9	9,5
Ausbildung	30	31,6
Fachhochschule	10	10,5
Universität	11	11,5
<b>Nettoeinkommen im Monat</b>		
Unter 500 €	11	11,6
501 bis 1500 €	37	38,9
1501 bis 2500 €	30	31,6
2501 bis 3500 €	12	12,6
Über 3501 €	4	4,2
Keine Angabe	1	1,1

Tabelle 2: **Soziodemographische Daten**, Angaben über die Religionszugehörigkeit, den Familienstand, den höchsten Bildungsabschluss und das Nettoeinkommen im Monat (n=95)

Bei 49,5% Proband\*innen (n=47) bestand zum Zeitpunkt der Befragung eine Berufstätigkeit, 23,2% (n=22) gaben an nicht berufstätig zu sein. 27,4% der Befragten (n=26) gaben als Antwort „Sonstiges“ an. Hiervon studierten 11,5% der Befragten (n=3), 23,1% (n=6) befanden sich in einer Ausbildung, 46,2% (n=12) in Altersrente und 19,2% (n=5) waren aufgrund einer bestehenden Erwerbsunfähigkeit berentet.

76,5% der Berufstätigen (n=39) befanden sich in einem Angestelltenverhältnis, 3,9% als leitende Angestellte (n=2). 9,8% der Teilnehmer\*innen (n=5) waren verbeamtet, 3,9% (n=2) freiberuflich/selbständig tätig und 5,9% (n=3) gaben „Sonstiges“ an.

Es bezogen 11,6% der Teilnehmer\*innen (n=11) ein Nettoeinkommen von monatlich unter 500 €, insgesamt 38,9% der Proband\*innen (n=37) gaben ein Nettoeinkommen zwischen 501 und 1500 € monatlich an. 31,6% der Personen (n=30) gaben ihr monatliches Nettoeinkommen mit 1501 bis 2500 € an, während ein Nettoeinkommen zwischen 2501 und 3500 € monatlich von 12,6% der Teilnehmer\*innen (n=12) berichtet wurde. Über 3501 € im Monat verdienten 4,2% der teilnehmenden Personen (n=4). Eine Person machte keine Angaben (1,1%). Siehe hierzu Tabelle 2.

Bei 27,4% der Befragten (n=26) bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung Arbeitslosigkeit. Von diesen waren 38,5% der Untersuchten (n=10) seit über einem Jahr arbeitslos.

## 3.2 Behandlungsmodalitäten

In diesem Abschnitt werden die Aufnahmeumstände, die zur Aufnahme führenden Gründe, die psychiatrische Vorgeschichte und die psychopathologischen Befunde bei Aufnahme und Entlassung dargestellt.

### 3.2.1 Aufnahmeumstände

Die Aufnahme in der Klinik wurde bei 50,5% der Proband\*innen (n=48) durch die ambulant behandelnde Psychiater\*in/Nervenärzt\*in veranlasst, 20% (n=19) wurden

durch die Hausärzt\*in zugewiesen. Bei 22,1% der Teilnehmer\*innen (n=21) erfolgte die Vorstellung in der Klinik eigeninitiativ und bei 1,1% der Teilnehmer\*innen (n=1) auf Veranlassung der Angehörigen. 6,3% der Teilnehmer\*innen (n=6) gaben auf die Frage, wer die Vorstellung in der Klinik veranlasst habe, „Sonstiges“ an. Bei einer 1,1% der Untersuchten (n=1) bestand eine gesetzliche Betreuung, keine der Teilnehmer\*innen befand sich unfreiwillig bzw. im Rahmen einer rechtlichen Unterbringung in der Klinik.

### 3.2.2 Aufnahmegründe

Nach Angabe der Aufnahmegründe durch die Teilnehmer\*innen erfolgte eine Kategorisierung, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Die genannten Aufnahmegründe sind in Tabelle 3 beschrieben.

#### **Aufnahmegründe**

<i>genannter Aufnahmegrund</i>	<i>n</i>
akute psychotische Dekompensation	1
akute depressive Symptomatik	58
sonstiges	3
akute psychotische und depressive Symptomatik	4
akute depressive Symptomatik und sonstige	5
akute depressive Symptomatik und Suizidalität	20
akute depressive Symptomatik, Suizidalität und Anpassungsstörung	1
akute depressive Symptomatik und erweiterte Suizidalität	2
akute depressive Symptomatik und stattgehabte Fremdaggression	1
akute depressive Symptomatik, stattgehabte Fremdaggression und Tötlichkeit gegenüber anderen	1
akute depressive Symptomatik und Anpassungsstörung	1
akute Suizidalität und erweiterte Suizidalität	1

Tabelle 3: **Aufnahmegründe**, Mehrfachnennungen waren möglich (n=98)

### 3.2.3 Psychiatrische Vorgeschichte

55,8% der Proband\*innen (n=53) wurden erstmals in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Hingegen gaben 44,2% der Proband\*innen (n=42) an, bereits zuvor in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden zu sein. Von diesen Teilnehmer\*innen gaben 40,4% (n=17) an, dass es einen einzigen Voraufenthalt in einer psychiatrischen Klinik gegeben habe. 45,2% der Teilnehmer\*innen (n=19) gaben an, sie wären zuvor zwei bis fünfmal stationär psychiatrisch behandelt worden. Jeweils 4,8% der Teilnehmer\*innen (n=2) gaben an, sechs bis zehnmal

bzw. mehr als zehnmal stationär psychiatrisch behandelt worden zu sein. 4,8% der Teilnehmer\*innen (n=2) machten hierzu keine genaueren Angaben.

Bei 61,1% der Teilnehmer\*innen (n=58) bestand vor der stationären Aufnahme eine ambulante psychiatrische Behandlung, bei 38,9% der Proband\*innen (n=37) bestand diese nicht. Die Dauer einer vorbestehenden ambulanten psychiatrischen Behandlung gaben 43,2% der Personen (n=25) mit bis zu einem Jahr, 22,4% der Teilnehmer\*innen (n=13) mit zwei bis fünf Jahren und jeweils 17,2% (n=10) mit sechs bis zehn Jahren bzw. mehr als zehn Jahren an.

Bei 86,2% der Teilnehmer\*innen (n=50) wurde die ambulante psychiatrische Behandlung während der Pandemie regulär in der Praxis/Ambulanz durchgeführt, 6,9% der Teilnehmer\*innen (n=4) gaben an, telefonische Kontakt gehabt zu haben, weitere 6,9% der Teilnehmer\*innen (n=4) gaben Videokontakte an. Keine Teilnehmer\*innen gaben an, dass die ambulante psychiatrische Behandlung regelhaft ausgefallen sei.

Bei 34,7% der Teilnehmer\*innen (n=33) bestand vor der Klinikaufnahme eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Von diesen hätten 63,6% der Teilnehmer\*innen (n=21) reguläre Termine in der Praxis/Ambulanz wahrgenommen. Bei 21,2% der Teilnehmer\*innen (n=7) erfolgte die Psychotherapie telefonisch und bei 9,1% der Untersuchten (n=3) per Videokontakt. 6,1% der Proband\*innen (n=2) gaben an, dass keine psychotherapeutischen Kontakte im Rahmen der Behandlung stattgefunden hätten. Angegebene Gründe hierfür war in 50% der Fälle (n=1) die Angst der Teilnehmer\*in sich mit COVID-19 anzustecken und in 50% (n=1) „sonstige Gründe“.

### 3.2.4 Psychopathologischer Befund bei Aufnahme und Entlassung

Bei Aufnahme ergaben sich im Mittel für die HAMD 25 Punkte (n=95,  $M=25.15$ ,  $SD=6.997$ ), das GAF im Durchschnitt ein Punktwert von 42 (n=95,  $M=42.08$ ,  $SD=8.671$ ), das Ergebnis in der Resilienzskala ergab sich ein Mittelwert von 51 Punkten (n=95,  $M=50.78$ ,  $SD=14.846$ ).

In der Befragung vor der Entlassung ergab sich für die HAMD ein Mittelwert von 12 Punkten ( $n=51$ ,  $M=11.63$ ,  $SD=6.251$ ), das GAF zeigte einen Mittelwert von 62 ( $n=51$ ,  $M=62.02$ ,  $SD=8.550$ ), und in der Resilienzskala betrug der Mittelwert 59 Punkte ( $n=51$ ,  $M=58.75$ ,  $SD=13.752$ ). Vergleiche hierzu Abbildung 3.

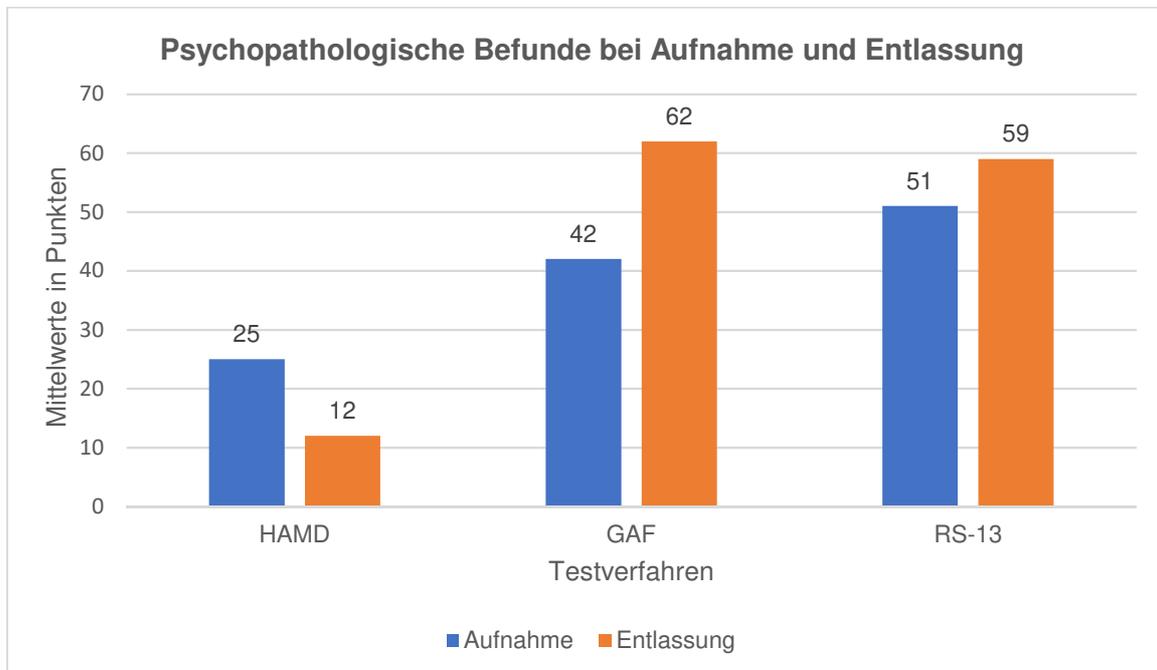


Abb. 3: **Psychopathologische Befunde bei Aufnahme und Entlassung**, mittlere Testergebnisse von GAF, HAMD und RS-13 bei Aufnahme und Entlassung, Aufnahme:  $n=95$ , Entlassung  $n=51$

Die Ergebnisse der HAMD bei Aufnahme ergaben einen Wert für eine schwere Depression bei 95,8% der Proband\*innen ( $n=91$ ) und eine mittelschwere Depression bei 4,2% der Proband\*innen ( $n=4$ ). Vor der Entlassung zeigten die Ergebnisse der HAMD bei 41,2% der Teilnehmer\*innen ( $n=21$ ) keine Anzeichen einer Depression. Bei 52,9% der Proband\*innen ( $n=27$ ) ergaben sich Werte im Bereich einer leichten Depression sowie bei 5,9% der Teilnehmer\*innen ( $n=3$ ) für eine mittelschwere Depression.

### 3.3 Subjektiv wahrgenommene Zusammenhänge zwischen Aufnahme und der COVID-19-Pandemie

Im Rahmen der Befragung wurde der Zusammenhang der Aufnahme mit der COVID-19-Pandemie durch die Erfragung von zwölf *Items* erfasst, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Insgesamt benannten 63,2% der befragten Patient\*innen (n=60) einen Zusammenhang zur COVID-19-Pandemie, 36,8% der Teilnehmer\*innen (n=35) gaben keinen Zusammenhang zwischen Aufnahme und COVID-19-Pandemie an.

Dargestellt werden im Folgenden die häufigsten von den 60 Patient\*innen benannten Zusammenhänge zwischen Aufnahme und Pandemie, welche zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes beigetragen hatten. Von einzelnen Patient\*innen wurden bis zu fünf Zusammenhänge benannt. Am häufigsten wurden der Verlust der Tagesstruktur durch Maßnahmen der Regierung (n=32), Ängste vor Infektion (n=28) und reale existentielle Bedrohung durch Arbeitsplatzverlust (n=23) genannt. Die Gesamtheit der genannten Gründe kann aus Tabelle 4 entnommen werden.

Folgende mögliche Antwortmöglichkeiten wurden keinmal benannt:

- Verfolgungserleben in Assoziation zur „Corona-Pandemie“
- Größenerleben in Assoziation zur „Corona-Pandemie“
- Reale Bedrohung durch stattgehabte COVID-19 Infektion eines Angehörigen

#### Zusammenhänge zwischen Aufnahme und „Corona-Pandemie“

<i>Genannte Gründe für Zusammenhang</i>	<i>n</i>
Reale Bedrohung durch stattgehabte COVID-19-Infektion	1
Ängste vor Infektion	28
Ängste andere anzustecken	15
Verlustängste (Freunde/Angehörige)	21
Angst vor weiteren Folgen (Krieg/Rezession)	8
Existentielle Ängste (Arbeitsplatzverlust/finanzielle Verschlechterung)	11
Tatsächliche, reale existentielle Bedrohung durch Arbeitsplatzverlust	23
Verlust der Tagesstruktur durch Maßnahmen der Regierung	32
Sonstige	10

Tabelle 4: **Zusammenhänge zwischen Aufnahme und „Corona-Pandemie“**, Angaben der 60 Proband\*innen, die einen Zusammenhang zwischen ihrer Krankenhausaufnahme und der COVID-19-Pandemie sahen über Gründe für diesen Zusammenhang, Mehrfachnennungen waren möglich

### 3.4 Vergleich von Proband\*innen mit und ohne angegebenen Zusammenhang zwischen Aufnahme und COVID-19-Pandemie

Im Folgenden werden Ergebnisse zu möglichen Unterschieden zwischen den beiden Subgruppen, in Bezug auf den subjektiv wahrgenommenen Zusammenhang zwischen der stationären Aufnahme der Teilnehmer\*innen und der COVID-19-Pandemie, präsentiert.

#### 3.4.1 Soziodemographische Ergebnisse

Die Geschlechterverteilung in Bezug auf einen durch die Teilnehmer\*innen berichteten Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie ist aus Abbildung 4 zu entnehmen. Keinen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie sahen n=12 Männer (34,3%) und n=23 Frauen (65,7%), hingegen sahen n=20 Männer (33,3%) und n=40 Frauen (66,7%) einen Zusammenhang. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Geschlechterverteilung ( $\chi^2(1)=0.009$ ,  $p=0.925$ ,  $\phi=0.010$ ).

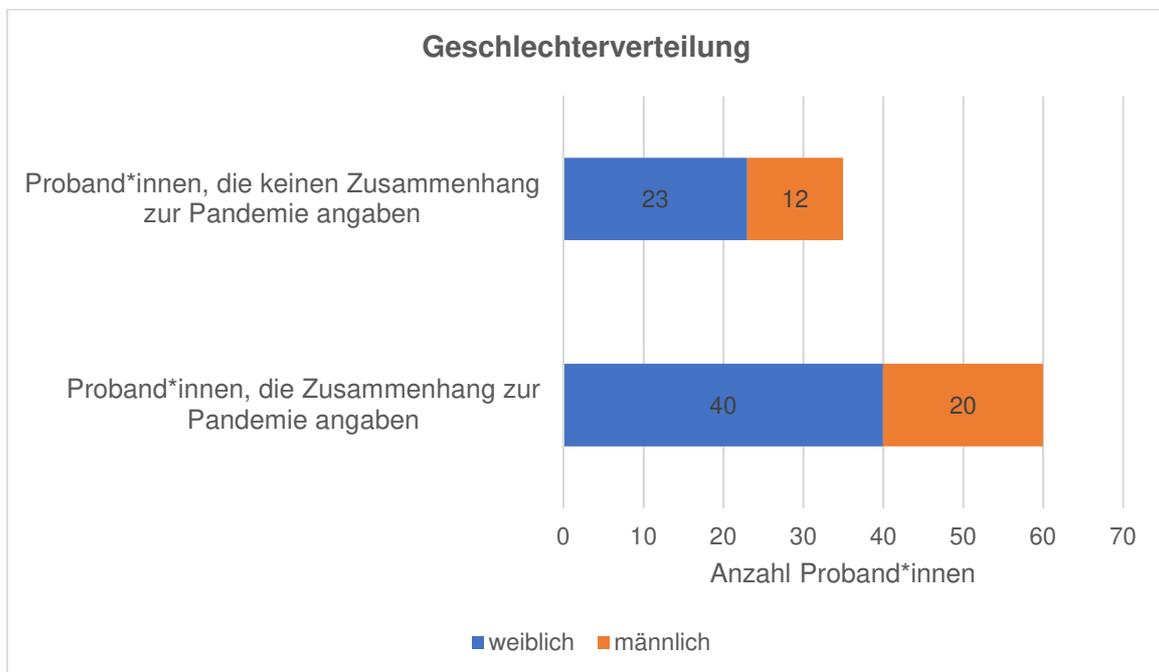


Abb. 4: **Geschlechterverteilung**, Verteilung der Geschlechter sortiert nach den Untergruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben

Auch eine bestehende Arbeitslosigkeit führte nicht zu einem statistisch signifikanten Unterschied in der Nennung eines Zusammenhangs zwischen Pandemie und Aufnahme ( $\chi^2(1)=1.815$ ,  $p=0.178$ ,  $\varphi=0.138$ ). So waren 21,7% der Teilnehmer\*innen ( $n=13$ ) arbeitslos, die einen Zusammenhang nannten, in der Gruppe derer, die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme benannten waren 34,3% der Teilnehmer\*innen ( $n=12$ ) arbeitslos.

Auf die Frage ob sie gläubig bzw. religiös seien, gaben 48,3% der Proband\*innen ( $n=29$ ), aus der Gruppe derer, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie angaben, an dies zu sein, wobei 3,3% der Proband\*innen ( $n=2$ ) keine Angaben machten, hingegen gaben 37,1% der Proband\*innen ( $n=13$ ) der anderen Subgruppe an religiös bzw. gläubig zu sein, was keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Subgruppen aufzeigte ( $\chi^2(1)=2.661$ ,  $p=0.264$ ,  $\varphi=0.167$ ).

Auch in Bezug auf das Vorhandensein von Kindern zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied ( $\chi^2(1)=0.267$ ,  $p=0.606$ ,  $\varphi=0.053$ ), 51,7% der Teilnehmer\*innen ( $n=31$ ) die einen Zusammenhang von Aufnahme und Pandemie sahen hatten Kinder, hingegen hatten 57,1% der Teilnehmer\*innen ( $n=20$ ) die keinen Zusammenhang sahen ebenfalls Kinder.

Das Vorhandensein eines Gartens/Balkons führte ebenfalls nicht zu einem statistisch signifikanten Unterschied in der Wahrnehmung eines Zusammenhangs zwischen Pandemie und Aufnahme ( $\chi^2(1)=0.048$ ,  $p=0.827$ ,  $\varphi=0.022$ ). 90% der Teilnehmer\*innen ( $n=54$ ) die einen Zusammenhang sahen hatten auch einen Balkon oder Garten, hingegen hatten 88,6% der Teilnehmer\*innen ( $n=31$ ) die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen, ebenfalls einen Balkon bzw. Garten.

Ebenso ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied bei Personen die ein Haustier haben ( $\chi^2(1)=0.76$ ,  $p=0.783$ ,  $\varphi=0.028$ ). So gaben 40% der Proband\*innen ( $n=24$ ) die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen an, ein Haustier zu haben. Bei den Teilnehmer\*innen die keinen Zusammenhang sahen, hatten 37,1% ( $n=13$ ) ein Haustier.

### 3.4.2 Psychiatrische Familienanamnese

Wie in Abbildung 5 zu erkennen ist, bestand in der Gruppe der Patient\*innen, die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angegeben haben, bei 45,7% der Untersuchten (n=16) eine positive Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen und in der Gruppe derer, die einen Zusammenhang angaben, war der Anteil für eine positive Familienanamnese mit 76,7% der Proband\*innen (n=46) deutlich höher. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ( $\chi^2(1)=9.34$ ,  $p=0.002$ ,  $\phi=0.314$ ).

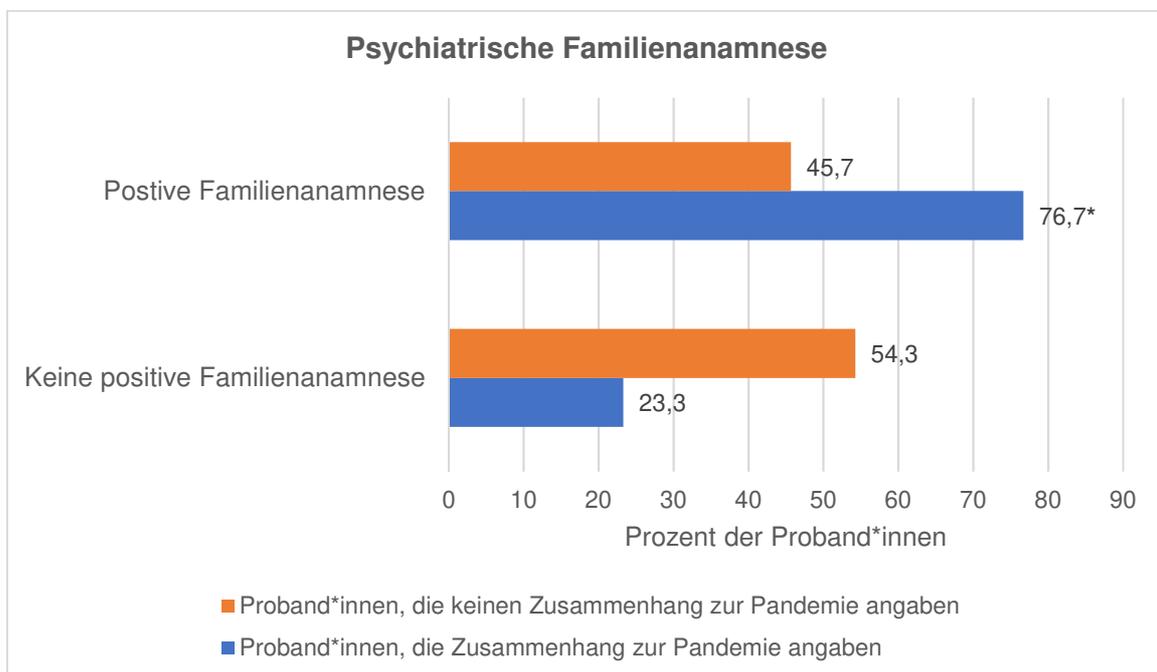


Abb. 5: **Familienanamnese**, statistischer Zusammenhang und prozentuale Verteilung der Proband\*innen mit und ohne positive Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen unterteilt in die Gruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben, \* $p<0.05$

### 3.4.3 Ambulante Vorbehandlung und stationäre Erstaufnahme

Es befanden sich 61,7% der Teilnehmer\*innen (n=37), die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie nannten, in ambulanter psychiatrischer Behandlung, dies berichteten auch 60% der Teilnehmer\*innen (n=21) die keinen Zusammenhang nannten, so dass sich hier kein statistisch signifikanter Unterschied zeigte ( $\chi^2(1)=0.26$ ,  $p=0.872$ ,  $\phi=0.016$ ).

Der Vergleich über Angabe über eine erstmalige stationäre Behandlung im Zusammenhang mit der Pandemie war ebenfalls nicht signifikant ( $\chi^2(1)=0.427$ ,  $p=0.513$ ,  $\phi=0.067$ ). So gaben 58,3% der Proband\*innen ( $n=35$ ), die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie sahen an, erstmalig in einer psychiatrischen Klinik behandelt zu werden. In der Gruppe, die keinen Zusammenhang angab, waren 51,4% der Proband\*innen ( $n=18$ ) erstmalig stationär in Behandlung.

#### 3.4.4 Suizidalität

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Angabe von Suizidalität bei Aufnahme zwischen den Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme angegeben hatten, und der Gruppe, die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme benannte ( $\chi^2(1)=0.40$ ,  $p=0.841$ ,  $\phi=0.02$ ). Bei 26,7% der Untersuchten ( $n=16$ ), die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie angegeben haben, bestand während des Erstinterviews Suizidalität. Suizidalität bestand ebenfalls bei 28,7% der Proband\*innen ( $n=10$ ), die keinen Zusammenhang zur Pandemie angegeben haben (siehe Abbildung 6). Insgesamt waren, von den Teilnehmer\*innen mit angegebener Suizidalität, 34,6% der Personen ( $n=9$ ) zwischen 18 und 30 Jahren alt und jeweils 23,1% der Teilnehmer\*innen ( $n=6$ ) zwischen 31 und 40 bzw. 51 und 60 Jahren alt. 16 Personen mit Suizidgedanken waren weiblich und 10 männlich.

Einen Suizidversuch in der Vorgeschichte hatten in der Gruppe der Patient\*innen, die keinen Zusammenhang angaben, 28,6% der Proband\*innen ( $n=10$ ) berichtet und 20% der Proband\*innen ( $n=12$ ) in der Gruppe der Patient\*innen, die einen Zusammenhang ihrer Erkrankung zur Corona-Pandemie benannten. Es gaben insgesamt 17 Teilnehmerinnen und 5 Teilnehmer einen Suizidversuch in der Vorgeschichte an. In der Altersverteilung waren die drei größten Gruppen der Teilnehmer\*innen mit 40,9% ( $n=9$ ) zwischen 41 und 50 Jahren alt, 22,7% ( $n=5$ ) im Alter zwischen 51 und 60 Jahren und 18,2% ( $n=4$ ) zwischen 18 und 30 Jahren alt.

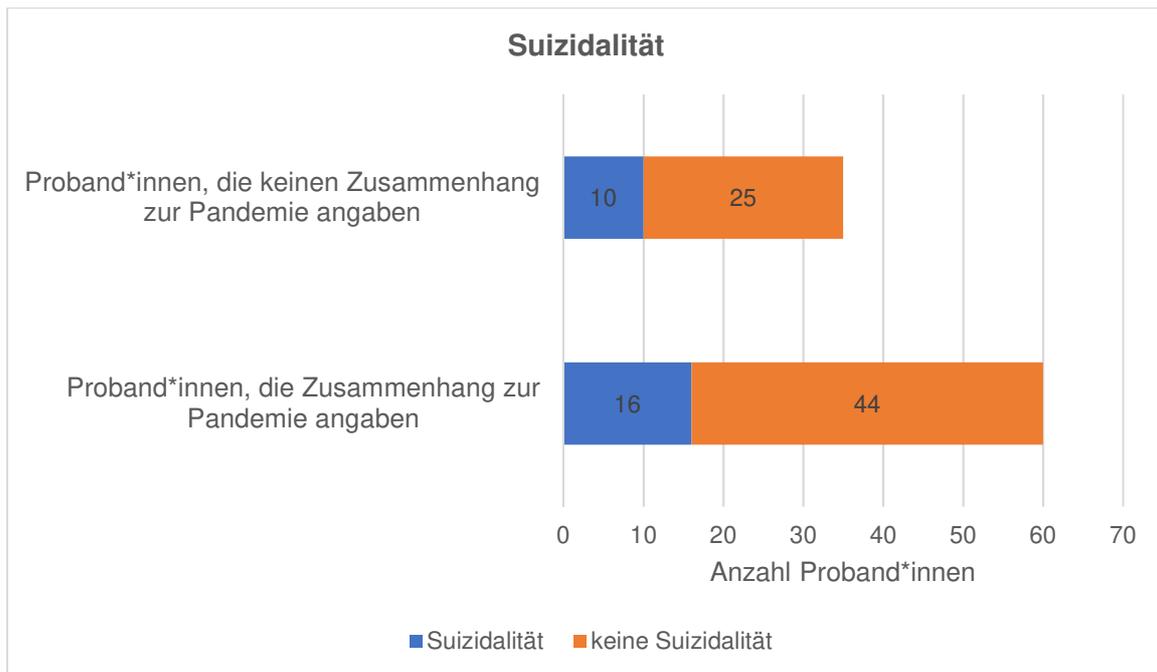


Abb. 6: **Suizidalität**, statistischer Zusammenhang und Anzahl der Proband\*innen die bei Aufnahme Suizidgedanken äußerten, unterteilt in die Gruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben

### 3.4.5 Psychometrische Testungen

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Ergebnissen der HAMD-Werte bei Aufnahme, jene Proband\*innen, die einen Zusammenhang zwischen der Pandemie und ihrer Aufnahme angegeben hatten, waren depressiver als die Teilnehmer\*innen, die keinen Zusammenhang angegeben hatten ( $t(93)=2.453$ ,  $p=0.016$ ). Proband\*innen mit Benennung eines Zusammenhanges hatten im Mittelwert einen um vier Punkte höheren Punktwert in der HAMD (n=60,  $M=26.50$ ,  $SD=5.942$ ) als die Teilnehmer\*innen die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme berichteten (n=35,  $M=22.94$ ,  $SD=8.117$ ). Die Ergebnisse der Testungen bei Aufnahme für GAF ( $U=959.50$ ,  $Z=-0.700$ ,  $p=0.487$ ) und RS-13 ( $t(93)=-0.582$ ,  $p=0.562$ ) ergaben hingegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus und der Resilienz.

Für die Testungen bei Entlassung ergaben sich für HAMD ( $t(49)=0.289$ ,  $p=0.774$ ), GAF ( $t(49)=-1.304$ ,  $p=0.099$ ) und RS-13 ( $t(49)=0.325$ ,  $p=0.747$ ) ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Depressivität, des globalen Funktionsniveaus und der Resilienz im Vergleich der beiden Subgruppen. Siehe hierzu Abbildung 7.

Vergleicht man die Werte der HAMD der beiden Subgruppen bei Aufnahme und Entlassung, ergibt sich sowohl für die Gruppe der Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen ( $t(34)=11.357$ ,  $p<0.001$ ), als auch für die Teilnehmer\*innen die keinen Zusammenhang nannten ( $t(15)=10.305$ ,  $p<0.001$ ), ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung.

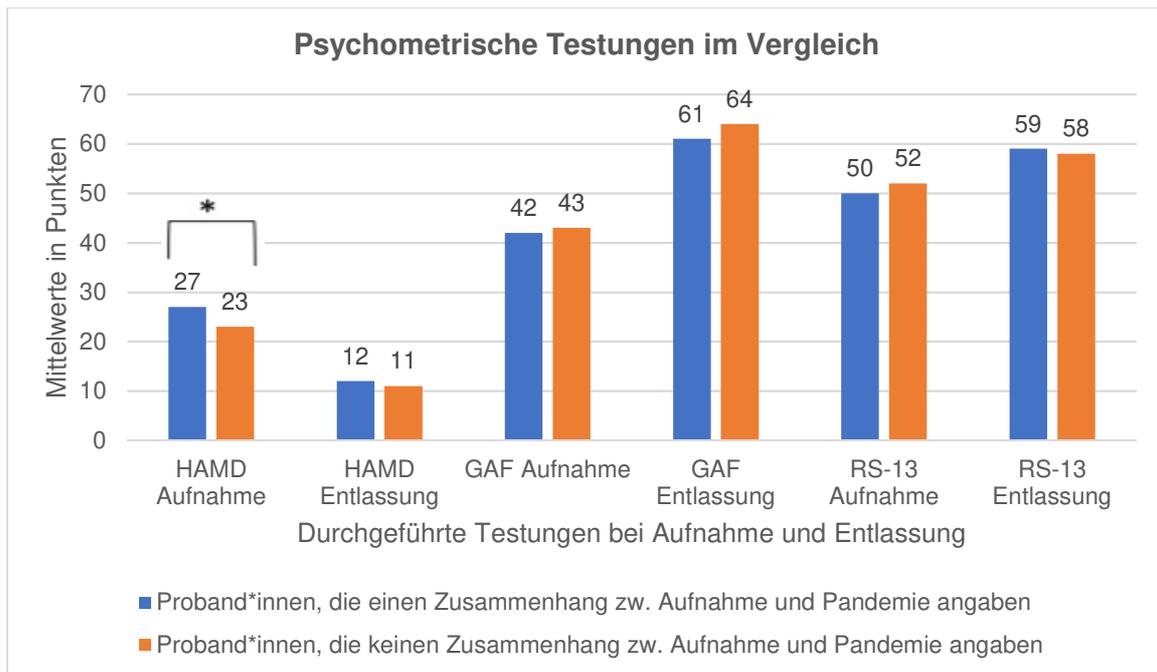


Abb. 7: **Psychometrische Testungen im Vergleich**, mittlere Testergebnisse in HAMD, GAF und RS-13 bei Aufnahme ( $n_{mit}=60$ ,  $n_{ohne}=35$ ) und Entlassung ( $n_{mit}=35$ ,  $n_{ohne}=16$ ) im Vergleich der Proband\*innen mit und ohne Angabe eines Zusammenhangs von Aufnahme und Pandemie, signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen in Bezug auf die Testergebnisse im HAMD bei Aufnahme,  $*p<0.05$

### 3.4.6 Inanspruchnahme medizinischer Hilfen

Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich, dass insgesamt 16,8% der Teilnehmer\*innen ( $n=16$ ) notwendige medizinische Hilfen, wobei somatische und psychiatrische Hilfen angegeben werden konnten, nicht an Anspruch genommen haben. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei der Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Hilfen ( $\chi^2(1)=7.739$ ,  $p=0.005$ ,  $\phi=0.285$ ) zwischen den Teilnehmer\*innen die einen Zusammenhang zwischen der Aufnahme und der Pandemie sahen, welche häufiger diese notwendigen Hilfen nicht in Anspruch genommen hatten, und denen, die diesen Zusammenhang verneinten (siehe

Abbildung 8). Keine Person nannte in diesem Zusammenhang psychiatrische Hilfen, die nicht in Anspruch genommen worden seien.

In der Gruppe derer, die keinen Zusammenhang zur Corona-Pandemie angaben, gaben 2,85% (n=1) an, medizinische Hilfe nicht in Anspruch genommen zu haben. Es habe sich um eine somatische Behandlung in einem Krankenhaus gehandelt. Grund sei eine eigene Absage aus Angst, sich selbst anzustecken, gewesen.

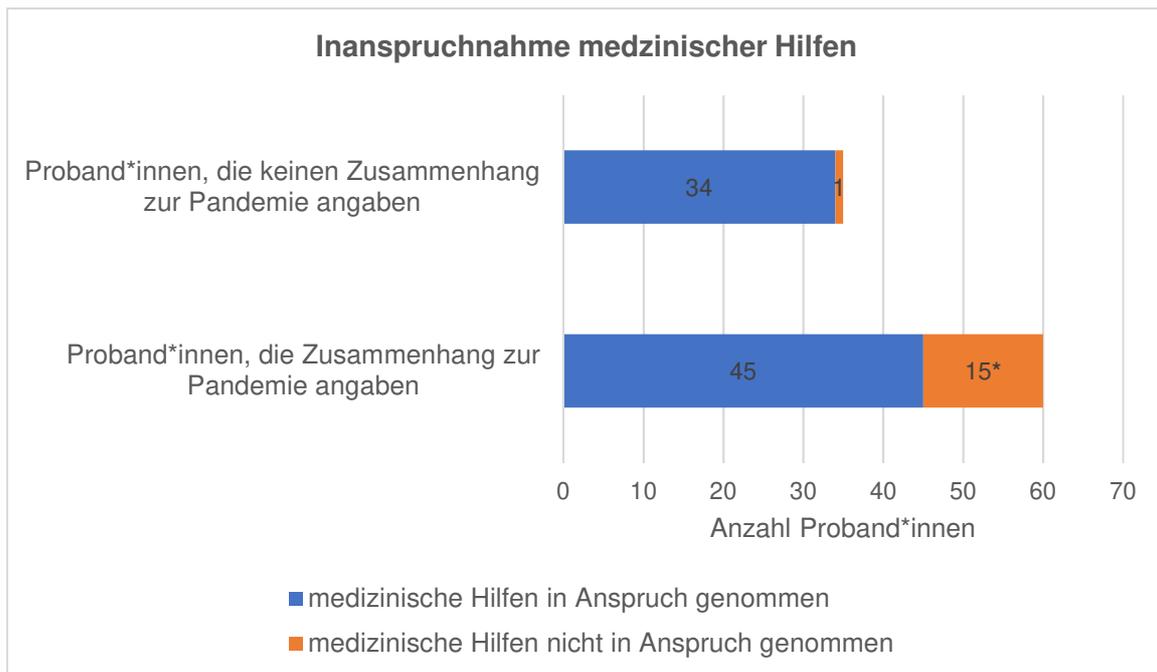


Abb. 8: **Inanspruchnahme medizinischer Hilfen**, statistischer Zusammenhang und Anzahl der Proband\*innen, welche notwendige medizinische Hilfen während der Pandemie nicht in Anspruch genommen haben, unterteilt in die Gruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben, \* $p < 0.05$

In der Gruppe derer, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben, gaben 25% der Patient\*innen (n=15) an, dass sie notwendige medizinische Hilfen nicht in Anspruch genommen hätten. In 66,7% der Fälle (n=10) handelte es sich um eine Hilfe, die nicht in Anspruch genommen worden war, in 33,3% der Fälle (n=5) um mehr als eine Hilfe. In allen 100% der Fälle (n=15) handelte es sich um ambulante Termine, bei 66,7% der Fälle (n=10) wurden ambulante Termine somatischer Ärzte und in 33,3% der Fälle (n=5) Termine bei Zahnärzten nicht wahrgenommen. In 80% der Fälle (n=12) sagten die Patient\*innen, aus Angst sich mit COVID-19 anzustecken, den Termin selbst ab. In 20% der Fälle (n=3) sagten sie ab aus Angst Ressourcen zu vergeuden und in

6,76% der Fälle (n=1) erfolgte zusätzlich zur eigenen Absage, eine Absage durch eine Arztpraxis aus Infektionsschutzgründen.

### 3.4.7 Sorgen und Ängste in Bezug auf die Pandemie

Ein weiterer signifikanter Unterschied bestand in der Häufigkeit von Sorgen, die sich die Proband\*innen in der Pandemie machten ( $\chi^2(1)=4.524$ ,  $p=0.033$ ,  $\phi=0.218$ ). 86,7% der Teilnehmer\*innen (n=52), die einen Zusammenhang angaben, gaben auch an, sich mehr Sorgen gemacht zu haben, 68,6% der Teilnehmer\*innen (n=24), die keinen Zusammenhang zur Pandemie angaben, gaben ebenfalls an, sich mehr Sorgen in der Pandemie gemacht zu haben (siehe Abbildung 9).

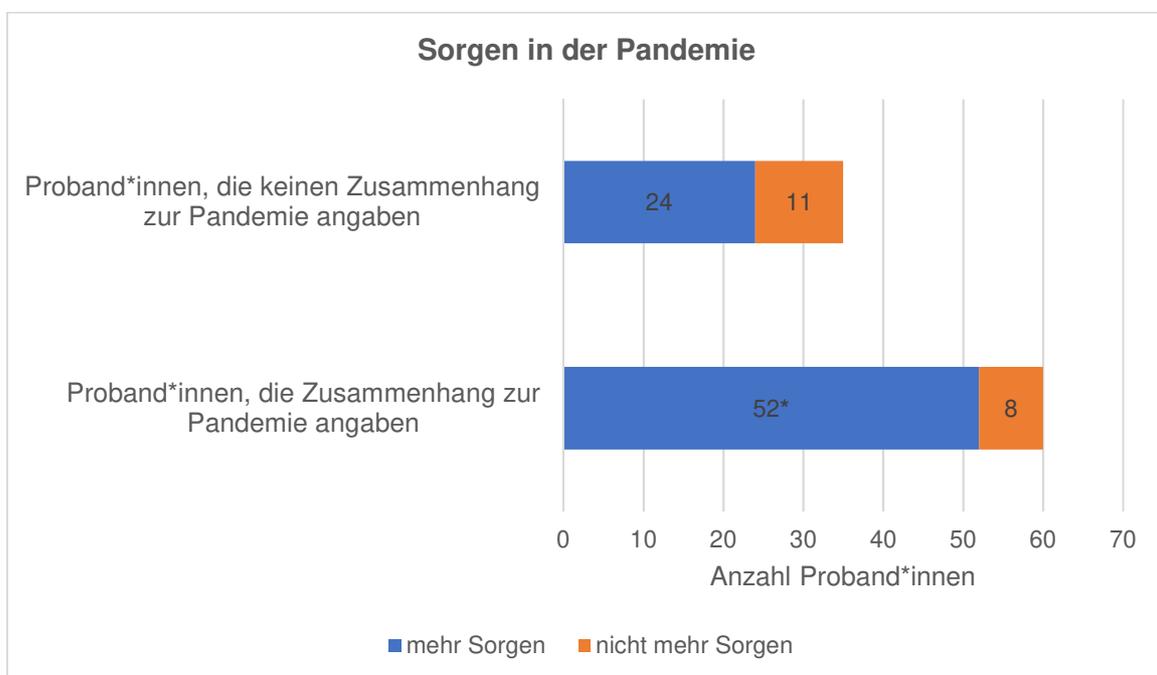


Abb. 9: **Sorgen in der Pandemie**, statistischer Zusammenhang und Anzahl der Proband\*innen, die angegeben haben sich mehr Sorgen in der Pandemie gemacht zu haben, unterteilt in die Gruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben, \* $p<0.05$

Von den insgesamt 76 Teilnehmer\*innen die sich während der Pandemie mehr Sorgen gemacht hatten, gaben 61,8% (n=47) an sich Sorgen um eine Erkrankung mit COVID-19 bei sich selbst oder Angehörigen zu machen. 13,2% der Teilnehmer\*innen (n=10) machten sich Sorgen um Finanzen und 14,4% (n=11) vor einer veränderten Umwelt. Jeweils 5,3% der Teilnehmer\*innen (n=4) hatten Sorgen in Bezug auf den Umgang mit der Krise bzw. gaben „Sonstiges“ an.

Bei der Angst vor einer eigenen COVID-19-Erkrankung zeigte sich ein weiterer signifikanter Unterschied ( $\chi^2(1)=12.27$ ,  $p=<0.001$ ,  $\phi=0.359$ ). Es gaben 60% der Teilnehmer\*innen (n=36), die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie sahen, an, sie hätten Angst selbst an COVID-19 zu erkranken. In der Gruppe der Teilnehmer\*innen, die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen, gaben 22,9% der Teilnehmer\*innen (n=8) an Angst vor einer COVID-19-Infektion zu haben (siehe Abbildung 10).

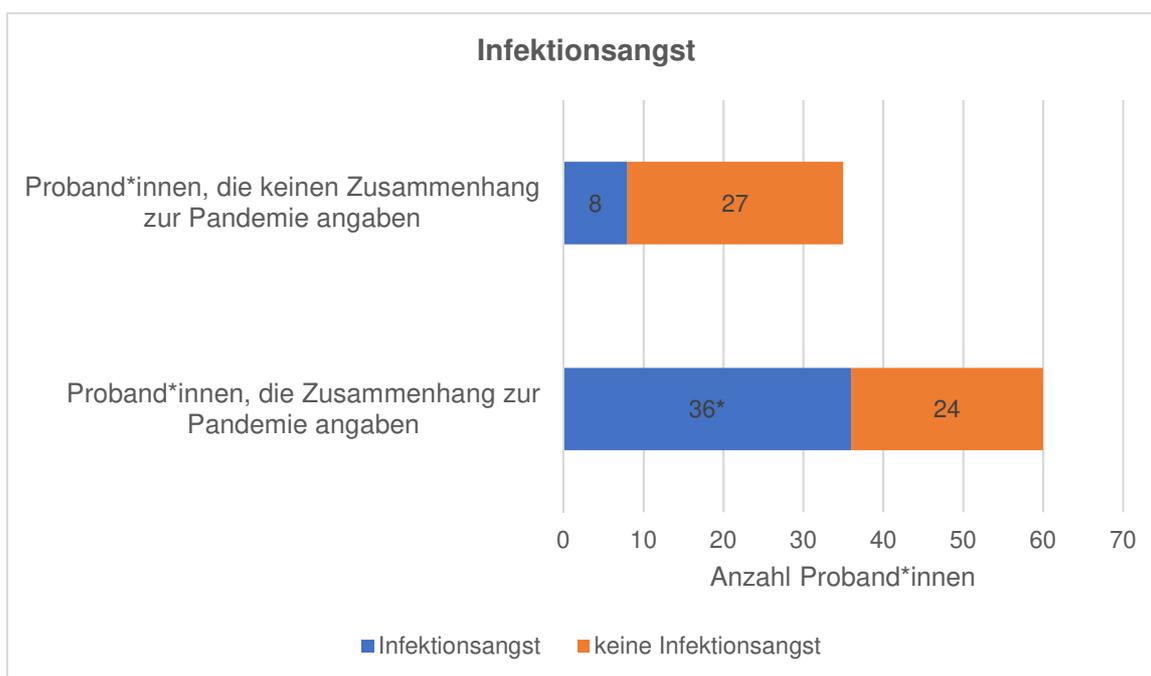


Abb. 10: **Infektionsangst**, Angaben über die Angst der Proband\*innen vor einer eigenen COVID-19-Infektion unterteilt in die Gruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben, \* $p<0.05$

Hingegen sahen Proband\*innen die objektiv zu einer Risikogruppe (bspw. Alter über 60 Jahre, schwerwiegende somatische Vorerkrankungen) für eine COVID-19-Infektion gehörten, nicht statistisch signifikant häufiger einen Zusammenhang zwischen der Pandemie und ihrer Aufnahme ( $\chi^2(1)=0.76$ ,  $p=0.783$ ,  $\phi=0.028$ ). So gaben 64,9% der Teilnehmer\*innen (n=24), die als Risikopatienten bewertet wurden, einen Zusammenhang mit der Aufnahme an, hingegen sahen 35,1% (n=13) dieser Teilnehmer\*innen keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und erfolgter Aufnahme.

### 3.4.8 Aggressives Verhalten und Gewalterfahrungen

Gut die Hälfte, also 51,7% der Proband\*innen (n=31), die auch einen Zusammenhang zwischen ihrer Aufnahme und der Corona-Pandemie angaben, berichteten vermehrt aggressiv zu sein. Hierbei handelte es sich in 83,9% der Fälle (n=26) um verbale Aggressivität. In 3,2% der Fälle (n=1) um „Dinge kaputt machen“. In 6,5% der Fälle (n=2) um verbale Aggressivität und „Dinge kaputt machen“. In 3,2% der Fälle (n=1) um verbale Aggressivität und eine Tötlichkeit. In 3,2% der Fälle (n=1) um „Dinge kaputt machen“ und eine Tötlichkeit.

Hingegen berichteten 17,1% der Proband\*innen (n=6), die keinen Zusammenhang angegeben hatten, ebenfalls eine vermehrte Aggressivität in der Pandemie. Es handelte sich hierbei in 83,3% der Fälle (n=5) um verbale Aggressivität und in 16,7% der Fälle (n=1) um „Dinge kaputt machen“. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Subgruppen ( $\chi^2(1)=11.08$ ,  $p<0.001$ ,  $\phi=0.342$ ). Siehe hierzu Abbildung 11.

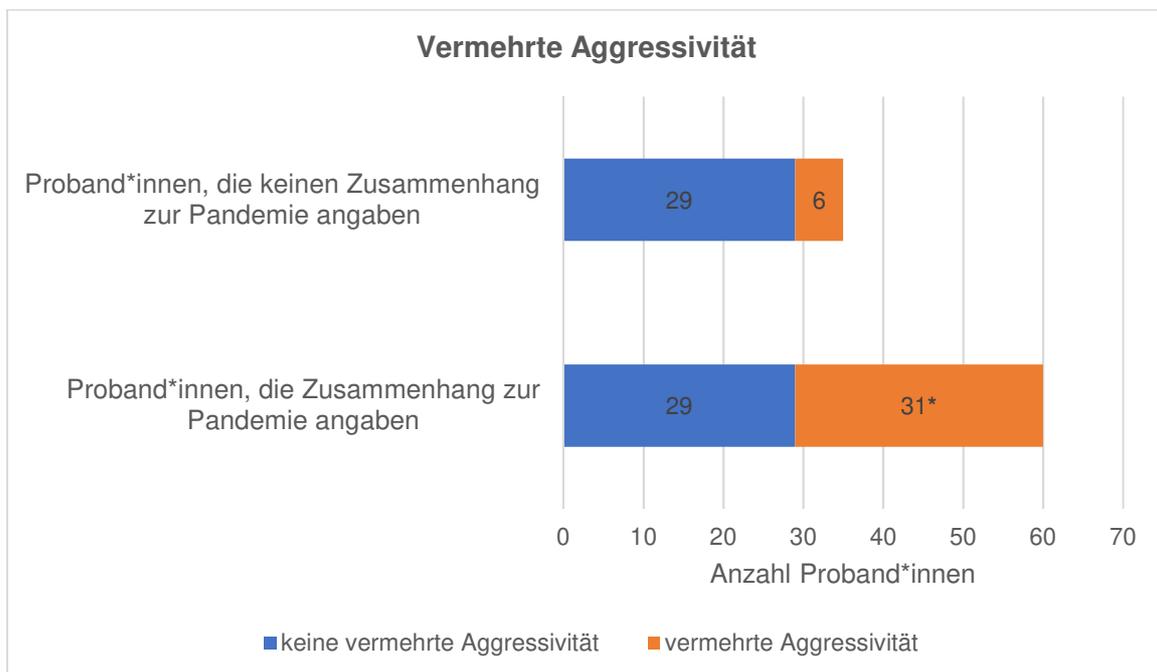


Abb. 11: **Vermehrte Aggressivität**, Statistischer Zusammenhang in Bezug auf vermehrte Aggressivität im Rahmen der COVID-19-Pandemie zwischen Proband\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie (n=60) und keinen Zusammenhang (n=35) benannten, \* $p<0.05$

In der Gruppe der Patient\*innen, die keinen Zusammenhang zur Corona-Pandemie angab, berichteten 2,9% der Patient\*innen (n=1) über Gewalterfahrung durch eine fremde Person in Form psychischer Gewalt, z.B. durch Bedrohen, außerhalb der

eigenen Wohnung durch einen nicht intoxikierten Täter/Täterin. In der Gruppe derer, die einen Zusammenhang zur Pandemie angegeben hatten, fanden sich bei 5% der Patient\*innen (n=3) Gewalterfahrungen während der Pandemie. In 66,7% dieser Fälle (n=2) erfolgte die Gewalt durch die Lebensgefährt\*in/Partner\*in. In 33,3% der Fälle (n=1) durch eine fremde Person. In 66,7% der Fälle (n=2) handelte es sich um psychische Gewalt und in 33,3% der Fälle (n=1) um tätliche Gewalt. In 66,7% der Fälle (n=2) erfolgte die Gewalt innerhalb und in 33,3% der Fälle (n=1) außerhalb der Wohnung. In 33,3% der Fälle (n=1) war die Täter\*in intoxikiert. In 66,7% der Fälle (n=2) wurden Betroffene im Rahmen der Gewalt in der Wohnung festgehalten. In allen Fällen waren Anlaufstellen bzw. Möglichkeiten Hilfe zu holen bekannt. In 66,7% der Fälle (n=2) wurden die bekannten Anlaufstellen bzw. Möglichkeiten Hilfe zu holen genutzt.

In keinem Fall erfolgte eine Anzeige und in keinem Fall wurde der angebotene Kontakt zur Gewaltopferambulanz des Universitätsklinikum Düsseldorf gewünscht.

### 3.4.9 Urlaubsbeschränkungen durch die Pandemie

40% der Teilnehmer\*innen (n=24), die einen Zusammenhang zur Pandemie angaben, hat es belastet keinen Urlaub wahrnehmen zu können. 20% der Proband\*innen (n=7) derer, die keinen Zusammenhang angaben, hat dies ebenfalls belastet (siehe Abbildung 12). Hieraus ergab sich ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2(1)=4.022$ ,  $p=0.045$ ,  $\phi=0.206$ ) zwischen den beiden Gruppen.

Die Teilnehmer\*innen nannten verschiedene Belastungsgründe durch den Wegfall von Urlaub. Bei den Teilnehmer\*innen die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen, wurde mit 41,7% (n=10) am häufigsten die fehlende Erholung genannt, gefolgt vom Verlust von sozialen Kontakten und „Sonstige“ mit jeweils 25% (n=6) und dem Ausfall einer besonderen Veranstaltung mit 8,3% (n=2). Die Teilnehmer\*innen die keinen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme berichteten nannten mit 71,4% (n=5) die fehlende Erholung und mit jeweils 14,3% (n=1) den Ausfall einer besonderen Veranstaltung bzw. den Verlust von sozialen Kontakten.

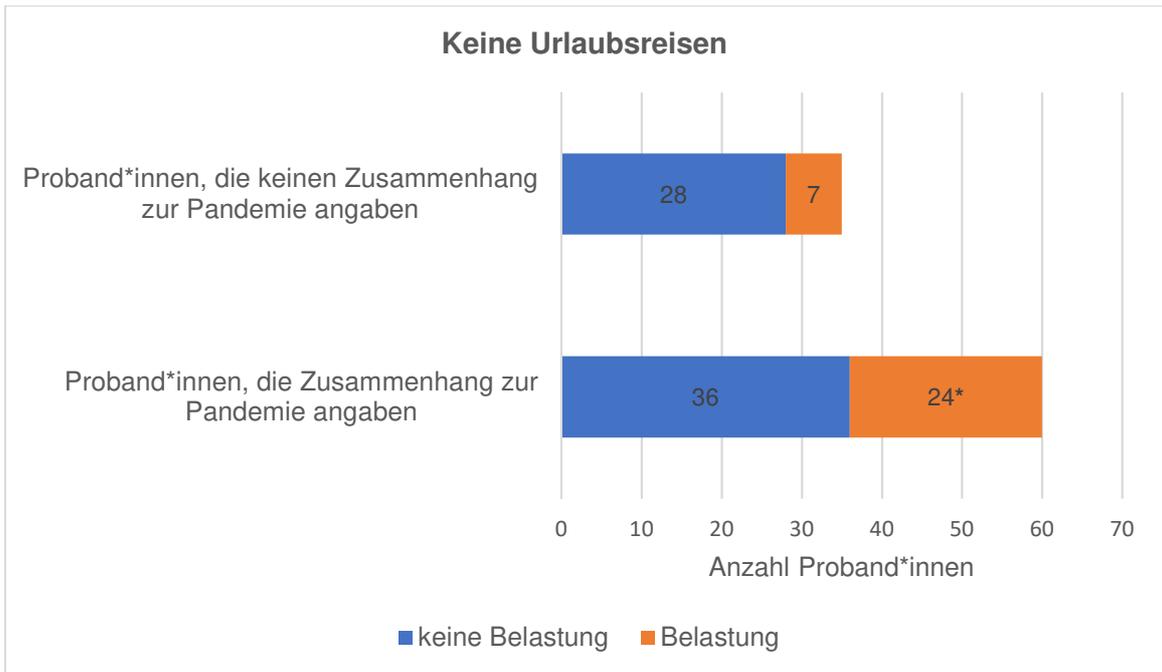


Abb. 12: **Keine Urlaubsreisen**, statistischer Zusammenhang und Anzahl der Proband\*innen die eine bzw. keine Belastung durch die fehlende Möglichkeit eine Urlaubsreise wahrzunehmen angaben, unterteilt in die Gruppen der Proband\*innen die einen (n=60) bzw. keinen Zusammenhang (n=35) zwischen Pandemie und ihrer Aufnahme angaben, \* $p < 0.05$

## 4 Diskussion

Es erfolgt zunächst eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse und Diskussion vor dem theoretischen Hintergrund sowie eine kritische Erörterung der in dieser Untersuchung zu konstatierenden Limitationen. Abschließend werden mögliche Schlussfolgerungen erörtert und ein Ausblick auf gegebenenfalls anzustrebende Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen für weitere Untersuchungen und die klinische Praxis ergeben könnten, gegeben.

Die wichtigsten Erkenntnisse, welche diskutiert werden sollen sind:

1. der Rückgang der Inanspruchnahme somatischer Hilfeleistungen während der Pandemie durch die befragten Personen
2. die Ergebnisse von HAMD, GAF und RS-13 zu Behandlungsbeginn und zum Behandlungsende und hier insbesondere eine vermeintlich reduzierte Resilienz der untersuchten Kohorte
3. die von den Teilnehmer\*innen empfundenen Belastungen durch die Pandemie mit den, unter anderem, großen Sorge vor Arbeitsplatzverlust und finanziellen Problemen
4. die Folgen der Einschränkungen durch die Pandemie wie z.B. den Verlust von Tagesstruktur und sozialer Kontakte
5. die subjektiv empfundene Zunahme von aggressivem Verhalten im Rahmen der Pandemie

Zur weiterführenden Analyse der Ergebnisse wurden die Untersuchungsteilnehmer\*innen, wie in den Kapiteln 3.3 und 3.4 bereits dargestellt, in zwei Subgruppen aufgeteilt, nämlich jene Patient\*innen, die subjektiv durch Benennung verschiedener Items einen Zusammenhang zwischen ihrer Aufnahme und der Pandemie sahen, und jenen Teilnehmer\*innen, die keinen Zusammenhang zwischen ihrer Aufnahme und der COVID-19-Pandemie sahen. Die Ergebnisse dieser beiden Gruppen wurden miteinander verglichen und werden im Folgenden ebenfalls diskutiert.

## 4.1 Pandemie und medizinische Versorgung

Insgesamt gaben 16,8% der Teilnehmer\*innen in der vorliegenden Untersuchung an, dass sie notwendige medizinische Hilfen im Vorfeld ihrer stationären Aufnahme nicht in Anspruch genommen hätten, wobei der Anteil unter den Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen der Pandemie und ihrer Aufnahme sahen, mit 25% signifikant höher war, als bei den Teilnehmer\*innen die keinen Zusammenhang angaben, bei denen nur 2,85% notwendige medizinische Hilfen nicht Anspruch genommen hätten, wobei es sich in diesen Fällen um ambulante somatische Termine gehandelt habe. Denkbar ist hier, dass die Teilnehmer\*innen die Nicht-Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen nicht erwähnten, da sie sich kurz vor der Befragung in eine stationäre psychiatrische Behandlung begeben hatten.

Es ist möglich, dass die Zahl der Betroffenen durch die Pandemie zwar zugenommen hat, wofür auch zum Beispiel die ersten Ergebnisse der deutschen NAKO-Gesundheitsstudie von Peters et al. (2020) sprechen, die zeigte, dass die COVID-19-Pandemie und die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung während der ersten Pandemiewelle zu einer generellen Zunahme von Stressempfinden, sowie einer stärkeren Ausprägung von depressiven Symptomen und Angstsymptomen bei unter 60 jährigen Teilnehmer\*innen führte, diese Patient\*innen aber keine entsprechenden Hilfen in Anspruch genommen haben.

Es ist insgesamt nicht auszuschließen, dass Patient\*innen aufgrund von ausgeprägten Ängsten auch Krankenhausbehandlungen nicht in Anspruch nahmen. Generell bestanden mehr Sorgen und Ängste, zum Beispiel vor einer Infektion, bei Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und der Pandemie sahen, wobei auch die Metanalyse von Gilan et al. (2020) eine generelle Zunahme von Ängsten im Rahmen der COVID-19-Pandemie zeigte.

Insgesamt sprechen auch die Ergebnisse von Ullrich et al. (2022) für eine reduzierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die eine Reduktion der Anzahl psychiatrischer Patient\*innen in der Notaufnahme des Kreisklinikums Siegen im Jahr 2020 um 8,7% im Vergleich zum Vorjahr zeigten. Bei somatischen Patienten sei es sogar zu einem Rückgang der Konsultationen in der Notaufnahme um 9,7% gekommen. Diese Ergebnisse werden durch Schäfer et al. (2023) gestützt, die in

ihrer Untersuchung zur „Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der COVID-19-Pandemie bei Personen mit chronischen Erkrankungen“ ebenfalls eine Reduktion von Patientenkontakten beschreiben, wobei man somatische Vorerkrankungen gemeint hatte. Dort zeigte sich, dass rund 15 % der befragten Personen trotz Beschwerden eigenständig medizinische Termine abgesagt hatten.

Die nach Wang et al. (2021) festgestellten erhöhten Mortalitätsraten von depressiv erkrankten Personen (8,5%) im Rahmen einer COVID-19-Infektion gegenüber einer 4,2%igen Mortalitätsrate bei COVID-19-Infektion bei nicht psychisch erkrankten Menschen, können hierbei durchaus in Zusammenhang mit den ausgeprägten Ängsten im Rahmen der Pandemie stehen. Depressiv erkrankte Menschen machen sich aufgrund ihrer Erkrankung insgesamt häufiger Sorgen (Wittchen et al., 2010). Wie sich in dieser und anderen Untersuchungen zeigte, führten die Ängste im Rahmen der Pandemie wiederum zu einer reduzierten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (vgl. Schäfer et al., 2023; Ullrich et al., 2022), wodurch sich eine direkte Auswirkung auf die erhöhten Mortalitätsraten während der COVID-19-Pandemie erklären lassen könnte.

Diese erhöhte Angst deckt sich auch mit dem Ergebnis dieser Untersuchung in Bezug auf die Nicht-Inanspruchnahme somatischer Hilfeleistungen, die von Patient\*innen in über 80% der Fälle aus Angst vor einer eigenen Infektion (n=13) beschrieben wurde.

Die von Zielasek und Gouzoulis-Mayfrank (2020) erwartete Zunahme der Inanspruchnahme der psychiatrischen Behandlung aufgrund der erheblichen Belastung durch die Pandemie konnte für den Untersuchungszeitraum in Bezug auf die voll- bzw. teilstationäre Behandlung in der LVR-Klinik Langenfeld hingegen nicht bestätigt werden. Für die in die Untersuchung eingeschlossenen Diagnosen (F31.x, F32.x, F33.x, F40.x, F41.x, F43.x, F25.1) kam es von 2019 zu 2020 zu einem Rückgang der Aufnahmen von rund 4,4%, von 1025 Aufnahmen im Jahr 2019 auf 980 Aufnahmen im Jahr 2020. Einerseits könnte dieses Ergebnis als eine mögliche vieljährige Schwankung der Aufnahmezahlen bewertet werden, andererseits könnte sich aber genau hier auch das wissenschaftlich sehr kritisch diskutierte veränderte Konsultationsverhalten medizinischer Dienste bestimmter Bevölkerungsgruppen in der Pandemie widerspiegeln (vgl. Schäfer et al., 2023; Ullrich et al., 2022).

Interessanterweise gaben rund zwei Drittel der in die Untersuchung eingeschlossenen Patient\*innen einen subjektiven Zusammenhang zwischen ihrer stationären Aufnahme und der COVID-19-Pandemie an. Kritisch zu bemerken ist bei diesen Untersuchungsergebnissen, dass die Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen der Pandemie und ihrer Aufnahme angegeben hatten, möglicherweise auch ohne COVID-19-Pandemie voll- bzw. teilstationär aufgenommen worden wären und die Pandemie für die Patient\*innen vielmehr ein external bedingtes fassbares Erklärungsmodell für ihre Erkrankung darstellte.

Nicht zu vernachlässigen ist, dass zudem 55,8% der Proband\*innen (n=53) angaben, erstmals in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden zu sein. Wenngleich nicht Teil dieser Untersuchung und rein spekulativ, könnte dieser hohe Anteil einerseits so interpretiert werden, dass die Patient\*innen ohne Pandemie möglicherweise bei einer suffizienten ambulanten Versorgung nicht hätten stationär aufgenommen werden müssen. Hierfür spricht, dass in einer Befragung der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2020) insgesamt 58% der befragten Personen von Ausfällen fachärztlicher, psychotherapeutischer und hausärztlicher Behandlungstermine berichtet hatten und 17% gaben zudem an, dass sie keine Behandlungstermine hätten erhalten können, obwohl diese ihnen mutmaßlich bei der Bewältigung der Depression hätten helfen können (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2020).

Es kann aber auch sein, dass Patient\*innen, die erstmalig in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden eher bereit sind, an einer solchen Untersuchung teilzunehmen und daher mengenmäßig überwiegen.

Allerdings muss auch konstatiert werden, dass sich die Ergebnisse dieser Untersuchung in Hinblick auf die Häufigkeit einer empfundenen Belastung durch die Pandemie auch mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen decken und somit zumindest von einer erhöhten, als solche empfundenen Belastung durch die Pandemie ausgegangen werden kann. So stellten Winkler et al. (2021) in ihrer Untersuchung sehr vergleichbare Zahlen fest, nämlich, dass sich bei rund zwei Dritteln der von Ihnen untersuchten psychisch erkrankten Proband\*innen eine Belastung durch die Pandemie zeigte.

Ob und wie viele Menschen mit leichten (oder auch mittelgradigen bzw. schweren) depressiven Episoden aufgrund der Pandemie zusätzlich ambulant behandelt wurden, zugunsten eines Verzichts auf eine stationäre Behandlung, ist durch diese Erhebung nicht feststellbar. Nur weiterführende Untersuchungen könnten Aufschlüsse darüber geben, ob die von einigen Expert\*innen vermutete Zunahme von psychischen Erkrankungen durch die Pandemie (vgl. Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020) möglicherweise durch ambulante Angebote bereits abgefangen wurde, bevor die Betroffenen im Rahmen einer voll- bzw. teilstationären Aufnahme behandelt wurden.

## 4.2 Depressivität, Globales Funktionsniveau und Resilienz im Kontext der Pandemie

Insgesamt scheinen Bedrohungs-Szenarien die Entwicklung depressiver Erkrankungen zu begünstigen. Neben einer allseits bedrohlichen Umwelt muss auch auf weitere Depressionen begünstigende und pandemie-bedingte Faktoren eingegangen werden, wie z.B. eine erhöhte Einsamkeit unter den zeitweise fremd oder selbst auferlegten Isolationsbedingungen. Ebenso muss die Frage gestellt werden, warum einzelne Menschen belasteter auf bedrohliche Entwicklungen reagieren als andere. Dies kann unter anderem auch in der individuellen Resilienz einer Person und deren Umgang mit exogenen Belastungsfaktoren begründet sein.

In diesem Zusammenhang zeigte sich im Rahmen dieser Untersuchung, dass die Teilnehmer\*innen, die von vermehrten Ängsten durch die Pandemie berichteten ( $M=48.96$ ,  $SD=14.305$ ) im Vergleich zu den Teilnehmer\*innen, die nicht mehr Ängste angegeben hatten ( $M=58.05$ ,  $SD=15.120$ ), auch einen signifikant niedrigeren Wert in der Resilienzskala aufwiesen ( $t(93)=2.450$ ,  $p=0.016$ ). Im Vergleich bezüglich der psychiatrischen Familienanamnese zeigten sich hingegen keine Unterschiede bei den Ergebnissen in der RS-13 (siehe hierzu 4.3.1).

Grundsätzlich decken sich die Ergebnisse dieser Untersuchung in Bezug auf statistisch signifikant höhere mittlere Punktwerte bei Aufnahme in der Hamilton Depressionsskala (27 Punkte bei Patienten die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme nannten gegenüber 23 Punkten bei Patienten die keinen

Zusammenhang nannten), als Indiz für das Vorliegen einer schwereren Depression bei Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen ihrer Aufnahme und der COVID-19-Pandemie sahen, mit einer Metaanalyse aus Großbritannien (Neelam et al., 2020), die eine Zunahme psychiatrischer Symptome bei Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung im Rahmen der COVID-19-Pandemie zeigte.

Vor der Entlassung zeigten die Ergebnisse der psychometrischen Testungen in allen drei durchgeführten Untersuchungen, Hamilton-Depressions-Skala, *Global Assessment of Functioning* und Resilienzskala nach Leppert, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie angaben, und jenen, die diesen Zusammenhang nicht sahen. Dies deutet darauf hin, dass eine Anpassung der Depressionsbehandlung in Bezug auf die Pandemie nicht notwendig erscheint, da die psychometrisch beurteilten Ergebnisse der Behandlung bei Entlassung sich bei den untersuchten Patientensubgruppen nicht unterscheiden und Depressionssymptome, ganz unabhängig von den auslösenden Faktoren gleichermaßen stark ausgeprägt sein können.

Es zeigte sich nämlich, dass die Ergebnisse in Bezug auf die Resilienzskala mit durchschnittlich 58 bzw. 59 Punkten, für beide Subgruppen, auch bei Entlassung als niedrig zu bewerten sind, da 13 bis 66 Punkte in der RS-13 als niedrig gelten (Leppert et al., 2008). Insgesamt ist anzunehmen, dass depressive Menschen eher eine niedrigere Resilienz aufweisen, als psychisch Gesunde. Diesbezüglich zeigte eine Meta-Analyse zum Thema Resilienz und psychische Gesundheit, dass eine niedrigere Resilienz unter anderem mit Depressionen korreliert, während eine hohe Resilienz mit positiven Faktoren psychischer Gesundheit korreliert (Tianqiang et al., 2015).

Bei Aufnahme und Entlassung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Resilienz, Bender & Lösel (1998) beschrieben diese als situationsabhängige wirksame relative Widerstandsfähigkeit, zwischen der Gruppe an Teilnehmenden, die ihre Aufnahme in Zusammenhang mit der Pandemie sahen und jenen, die dies nicht so bewerteten. Eine erniedrigte Resilienz lässt sich jedoch

nicht alleine durch eine vermehrte Belastung durch die Pandemie erklären. Am wahrscheinlichsten ist, dass die Resilienz bei den Teilnehmer\*innen schon vor der Pandemie erniedrigt war und sich daher im Rahmen der Belastung durch die Pandemie bei einigen Teilnehmer\*innen die Depression auf Basis einer reduzierten Widerstandskraft gegenüber exogenen Stressoren entwickelte, wohingegen andere Teilnehmer\*innen möglicherweise durch andere, pandemieunabhängige, Faktoren beeinträchtigt gewesen sein könnten. Dies würde sich mit den oben beschriebenen Ergebnissen von Tianqiang et al. (2015) decken, die eine Korrelation zwischen niedriger Resilienz und Depression im Allgemeinen zeigten.

Fußend auf diesen Befunden ist zu konstatieren, dass insbesondere der Stärkung von Resilienz bei psychisch erkrankten Personen ein hohes Maß an Bedeutung zukommt, da auch der Wegfall von möglichen Ressourcen in der Pandemie durchaus als Belastung empfunden wurde. So gaben rund ein Drittel der Teilnehmer\*innen an, unter der fehlenden Möglichkeit einer Urlaubsreise gelitten zu haben und dies insbesondere wegen fehlender Erholung und des Verlusts von Sozialkontakten. Es ist also zu mutmaßen, dass bei ohnehin reduzierter Resilienz unter Belastung rasch Gegenmaßnahmen anzusteuern sind, die zu einer Entlastung führen können, wenn gewohnte Coping-Strategien (z.B. eine Reise oder gewohnte Freizeitmaßnahmen) versagen.

Die Empfehlungen der WHO hinsichtlich der Belastungsreaktion in der Pandemie lauteten daher in der Häuslichkeit aktiv positive Dinge zu etablieren, die das Wohlbefinden erhöhen (WHO, 2020). Die Sinnhaftigkeit dieser Aufforderungen konnte wissenschaftlich belegt werden. Eine Metaanalyse von Puyat & Kollegen (2020) stellte dar, wie hoch das Erfordernis ist, alle nur möglichen Aktivitäten zur Verbesserung des mentalen Wohlbefindens während der COVID-19-Pandemie zu etablieren. Für solche wurde belegt, dass sie dabei helfen können, die psychiatrischen Folgen einer Pandemie langfristig zu vermindern. Bei den beschriebenen Aktivitäten handelte es sich um Sportübungen, Yoga, Entspannungstechniken und das Hören von Musik (Puyat et al., 2020), die an jedem Ort und auch alleine durchführbar sind.

Andere Aspekte, wie das Vorhandensein eines Gartens/Balkons oder eines Haustieres, schienen in der hier vorliegenden Untersuchung keine Auswirkung auf einen empfundenen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme gehabt zu haben, da sich hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme angaben, und jenen, die keinen Zusammenhang sahen, zeigten. Ob sie möglicherweise dennoch wirksame Faktoren z.B. hinsichtlich einer verbesserten Resilienz sein können, lässt sich anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung nicht prognostizieren. Eine andere Untersuchung zeigte hingegen mögliche Hinweise auf eine gestärkte Resilienz durch die Haltung eines Haustieres bei Menschen über 65 Jahren, unter anderem durch sozialen Inklusion und eine Tagesstrukturierung (Hui Gan et al., 2020).

Ob eine verstärkte Anbindung an entsprechende ambulante Hilfeleistungssysteme eine voll- bzw. teilstationäre psychiatrische Aufnahme im Zeitraum der Pandemie hätte verhindern können, lässt sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht ableiten. Es ist jedoch zu vermuten, dass durch eine entsprechende ambulante Versorgung, auch im Sinne von präventivem Handeln, die psychischen Folgen der Pandemie hätten gemindert werden könnten, da auch die Stärkung von Resilienz ein wesentlicher Bestandteil der ambulanten Behandlung psychisch erkrankter Menschen ist.

So zeigte eine Metaanalyse in Bezug auf Resilienz stärkende Interventionen im Rahmen von Psychotherapie, unter anderem bei kognitiver Verhaltenstherapie, einen positiven Effekt auf Resilienz (Joyce et al., 2018), da insbesondere der Umgang mit Belastungsfaktoren im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen modifiziert wird.

## 4.3 Belastungsfaktoren während der Pandemie

Diese Untersuchung dokumentiert, dass die Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie angaben, als größte Sorgen neben der Angst vor einer COVID-19-Erkrankung unter anderem Sorgen vor einer veränderten Umwelt und finanzielle Probleme benennen.

### 4.3.1 Familienanamnese und Belastung in der Pandemie

Aus den Ergebnissen in Bezug auf die Familienanamnese für psychische Erkrankungen lässt sich möglicherweise ein Rückschluss auf einen weiteren Belastungsfaktor schließen. So berichteten rund 77% der Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen, eine positive Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen. Dies war ein signifikanter Unterschied zu den 45% der Proband\*innen mit positiver psychiatrischer Familienanamnese, die keinen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie sahen. In dieser Untersuchung zeigte sich zwar ein geringer Unterschied in den RS-13 Ergebnissen bezüglich der Resilienz zwischen allen Teilnehmer\*innen mit positiver Familienanamnese ( $M=50.23$ ,  $SD=15.223$ ) und denen ohne positive psychiatrische Familienanamnese ( $M=51.82$ ,  $SD=14.282$ ), es konnte jedoch keine Signifikanz ( $t(93)=0.496$ ,  $p=0.621$ ) festgestellt werden. Anhand der vorliegenden Ergebnisse ließ sich also kein Hinweis darauf finden, dass die Resilienz, also die Widerstandskraft gegenüber exogenen Belastungsfaktoren (Bender & Lösel, 1998), von familiär vorbelasteten Patient\*innen insgesamt geringer ausgeprägt war (vgl. Kapitel 4.2).

Der Vollständigkeit halber soll hier noch auf Arbeiten hingewiesen werden, die weitergehende Faktoren in Bezug auf eine familiäre Belastung beschrieben, auch wenn diese in dieser Untersuchung nicht explizit Beachtung fanden. So diskutierten Smeeth et al. (2012) die Rolle epigenetischer Faktoren in Bezug auf die Entstehung von Resilienz und beschrieben, dass individuelle epigenetische Unterschiede, die durch verschiedene Umweltfaktoren, wie zum Beispiel pränatalen Stress, eine frühe Traumatisierung oder sozialen Stress, beeinflusst werden können, zu einer verschieden ausgeprägten Resilienz führen und damit letztlich einen Einfluss auf die mögliche Entwicklung psychischer Erkrankungen haben.

Sie nannten aber auch die genetische Vererbung als Faktor für unterschiedlich ausgeprägte epigenetische Variationen, welche die Entwicklung von Resilienz beeinflussen und beschrieben zudem auch die generationenübergreifende Übertragung epigenetischer Faktoren, die einen Einfluss auf die bestehende individuelle Resilienz haben (Smeeth et al., 2021).

Möglicherweise sind auch Veränderungen des „Stress-Systems“ in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, die unter anderem für die Entstehung von Depressionen verantwortlich sein können (Berger & Hecht, 2015), bei Menschen mit familiärer Belastung gehäuft vorhanden, sei es in Folge einer Veränderung durch den Umweltfaktor Familie oder eine direkte genetische bzw. epigenetische Vererbung. Auch psychologische Erklärungen wie das psychodynamische Modell mit einer ausgeprägten Abhängigkeit von Bezugspersonen (Kristeva, 2007) oder auch die Übertragung von elterlichen Affekten auf die nachfolgende Generation und damit einer Weitergabe einer vorbestehenden Depressivität und Ängstlichkeit von der Bezugsperson auf das Kind (Tronick & Weinberg, 1997) sind weitere mögliche Erklärungen für den hohen Anteil an familiär vorbelasteten Teilnehmer\*innen dieser Untersuchung.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass die Teilnehmer\*innen mit positiver psychiatrischer Familienanamnese zwar im arithmetischen Mittel in der Hamilton-Depressionsskala ( $M=25.68$ ,  $SD=7.108$ ) mehr Punkte erreichten, als Teilnehmer\*innen, die keine psychiatrische Familienanamnese benannt hatten ( $M=24.27$ ,  $SD=6.797$ ), dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant ( $t(93)=-0.931$ ,  $p=0.354$ ). Familiär psychiatrisch vorbelastete Teilnehmer\*innen waren bei Aufnahme also nicht depressiver als andere Teilnehmer\*innen. Auch in Bezug auf Sorgen bezüglich der Pandemie ergaben sich zwischen diesen beiden Subgruppen keine signifikanten Unterschiede ( $t(93)=-1.845$ ,  $p=0.068$ ).

### 4.3.2 Suizidalität und Pandemie

Hinsichtlich des Vorkommens von Suizidalität, zeigte sich kein Unterschied zwischen der Gruppe der Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie angegeben hatten und solchen, die das nicht getan hatten. In diesem Kontext muss betont werden, dass sich bezüglich der Ausprägung depressiver Symptome (HAMD) keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergaben.

Insgesamt waren in dieser Untersuchung von den 27,4% der Teilnehmer\*innen (n=26), die bei Aufnahme Suizidalität angaben, rund 62% dieser Teilnehmer\*innen (n=16) weiblich. Da insgesamt rund 66% der Teilnehmer\*innen (n=63) dieser Untersuchung weiblich waren, zeigte sich in Bezug auf Suizidalität eine relativ gleichmäßige Geschlechterverteilung.

Insgesamt leiden rund 80% der depressiv erkrankten Menschen im Laufe ihrer Erkrankung an Suizidgedanken (vgl. Berger & Hecht, 2015). Die deutlich niedrigere Rate angegebener Suizidalität in dieser Untersuchung könnte zum einem durch das Antwortverhalten im Interview im Sinne einer sozialen Erwünschtheit (Hossiep, 2022) beeinflusst worden sein. Auch die Möglichkeit, dass durch die stationäre Aufnahme und erste therapeutische Maßnahmen bereits eine Entlastung der Patient\*innen vorgelegen haben könnte, ist ein möglicher Grund für den genannten Unterschied.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen zwar keine Unterschiede in Bezug auf Suizidalität zwischen den beiden untersuchten Subgruppen, dennoch können diese Ergebnisse letztlich keine genaue Antwort auf die Frage nach einer möglichen Veränderung von Suizidalität durch die Pandemie geben. Dies wäre ein möglicher Ausblick auf weiterführende Studien.

Bezüglich der Anzahl der Suizide in Deutschland zeigte sich im Jahr 2019 mit 9041 Fällen noch ein vieljähriger Tiefstwert, die Anzahl der Suizide stieg hingegen in den darauffolgenden Jahren wieder an (2020: 9206 Fälle, 2021: 9215 Fälle, 2022: 10119 Fälle, 2023: 10300 Fälle), wobei die Verteilung von rund 70% Männern zu rund 30% Frauen relativ konstant geblieben sei (Statistisches Bundesamt, 2024).

Ein direkter Zusammenhang zwischen gesteigener Suizidrate und Pandemie lässt sich aus diesen Daten, zumindest für die Jahre 2020 und 2021, jedoch nicht ableiten (Radeloff et al., 2022).

Theoretisch denkbar könnte es sein, dass existentielle Sorgen und eine veränderte Arbeitsplatzsituation im Rahmen der Pandemie einen Einfluss auf die Suizidrate gehabt haben könnten.

#### 4.3.3 Veränderungen der Arbeitsplatzsituation und Verlust von Tagesstruktur

Die Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Aufnahme und Pandemie angeben hatten, berichteten eine „reale existentielle Bedrohung durch Arbeitsplatzverlust“ sowie generelle „existentielle Ängste“ durch möglichen Arbeitsplatzverlust oder eine Verschlechterung der finanziellen Situation als Gründe für ihren aktuellen Erkrankungsausbruch bzw. die stationäre Krankenhausaufnahme (vgl. Kapitel 3.3 und 3.4).

In der nachträglichen Analyse der sogenannten NAKO-Studie durch Dragano und Reuter et al. (2022) konnte gezeigt werden, dass insbesondere Veränderungen der Arbeitssituation und finanzielle Sorgen ausschlaggebende Faktoren für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit während der COVID-19-Pandemie waren (Dragano et al., 2022). In diesem Kontext ist insbesondere zu berücksichtigen, dass ein Zusammenhang zwischen Depressionen und verstärkenden Faktoren allgemein anerkannt ist. Im Rahmen der multifaktoriellen Genese depressiver Erkrankungen ist bekannt, dass existentielle Sorgen grundsätzlich depressive Erkrankungen begünstigen können. Diese können zum Beispiel durch den Verlust wichtiger Bezugspersonen, sei es durch Tod, Trennung oder Konflikte, zu einer derartigen Belastung führen, die dann in einer depressiven Erkrankung mündet (Hautzinger, 2003; Paykel & Cooper, 1992). Aber auch andere kritische Lebensereignisse, wie Arbeitslosigkeit, Berentung oder Vereinsamung, sind als empirisch gesicherte Risikofaktoren ätiologisch an der Genese von Depressionen beteiligt (Brakemeier et al., 2008). So gaben in dieser Untersuchung 14,4% (n=11) der Teilnehmer\*innen finanzielle Sorgen als größte Angst im Rahmen der COVID-19-Pandemie an. Von den 60 Teilnehmer\*innen, die einen

Zusammenhang zwischen Pandemie und Aufnahme sahen, gaben 38,3% (n=23) eine reale Bedrohung durch einen Arbeitsplatzverlust und 18,3% (n=11) existenzielle Ängste an.

Nicht in ihrer Relevanz zu unterschätzen sind in diesem Kontext auch die Zusammenhänge zwischen beruflicher Situation und Depressivität. Zum einen zeigten Berger et al. (2012), dass Stress, der insbesondere durch Überforderungserleben am Arbeitsplatz ausgelöst wird, zu einem Anstieg des Risikos einer Depression führt. Zum anderen beschrieb Siegrist (2008) ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer depressiven Störung durch chronischen Stress durch die Arbeit, insbesondere wenn eine geringe autonome Kontrolle von Arbeitsabläufen bei gleichzeitig hohen Arbeitsanforderungen vorliegt und es gleichzeitig zu einer unzureichenden Gratifikation sowie unverhältnismäßig hohen notwendigen Anstrengungen im Rahmen der Tätigkeit kommt.

In diesem Zusammenhang sei ebenfalls darauf hinzuweisen, dass insgesamt 46,3% aller Teilnehmer\*innen (n=44) die Angst äußerten an einer COVID-19-Infektion zu erkranken. Fasst man die mit der Pandemie assoziierten Belastungsfaktoren zusammen, lässt sich unter Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese depressiver Erkrankungen nur schwerlich voneinander trennen, ob nun die erhöhte Belastung durch Infektionsängste eher zur Entwicklung einer Depression geführt hat, oder andere existenzielle Ängste wie berufliche Belastungen, Sorgen vor einem möglichen Arbeitsplatzverlust oder finanzieller Einbußen als Belastungsfaktoren schlussendlich den Ausbruch einer depressiven Erkrankung mitverursacht haben, oder ob die Depression zu vermehrten Ängsten geführt hat. Über die reine Infektionsangst hinaus muss also erwogen werden, dass eine beobachtete Zunahme von psychischer Belastung insbesondere durch die veränderten bzw. erschwerten Arbeitssituationen im Rahmen der Pandemie entstanden sind. Diese Annahme deckt sich mit einer Untersuchung von Rodríguez & Sánchez (2020), die für Mitarbeitende im Gesundheitswesen negative Auswirkungen auf deren psychische Gesundheit, insbesondere als Folge der erhöhten Belastung in der Patient\*innenversorgung durch unzureichende persönliche Schutzausrüstung und ein erhöhtes Arbeitspensum im Rahmen der COVID-19-Pandemie vermuteten.

Ferner ist bekannt, dass bereits psychisch erkrankte Menschen während der Pandemie unter dem Verlust der Tagesstruktur eine Verschlechterung ihres psychischen Befindens erlebten (Frank et al., 2020). Bereits vor der Pandemie wurde untersucht, dass ein Verlust der Tagesstruktur bei älteren Menschen das Risiko zur Entwicklung depressiver Symptome und Ängste erhöht (O'Connor et al., 2019), weshalb Tagesstruktur bzw. deren Verlust als wichtiger Faktor in Bezug auf Depressionen zu bewerten ist.

Die hier vorliegende Untersuchung stimmt insofern mit diesen Ergebnissen überein, dass der Verlust der Tagesstruktur durch Maßnahmen der Regierung als häufigster Grund (n=32) für den Zusammenhang von stationärer Aufnahme und Pandemie durch die hier untersuchten Patient\*innen angegeben wurde.

#### 4.3.4 Veränderungen der sozialen Integration

Neben den Veränderungen der Tagesstruktur muss aber auch die Veränderung durch die von der Regierung auferlegten Kontaktbeschränkungen kritisch diskutiert werden, da diese sehr einschneidende Folgen für das Leben der Gesellschaft gehabt hatten. Neelam et al. (2020) zeigten, dass eine Verschlechterung der psychischen Situation bei psychiatrisch Vorerkrankten und insbesondere eine Verstärkung depressiver Symptome, darin begründet liegt, dass Maßnahmen der Pandemiebekämpfung, wie Isolation, Quarantäne und physischer Abstand, zu einer Reduktion von sozialen Kontakten führten. Soziale Kontakte seien jedoch extrem wichtig um von psychischen Erkrankungen zu genesen. Ferner seien durch die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung die Einhaltung von Tagesroutinen und Fortsetzung von Gruppenaktivitäten unmöglich gewesen, was zu negativen Gedankenspiralen und daraus resultierender Depressivität und paranoiden Gedanken geführt habe (Neelam et al., 2020).

Im verstärkungstheoretischen interpersonellen Erklärungsmodell (Lewinsohn et al., 1979; Hautzinger, 2003) für die Entstehung von Depressionen wird beschrieben, dass der Wegfall verstärkender Ereignisse im Vorfeld einer Depression, zum Beispiel durch soziale Isolation, zu einer Zunahme depressiver Symptome führt, was im Sinne eines „Teufelskreismodelles“ in einer Resignation mündet. Diese

Resignation führt wiederum zum Rückgang von Verhalten, welches für das Erreichen alternativer Gratifikationen bzw. Verstärkerquellen notwendig wäre, wodurch die Depression weiter verstärkt wird (Lewinsohn et al., 1979; Hautzinger, 2003).

Übereinstimmend hiermit gaben ein Viertel der Teilnehmer\*innen, die einen Zusammenhang zwischen Pandemie und stationärer Aufnahme angegeben hatten, an, sie seien durch den Verlust sozialer Kontakte belastet gewesen. Allerdings wurde in der Pandemie nicht nur der Verlust sozialer Kontakte als belastend beschrieben, auch Veränderungen der sozialen Konstellationen durch z.B. *Home-Office* oder *Home-Schooling* führte zu Veränderungen in der Häuslichkeit, die schlussendlich auch als Auslöser vermehrter intrafamiliärer Aggressivität diskutiert wurden (Barchielli et al., 2021).

#### 4.4 Pandemie und Aggressivität

Wenn gleich die wissenschaftliche Basis in Bezug auf eine Zunahme aggressiver Handlungen in der Pandemie eher rar ist, beschrieb der Jahresbericht des „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ eine Zunahme der Inanspruchnahmen im Jahr 2020 um 15% im Vergleich zum Vorjahr (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 2021) und Medien berichteten, dass es im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu einer Zunahme von häuslicher Gewalt gekommen und auch die Inanspruchnahme von „Hilfs-Beratungen“ für Opfer häuslicher Gewalt gestiegen sei (Kuklik, 2022). So verwundert es nicht, dass rund 50% der in dieser Untersuchung befragten Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen der Pandemie und ihrer Aufnahme berichteten, subjektiv auch eine vermehrte Aggressivität angegeben hatten. Diese könnte in direktem Zusammenhang mit der durch die Proband\*innen beschriebenen vermehrten Ängste und Sorgen stehen, die bezüglich der Pandemie berichtet wurden, und möglicherweise auf die von Anderson und Bushman (2002) geschilderten Auswirkungen verschiedener Faktoren auf das Entstehen von Aggressionen bei Menschen zurückzuführen sein.

Eine Untersuchung aus den USA zu den Auswirkungen eines *Lockdowns* zeigte, dass sich im Rahmen der Pandemie die selbstwahrgenommene Aggressivität von Menschen gesteigert hatte (Killgore et al., 2021). Letztlich bleibt unklar, ob die vermehrte Aggressivität auch in dieser Untersuchung mit einer gleichzeitigen sozialen Isolation in Verbindung stand, wodurch sich letztlich nach dem Mausmodell von Zelikowsky et al. (2018) eine weitere mögliche biologische Erklärung für das vermehrte Auftreten von Aggressivität hätte ergeben können.

Hierzu sei ebenfalls erwähnt, dass sich zwar Hinweise auf eine vermehrte Aggressivität durch die COVID-19-Pandemie zeigen, sich aber für die Pandemiejahre 2020 und 2021 in Deutschland keine signifikanten Hinweise auf eine Zunahme von Gewalt, insbesondere in Partnerschaften, ergeben (vgl. Baier et al., 2022; Kliem et al., 2021; Bundeskriminalamt, 2021; Bundeskriminalamt, 2022). Hingegen zeigten Anderberg et al. (2021) einen deutlichen Anstieg, um bis zu 35%, in Bezug auf Suchanfragen zum Thema häuslicher Gewalt, mittels Internetsuche über *Google*, rund drei bis sechs Wochen nach Beginn des *Lockdowns* im März 2020 in London, während im gleichen Zeitraum die polizeilich gemeldeten Fälle häuslicher Gewalt in London um rund 20% gestiegen waren.

Diese Diskrepanz zwischen Internetsuchanfragen und tatsächlich gemeldeten Fällen häuslicher Gewalt könnte dadurch erklärt werden, dass Fälle von Gewalt nicht gemeldet wurden, was dann wiederum auch den fehlenden Anstieg von gemeldeten Gewalttaten in Deutschland in den Jahren 2020 und 2021 erklären könnte. Da insgesamt von einer großen Dunkelziffer in Bezug auf häusliche Gewalt ausgegangen wird, ist für Deutschland eine große Studie verschiedener Bundesinstitutionen geplant, deren Ergebnisse für das Jahr 2025 erwartet werden, um die Dunkelziffer der häuslichen Gewalt aufzudecken und effektive Strategien zur deren Verhinderung zu entwickeln (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2023).

## 4.5 Methodendiskussion

Hinsichtlich der vorliegenden Untersuchung müssen verschiedene limitierende Aspekte diskutiert werden. Zuvorderst zu benennen ist die geringe Stichprobengröße von 95 Teilnehmer\*innen. Im Rahmen der statistischen Auswertung der Ergebnisse dieser Untersuchung wird auf Grund der geringen Größe das Auftreten von signifikanten Ergebnissen unwahrscheinlicher. Zur Bestimmung der optimalen Stichprobengröße wäre eine im Vorfeld der Untersuchung durchgeführte A-priori-Poweranalyse zur Sicherung der Stichprobe angeraten gewesen (Eid et al., 2011), auf welche unter Berücksichtigung der hochdynamischen Entwicklungen aber verzichtet wurde. Auch mit Blick auf diese sehr raschen Veränderungen während der Pandemiephase ist der Rekrutierungszeitraum von etwas mehr als fünf Monaten als sehr lang zu bewerten. Äußere Umstände im Rahmen der COVID-19-Pandemie konnten sich in dieser Zeit durchaus rasch verändern, was ebenfalls einen möglichen Einfluss auf die von einzelnen Proband\*innen getätigten Aussagen haben konnte.

Im Rahmen der Rekrutierung zeigte sich zudem, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Patient\*innen in der Klinik die Teilnahme an der Untersuchung ablehnte, vor allem auch nachdem Sie über die Dauer der Befragung aufgeklärt worden waren. Für viele depressiv erkrankte Menschen in einer schweren depressiven Episode ist die Teilnahme an einem ein- bis zweistündigen Interview krankheitsbedingt nur erschwert möglich. Insgesamt muss retrospektiv konstatiert werden, dass der konzipierte Fragebogen hätte kürzer gefasst werden müssen.

Ebenfalls zu berücksichtigen ist hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe, dass 55,8% (n=53) der Teilnehmer\*innen angegeben hatten sich erstmalig in einer stationären psychiatrischen Behandlung zu befinden. Es ist möglich, dass diese Patientengruppe überrepräsentiert sein könnte, da diese Patient\*innen gegeben falls ein größeres Interesse hatten an der Befragung teilzunehmen als Patient\*innen mit Vorerfahrungen im stationären klinischen Setting.

Zudem ist anzunehmen, dass sich Patient\*innen, die einen Zusammenhang zwischen ihrer Aufnahme in der Pandemie sahen, von vornherein durch die

Teilnahme an einer Untersuchung zum Thema stärker angesprochen gefühlt haben, so dass deren Anzahl höher ist, als die der Proband\*innen, die keinen Zusammenhang sahen.

Weiterhin kritisch zu diskutieren ist, dass die direkte Befragung im Interview möglicherweise einen Einfluss auf die Aussagen der Teilnehmer\*innen, im Sinne einer Suggestion, hatte, da diese aufgrund der direkten Anwesenheit des Interviewers Befürchtungen gehabt haben könnten nicht „angemessen“ zu antworten und daher aus ihrer Sicht „sozial erwünschte“ Antwortmöglichkeiten auswählten. Somit scheint soziale Erwünschtheit, also die Tendenz Fragen im Sinne einer Fremd- oder Eigentäuschung zu beantworten (Hossiep, 2022), hier eine Rolle zu spielen. Es ist daher letztlich nicht sicher auszuschließen, ob die Qualität der Antworten bei einem alternativen Befragungsdesign anders gewesen wäre.

Für nachfolgende Untersuchungen wäre daher ein übersichtlicheres Fragendesign und eine thematisch weniger breitgefächerte Befragung mit insgesamt deutlich reduzierter Fragenanzahl besser umsetzbar. Eine vereinfachte Durchführung könnte zum Beispiel durch *Selbstratingbögen*, wie zum Beispiel das Beck-Depressions-Inventar (Beck et al., 1961), und die Möglichkeit einer Teilnahme über *Online-Umfrage-Tools* erreicht werden. Hierdurch könnte zum einen bei der Durchführung auf ein Interview durch eine Fachkraft verzichtet werden, zum anderen hätte möglicherweise auch die Stichprobengröße erweitert und der Erhebungszeitraum verkleinert werden können.

Wie bei allen retrospektiven Fragen sei auch bei dieser Untersuchung die Erinnerungsverzerrung zu bedenken, welche die Untersuchten bei einer retrospektiven Beurteilung von Situationen aufzeigen können. Es ist nicht auszuschließen, dass die genauere Befragung zu einem Rosenthal-Effekt führte, welcher Zusammenhängen zur Pandemie und eine gewisse Antworttendenz dahingehend suggerieren könnte (Rosenthal & Fode, 1963).

Ein Beispiel hierzu wäre, dass eine gewisse Suggestibilität entsprechend der Frageform hinsichtlich eines Zusammenhangs zur COVID-19-Pandemie nicht ausgeschlossen werden kann, da die Frage nicht direkt in Form einer dichotomen Ja/Nein-Frage formuliert wurde, sondern die Frage „Inwiefern steht die Aufnahme

in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie?“ gestellt wurde, und anschließend 12 *Items* vorgegeben, anhand derer die genannten Zusammenhänge kategorisiert wurden.

Zur Analyse verwendet wurde vornehmlich eine deskriptive Statistik bei Untersuchung einer sehr spezifischen Population depressiv Erkrankter während der Pandemie, in einer ländlich-urbanen Region, welche bereit waren, sich einem aufwendigen Interview zu stellen. Die Ergebnisse sind somit nicht generalisierbar. Eine größer angelegte Datensammlung im Sinne einer multizentrischen Untersuchung, bestenfalls prospektiv, auch unterschiedlicher Regionen, wäre daher sicher hinsichtlich der Ergebnisse übertragbarer gewesen.

Der hier verwendete Fragebogen ist in der vorliegenden Form zudem nicht validiert, sondern wurde entsprechend der sich ergebenden Bedürfnisse konstruiert. Es kann somit kein Anspruch auf Validität im Sinne von Testgütekriterien erhoben werden.

## 4.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Insbesondere in Bezug auf die reduzierte Inanspruchnahme somatischer Hilfeleistungen während der Pandemie (vgl. Ullrich et al., 2022), die generell empfundene Belastung durch die Pandemie (vgl. Winkler et al., 2021), die große Sorge vor Arbeitsplatzverlust, die finanziellen Probleme durch die Pandemie (vgl. Dragano et al., 2022) und der generell reduzierten Resilienz der depressiven Teilnehmer\*innen (vgl. Tianqiang et al., 2015), decken sich die Ergebnisse dieser Untersuchung in wesentlichen Punkten mit der vorliegenden Literatur.

Auch in dieser Untersuchung zeigte sich ein hohes Niveau an Sorgen und Ängsten im Rahmen der COVID-19-Pandemie und führte zu einer hohen Belastung depressiv erkrankter Menschen. Die Ängste im Rahmen der Pandemie führten, neben anderen Aspekten, auch zu einer verminderten Inanspruchnahme medizinischer Hilfen. Möglicherweise sind die rückläufigen Aufnahmezahlen ebenfalls in diesem Kontext einzuordnen. In Bezug hierauf bedarf es weiteren Forschungsarbeiten, insbesondere um festzustellen, welche Möglichkeiten bestehen um diese Nicht-Inanspruchnahme zu reduzieren und damit die zu vermutende medizinische Unterversorgung Betroffener zu vermindern. Denkbar

wäre hier ein Ausbau telemedizinischer Behandlungen und anderer niederschwelliger Angebote, die eine Lösungsstrategie darstellen könnten.

Insgesamt scheint eine Stärkung der Resilienz für Menschen, die bislang über eine niedrige Resilienz verfügen, sehr wichtig zu sein, um generell psychische Auswirkungen von Pandemien oder anderen krisenhaften gesellschaftlichen Zuspitzungen zu reduzieren (vgl. Osterloh, 2021). Entsprechende Maßnahmen, die zum Beispiel in Form von Gruppentherapien oder auch mittels niederschwelliger Online-Anwendungen angeboten werden könnten, basieren insbesondere auf Techniken der Verhaltenstherapie und umfassen zum Beispiel die Verbesserung der kognitiven Flexibilität, den Aufbau sozialer Kontakte, die Stärkung der aktiven Problemlösefähigkeiten aber auch das Erleben positiver Emotionen und die Förderung der Selbstwirksamkeit (Osterloh, 2021).

Insbesondere auch im Hinblick auf weitere Pandemien, die in einer zunehmend globalisierten Welt mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft auftreten werden, aber auch die generelle aktuelle gesellschaftliche Situation, wie zum Beispiel durch das erlebte Bedrohungsszenario durch Kriege oder die weltweit drohende Krise durch das veränderte Weltklima, erscheint es wichtig sich mit präventiven Strategien zu beschäftigen und diese weiter zu entwickeln. Hierzu bedarf es weiterer Forschung und einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung, insbesondere unter Einbeziehung der Akteure des Gesundheitswesens, um diese umzusetzen und so die psychischen Folgen künftiger Krisen zu verringern.

## 5 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Adorjan, K., Haussmann, R., Rauen, K., Pogarell, O. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für Menschen mit Schizophrenie, Demenz und Abhängigkeitserkrankungen. *Der Nervenarzt*, 92(6), 571-578.
- Agid, O., Shapira, B., Zislin, J. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*, 94(1), 163-172.
- Aldenhoff, J. (1997). Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Der Nervenarzt*, 68(5), 379-389.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR* (5. Ausgabe). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anderberg, D., Rainer, H., Siuda, F. (2021). Quantifying Domestic Violence in Times of Crisis: An Internet Search Activity-Based Measure for the COVID-19 Pandemic. *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 185(2), 498-518.
- Anderson, C., Bushman, B. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 1(53), 27-51.
- Assion, H.-J. (2006). 7.3.1 Beurteilungsverfahren für depressive Syndrome - HAM-D. In W. Vollmoeller (Hrsg.), *Handbuch bipolare Störungen: Grundlagen - Diagnostik - Therapie* (S. 78). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Baier, D., Biberstein, L., Kliem, S. (2022). Partnerschaftliche Gewalt während der COVID-19-Pandemie in der Schweiz. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 116, 51-57.
- Barchielli, B., Baldi, M., Paoli, E., Roma, P., Ferracuti, S., Napoli, C., . . . Lausi, G. (2021). When "Stay at Home" Can Be Dangerous: Data on Domestic Violence in Italy during COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*, 18(8948), 1-11. Abgerufen am 6. September 2024 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114355/Mehr-haesusliche-Gewalt-und-Kindesmisshandlungen-im-Zuge-der-Pandemie>
- Bareeqa, S., Ahmed, S., Samasr, S., Yasin, W., Zehra, S., Monese, G., Gouthro, R. (2021). Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(4), 210-227.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit & Robert Koch-Institut (2020). Beschreibung des bisherigen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland (Stand: 12. Februar 2020). *Epidemiologisches Bulletin*, 7, 3-4.
- BBC (2020). *BBC World News - Coronavirus deaths exceed Sars fatalities in 2003*. Abgerufen am 10. Oktober 2021 von <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-51431087>
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bender, D., Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto-versus pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist, & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* (S. 117-145). Berlin: Springer.
- Berger, M., Hecht, H. (2015). Kapitel 11 Affektive Störungen. In M. Berger, H. Hecht (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie 5. Auflage* (S. 359-437). München: Urban & Fischer Verlag.

- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., Maier, W. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout*. Berlin: DGPPN.
- Berger, M., van Calker, D., Brakemeier, E.-L., & Schramm, E. (2019). Affektive Störungen. In Elsevier GmbH (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Cochrane Deutschland Stiftung* (S. 363-435). München: Urban & Fischer Verlag.
- Brakemeier, E.-L., Normann, C., Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression - Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(4), 1-13.
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1).
- Buitrago-Garcia, D., Egli-Gany, D., Counotte, M., Hossmann, S., Imeri, H., Ipekci, A. (2020). Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9).
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2024). *ICD-10-GM Version 2024, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Abgerufen am 11. Januar 2024 von [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html)
- Bundeskriminalamt (2021). *Partnerschaftsgewalt - Kriminalstatistische Auswertung - Berichtsjahr 2020*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundeskriminalamt (2022). *Auswirkungen von COVID-19 auf die Kriminalitätslage in Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundesministerium des Innern und für Heimat (2023). *Häusliche Gewalt ist ein gesamtgesellschaftliches Problem*. Abgerufen am 20. August 2024 von <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2023/07/lagebild-hg.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (2021). *Jahresbericht des Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen 2020*. Köln: BAFzA.
- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5/6), 733–739.
- Carfi, A., Bernabei, R., Landi, F. (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*, 6(324), 603-605.
- Cénat, J., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J.N., McIntee, S.-E., . . . Labelle, P. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295.
- Cooke, J., Eirich, R., Racine, N., Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*.
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5(4), 536–544.

- Cummings, M. J., Baldwin, M. R., & Abrams, D. (2020). Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet*, 395(10239), 1763–1770.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2015). *ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage* (10. Ausgabe). Göttingen: Hogrefe.
- Dragano, N., Reuter, M., Peters, A., Engels, M., Schmidt, B., Greiser, K., . . . Berger, K. (2022). Increase in mental disorders during the COVID-19 pandemic—the role of occupational and financial strains. An analysis of the German National Cohort (NAKO) Study. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(11), 179-187.
- Duan, L., Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell - Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Eid, M., Gollwitzer, M., Schmitt, M. (2011). 10.5 Vergleich einer Häufigkeitsverteilung mit einer fixen Verteilung. In *Statistik und Forschungsmethoden* (S. 290-294). Weinheim: Beltz Verlag.
- Eid, M., Gollwitzer, M., Schmitt, M. (2011). 11 Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Stichproben. In *Statistik und Forschungsmethoden* (S. 305-345). Weinheim: Beltz Verlag.
- Eid, M., Gollwitzer, M., Schmitt, M. (2011). 8 Grundlagen der Inferenzstatistik. In *Statistik und Forschungsmethoden* (S. 191 bis 247). Weinheim: Beltz Verlag.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fehr, A. R., Perlman, S. (2015). Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis. *Methods in molecular biology*, 1282, 1–23.
- Fletcher, S., D., K., Ghosh, I., Misra, V., Kiff, K., Coakley, J., Hinds, C. (2003). Persistent neuromuscular and neurophysiologic abnormalities in long-term survivors of prolonged critical illness. *Critical care medicine*, 31(4), 1012-1016.
- Forsa-Institut & DAK-Gesundheit (2021). *DAK-Gesundheit Urlaub in Zeiten von Corona: Jeder Fünfte hat sich nicht gut erholt*. Abgerufen am 21. Januar 2024 von <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/urlaub-in-zeiten-von-corona-jeder-fuenfte-hat-sich-nicht-gut-erholt-2475868.html#/>
- Frank, A., Hörmann, S., Krombach, J., Fatke, B., Holzhüter, F., Frank, W., . . . Hölzle, P. (2020). Psychisch krank in Krisenzeiten: Subjektive Belastungen durch COVID-19. *Psychiatr Prax*, 47, 267-272.
- Gilan, D., Röthke, N., Blessin, M., Kunzler, A., Stoffers-Winterling, J., Müssig, M., . . . Lieb, K. (2020). Psychische Belastungen, Resilienz, Risiko- und protektive Faktoren während der SARS-CoV-2-Pandemie. *Deutsches Ärzteblatt*, 117, 625-632.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1976). Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer.
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., . . . Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100-106.

- Hapke, U., Cohrdes, C., Nübe, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich - Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4), 62-70.
- Hautzinger, M. (1997). Affektive Störungen. In A. Ehlers, K. Hahlweg (Hrsg.), *Psychische Störungen und ihre Behandlung* (S. 156-239). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6. Ausgabe). Weinheim: Beltz.
- Hedlund, J. L., Vieweg, B. W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 149–165.
- Heuft, G. (2016). GAF. In *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 198-203). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K., Nolting, H.-D. (2023). *Gesundheitsreport 2023 - Analyse der Arbeitsunfähigkeiten*. Hamburg: Storm, A. - DAK-Gesundheit.
- Hossiep, R. (2022). *Soziale Erwünschtheit*. Abgerufen am 20. August 2024 von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/soziale-erwuenschtheit>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, Z., Hu, Y., . . . Fan, G. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506.
- Hui Gan, G., Hill, A., Yeung, P., Keesing, S., Netto, J. (2020). Pet ownership and its influence on mental health in older adults. *Aging Ment Health*, 24(10), 1605-1612.
- Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., Resende de Almeida, R., Losada, R., . . . Schultz, J. (2021). Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 23(1), 1-12.
- Imöhl, S., Ivanov, A. (2021). *Handelsblatt*. Abgerufen am 7. Februar 2022 von <https://www.handelsblatt.com/politik/corona-chronik-bundesregierung-bestellt-80-millionen-dosen-omikron-impfstoff-bei-biontech/25584942.html?ticket=ST-7844823-Ldq35FvUzUb2vIZ7vYJv-ap1>
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen - Pressestelle (2024). *Landesbetrieb IT.NRW Statistik und IT-Dienstleistungen*. Abgerufen am 11. Januar 2024 von [https://www.it.nrw/sites/default/files/itnrw\\_presse/168\\_20.pdf](https://www.it.nrw/sites/default/files/itnrw_presse/168_20.pdf)
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Jacobson, E. (1930). Progressive Relaxation. *The American Journal of Psychology*, 42(3), 473-475.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S., Bryant, R., Harvey, S. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6), 1-9.
- Killgore, W., Cloonan, S., Taylor, E., Anlap, I., Dailey, N. (2021). Increasing aggression during the COVID-19 lockdowns. *Journal of Affective Disorders Reports*.
- Kliem, S., Baier, D., Kröger, C. (2021). Häusliche Gewalt vor und während der COVID-19-Pandemie - Ein Vergleich von zwei bevölkerungsrepräsentativen Befragungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 118, 483-484.
- Klindt, C., Jensen, B. E., Brandenburger, T., Feldt, T., Killer, A., Schimmöller, L., . . . Keitel, V. (2021). Secondary sclerosing cholangitis as a complication of severe COVID-19: A case report and review of the literature. *Clinical case reports*, 9(5), 1-8.

- Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Schälte, G. (2021). *AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 - Living Guideline*. Abgerufen am 28. September 2021 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/113-001LG.html>
- Kristeva, J. (2007). *Schwarze Sonne. Depression und Melancholie*. Frankfurt: Brandes und Apsel.
- Kuehner, C., Schultz, K., Gass, P., Meyer-Lindenberg, A., Dreßing, H. (2020). Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. *Psychiat Prax*(47), 361-369.
- Kuklik, C. (2022). *Tageschau: Häusliche Gewalt - Brandbeschleuniger Corona*. Abgerufen am 19. Januar 2024 von <https://www.tagesschau.de/inland/haeusliche-gewalt-119.html>
- Landeskriminalamt Niedersachsen (2022). *Befragung zu Sicherheit und Kriminalität in Niedersachsen 2021 - Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse zu Gewalt in (ehemaligen) Partnerschaften*. Hannover: Landeskriminalamt Niedersachsen.
- Lehfeld, A.-S., Buda, S., Haas, W., Hauer, B., Schulze-Wundling, K., Buchholz, U. (2023). Änderung des COVID-Symptomprofils während der Coronapandemie - Analyse der deutschen Meldedaten. *Deutsches Ärzteblatt*, 120(24), 420-421.
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klin. Diagnostik u. Evaluation*(1), 226-243.
- Lewinsohn, P., Youngren, M., Grosscup, S. (1979). Reinforcement and depression. In R. Depue (Hrsg.), *The psychobiology of the depressive disorders*. New York: Academic Press.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S., Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Matussek, N., Holsboer, F. (1987). Biologischer Hintergrund. In H. Kisker, H. Lauter, & J. Meyer (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Band 5: Affektive Psychosen* (S. 165-180). Berlin: Springer.
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine* 27(4), 601–615.
- Nasserie, T., Hittle, M., Goodman, S. (2021). Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. *JAMA Network Open*, 4(5), 1-19.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*. Abgerufen am 10. Oktober 2021 von <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
- Neelam, K., Duddu, V., Anyim, N., Neelam, J., Lewis, S. (2020). Pandemics and pre-existing mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity - Health*, 10, 1-10.
- O'Connor, R., Benavente, J., Kwasny, M., Eldeirawi, K., Hasnain-Wynia, R., Federman, A., . . . Wolf, M. (2019). Daily Routine: Associations With Health Status and Urgent Health Care Utilization Among Older Adults. *Gerontologist*, 5(59), 947-955.
- Oran, D., Topol, E. (2020). Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *Annals of internal medicine*, 173(5), 362-367.
- Osterloh, F. (2021). *aerzteblatt.de - Menschen mit hoher Resilienz sind in der Pandemie besser gewappnet*. Abgerufen am 27. Januar 2024 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122462/Menschen-mit-hoher-Resilienz-sind-in-der-Pandemie-besser-gewappnet>
- Pappaa, S., Ntillac, V., Giannakasc, T., Giannakoulisc, V. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907.

- Paykel, E., Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In E. Paykel (Hrsg.), *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Peters, A., Rospleszcz, S., Greiser, K., Dallavalle, M., Berger, K. (2020). COVID-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit - Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitstudie. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(50), 861-867.
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Aya, V., Analuisa-Aguilar, P., . . . Spittal, M. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2020). *Corona-Regelungen: Basis-Schutz und Hotspot-Maßnahmen*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1780568/087ab451315ff1c9ea8bb1349160d8c3/2020-08-27-beschluss-mpk-data.pdf?download=1>
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2020). *Corona-Regelungen: Basis-Schutz und Hotspot-Maßnahmen*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1827366/422e5f8f22b19f514cf0bef81749b46f/2020-12-13-beschluss-mpk-data.pdf?download=1>
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2020). *Erweiterung der beschlossenen Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248>
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2020). *Leitlinien zum Kampf gegen die Corona-Epidemie vom 16.03.2020*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/leitlinien-zum-kampf-gegen-die-corona-epidemie-vom-16-03-2020-1730942>
- Puyat, J., Ahmad, H., Avina-Galindo, A., Kazanjian, A., Gupta, A., Ellis, U., . . . De Bono, C. (2020). A rapid review of home-based activities that can promote mental wellness during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 15(12), e0243125.
- Rabe-Menssen, C. (2023). Patientenfragen während der Corona-Pandemie 2022. *Psychotherapie Aktuell*, 15(1), 8-15.
- Radeloff, D., Genuneit, J., Bachmann, C. J. (2022). Suizide in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(29-30), 502-503.
- Ren, X., Huang, W., Pan, H., Huang, T., Wang, X., Ma, Y. (2020). Mental Health During the Covid-19 Outbreak in China: a Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1033-1045.
- Rheinische Post (2020). *Italiens Gesundheitssystem kollabiert*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von [https://rp-online.de/panorama/ausland/coronavirus-italien-gesundheitssystem-kollabiert-1600-aerzte-und-pfleger-infiziert\\_aid-49603641](https://rp-online.de/panorama/ausland/coronavirus-italien-gesundheitssystem-kollabiert-1600-aerzte-und-pfleger-infiziert_aid-49603641)
- Robert Koch-Institut & Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2024). *Intensivregister - Zeitreihen - Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>
- Robert Koch-Institut (2021). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*. Abgerufen am 27. Januar 2024 von [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html)
- Roch, S. (2017). 9. Der Mixed-Methods-Ansatz. In J. Winkel, W. Fichten, K. Großmann (Hrsg.), *Forschendes Lernen an der Europa-Universität Flensburg - Erhebungsmethoden* (S. 95-110). Flensburg.

- Rodríguez, B., & Sánchez, T. (2020). The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *Int Braz J Urol*, 46(suppl.1), 195-200.
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., Riedel-Heller, S. (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiat Prax*, 47(4), 179-189.
- Rosenthal, R., Fode, K. (1963). The Effect of Experimenter Bias on the Performance of the Albino Rat. *Behavioral Science*, 8(3), 183-189.
- Rutter, M. (1995). Psychosocial Adversity: Risk, Resilience & Recovery. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 7(2), 75-88.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., . . . Khaledi-Pavej, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57.
- Saragih, I., Tonapa, S., Saragih, I., Advani, S., Batubara, S., Suarilah, I., Lin, C.-J. (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 121.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). Global Assessment of Functioning. In *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR* (S. 47-49). Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, I., Haack, A., Neumann, M., Koch-Gromus, U., Scherer, M., Petersen, E. (2023). Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen in der COVID-19-Pandemie bei Personen mit chronischen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(3), 275-282.
- Schilling, J., Buda, S., Fischer, M., Goerlitz, L., Grote, U., Haas, W., . . . Tolksdorf, K. (2021). Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epidemiologisches Bulletin*, 15, 1-10.
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S., . . . Diercke, M. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(9), 1093-1106.
- Schulte-Körne, G., Allgaier, A.-K. (2008). Genetik depressiver Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1(36), 27-43.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Fransico: Freeman.
- Shapiro, S. S., Wilk, M. B. (1965). An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika*, 52(3/4), 591-611.
- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258(5), 115-119.
- Smeeth, D., Beck, S., Karam, E., Pluess, M. (2021). The role of epigenetics in psychological resilience. *Lancet Psychiatry*, 8(7), 620-629.
- Söderberg, P., Tungström, S., Armelius, B. A. (2005). Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatr Serv*, 56(4), 434-438.

- Statistisches Bundesamt (2020). *Zahl der Todesfälle im Jahr 2019 um 1,6 % gesunken*. Abgerufen am 6. August 2024 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html#:~:text=Im%20Jahr%202019%20verstarben%20in,Vorjahren%2C%20eine%20Herz%2D%2FKreislaufkrankung>
- Statistisches Bundesamt (2021). *Todesursachenstatistik 2020: Zahl der Todesfälle um 4,9 % gestiegen*. Abgerufen am 6. August 2024 von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/11/PD21\\_505\\_23211.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/11/PD21_505_23211.html)
- Statistisches Bundesamt (2022). *Zahl der Woche - Ein Viertel aller Erwerbstätigen arbeitete 2021 im Homeoffice*. Abgerufen am 18. Januar 2024 von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22\\_24\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_24_p002.html)
- Statistisches Bundesamt (2024). *Todesursachen - Suizide*. Abgerufen am 19. August 2024 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324>
- Stieglitz, R.-D. (2008). 4.2.3.9 Interpretation von Skalenwerten. In W. Gaebel, F. Müller-Spahn (Hrsg.), *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie* (S. 70-71). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2020). *4. Deutschland Barometer Depression 2020 - „COVID-19 und seine Folgen für die psychische Gesundheit“*. Leipzig: Stiftung Deutsche Depressionshilfe.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Nemeth, P., Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Sudre, C., Murray, B., Varsavsky, T. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature Medicine*, 27(4), 626–631.
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., . . . Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr*, 55(3), 137-144.
- Tianqiang, H., Dajun, Z., Jinliang, W. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
- Tolksdorf, K., Buda, S., Schilling, J. (2021). Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin*, 37, 3.
- Tronick, E., Weinberg, M. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadid states of consciousness. In L. Murray, & P. Cooper (Hrsg.), *Postpartum depression and child development* (S. 54-81). New York: Guilford Press.
- Ullrich, H., Kirchner, H., Hulsmans, N., Müller, H., Pajonk, F.-G. (2022). Welchen Einfluss hatte der Lockdown 2020 auf die Inanspruchnahme einer zentralen Notaufnahme durch psychiatrische Notfallpatienten. *Psychiatrische Praxis*, 50(1), 29-35.
- Vanhaecht, K., Seys, D., Bruyneel, L., Cox, B., Kaesemans, G., Cloet, M., . . . Claes, S. (3. Dezember 2020). COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-6.
- Wagnild, G. M., Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wang, C., Horby, P. W., G., H. F., Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473.
- Wang, Q., Xu, R., Volkow, N. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 20(1), 124-130.

- Welzel, F., Schladitz, K., Förster, F., Löbner, M., Riedel-Heller, S. (2021). Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(6), 334-341.
- WHO (2020). *WHO - Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. Abgerufen am 20. Januar 2024 von <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/coping-with-stress.pdf>
- WHO (2020). *World Health Organization - Disease burden, 2000–2019*. Abgerufen am 31. Januar 2024 von [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019\\_yld\\_global\\_2000\\_2019c417f68b-841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48\\_4a694273-e334-4099-975e-8534ea25feb9.xlsx](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_yld_global_2000_2019c417f68b-841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48_4a694273-e334-4099-975e-8534ea25feb9.xlsx)
- WHO (2020). *World Health Organization - Novel Coronavirus (2019-nCoV) - SITUATION REPORT - 1*. Abgerufen am 12. Januar 2024 von <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>
- WHO (2021). *Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa - Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19)*. Abgerufen am 9. Oktober 2021 von <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
- WHO (2024). *WHO COVID-19 dashboard*. Abgerufen am 29. Mai 2024 von <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
- Widiger, T. A. (1994). *DSM-IV Sourcebook* (1. Ausgabe). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Winkler, J., Jalilzadeh Masah, D., Moran, J., Bretz, J., Tsagkas, I., Goldschmidt, T., Schouler-Ocak, M. (2021). Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. *Der Nervenarzt*, 92, 243-251.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 51 Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wu, Y., Kang, L., Guo, Z., Liu, J., Liu, M., Liang, W. (2022). Incubation Period of COVID-19 Caused by Unique SARS-CoV-2 Strains: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 5(8).
- Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., Ng, C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., . . . McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64.
- Zelikowsky, M., Hui, M., Karigo, T., Choe, A., Yang, B., Blanco, M., . . . Anderson, D. (2018). The neuropeptide Tac2 controls a distributed brain state induced. *Cell*, 173(5), 1265-1279.
- Zerbin-Rüding, E. (1980). Psychiatrische Genetik. In K. Kisker, J. Meyer, C. Müller (Hrsg.), *Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. Teil 2*. (S. 545-618). Berlin: Springer.
- Zhou, J., Liu, L., Xue, P., Yang, X., Tang, X. (2020). Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China. *Am J Psychiatry*, 177(7), 574-575.
- Zielasek, J., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). COVID-19-Pandemie - Psychische Störungen werden zunehmen. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(21), 1114-1117.
- Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12(1), 63-70.

# 6 Anhang

Anhang 1: Patient\*inneninformation

Patient\*inneninformation zur Teilnahme an der Untersuchung:

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

## Patient\*inneninformation

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sind mit einer psychischen Erkrankung in unsere Klinik gekommen.

Da wir gerne herausfinden würden, ob die Pandemie einen Einfluss auf den psychischen Zustand hat, würden wir Ihnen gerne im Rahmen unserer Untersuchung zu drei Zeitpunkten Fragen stellen.

Wir bedanken uns sehr, dass Sie sich für unsere Untersuchung interessieren. Bevor Sie sich zu einer Teilnahme an der Untersuchung entscheiden, bitten wir Sie, sich diese Patient\*innen-Information gut durchzulesen und alle Fragen, die Sie haben mit uns zu besprechen.

### **Wer führt die Untersuchung durch?**

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um ein wissenschaftliches Projekt der LVR Klinik Langenfeld in Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf. Die Studienleiterin ist Frau Dr. Florence Hellen. Diese können Sie kontaktieren über die Telefonnummer: 02172 102 20 50 oder via E-Mail: [florence.hellen@lvr.de](mailto:florence.hellen@lvr.de). Die stellvertretende Studienleiterin ist Frau Dr. Maia Weickert. Diese können Sie über die Telefonnummer: 02173 102 2062 kontaktieren oder via E-Mail: [maia.weickert@lvr.de](mailto:maia.weickert@lvr.de).

### **Was ist das Ziel unseres wissenschaftlichen Projekts?**

Wir haben beobachtet, dass viele Menschen durch die „Corona-Pandemie“ in vielfacher Hinsicht sehr belastet gewesen sind. Sei es dadurch, dass sie selbst oder Angehörige an COVID-19 erkrankt waren, sei es, dass Sie große Ängste vor der Erkrankung entwickelt haben oder auch, dass Sie durch die Maßnahmen der Regierung sehr eingeschränkt waren oder auch in existentielle Not gekommen sind. Wir möchten gerne untersuchen, ob die „Corona-Pandemie“ und die damit einhergehenden Veränderungen dazu geführt haben, dass mehr Menschen eine psychische Erkrankung oder psychische Belastung durch diese Situation erleiden oder ob sich die psychischen Erkrankungen unter dieser Situation verändern. Des Weiteren möchten wir gerne wissen, wie sie diese Zeit der Veränderung erlebt haben und ob diese Zeit für Sie Konsequenzen gehabt hat. Auch werden Ihnen Fragen zu einer möglichen Gewalterfahrung während der Pandemie gestellt.

### **Wie ist der Ablauf dieser Untersuchung?**

Alle Interviews, die mit Ihnen geführt werden, werden durch eine erfahrene Ärzt\*in der LVR-Klinik Langenfeld geführt. Sollten Sie in den Interviews Dinge nicht konkret beantworten können, wie zum Beispiel Ihre Diagnose oder Ihre aktuelle Medikation, würden wir diese mit Ihrem Einverständnis gemeinsam mit Ihnen Ihrer Krankenakte entnehmen. Alle Ärzt\*innen, die an dieser Studie beteiligt sind unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Untersuchungen sind so aufgebaut, dass erst ein freies Interview stattfindet. Im Anschluss werden Ihnen einige Fragen anhand gängiger Testverfahren gestellt.

Ein erstes Interview findet ca. eine Woche nach der Aufnahme in unserer Klinik statt. Es dauert ca. 2 Stunden. Ein zweites Interview findet ca. eine Woche vor Ihrer geplanten Entlassung statt. Dieses Interview dauert ca. 1,5 Stunden.

Ein drittes Interview findet 12 Wochen nach Ihrer Entlassung statt. Hierzu würden wir Sie telefonisch kontaktieren und Ihnen unsere Fragen per Telefon stellen. Dieses Interview dauert ca. 30 Minuten.

Alle Interviews können bei zu großer Belastung jederzeit unterbrochen oder abgebrochen werden. Gerne können wir auch Pausen machen, wenn Sie sich zwischendurch entspannen möchten.

**Einschlusskriterien:**

Wir möchten gerne alle Menschen untersuchen im Alter von 18 bis 105 Jahren, die in der LVR-Klinik Langenfeld aufgenommen werden und die eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie oder Gerontopsychiatrie der LVR Klinik Langenfeld erhalten.

**Ausschlusskriterien:**

Ausgeschlossen von der Untersuchung werden Patient\*innen, die unter einer im Vordergrund stehenden Suchterkrankung oder einer mittelgradigen bis schweren Demenz leiden. Des Weiteren können Sie an der Studie nicht teilnehmen, wenn Sie sich auf der Rechtsgrundlage des PsychKG NRW oder nach §173, §63, §64 oder §126a StGB in der Klinik befinden. Sollten Sie sich auf Grundlage des Betreuungsrechts in der Klinik befinden und möchten dennoch gerne an dieser Studie teilnehmen, dann muss Ihre Betreuerin/Ihr Betreuer ebenfalls der Untersuchungsteilnahme zustimmen.

**Aufwandsentschädigung:**

Eine Aufwandsentschädigung erhalten Sie für die Teilnahme an dieser Untersuchung nicht.

**Bestehen Risiken für Sie?**

In den Interviews stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Person, Ihrer Biographie, Ihrer aktuellen Erkrankung und zu Ängsten, die mit der „Corona-Pandemie“ verbunden sind. Solche Gespräche können einerseits entlastend sein, führen aber auch dazu, dass Sie sich während des Gesprächs gedanklich mit Ihren Problemen auseinandersetzen, so dass ein solches Gespräch zu einer kurzzeitigen Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes führen kann. Die Gespräche werden mit einer erfahrenen Ärzt\*in der LVR-Klinik Langenfeld geführt. Sollten Sie bemerken, dass es Ihnen im Rahmen des Gesprächs nicht gut geht oder sie sich danach nicht gut fühlen, teilen Sie das bitte mit, damit wir Sie sofort unterstützen können. Weitere Risiken ergeben sich aus der Befragung nicht.

**Information zum Datenschutz:**

Die Datenauswertung dient wissenschaftlichen Zwecken. An den drei Untersuchungszeitpunkten werden Daten und medizinische Befunde bei Ihnen erhoben. Diese werden niedergeschrieben und elektronisch gespeichert. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist Ihre freiwillige und ausdrückliche Einwilligung im Sinne des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit a., 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die für diese Untersuchung wichtigen Daten ihres Gesundheitszustandes und der weiteren Angaben, werden auf einem Computer der LVR Klinik Langenfeld in pseudonymisierter Form (d.h. keiner kann Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen) gespeichert und von den beteiligten Wissenschaftlern an der Untersuchung gemeinsam ausgewertet.

**Die Fragebögen beinhalten auch Fragen zur ethnischen Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit sowie zur Einkommenssituation.**

Pseudonymisierung bedeutet konkret, dass Ihr Name durch einen Code ersetzt wird um die Identifikation Ihrer Identität auszuschließen oder massiv zu erschweren. Der Schlüssel zu diesem Code wird getrennt von den anderen Befunden aufbewahrt, damit kein Zusammenhang zu den Befunden hergestellt werden kann. Zugang zu diesen Codes haben Frau Dr. Florence Hellen, Frau Professor Birgit Janssen und Frau Dr. Maia Weickert (allesamt Ärztinnen der LVR-Klinik Langenfeld).

Die ärztliche Schweigepflicht und datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden eingehalten. Die pseudonymisierten Daten sind nur den unmittelbar an der Untersuchung beteiligten Wissenschaftlern zugänglich.

Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur bei Rücktritt von der Studie zum Zweck der Datenvernichtung. Sobald es nach dem Forschungszweck möglich ist, werden die personenbezogenen Daten anonymisiert, das bedeutet in einer Weise verändert, dass eine Identifizierung Ihrer Person nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich ist.

Die während der Untersuchung erhobenen Daten werden 10 Jahre nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke dieser Studie verwendet. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten die in wissenschaftliche Arbeiten eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht oder vernichtet werden können.

Der Verantwortliche für die studienbedingte Erhebung personenbezogener Daten ist die Studienleiterin: Dr. med. Florence Hellen, Chefarztin der Allgemeinen Psychiatrie 3, Kölner Straße 82 in 40764 Langenfeld. Telefon: 02173 102 2050 Mail: [florence.hellen@lvr.de](mailto:florence.hellen@lvr.de).

Sie können als betroffene Person jederzeit die Ihnen durch die EU-DSGVO gewährten Rechte geltend machen:

1. Das Recht auf Auskunft, ob und welche Daten von Ihnen verarbeitet werden (Art. 15 EU-DSGVO)
2. Das Recht auf Berichtigung oder Vervollständigung der sie betreffenden Daten zu verlangen (Art. 16 EU-DSGVO)
3. Das Recht auf Löschung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 17 EU-DSGVO
4. Das Recht nach Maßgabe des Art. 18 EU-DSGVO eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen
5. Das Recht eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO)
6. Das Recht auf Widerspruch gegen eine künftige Verarbeitung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 21 EU-DSGVO
7. Das Recht auf eine unentgeltliche Kopie der erhobenen Daten.

Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen wenden Sie sich bitte zunächst an die Studienleiterin (Kontaktdaten oben).

Für weiterführende Fragen oder Probleme bezüglich des Datenschutzes können Sie sich auch an die folgende Stelle wenden:

Bereichsdatenschutzbeauftragte der LVR Klinik Langenfeld:  
Frau Daniela Patzwaldt, Kölner Straße 82 in 40764 Langenfeld, E-Mail:  
[daniela.patzwaldt@lvr.de](mailto:daniela.patzwaldt@lvr.de); Telefon: 02173 102 2107.

Im Falle einer rechtswidrigen Datenbearbeitung haben Sie das Recht sich bei folgender  
Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach  
20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

#### **Informationen zum Versicherungsschutz**

Ein spezieller Versicherungsschutz besteht für diese Untersuchung nicht.

**Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir die bei Ihnen erhobenen Daten pseudonymisiert speichern, im Team der beteiligten Wissenschaftler auswerten und ggf. auch veröffentlichen, bitten wir sie, die beiliegende Einwilligungserklärung zu unterzeichnen. Sollten bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung bestehen, bitten wir diese die Einwilligungserklärung ebenfalls mit zu unterschreiben. Diese unterschriebene Einwilligungserklärung händigen Sie uns aus. Ihre Einwilligungserklärung zu diesem Projekt ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.**

**Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keinerlei Vorteile durch die Teilnahme an der Untersuchung oder Nachteile durch die Nicht-Teilnahme an der Untersuchung.**

#### **Herzlichen Dank**

PD Dr. med. Benno Hartung  
Facharzt für Rechtsmedizin

Dr. med. Florence Hellen  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie

Professor Birgit Janssen  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie

Dr. Maia Weickert  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie

Anhang 2: Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung:

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

## Einwilligungserklärung

1. Hiermit willige ich in die Teilnahme an dem Projekt **„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie („Corona-Pandemie“) auf die psychische Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik Langenfeld“** ein. Ich bin mündlich über das geplante Vorhaben in Kenntnis gesetzt worden. Ich habe die Patient\*inneninformation sorgfältig gelesen und bin mir des möglichen Risikos einer Befundverschlechterung nach stattgehabten Gesprächen bewusst. Etwaige Rückfragen wurden mir beantwortet.

2. Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten und insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus. Das bedeutet, dass ich ohne die nachfolgende Einwilligung nicht am Projekt teilnehmen kann.

3. Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben zu meiner Gesundheit und Biographie erhoben und in Papierform und auf elektronischen Datenträgern in der LVR Klinik Langenfeld aufgezeichnet, bzw. gespeichert werden und eine wissenschaftliche Aufarbeitung in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form erfolgen wird.

4. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten und damit meine Teilnahme an der Studie **„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie („Corona-Pandemie“) auf die psychische Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik Langenfeld“** jederzeit widerrufen kann, ohne, dass mir daraus ein Nachteil entstünde. Bei einem Widerruf werden meine Daten gelöscht. Die Daten werden nach Beendigung oder Abbruch der Studie ebenfalls gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

5. Datenschutz: Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6. Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a. EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme ausdrücklich und freiwillig zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten, insbesondere personenbezogene Daten, im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO, wie Angaben über meine Gesundheit und Biographie zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in pseudonymisierter Form in der LVR Klinik Langenfeld aufgezeichnet, gespeichert und ausgewertet und ggf. auch in pseudonymisierter Form an Universitätskliniken/Kliniken/Unternehmen etc. weitergegeben werden können, u.U. auch in Länder mit geringeren Anforderungen an den Datenschutz als die Europäische Union. Dritte erhalten keinen Einblick in unverschlüsselte personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist.

**Die Fragebögen beinhalten auch Fragen zur ethnischen Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit sowie zur Einkommenssituation.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Teilnehmers (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

**Aufklärende Person**

Die Patient\*in wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich der Patient\*in ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Aufklärenden (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufklärenden

Patient\*inneninformation bei gesetzlicher Betreuung zur  
Teilnahme an der Untersuchung:

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

## Patient\*inneninformation bei gesetzlicher Betreuung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Betreute/Ihr Betreuer ist mit einer psychischen Erkrankung in unsere Klinik gekommen.

Da wir gerne herausfinden würden, ob die Pandemie einen Einfluss auf den psychischen Zustand hat, würden wir Ihrem Betreuten/Ihrer Betreuten gerne im Rahmen unserer Untersuchung zu drei Zeitpunkten Fragen stellen.

Wir bedanken uns sehr, dass Ihre Betreute/Ihr Betreuer sich für unsere Untersuchung interessiert. Bevor Ihre Betreute/Ihr Betreuer sich zu einer Teilnahme an der Untersuchung entscheidet, bitten wir Sie, sich diese Patient\*innen-Information gut durchzulesen und alle Fragen, die Sie haben mit uns zu besprechen.

### **Wer führt die Untersuchung durch?**

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um ein wissenschaftliches Projekt der LVR Klinik Langenfeld in Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf. Die Studienleiterin ist Frau Dr. Florence Hellen. Diese können Sie kontaktieren über die Telefonnummer: 02172 102 20 50 oder via E-Mail: [florence.hellen@lvr.de](mailto:florence.hellen@lvr.de)  
Die stellvertretende Studienleiterin ist Frau Dr. Maia Weickert. Diese können Sie über die Telefonnummer: 02173 102 2062 kontaktieren oder via E-Mail: [maia.weickert@lvr.de](mailto:maia.weickert@lvr.de)

### **Was ist das Ziel unseres wissenschaftlichen Projekts?**

Wir haben beobachtet, dass viele Menschen durch die „Corona-Pandemie“ in vielfacher Hinsicht sehr belastet gewesen sind. Sei es dadurch, dass Ihre Betreute/Ihr Betreuer selbst oder deren Angehörige an COVID-19 erkrankt waren, sei es, dass Ihre Betreute/Ihr Betreuer große Ängste vor der Erkrankung entwickelt hat oder auch, dass sie/er durch die Maßnahmen der Regierung sehr eingeschränkt war oder auch in existentielle Not gekommen ist. Wir möchten gerne untersuchen, ob die „Corona-Pandemie“ und die damit einhergehenden Veränderungen dazu geführt haben, dass mehr Menschen eine psychische Erkrankung oder psychische Belastung durch diese Situation erleiden oder ob sich die psychischen Erkrankungen unter dieser Situation verändern. Des Weiteren möchten wir gerne wissen, wie Ihre Betreute/Ihr Betreuer diese Zeit der Veränderung erlebt hat und ob diese Zeit für diese Konsequenzen gehabt hat. Auch werden Fragen zu einer möglichen Gewalterfahrung während der Pandemie gestellt.

### **Wie ist der Ablauf dieser Untersuchung?**

Alle Interviews, die mit Ihrer Betreuten/Ihrem Betreuten geführt werden, werden durch eine erfahrene Ärzt\*in der LVR-Klinik Langenfeld geführt. Sollten in den Interviews Dinge nicht konkret beantwortet werden können, wie zum Beispiel die Diagnose oder die aktuelle Medikation, würden wir diese mit Ihrem Einverständnis und Einverständnis Ihrer Betreuten/Ihrem Betreuten der Krankenakte entnehmen. Alle Ärzt\*innen, die an dieser Studie beteiligt sind unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Untersuchungen sind so aufgebaut, dass erst ein freies Interview stattfindet. Im Anschluss werden einige Fragen anhand gängiger Testverfahren gestellt.

Ein erstes Interview findet ca. eine Woche nach der Aufnahme in unserer Klinik statt. Es dauert ca. 2 Stunden. Ein zweites Interview findet ca. eine Woche vor der geplanten Entlassung statt. Dieses Interview dauert ca. 1,5 Stunden.

Ein drittes Interview findet 12 Wochen nach der Entlassung statt. Hierzu würden wir Ihre Betreute/Ihren Betreuten telefonisch kontaktieren und unsere Fragen per Telefon stellen. Dieses Interview dauert ca. 30 Minuten.

Alle Interviews können bei zu großer Belastung jederzeit unterbrochen oder abgebrochen werden. Gerne können wir auch Pausen machen, wenn sich Ihre Betreute/Ihr Betreuer zwischendurch entspannen möchten.

**Einschlusskriterien:**

Wir möchten gerne alle Menschen untersuchen im Alter von 18 bis 105 Jahren, die in der LVR-Klinik Langenfeld aufgenommen werden und die eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie oder Gerontopsychiatrie der LVR Klinik Langenfeld erhalten.

**Ausschlusskriterien:**

Ausgeschlossen von der Untersuchung werden Patient\*innen, die unter einer im Vordergrund stehenden Suchterkrankung oder einer mittelgradigen bis schweren Demenz leiden.

Des Weiteren kann Ihr Betreuer/Ihre Betreute nicht an der Studie teilnehmen, wenn sie/er sich auf der Rechtsgrundlage des PsychKG NRW oder nach §173, §63, §64 oder §126a StGB in der Klinik befindet. Sollten sie/er sich auf Grundlage des Betreuungsrechts in der Klinik befinden und möchten dennoch gerne an dieser Studie teilnehmen, dann muss die Betreuerin/der Betreuer ebenfalls der Untersuchungsteilnahme zustimmen.

**Aufwandsentschädigung:**

Eine Aufwandsentschädigung erhält Ihre Betreute/Ihr Betreuer für die Teilnahme an dieser Untersuchung nicht.

**Bestehen Risiken für Sie?**

In den Interviews stellen wir Fragen zur Person, der Biographie, der aktuellen Erkrankung und zu Ängsten, die mit der „Corona-Pandemie“ verbunden sind. Solche Gespräche können einerseits entlastend sein, führen aber auch dazu, dass sich die Studienteilnehmer während des Gesprächs gedanklich mit Ihren Problemen auseinandersetzen, so dass ein solches Gespräch zu einer kurzzeitigen Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes führen kann. Die Gespräche werden mit einer erfahrenen Ärzt\*in der LVR-Klinik Langenfeld geführt. Sollte Ihre Betreute/Ihr Betreuer bemerken, dass es ihr/ihm im Rahmen des Gesprächs nicht gut geht oder sich danach nicht gut fühlen, kann er dies mitteilen, damit wir sie/ihn sofort unterstützen können. Weitere Risiken ergeben sich aus der Befragung nicht.

**Information zum Datenschutz:**

Die Datenauswertung dient wissenschaftlichen Zwecken. An den drei Untersuchungszeitpunkten werden Daten und medizinische Befunde Ihrer Betreuten/Ihres Betreuten erhoben. Diese werden niedergeschrieben und elektronisch gespeichert. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist Ihre freiwillige und ausdrückliche

Einwilligung im Sinne des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit a., 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die für diese Untersuchung wichtigen Daten des Gesundheitszustandes Ihrer Betreuten/Ihres Betreuten und der weiteren Angaben, werden auf einem Computer der LVR Klinik Langenfeld in pseudonymisierter Form (d.h. keiner kann Rückschlüsse die Person ziehen) gespeichert und von den beteiligten Wissenschaftlern an der Untersuchung gemeinsam ausgewertet.

**Die Fragebögen beinhalten auch Fragen zur ethnischen Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit sowie zur Einkommenssituation.**

Pseudonymisierung bedeutet konkret, dass der Name durch einen Code ersetzt wird um die Identifikation der Identität auszuschließen oder massiv zu erschweren. Der Schlüssel zu diesem Code wird getrennt von den anderen Befunden aufbewahrt, damit kein Zusammenhang zu den Befunden hergestellt werden kann. Zugang zu diesen Codes haben Frau Dr. Florence Hellen, Frau Professor Birgit Janssen und Frau Dr. Maia Weickert (allesamt Ärztinnen der LVR-Klinik Langenfeld).

Die ärztliche Schweigepflicht und datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden eingehalten. Die pseudonymisierten Daten sind nur den unmittelbar an der Untersuchung beteiligten Wissenschaftlern zugänglich.

Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur bei Rücktritt von der Studie zum Zweck der Datenvernichtung. Sobald es nach dem Forschungszweck möglich ist, werden die personenbezogenen Daten anonymisiert, das bedeutet in einer Weise verändert, dass eine Identifizierung der Person nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich ist.

Die während der Untersuchung erhobenen Daten werden 10 Jahre nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke dieser Studie verwendet. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten die in wissenschaftliche Arbeiten eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht oder vernichtet werden können.

Der Verantwortliche für die studienbedingte Erhebung personenbezogener Daten ist die Studienleiterin: Dr. med. Florence Hellen, Chefarztin der Allgemeinen Psychiatrie 3, Kölner Straße 82 in 40764 Langenfeld. Telefon: 02173 102 2050 Mail: [florence.hellen@lvr.de](mailto:florence.hellen@lvr.de).

Sie können als Betreuer\*in für die betroffene Person jederzeit die durch die EU-DSGVO gewährten Rechte geltend machen:

1. Das Recht auf Auskunft, ob und welche Daten von Ihnen verarbeitet werden (Art. 15 EU-DSGVO)
2. Das Recht auf Berichtigung oder Vervollständigung der sie betreffenden Daten zu verlangen (Art. 16 EU-DSGVO)
3. Das Recht auf Löschung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 17 EU-DSGVO
4. Das Recht nach Maßgabe des Art. 18 EU-DSGVO eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen
5. Das Recht eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO)
6. Das Recht auf Widerspruch gegen eine künftige Verarbeitung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 21 EU-DSGVO
7. Das Recht auf eine unentgeltliche Kopie der erhobenen Daten.

Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen wenden Sie sich bitte zunächst an die Studienleiterin (Kontaktdaten oben).

Für weiterführende Fragen oder Probleme bezüglich des Datenschutzes können Sie sich auch an die folgende Stelle wenden:

Bereichsdatenschutzbeauftragte der LVR-Klinik Langenfeld:

Frau Daniela Patzwaldt, Kölner Straße 82 in 40764 Langenfeld, E-Mail: [daniela.patzwaldt@lvr.de](mailto:daniela.patzwaldt@lvr.de); Telefon: 02173 102 2107.

Im Falle einer rechtswidrigen Datenbearbeitung haben Sie das Recht sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

### **Informationen zum Versicherungsschutz**

Ein spezieller Versicherungsschutz besteht für diese Untersuchung nicht.

**Wenn Sie und Ihre Betreute/Ihr Betreuer damit einverstanden sind, dass wir die bei Ihrer Betreuten/Ihrem Betreuten erhobenen Daten pseudonymisiert speichern, im Team der beteiligten Wissenschaftler auswerten und ggf. auch veröffentlichen, bitten wir Sie, die beiliegende Einwilligungsklärung zu unterzeichnen. Da bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung besteht, bitten wir diese die Einwilligungsklärung ebenfalls mit zu unterschreiben. Diese unterschriebene Einwilligungsklärung händigen Sie uns aus. Ihre Einwilligungsklärung zu diesem Projekt ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

**Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Es entstehen für Ihre Betreute/Ihren Betreuten keinerlei Vorteile durch die Teilnahme an der Untersuchung oder Nachteile durch die Nicht-Teilnahme an der Untersuchung.**

### **Herzlichen Dank**

PD Dr. med. Benno Hartung  
Facharzt für Rechtsmedizin

Dr. med. Florence Hellen  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie

Professor Birgit Janssen  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie

Dr. Maia Weickert  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie

Anhang 4: Einwilligungserklärung bei Betreuung

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung:

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

## Einwilligungserklärung

1. Hiermit willige ich für meine Betreute/meinen Betreuten in die Teilnahme an dem Projekt **„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie („Corona-Pandemie“) auf die psychische Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik Langenfeld“** ein. Ich bin mündlich über das geplante Vorhaben in Kenntnis gesetzt worden. Ich habe die Patient\*inneninformation sorgfältig gelesen und bin mir des möglichen Risikos einer Befundverschlechterung nach stattgehabten Gesprächen bewusst. Etwasige Rückfragen wurden mir beantwortet.

2. Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten und insbesondere medizinische Befunde, über meine Betreute/meinen Betreuten erhoben, in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über die Gesundheit meiner Betreuten/meiner Betreuten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus. Das bedeutet, dass mein Betreuer/meine Betreute ohne die nachfolgende Einwilligung nicht am Projekt teilnehmen kann.

3. Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben zu der Gesundheit und Biographie meiner Betreuten/meines Betreuten erhoben und in Papierform und auf elektronischen Datenträgern in der LVR Klinik Langenfeld aufgezeichnet, bzw. gespeichert werden und eine wissenschaftliche Aufarbeitung in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form erfolgen wird.

4. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Einwilligung für meine Betreute/meinen Betreuten die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung deren/dessen Daten und damit ihre/seine Teilnahme an der Studie **„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie („Corona-Pandemie“) auf die psychische Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik Langenfeld“** jederzeit widerrufen kann, ohne, dass meiner Betreuten/meinem Betreuten daraus ein Nachteil entstünde. Bei einem Widerruf werden ihre/seine Daten gelöscht. Die Daten werden nach Beendigung oder Abbruch der Studie ebenfalls gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

5. Datenschutz: Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6. Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a. EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme ausdrücklich und freiwillig zu, dass die in der Studie erhobenen Daten meiner Betreuten/meines Betreuten, insbesondere personenbezogene Daten, im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO, wie Angaben über ihre/seine Gesundheit und Biographie zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in pseudonymisierter Form in der LVR Klinik Langenfeld aufgezeichnet, gespeichert und ausgewertet und ggf. auch in pseudonymisierter Form an Universitätskliniken/Kliniken/Unternehmen etc. weitergegeben werden können, u.U. auch in Länder mit geringeren Anforderungen an den Datenschutz als die Europäische Union. Dritte erhalten keinen Einblick in unverschlüsselte personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird

der Name meiner Betreuten/meines Betreuten ebenfalls nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist.

**Die Fragebögen beinhalten auch Fragen zur ethnischen Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit sowie zur Einkommenssituation.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Teilnehmers (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname gesetzliche Betreuer\*in (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche Betreuer\*in

**Aufklärende Person**

Die gesetzliche Betreuer\*in der Patient\*in wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich der gesetzlichen Betreuer\*in und der Patient\*in ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Aufklärenden (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufklärenden

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

**Pseudonymisierung**

\_\_\_\_\_  
Vorname des Probanden

\_\_\_\_\_  
Nachname des Probanden

\_\_\_\_\_  
Geburtsjahr des Probanden

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname (Geburtsname) der Mutter des Probanden

Proband\*innen-Pseudonymisierung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Pseudonymisierung setzt sich wie folgt zusammen:

1. Initialen der Mutter
2. Initialen der Proband\*in plus drei Buchstaben
3. Geburtsjahr der Proband\*in jede Zahl plus zwei

Beispiel: Mutter: Maria Schneider, Proband: Peter Müller, Geburtsjahr: 1978

M	S	S	P	3	1	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

**Interview I**

**Pseudonymisierung:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Datum des Interviews

\_\_\_\_\_  
Name des Interviewers

**FRAGEN ZUR AUFNAHME UND AKTUELLEN BEHANDLUNG**

**1. Uhrzeit der Aufnahme:**

08:00 bis 20:00 Uhr       20:00 bis 8:00 Uhr

**2. Wie viele Tage nach Aufnahme erfolgte das Interview:** \_\_\_\_\_

**3. Behandlungsart:**

Vollstationäre Behandlung       Teilstationäre Behandlung

**4. Aufnahmediagnosen (ICD-10):**

1. \_\_\_\_\_ ICD10: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ICD10: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ ICD10: \_\_\_\_\_

**5. Bestehen bei Ihnen somatische Vorerkrankungen?**

nein                       ja

**Wenn ja, welche:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**6. Durch wen wurde die Aufnahme veranlasst?**

Patient\*in selbst       Angehörige               Hausarzt\*in

Psychiater\*in/NervenÄrzt\*in       Betreuer\*in (gesetzl.)

Sozialpsychiatrischer Dienst       Ordnungsamt

Sonstige, \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**7. Besteht eine gesetzliche Betreuung?**

nein  ja

**8. Erfolgt die Behandlung auf freiwilliger Basis?**

nein  ja

**9. Psychopharmakologische Medikation zum Zeitpunkt der Untersuchung:**

<b>Medikation (Wirkstoff)</b>	<b>Tagesdosis (mg)</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

--	--	--	--	--	--	--	--

**10. Was ist der Grund für die aktuelle Aufnahme (Stichworte)?**

---

---

---

---

---

**Wenn möglich, den Grund der Aufnahme bitte einer der vorliegenden Kategorien zuordnen (Mehrfachnennungen sind möglich):**

- akute psychotische Dekompensation
- akute depressive Symptomatik
- akute Suizidalität
- akute „erweiterte“ Suizidalität
- stattgehabter Suizidversuch
- stattgehabte Fremdaggression (nur Bedrohung verbale Bedrohung)
- stattgehabte Fremdaggression (Zerstörung von Gegenständen, z.B. Möbel, Autos etc.)
- stattgehabte Fremdaggression (körperliche Tötlichkeit gegenüber anderen)
- Anpassungsstörung
- Sonstige

--	--	--	--	--	--	--	--

**11. Inwiefern steht die Aufnahme in Zusammenhang mit der „Corona-Pandemie“ (Stichworte)?**

---

---

---

---

---

---

---

**Wenn möglich, den Zusammenhang zur „Corona-Pandemie“ bitte einer der vorliegenden Kategorien zuordnen (Mehrfachnennungen sind möglich):**

- Verfolgungserleben in Assoziation zur „Corona-Pandemie“
- Größenerleben in Assoziation zur „Corona-Pandemie“
- Ängste vor Infektion
- Ängste andere anzustecken
- Verlustängste (Angehörige/Freunde zu verlieren)
- Ängste vor weiteren Folgen (Krieg/Rezession etc.)
- existentielle Ängste vor Verlust des Arbeitsplatzes oder finanziellen Einbußen
- Verlust der Tagesstruktur durch Maßnahmen der Regierung (Isolation etc.)
- tatsächliche, reale existentielle Bedrohung durch Verlust Arbeitsplatz/Kurzarbeit
- reale Bedrohung durch stattgehabte COVID-19 Infektion
- reale Bedrohung durch stattgehabte COVID-19 Infektion eines Angehörigen
- Sonstige

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**12. Handelt es sich bei der aktuellen Aufnahme um die erste stationäre Aufnahme?**

nein  ja

**Wenn Nein, wie viele stationäre Aufnahmen erfolgten vor der aktuellen Aufnahme mit welcher Diagnose?**

**Anzahl:** \_\_\_\_\_ (bei Anzahl > 2 nur die letzten vier genauer angeben)

**1. Jahr/Monat:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Diagnose:** \_\_\_\_\_

**2. Jahr/Monat:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Diagnose:** \_\_\_\_\_

**13. Bestand zuvor eine ambulant psychiatrische Behandlung?**

nein  ja, seit \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Wenn ja, wie wurde eine bestehende Behandlung während der „Corona-Pandemie“ fortgesetzt?**

normal in der Praxis/Ambulanz  telefonische Kontakte

per Videokontakt

nein, es fanden keine Kontakte statt, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Machen Sie gerade eine ambulante Psychotherapie?**

nein  ja, seit \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Wenn ja, wie wurde diese fortgesetzt?**

normal in der Praxis/Ambulanz  telefonische Kontakte

per Videokontakt

nein, es fanden keine Kontakte statt, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

**15. Hatten Sie nach Ausbruch der Pandemie starke Ängste an „Corona“ zu erkranken?**

nein  ja

**16. Gehören Sie hinsichtlich der „Corona-Pandemie“ zu einer Risikogruppe (Alter über 60, körperliche Grunderkrankungen, wie z.B. Asthmatiker\*in oder Diabetiker\*in/Zuckerkrank, Bluthochdruck)?**

**a. Subjektive Einschätzung der Patient\*in:**

nein  ja

**Wenn ja, aus welchem Grund (Mehrfachnennungen möglich):**

Alter  Vorerkrankungen  Sonstige

**b. Objektive Einschätzung der Interviewer\*in:**

nein  ja

**17. Haben Sie besondere Maßnahmen ergriffen, um sich und/oder Ihre Familie vor einer Infektion mit „Corona“ zu schützen?**

nein  ja

**Wenn ja, nennen Sie auf Sie zutreffende (Mehrfachnennungen möglich)?**

Tragen von Handschuhen außerhalb der Wohnung

Tragen einer Maske außerhalb der Wohnung

vermehrt Nutzung von Desinfektionsmitteln

Beschränkung des Aufenthaltes außerhalb der Wohnung

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

**18. Mussten Sie sich einer Quarantäne unterziehen? Quarantäne bedeutet, dass Sie vom Gesundheitsamt aufgefordert wurden, Ihre Wohnung oder einen anderen Ort für eine bestimmte Zeit nicht verlassen durften.**

nein  ja, für \_\_\_\_\_ Tage

**Wenn ja, waren Sie alleine während der Quarantäne?**

nein  ja

**Wenn ja, wer hat sich während der Quarantäne um sie gekümmert (Mehrfachnennungen möglich)?**

Gesundheitsamt  Hausarzt\*in

Nachbarn  Angehörige

**Empfanden Sie die Betreuung als ausreichend?**

nein  ja

**Wie lange durften Sie während der Quarantäne das Haus nicht verlassen?**

\_\_\_\_\_ Tage

**19. Hat sich durch die Pandemie an Ihrer Arbeitsplatzsituation etwas verändert?**

nein  ja

**Wenn ja, was hat sich verändert:**

Home-Office  Kurzarbeit

betriebsbedingte Kündigung

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**20. Waren Sie selbst an COVID-19 („Corona“) erkrankt?**

nein  ja

**Wenn ja, bitte den folgenden Frageblock zur COVID-19 Erkrankung bearbeiten, ansonsten die Befragung am Ende des Fragenblock 1 mit Frage 20 fortsetzen:**

**Fragenblock 1 zu einer stattgehabten COVID-19 Erkrankung:**

**Wie lange waren Sie an COVID-19 („Corona“) erkrankt?** \_\_\_\_\_Tage

**Wo hielten Sie sich während der Erkrankung auf?**

Zuhause  Krankenhaus

**Wenn eine Krankenhausbehandlung erfolgte:**

**Wie lange waren Sie im Krankenhaus?** \_\_\_\_\_Tage

**Wurden Sie auf einer Intensivstation behandelt?**

nein  ja

**Wenn ja, wie lange wurden Sie auf einer Intensivstation behandelt?**

\_\_\_\_\_Tage

**Wenn ja, wurden Sie beatmet?**

nein  ja

**Wenn ja, wie lange wurden Sie beatmet?** \_\_\_\_\_Tage

**Wenn Sie die Erkrankung zuhause auskuriert haben, wer hat Sie in dieser Zeit betreut (Mehrfachnennungen möglich)?**

Gesundheitsamt  Hausarzt\*in

Nachbarn  Angehörige

**Empfanden Sie die Betreuung als ausreichend?**

nein  ja

**Wie lange durften Sie während der Erkrankung das Haus nicht verlassen?**

\_\_\_\_\_Tage

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**21. Haben Sie die Maßnahmen der Regierung zur Eindämmung der Pandemie als angemessen empfunden?**

nein  ja

**22. Nennen Sie drei Dinge, die Sie während der Maßnahmen durch die Regierung zur Reduktion der Kontamination als am schlimmsten empfunden haben (z.B. während der Zeit als Geschäfte oder Sportstudios geschlossen waren oder andere Einschränkungen für Sie bestanden)?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**23. Haben Sie aus Angst sich anzustecken oder weil Sie dachten, es wäre nicht erlaubt, für Sie wichtige medizinische Hilfe während der „Corona-Pandemie“ nicht in Anspruch genommen?**

nein  ja

**Wenn ja, welche Hilfe haben Sie aus welchem Grund nicht in Anspruch genommen?**

- 1. Art der Ärzt\*in/Institution \_\_\_\_\_  
Grund \_\_\_\_\_
- 2. Art der Ärzt\*in/Institution \_\_\_\_\_  
Grund \_\_\_\_\_
- 3. Art der Ärzt\*in/Institution \_\_\_\_\_  
Grund \_\_\_\_\_

**24. Wurden bei Ihnen aufgrund der COVID-19-Pandemie („Corona-Pandemie“) Routine-Eingriffe oder Routine-Untersuchungen (auch zahnärztliche, hautärztliche etc.) nicht durchgeführt bzw. geplante Eingriffe abgesagt?**

nein  ja

**Wenn ja, welche Art von Eingriffen/Untersuchungen wurden abgesagt?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Art der Ärzt\*in/Institution \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

2. Art der Ärzt\*in/Institution \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

3. Art der Ärzt\*in/Institution \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

**25. Treiben Sie normalerweise regelmäßig Sport?**

nein  ja

**Wenn ja, konnten Sie durch die Pandemie nicht mehr so viel Sport/Bewegung betreiben, wie Sie es gebraucht hätten?**

nein  ja

**Wenn ja, hat Sie dies belastet?**

nein  ja

**26. Haben Sie Hobbies?**

nein  ja

**Wenn ja, nennen Sie Ihre Hobbies und die Wochenstunden, die Sie damit verbringen?**

1. \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

**Konnten Sie Ihren Hobbies während der „Corona-Pandemie“ noch nachgehen?**

nein  ja

**Konnten Sie Ihren Hobbies während der „Corona-Pandemie“ nur noch reduziert nachgehen?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

O nein                      O ja

**27. Haben Sie sich während der „Corona-Pandemie“ mehr Sorgen als sonst gemacht?**

O nein                      O ja

**Wenn ja, nennen Sie Ihre 4 größten Sorgen:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**28. Haben Sie sich während der „Corona-Pandemie“ mehr mit Medien/Nachrichten etc. mit Informationen zur „Corona-Pandemie“ befasst?**

O nein                      O ja

**Wenn ja, ich habe mich \_\_\_\_\_ Stunden täglich mit dem Thema befasst.**

**29. Hat es sie belastet keine Urlaubsreise wahrnehmen zu können?**

O nein                      O ja

**Wenn ja:**

**Aus welchem Grund:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**30. Rauchen Sie Zigaretten?**

O nein                      O ja

**Wenn ja:**

**Wieviel Zigaretten/d \_\_\_\_\_ seit (Jahr) \_\_\_\_\_**

**Hat sich Ihr Rauchverhalten im Rahmen der „Corona-Pandemie“ verändert?**

O nein                      O ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Wenn ja, inwiefern:**

O es ist mehr geworden: \_\_\_\_\_ Zigaretten/d

O es ist weniger geworden: \_\_\_\_\_ Zigaretten/d

**Die Fragen 31 bis 32 beziehen sich auf den Konsum von Alkohol oder Drogen. Diese können Sie gerne überspringen, sollte Ihnen die Beantwortung unangenehm sein.**

**31. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?**

O nein

O ja

O keine Angabe

**Wenn ja:**

An \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (Jahr) \_\_\_\_\_

**Hat sich Ihr Trinkverhalten im Rahmen der „Corona-Pandemie“ verändert?**

O nein

O ja

**Wenn ja, inwiefern:**

O es ist mehr geworden: \_\_\_\_\_ Tage pro Woche

O es ist weniger geworden: \_\_\_\_\_ Tage pro Woche

**32. Konsumieren Sie illegale Suchtmittel (Drogen)?**

O nein

O ja

O keine Angabe

**Wenn ja, was und wie häufig:**

1. \_\_\_\_\_ Mal pro \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Mal pro \_\_\_\_\_

**Hat sich Ihr Konsumverhalten im Rahmen der „Corona-Pandemie“ verändert?**

O nein

O ja

O es ist mehr geworden: \_\_\_\_\_ pro \_\_\_\_\_

O es ist weniger geworden: \_\_\_\_\_ pro \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

**33. Hat sich Ihre Beziehung zu für Sie wichtigen Menschen durch die „Corona-Pandemie“ verändert?**

nein  ja

**Wenn ja, mit wem, wodurch und auf welche Art?**

1. Mit: \_\_\_\_\_

mehr Kontakt  weniger Kontakt

2. Mit: \_\_\_\_\_

mehr Kontakt  weniger Kontakt

3. Mit: \_\_\_\_\_

mehr Kontakt  weniger Kontakt

4. Mit: \_\_\_\_\_

mehr Kontakt  weniger Kontakt

**34. Sind Sie über die „Corona-Pandemie“ in finanzielle Not geraten?**

nein  ja

**Wenn ja, in welcher Form:**

Verlust des Arbeitsplatzes  Insolvenz der eigenen Firma

Verluste an der Börse/Aktien/Anlagen  Kurzarbeit

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**35. Besteht aktuell Suizidalität?**

nein  ja

**Wenn ja, in welcher Form?**

passive Suizidalität („es wäre nicht schlimm, wenn ich morgen nicht mehr aufwache“)

--	--	--	--	--	--	--	--

konkrete Suizidgedanken  Suizidimpulse

**Steht die Suizidalität in Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie?**

nein  ja

**Wenn ja, in welcher Form?**

finanzielle Not/finanzieller Verlust

Verlust des Arbeitsplatzes

Sonstige: \_\_\_\_\_

**36. Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch in der Vergangenheit begangen?**

nein  ja

**37. Haben Sie während der „Corona-Pandemie“ eine höhere Aggressivität festgestellt?**

nein  ja

**Wenn ja, auf welche Art waren sie aggressiver:**

Verbal aggressiv

Dinge kaputt machen

Tätlich gegenüber anderen aggressiv (andere verletzt)

**Wenn ja, was waren die Gründe für Ihre erhöhte Aggressivität?**

Sorgen/Ängste  fehlender Ausgleich durch Sport/Aktivität

Soziale Isolation  Räumliche Enge

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wenn ja, wurde ihre Gewalttätigkeit gegenüber anderen zur Anzeige gebracht?**

nein  ja

--	--	--	--	--	--	--	--

**38. Haben Sie während der „Corona-Pandemie“ vermehrt Gewalt erlebt?**

nein  ja

**Wenn ja, bitte den folgenden Frageblock zu „Gewalterfahrung während der Corona-Pandemie bearbeiten, ansonsten die Befragung am Ende des Frageblock 2 fortsetzen:**

**Frageblock 2 zu einer stattgehabten Gewalterfahrung während der Corona-Pandemie:**

**Wenn ja:**

**Wer war Ihnen gegenüber gewalttätig/aggressiv (z.B. Partner)?**

---

**Auf welche Art wurde die Gewalt erfahren:**

psychische Gewalt z.B. verbale Bedrohung (Schimpfen/Druck)

tätliche Gewalt durch z.B. Schläge

**Wo fand die Gewalt statt?**

innerhalb der Wohnung

außerhalb der Wohnung

**War die Täter\*in zum Zeitpunkt der Tat intoxikiert (das bedeutet, dass die Täter\*in z.B. betrunken war oder Drogen eingenommen hatte)?**

nein

ja

**Waren Kinder Zeugen der häuslichen Gewalt gegenüber Ihnen?**

nein

ja

**Wurden Sie während der Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie in Ihrer Wohnung/Häuslichkeit gegen Ihren Willen festgehalten?**

nein

ja

**Waren Ihnen Anlaufstellen/Notrufe bekannt?**

nein

ja

**Haben Sie die Anlaufstellen/Notrufe genutzt?**

nein

ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Wurde die Gewalttätigkeit zur Anzeige gebracht?</b>	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
<b>Wünschen Sie einen Kontakt zur Gewaltopferambulanz des UKD?</b>	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

--	--	--	--	--	--	--	--

<b>SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN</b>
----------------------------------

**1. Geschlecht:**             männlich             weiblich

**2. Alter in Jahren:** \_\_\_\_\_

**3. Migrationshintergrund:**             nein             ja  
(einer der beiden Elternteile nicht in Deutschland geboren)

**4. Sind Sie in Deutschland aufgewachsen:**

nein             ja

**5. Religionszugehörigkeit:**

Römisch-Kath.             Evangelisch             Muslimisch

Konfessionslos             Sonstige

**Wenn sonstige, welche Religion:** \_\_\_\_\_

**6. Sind Sie sehr gläubig/religiös?**

nein             ja

**7. Familienstand:**

verheiratet

in fester Partnerschaft, nicht verheiratet

alleinstehend

geschieden / getrennt, seit \_\_\_\_\_ Jahren

verwitwet, seit \_\_\_\_\_ Jahren

--	--	--	--	--	--	--	--

**8. Wohnsituation:**

allein lebend

mit Familie (Ehepartner, Eltern, Kinder)

Wohngemeinschaft

betreutes Wohnen (BEWO) durch \_\_\_\_\_

therapeutische Wohngemeinschaft in der Institution \_\_\_\_\_

ohne festen Wohnsitz

**9. Haben Sie einen Garten/Balkon?**

nein  ja

**10. Haben Sie Kinder?**

nein  ja

**Wenn ja, haben Sie Kontakt zu den Kindern?**

nein  ja

**11. Haben Sie Haustiere?**

nein  ja

**12. Haben Sie Geschwister?**

nein  ja

**Wenn ja, haben Sie Kontakt zu den Geschwistern?**

nein  ja

**13. Gibt es Menschen in Ihrer Familie mit psychiatrischen Erkrankungen?**

nein  ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**14. Hat sich in der Vergangenheit eines Ihrer Familienmitglieder das Leben genommen?**

- nein  ja

**15. Höchster Schulabschluss:**

- keinen  Hauptschule  Realschule  
 Abitur  Ausbildung  Fachhochschule  
 Studium  Promotion/Habilitation

**16. Besteht aktuell Berufstätigkeit?**

- nein  ja  sonstiges

**Bei Sonstiges, welcher anderen Tätigkeit gehen Sie nach?**

Schüler\*in, Schulart \_\_\_\_\_

Student\*in, Studium der \_\_\_\_\_

in Ausbildung, im Fach \_\_\_\_\_

Rentner\*in seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erwerbsminderungsrente seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Hausfrau/Hausmann seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**17. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie aktuell?**

Angestellte(r)  Beamte(r)  leitende(r) Angestellte(r)

Freiberufler/Selbständig

Sonstige, \_\_\_\_\_

**Bei Leitender Tätigkeit: Für wie viele Mitarbeiter sind sie zuständig: \_\_\_\_\_**

--	--	--	--	--	--	--	--

**18. Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen (Netto):**

- unter 500 Euro       501 – 1500 Euro       1501 – 2500 Euro  
 2501 – 3500 Euro       über 3501 Euro

**19. Besteht Arbeitslosigkeit:**

- nein                       ja

Wenn ja, seit wann: \_\_\_\_/\_\_\_\_

**20. Seit wann besteht Arbeitsunfähigkeit („Seit wann sind Sie krankgeschrieben?“)?**

(Datum): \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

**„Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die psychische  
Gesundheit von Patient\*innen der LVR-Klinik  
Langenfeld“**

**Interview II**

**Pseudonymisierung:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Datum des Interviews

\_\_\_\_\_  
Name des Interviewers

**FRAGEN ZUM VERLAUF**

**1. Aufenthaltsdauer in der Klinik (Tagen):** \_\_\_\_\_

**2. Diagnosen (ICD-10):**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**3. Psychopharmakologische Medikation zum Zeitpunkt der Untersuchung:**

Medikation (Wirkstoff)	Tagesdosis (mg)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**4. Durch wen erfolgt die Weiterbehandlung?**

Hausärzt\*in             Psychiater\*in/NervenÄrzt\*in

PIA             Psycholog\*in, Psychotherapeut\*in

Sonstige: \_\_\_\_\_

**5. Existieren weiterhin Sorgen in Bezug auf die „Corona-Pandemie“?**

nein             ja

**Wenn ja, nennen Sie Ihre vier stärksten Sorgen:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

□ □ □ □ □ □ □ □

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**6. Hat Sich während der stationären Behandlung etwas an Ihrer beruflichen Situation verändert?**

nein  ja

**Wenn ja, inwiefern:**

Verlust des Arbeitsplatzes/betriebsbedingte Kündigung

Insolvenz der eigenen Firma

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wenn ja, sehen Sie einen Zusammenhang zur „Corona-Pandemie“?**

nein  ja

**7. Planen Sie einen beruflichen Wiedereinstieg?**

nein  ja

**8. Fühlten Sie sich finanziell durch die Maßnahmen der Regierung unterstützt?**

nein  ja  nicht in Anspruch genommen

**9. Hat Sich während der stationären/teilstationären Behandlung etwas an Ihrer familiären Situation verändert?**

nein  ja

**Wenn ja, inwiefern (Mehrfachnennungen möglich):**

Trennung/geplante Scheidung  neue Partnerschaft

Sonstige \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

**Wenn ja, sehen Sie einen Zusammenhang zur „Corona-Pandemie“?**

nein  ja

**Wenn ja, inwiefern:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Gäbe es rückblickend etwas, das Ihnen die Situation in der „Corona-Krise“ erleichtert hätte?**

nein  ja

**Wenn ja, benennen Sie bis zu 4 Punkte, die die Situation erleichtert hätte?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**11. Haben Sie Hobbies?**

nein  ja

**Wenn ja, nennen Sie Ihre Hobbies?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**12. Fanden Sie die Behandlung in der LVR-Klinik Langenfeld hilfreich?**

nein  ja

**Wenn ja, nennen Sie drei Punkte, die Sie als besonders hilfreich empfunden haben:**

--	--	--	--	--	--	--	--

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**13. Konnten Sie durch die Behandlung neue Hobbies entwickeln oder alte Hobbies wieder aufnehmen?**

nein  ja

**14. Treiben Sie mehr Sport als zu Behandlungsbeginn?**

nein  ja

**15. Der folgende Fragenblock ist nur zu beantworten, wenn die Proband\*in im Interview I Gewalterfahrung berichtet hat:**

<p><b>Haben Sie hinsichtlich der von Ihnen berichteten Gewalterfahrung weitere Schritte eingeleitet?</b></p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Wenn ja, welche Schritte haben Sie eingeleitet:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Ist ein Kontakt mit der Gewaltopferambulanz des UKD erfolgt?</b></p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Wenn nein, wünschen Sie einen Kontakt zur Gewaltopferambulanz?</b></p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Sind Ihnen Anlaufstellen/Notrufe bekannt?</b></p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>
---

--	--	--	--	--	--	--	--

**Bitte nennen Sie uns noch einmal Ihre Rufnummer, unter der wir Sie in 12 Wochen zur vereinbarten Kontaktaufnahme erreichen können:**

**Festnetz:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Geplante Kalenderwoche für den Anruf:** \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Anhang 8: Global Assessment of Functioning

<b>GAF-SCORE</b>		
<b>Code</b> (Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)		
<b>Einteilung</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Score</b>
<b>100-91</b>	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.	
<b>90-81</b>	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).	
<b>80-71</b>	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).	
<b>70-61</b>	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schule-Schwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.	
<b>60-51</b>	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).	
<b>50-41</b>	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).	
<b>40-31</b>	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).	
<b>30-21</b>	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).	
<b>20-11</b>	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).	
<b>0</b>	Unzureichende Informationen	

**GAF-Score:** \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anhang 9: Resilienzskala nach Leppert RS-13

**RESILIENZSKALA NACH LEPPERT RS-13**

Item	Score						
	1= Nein ich stimme nicht zu			7 = Ja ich stimme völlig zu			
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich nehme Dinge so wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

**Gesamtpunktzahl RS-13:** \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Birgit Janssen und Prof. Dr. Benno Hartung für die hervorragende Betreuung meiner Doktorarbeit und die Bereitstellung dieses spannenden Themas.

Herzlichst möchte ich mich bei Dr. med. Florence Hellen bedanken, die mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand und mich stets gefördert hat. Liebe Florence, vielen Dank für deine Unterstützung!

Vielen Dank auch an alle Kolleginnen und Kollegen, die mir auf dem Weg zur Promotion den Rücken freihielten. Insbesondere gilt hier mein Dank PD Dr. rer. nat. Sandra Verhülsdonk, die mir mit Geduld die Welt der Statistik näherbrachte.

Mein Dank gilt auch meinen Freunden und meiner Familie, die mich auf mannigfaltige Art und Weise unterstützten und motivierten dieses Promotionsvorhaben zu Ende zu führen.

Liebe Julia, vielen Dank für deine Geduld, deine stete Motivation und die liebevolle und großartige Unterstützung. Deine Hilfe und dein Verständnis waren von unschätzbarem Wert und ohne dich wäre ich wohl niemals fertig geworden. Ich danke dir aus tiefstem Herzen.

Zu guter Letzt gilt mein aller herzlichster Dank meinen Eltern, durch deren unermüdlichen Einsatz es überhaupt erst möglich war das Medizinstudium aufzunehmen und Arzt zu werden. Liebe Mama, lieber Papa, ich danke euch für Alles!